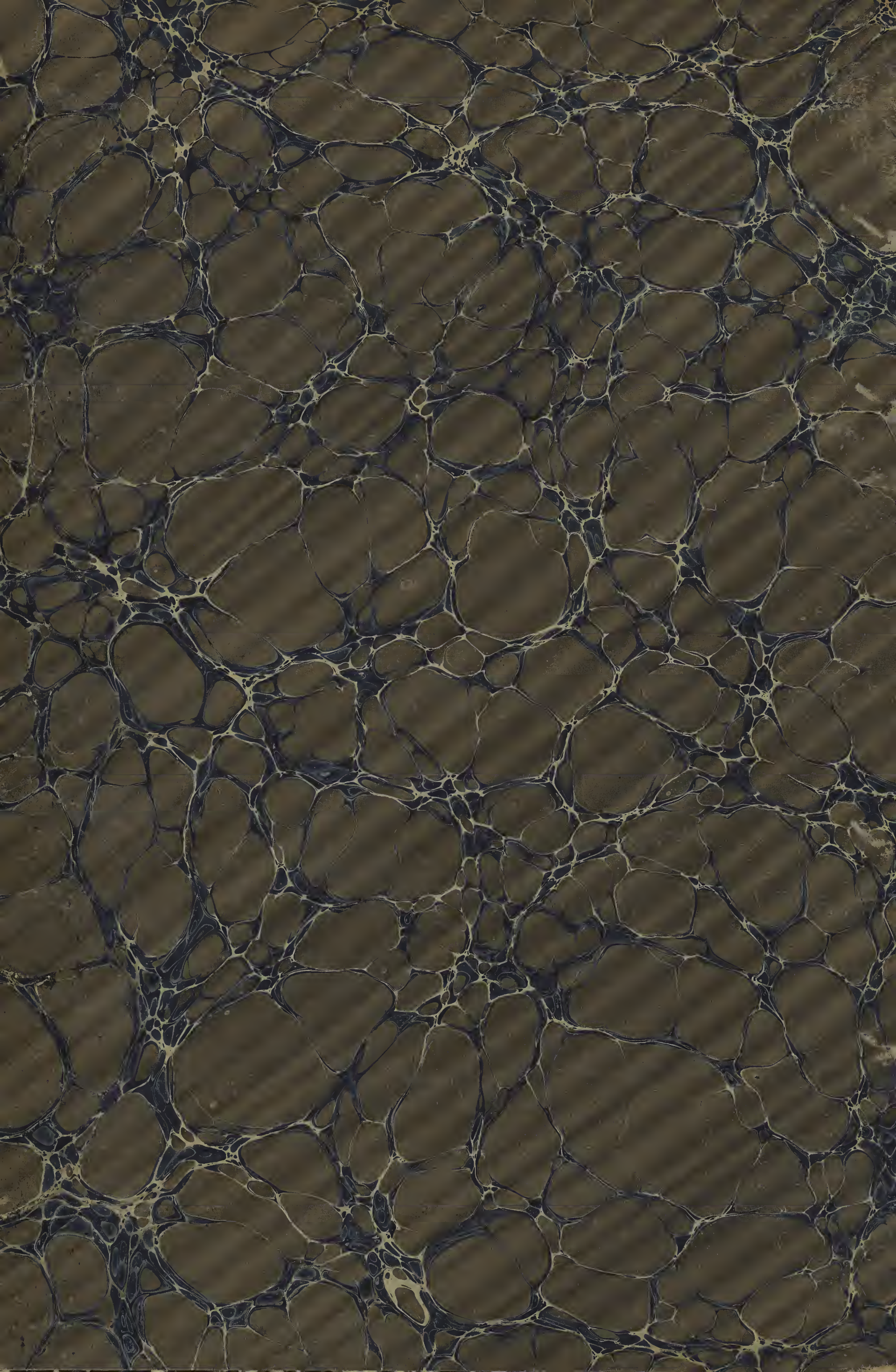
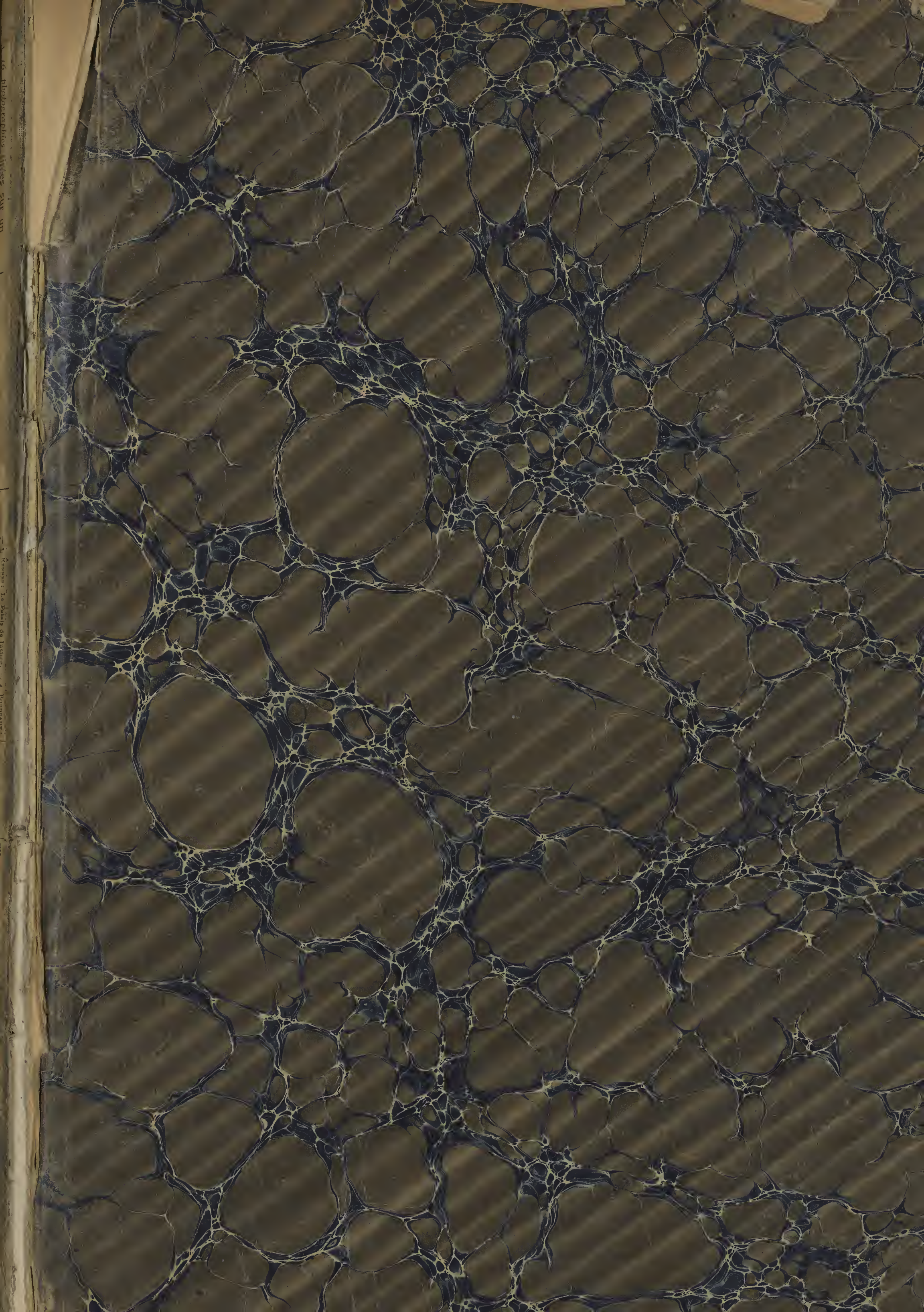
Le mauvais état du papier de cet ouvrage ne permet plus la reliure.

<u>NE PLUS PHOTOCOPIER CE VOLUME</u>

Proposer des microfiches ou des photocopies de microfiches.





LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.





PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE DE L'UNIVERSITÉ, 8.

—

1864

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1864.

un
érison,
en
ris, 517.
eures de phar-
ur une place de
464 ; composition
me série d'épreuves, 508 ;
r deux places de chirurgien
212 ; question écrite, 232 ;
Labbé et A. Després, 276. —
ureau central ; nomination de
36. — pour cinq places d'élèves
prix à décerner aux élèves inte-
posé par le comité médical des Bou-

PARIS. — TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON RUE GARANCIÈRE, 8.

TABLE DES MATIÈRES
DE LA GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES. — 1864.

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Paris. Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 1. — MARDI 5 JANVIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 1. — MARDI 5 JANVIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance publique annuelle de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Des indications et du mode d'application de la lithotritie. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance publique annuelle du 28 décembre 1863. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 23 décembre 1863. — Nouvelles.

Nos souscripteurs dont l'abonnement a fini le 31 décembre sont priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine*, 9 ;

Ceux de l'Angleterre, à M. H. BAILLIÈRE, *libraire, à Londres*, 219, *Regent street;*

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires à Genève;*

Ceux des autres Etats, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

PARIS, LE 4 JANVIER 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle lundi 28 décembre, ainsi que nous l'avions annoncé. C'est M. Velpeau qui a eu l'honneur, cette année, de proclamer les prix. La médecine, la chirurgie, la physiologie et l'hygiène ont eu, comme toujours, une part assez large aux encouragements de l'Académie, et les sections des sciences médicales, habituellement assez discrètes dans le courant de l'année, trouvent dans cette circonstance l'occasion de manifester leur zèle et leur activité, au profit non-seulement des lauréats, mais de la science elle-même, dont leurs jugements éclairent ou fixent quelque point nouveau.

La section de médecine et de chirurgie n'a décerné qu'un seul prix cette année, et elle a honoré de cette distinction unique M. Chassaignac, l'auteur de *la méthode de l'écrasement linéaire*. Elle n'a fait que sanctionner par cette haute distinction le jugement public qui s'était manifesté depuis longtemps déjà. On lira avec intérêt dans le compte rendu de la séance l'exposé des motifs du jugement de la commission et l'appréciation des avantages qu'elle a reconnus à cette méthode désormais acquise définitivement à la pratique chirurgicale.

Un beau travail de M. Debout sur les vices de conformation produits par l'arrêt de développement des membres, les recherches intéressantes de M. Gallois sur un point nouveau de physiologie pathologique, l'*inosurie*, et les habiles recherches cliniques de MM. Bourdon et Cahen sur l'ataxie locomotrice progressive et les névroses vaso-motrices, ont valu à chacun de ces auteurs une mention honorable.

Enfin, l'Académie a cité honorablement : les Recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet de M. Leven, en collaboration avec M. Ollivier, dont nous avons plusieurs fois nous-même signalé ici les intéressants travaux ; le Traité de l'érysipèle, de notre collaborateur M. A. Després ; le travail de M. Morel-Lavallée sur le moyen de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures, à l'aide de cuirasses articulées; et le remarquable Mémoire de M. Péter sur les maladies virulentes comparées chez l'homme et les animaux.

Le prix de physiologie expérimentale a été décerné à M. Armand Moreau, pour ses savantes études sur la vessie natatoire du poisson. MM. Philipeaux et Vulpian ont eu une récompense pour leurs Recherches sur la réunion bout à bout des fibres nerveuses sensitives avec les fibres motrices et sur les effets singuliers de l'abolition de la motricité dans le nerf hypoglosse.

Une mention honorable a été accordée à M. Battaille, le professeur distingué du Conservatoire de musique, pour ses recherches physiologiques et anatomiques sur la voix humaine.

L'important travail de M. le docteur Grimaud (de Caux) sur les eaux publiques, dont nous avons entretenu plusieurs fois nos lecteurs dans le cours de l'année dernière, notamment à l'occasion de la grande discussion sur les eaux potables, a valu à son auteur le prix des arts insalubres.

Parmi les autres prix dont l'objet se rattache de plus ou moins près aux sciences médicales, nous signalerons le grand prix des sciences physiques décerné à M. A. Gris, aide-naturaliste au Muséum ; le prix Cuvier accordé à sir Murchison ; le prix Bordin pour les années 1862 et 1863, donné à M. Lacaze-Dulhiers et à MM. Léopol' Dippel (d'Idar) et Johannes Hanstein (de Berlin); le prix Jecker obtenu par M. Hofmann ; et le prix Barbier partagé entre MM. Jules Lépine et Vieillard, attachés l'un et l'autre au service médical de la marine, pour leurs recherches relatives à des plantes exotiques médicinales et alimentaires.

Tel est le contingent des munificences académiques dévolues cette année au corps médical. Il est un peu exigu peut-être, relativement aux années précédentes ; mais l'Académie des sciences est sujette à des intermittences dans ses largesses, et on n'a qu'à lire le programme des prix proposés pour les années 1864, 1865 et 1866 pour voir quelle belle part est réservée à nos confrères les lauréats futurs de ces trois années.

Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Des indications et du mode d'application de la lithotritie.

(Leçon recueillie par M. de GAULJAC, interne du service.)

Vous vous rappelez peut-être qu'il y a un mois à peu près, en commençant notre cours des Cliniques, nous signalions à votre observation un malade couché dans nos salles au n° 10. Ce malade est atteint d'une affection calculeuse pour laquelle à diverses reprises nous avons dû lui pratiquer l'opération de la lithotritie.

En signalant cet homme à votre attention, je vous le présentais comme un sujet d'étude des plus importants : la lithotritie, vous disais-je alors, est sans doute une des conquêtes les plus précieuses qu'ait faites la thérapeutique chirurgicale depuis le commencement de ce siècle ; mais pour en tirer tous les fruits que l'on est en droit d'en attendre, il faut en bien connaître toutes les difficultés et les écueils; il faut déterminer avec précision quelles sont les limites que cette opération peut atteindre, quelles sont celles qu'elle ne peut dépasser.

Je terminais en vous annonçant mon intention d'examiner en détail toutes ces graves et difficiles questions.

Aussi ai-je été un moment très-heureux lorsqu'en recevant la *Gazette des Hôpitaux* du 10 décembre j'y trouvai un article de M. Civiale ayant pour titre : *De la lithotritie telle qu'on la pratique dans le service des calculeux, comparée à celle qu'on enseigne à la Faculté et qu'on applique dans les hôpitaux de Paris*. Je ne doutais pas que, dans ce parallèle annoncé entre la pratique de l'hôpital Necker et celle des hôpitaux de Paris, l'auteur ne dût aborder de front toutes les difficultés de ce sujet et les soumettre à une discussion sérieuse ; j'étais tout disposé à me laisser convaincre, et à réformer s'il y avait lieu ma pratique et mon enseignement, pour mettre l'un et l'autre au niveau des progrès de la science; mais quel ne fut pas mon étonnement lorsque, après avoir lu et relu l'article en question, je n'y trouvai rien de ce qui nous avait été promis : de parallèle, point; mais en revanche force banalités, et les allégations les plus injustes et les plus blessantes pour les chirurgiens des hôpitaux de Paris et les représentants de l'enseignement officiel.

« Les chirurgiens des hôpitaux, dit M. Civiale, paraissent ne pas savoir ce qui se passe autour d'eux et sous leurs yeux ; » ils ne se servent pas de mes instruments (il est bien entendu que ce sont les seuls bons); « ils suivent une manière défectueuse d'opérer... ils se croient dispensés, au sujet de la lithotritie, de ces soins préliminaires qui sont de la plus grande importance... Ne dirait-on pas qu'ils ont voulu se créer une pratique tout exceptionnelle pour le broiement des pierres dans la vessie? »

« Tous les chirurgiens savent qu'il est prescrit, en chirurgie pratique, de préparer les malades, d'étudier les indications et les contre-indications à l'opération, d'établir un diagnostic complet, etc... Ces règles sont méconnues par beaucoup de ceux qui appliquent la lithotritie... On en voit qui opèrent d'emblée aussitôt qu'ils ont reconnu le calcul, et avec les seuls indices, toujours insuffisants, que fournit le cathétérisme ordinaire. »

» Ainsi, toutes les fois qu'ils traitent un calculeux, ils ne se font pas scrupule de prendre le premier instrument qui tombe sous la main, et ils mettent ostensiblement de côté tout ce qui peut faciliter l'opération et en assurer le résultat. »

« Il ne faut donc pas s'étonner si les succès sont rares dans les hôpitaux et les cliniques. »

Les cliniques officielles ne sont pas mieux traitées : « Nous enseignons une méthode qui manque de base et ne peut se soutenir... L'instruction donnée aux jeunes chirurgiens sur cette partie de la médecine opératoire est insuffisante, sinon illusoire. »

Telles sont les aménités que l'auteur dispense libéralement aux chirurgiens des hôpitaux et à l'enseignement de la Faculté.

J'ai eu soin de reproduire fidèlement le texte de l'auteur, en rapprochant les citations pour présenter les idées dans leur ordre logique. Loin de moi cependant la pensée de faire de la polémique. D'autres pourront, s'ils le jugent convenable, relever tout ce qu'il y a d'étrange dans le factum auquel j'ai emprunté les passages que vous venez d'entendre. Le rôle qui m'est réservé est tout différent.

Je dois m'efforcer de vous faire connaître et de vous faire bien comprendre les règles qui vous serviront de guide dans la pratique d'une opération délicate. Je dois, en outre, exécuter devant vous cette opération, joignant ainsi l'exemple au précepte. Mais je ne puis me dispenser de rétablir, chemin faisant, la vérité sur plusieurs des questions soulevées par le chirurgien de l'hôpital Necker.

Après ce préambule indispensable pour faire comprendre la situation qui nous est faite, revenons à notre malade.

Cet homme, âgé de soixante-quatre ans, exerçant la profession de commerçant, s'est aperçu, seulement depuis deux ans, d'un dérangement dans ses fonctions urinaires. Après des efforts et des marches un peu forcées, il y avait du sang dans ses urines. Comme il n'éprouvait aucune douleur, il ne s'inquiétait nullement de son état. Une hémorrhagie un peu plus grave que les précédentes l'a engagé à voir un médecin. Ce dernier, se bornant à diagnostiquer une uréthrorrhagie sans en chercher l'origine, n'a pas sondé le malade, il lui a prescrit une potion avec quelques gouttes de perchlorure de fer et des boissons lactées. Les hémorrhagies se sont reproduites, et le malade a cru devoir user de l'homœopathie. Las enfin de voir reparaître les accidents malgré tous les traitements, il a eu recours à un chirurgien.

M. Delcroix, un bon praticien de Paris, consulté alors, a pratiqué le cathétérisme explorateur et a reconnu l'existence d'un calcul vésical. La lithotritie a été proposée, et le malade a été soumis à cette méthode opératoire vers le commencement du mois de novembre 1862. Pendant six jours, le chirurgien a procédé à la dilatation de l'urèthre par l'introduction progressive de bougies en gomme de plus en plus grosses. Ici, les souvenirs de notre malade placent en hésitant un accident qui pouvait plutôt avoir eu lieu entre les opérations de lithoiritie.

Il s'agit d'une rétention incomplète d'urine, pour laquelle M. Delcroix aurait employé une méthode d'aspiration à l'aide d'une seringue, comme s'il y avait eu une hémorrhagie dans l vessie et une coagulation du sang dans cet organe.

Quoi qu'il en soit, après la dilatation du canal, le chirurgien a broyé la pierre et a extrait les fragments.

Au commencement du mois de novembre jusqu'à la fin de janvier 1863, cinq séances de lithotritie ont eu lieu. Un brise-pierre à mors fenêtré d'un calibre moyen et à pression, autant que l'on en peut juger par la relation du malade, a été introduit à deux ou trois reprises différentes dans chaque séance. Le chloroforme n'était pas employé, les douleurs pendant l'introduction des instruments n'étaient point pénibles ; il n'y a pas eu d'hémorrhagies, pas d'écoulements inflammatoires consécutifs.

Pendant les cinq opérations qui étaient faites à des intervalles de huit jours, les manœuvres ont été pratiquées de la même façon, sauf que le brise-pierre à cuiller ou à mors plein a été employé par M. Delcroix suivant l'opportunité et les exigences du moment; de grandes quantités de graviers ont été extraites et rendues avec l'urine, à la suite des cinq opérations.

Des accidents sont survenus : une ou deux fois le malade a rendu, en urinant pour la première fois après les manœuvres de lithotritie, des caillots sanguins, mais ils étaient très-peu volumineux. Cela n'est pas le point le plus important. Des accès de fièvre ont suivi chaque application de l'instrument lithotriteur; des frissons intenses, des malaises prolongés ont été observés, et c'est à la suite d'un ensemble de caractères alarmants du même ordre que le chirurgien a cru prudent de s'arrêter vers la fin de janvier 1863.

Cette narration du malade, vous le voyez, autoriserait à placer ici la rétention d'urine dont je vous parlais tout à l'heure.

M. Delcroix s'est borné à surveiller. L'état du malade était très-bon en dehors des malaises qu'il éprouvait à la suite des opérations. Le chirurgien a ajourné les nouvelles tentatives.

C'est sur ces entrefaites que M. Delcroix a été atteint dans l'exercice de sa profession par un mal qui ne pardonne guère, une piqûre anatomique et une infection purulente consécutive, et notre très-regrettable confrère a succombé.

Abandonné alors, le malade est resté cinq mois sans traitement autre que des grands bains et des boissons diurétiques. Au mois de juin dernier, des douleurs extrêmement vives s'étaient fait sentir, la miction était difficile, des fragments de calculs, qui sortaient de temps en temps, entretenaient une irritation très-pénible de l'urèthre. Le malade était encore dans cet état lorsqu'il est entré le 15 juin dans notre service, désirant terminer le traitement auquel il avait été soumis. J'ai examiné l'état de la vessie et de l'urèthre, et j'ai trouvé d'abord un rétrécissement peu étroit au niveau de la portion membraneuse du canal, puis un calcul vésical.

Cinq jours après l'entrée du malade je lui ai pratiqué la lithotritie; il n'était pas nécessaire de dilater l'urèthre. La besogne avait été faite par M. Delcroix, et le rétrécissement de l'urèthre, exploré avec les instruments lithotriteurs, paraissait dilatable.

A cinq jours d'intervalle, j'ai fait quatre applications du brise-pierre fenêtré et du brise-pierre à mors plats. Les instruments d'un calibre moyen ont passé sans difficulté. Je les introduisais deux fois dans chaque séance, et je ramenais toujours une grande quantité de graviers écrasés; la dernière fois que j'ai extrait des fragments, l'instrument avait été introduit à trois reprises.

Les choses se sont bien passées chaque fois. De grands bains ont été administrés avant et après les séances de lithotritie. Il n'y a eu aucun accident. Deux fois seulement le malade a été pris de frissons légers, mais qui n'ont en rien compromis la santé générale, et les douleurs consécutives aux introductions des brise-pierre n'ont été un peu vives qu'après la dernière séance de lithotritie, où j'avais trois fois passé le brise-pierre à cuiller.

L'urèthre n'a jamais saigné, et vous vous souvenez que j'ai compté, pour obtenir ce résultat, sur la lenteur et les ménagements dans l'introduction des instruments lithotriteurs. Le rétrécissement n'avait pas augmenté, la connaissance du siége de cet obstacle nous avait donné l'habitude de le franchir avec facilité.

Pendant les vacances, M. Houel, agrégé de la Faculté de médecine, qui me remplaçait dans le service, a pratiqué de nouveau sur notre malade la lithotritie, pour emporter quelques fragments qui restaient encore. Deux fois à huit jours de distance le brise-pierre à cuiller, pareil à celui dont je m'étais servi, a été introduit, des petits fragments ont été écrasés et amenés au dehors. Une troisième fois l'opération a été répétée par l'interne du service M. de Gauljac, et il a encore été retiré quelques graviers. Aucun accident n'a suivi ces dernières tentatives; seulement, les urines commençaient à contenir des mucosités filantes.

Se croyant guéri complétement, bien qu'il souffrît au moment des changements de temps, le malade est sorti de l'hôpital.

Il avait à peine repris ses habitudes que des douleurs extrêmement vives se sont fait sentir; les urines très-chargées sont devenues purulentes. Il a résisté à la douleur pendant un mois, et se contentait, pour tout traitement, de boire des tisanes diurétiques et de prendre des grands bains.

Il est rentré dans le service seulement au commencement du mois de novembre. J'ai reconnu à ce moment qu'il restait un ou plusieurs fragments de calcul, que je supposais s'être augmentés de nouvelles couches calcaires depuis la dernière opération, et j'ai constaté que les calculs vésicaux s'étaient compliqués de leur lésion consécutive habituelle, la cystite chronique.

Après avoir laissé reposer le malade pendant une semaine et lui avoir prescrit le régime et le traitement palliatif appropriés à la cystite chronique symptomatique, j'ai songé de nouveau à briser et à extraire les dernières portions de pierres qui avaient échappé et n'avaient pu être rejetées. La première opération qui a été faite a permis de ramener un petit fragment qui s'est engagé dans l'œil de la sonde que j'avais introduite préalablement pour m'assurer de la position du calcul. Je suis allé ensuite à la recherche du fragment qui restait avec le brise-pierre à mors plats.

Une pierre saisie avec le brise-pierre à mors pleins a été écrasée et ramenée dans les mors de l'instrument, et, comme à la suite des séances précédentes de lithotritie, des graviers ont été rendus dans la journée de l'opération et le lendemain.

Huit jours après, j'ai renouvelé les introductions du brise-pierre en redoublant de précaution et en suivant les mêmes indications que précédemment. Nous n'avons eu aucune complication, et tout nous encourage à achever de débarrasser le malade.

Aujourd'hui il reste encore des graviers, et je me propose de les extraire devant vous. Mais il est bon que vous sachiez dans quel état se trouve actuellement le malade. Sa santé générale est bonne, ses digestions s'effectuent régulièrement, il ne souffre pas des reins. Mais il a, en achevant d'uriner des douleurs dont l'intensité va croissant et atteint son maximum après que les dernières gouttes d'urine ont été rendues; il y a du ténesme vésical, et vous reconnaissez là un des principaux caractères de la cystite chronique. L'urine qui a séjourné dans le vase dépose des mucosités filantes, glaireuses et mêlées à du pus.

Voyons maintenant quelles indications nous avons à remplir et comment doit être pratiquée la lithotritie. Vous allez retrouver des préceptes que je vous ai déjà enseignés à l'occasion de ce même malade, et que je ne saurais trop vous répéter pour vous en graver dans la mémoire toute l'importance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 28 décembre 1863.

Présidence de M. Velpeau.

M. le Président proclame les prix décernés pour 1863, et donne lecture des sujets de prix proposés pour les années 1864 et suivantes.

Voici quelques extraits du programme des prix décernés et proposés pour les travaux relatifs aux sciences physiologiques et médicales :

Prix de statistique. — Une mention honorable a été accordée à M. Malbranche (de Rouen), pour sa *Géographie ou Statistique pharmaceutique des productions naturelles et industrielles de la France.*

Grand prix des sciences physiques pour 1863. — « Rechercher quels sont les changements qui s'opèrent, pendant la germination, dans la constitution des tissus de l'embryon végétal et du périsperme, ainsi que dans les matières que ces tissus renferment. »

Le prix est décerné à M. Arthur Gris, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.

Prix de physiologie expérimentale. — La vessie natatoire des poissons a été le sujet des recherches de M. Armand Moreau. Cet organe, dont les savants ont surtout considéré le côté statique, est rempli d'un air formé, comme l'air atmosphérique, par le mélange de trois gaz, l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique, le dernier de ces gaz s'offrant toujours en quantité très-faible.

D'après les analyses faites au commencement de ce siècle par M. de Humboldt et par M. Biot, l'oxygène et l'azote, qui remplissent presque à eux seuls la capacité de la vessie natatoire, avaient été trouvés comme variant dans les limites les plus étendues.

Les causes de ces variations étaient restées tout à fait inconnues jusqu'au travail de M. Armand Moreau, qui a placé cette question dans son véritable jour en déterminant les conditions physiologiques de ces variations et en s'en rendant maître, c'est-à-dire en y faisant développer à volonté une plus ou moins grande quantité d'oxygène.

La commission décerne à M. A. Moreau, l'auteur de ces expériences, le prix de Physiologie expérimentale.

La commission a eu à examiner deux travaux intéressants de MM. Philipeaux et Vulpian relatifs à la physiologie du système nerveux.

Dans un premier travail intitulé : *Recherches sur la réunion bout à bout des fibres nerveuses sensitives avec les fibres nerveuses motrices,* les auteurs ont cherché à voir si après la section du nerf hypoglosse, qui donne le mouvement à la langue, on ne pouvait pas, en soudant le bout périphérique de ce nerf avec le bout central du nerf lingual sensitif également coupé, obtenir le rétablissement de la fonction motrice.

Ils ont montré, en effet, que quand, trois ou quatre mois après cette opération, on pince ou on irrite mécaniquement le nerf lingual au-dessus de sa soudure avec l'hypoglosse, on éveille à la fois la douleur et le mouvement dans la langue, bien que la fonction motrice normale du nerf hypoglosse ne soit pas rétablie.

Dans un second travail intitulé : *Sur une modification physiologique qui se produit dans le nerf lingual par suite de l'abolition temporaire de la motricité dans le nerf hypoglosse du même côté,* MM. Philipeaux et Vulpian ont constaté un fait singulier qui consiste dans une sorte de propriété motrice qui apparaît dans le nerf lingual, normalement sensitif, un certain temps après que le nerf moteur du même côté, c'est-à-dire le nerf hypoglosse, a été détruit par arrachement.

Ces curieux résultats, dont on ne saurait encore, en l'état actuel de la science, donner d'explication, dit la commission, sont de nature à provoquer de la part des physiologistes de nouvelles recherches, et deviendront peut-être un premier jalon pour d'importantes découvertes sur la fonction du système nerveux. A ce point de vue, elle les a jugés dignes d'une récompense, qu'elle décerne à MM. Philipeaux et Vulpian.

La Commission accorde une mention très-honorable à M. Bataille, professeur au Conservatoire de musique, pour ses recherches physiologiques et anatomiques sur la voix humaine. A l'aide d'un laryngoscope, cet observateur a étudié avec soin les modifications qui surviennent dans les lèvres de la glotte, lors de la production des sons de poitrine et des sons de tête, et a contribué ainsi à l'avancement de nos connaissances sur la théorie de la voix.

Prix de médecine et de chirurgie. — La Commission des prix de médecine et de chirurgie a proposé de décerner, cette année, un prix et quatre mentions honorables aux auteurs dont les noms suivent : à M. Chassaignac, un prix de 2,500 francs; à MM. Bourdon, Cahen, Debout et Gallois, des mentions honorables avec 1,500 fr. pour chaque mention.

La Commission a cru devoir distinguer surtout les recherches que M. Chassaignac a entreprises et poursuivies avec talent depuis plus de douze années, recherches qui l'ont amené à constituer une méthode chirurgicale nouvelle, désignée sous le nom de *méthode de l'écrasement linéaire.*

Diviser les tissus vivants en employant un moyen moins dangereux que les moyens ordinaires, c'est-à-dire de façon à prévenir et à conjurer autant que possible, dans bien des cas, l'effusion du sang et les autres accidents du traumatisme chirurgical, tel a été le but que s'est proposé M. Chassaignac.

(Suit la description de l'instrument connu de nos lecteurs).

Certains modes opératoires, usités en chirurgie à diverses époques, semblent se rapprocher de l'*écrasement linéaire.* Ainsi l'entérotome de Dupuytren, les pinces de Breschet pour le varicocèle, exercent bien une sorte d'écrasement; mais la différence essentielle entre leur mode d'action et celui de la chaîne de M. Chassaignac consiste, d'une part, en ce que l'entérotome et les précédentes pinces n'amènent la séparation des tissus que par l'intermédiaire forcé de la gangrène; en ce que, d'autre part, ces instruments ne sauraient opérer la section immédiate des parties par le seul fait de leur puissance mécanique. En donnant à l'ancien serre-nœud de Græfe un volume suffisant et en l'armant d'un fil de fer, sans doute on peut (comme le pratiquent aujourd'hui certains chirurgiens) diviser les tissus organiques assez rapidement et d'après un mode semblable à celui de l'écrasement linéaire; mais il faut reconnaître que cette pratique ne s'est vulgarisée que depuis les travaux de M. Chassaignac, dont le mérite d'ailleurs consiste bien moins dans l'invention d'un instrument particulier que dans la création d'une *méthode de diérèse* trouvant son application dans un certain nombre des opérations de la chirurgie.

C'est en 1850 que M. Chassaignac a pratiqué pour la première fois, à titre d'opération réglée, la section des tissus vivants à l'aide de l'instrument dit *écraseur.*

Depuis cette époque, des résultats cliniques et des expériences en grand nombre sont venus légitimer les premiers essais de cet habile chirurgien.

En résumé, d'après la masse imposante d'observations publiées jusqu'ici, les avantages qui peuvent être attribués à la *méthode de l'écrasement linéaire* sont les suivants :

1° Elle permet de détacher, séance tenante, des portions plus ou moins considérables du corps, alors même qu'elles sont revêtues de leur enveloppe naturelle muqueuse ou cutanée (exemples : langue, testicules, bourrelets hémorrhoïdaux, polypes, col de l'utérus, tumeurs sous-cutanées ou profondes).

2° Généralement elle donne lieu à un travail inflammatoire moindre que celui qui succède à l'emploi du bistouri, d'où une cicatrisation en général aussi plus rapide.

3° Si elle ne prévient pas l'hémorrhagie dans tous les cas, du moins elle rend cet accident sensiblement plus rare.

4° Sans mettre à l'abri de l'infection purulente, ce redoutable écueil des opérations chirurgicales, elle paraît en diminuer la fréquence.

5° En somme, la méthode de l'écrasement linéaire, *restreinte aux cas auxquels son emploi convient,* donne des résultats cliniques d'une valeur réelle.

— Parmi les divers Mémoires que M. le Dr Debout a adressés à l'Académie, la commission en a remarqué un qui a pour titre : *Des vices de conformation produits par l'arrêt de développement des membres.*

Ces vices de conformation offrent différents degrés, depuis l'avortement d'un seul doigt jusqu'à celui d'un membre tout entier ou même de plusieurs d'entre eux. Dans son *Histoire des anomalies de l'organisation,* Isid. Geoffroy Saint-Hilaire s'était appliqué à rassembler tous les exemples alors connus de ces sortes d'anomalies, rapportées par lui à trois groupes qu'il désigne sous les noms de *phocomélie, hémimélie, ectromélie.* M. Debout a complété cette classification en y introduisant l'avortement borné au segment terminal des membres, c'est-à-dire au pied ou à la main, « modification ou anomalie qui ne m'est encore connue, dit Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, par aucune observation authentique. »

Or, dans son travail, M. Debout rapporte d'abord dix-sept exemples de cette anomalie affectant un seul des membres; puis, de plus, il met en relief un fait nouveau. Quoique les membres apparaissent à peu près à la même époque de la vie embryonnaire, l'arrêt de leur développement ne se fait point sentir sur le même segment; ainsi, au membre inférieur c'est le segment crural qui avorte, tandis que c'est toujours l'avant-bras au membre supérieur. Une autre particularité non moins curieuse est encore signalée par l'auteur : tous les muscles de ce membre supérieur avorté appartiennent à l'avant-bras, quoique le squelette soit constitué par l'humérus.

Après avoir mis en évidence ces faits intéressants au point de vue tératologique, M. Debout s'occupe du mode d'union du fémur avorté avec le bassin, mode d'union qui supplée l'articulation coxo-fémorale absente. Puis, rassemblant les observations de neuf individus vivants et affectés de phocomélie pelvienne unique, il montre les différentes ressources dont la prothèse dispose pour rétablir la fonction des membres abdominaux ainsi conformés.

M. le Dr Gallois a soumis au jugement de la commission un Mémoire digne d'intérêt sur l'*inosurie,* c'est-à-dire sur le passage de l'inosite dans l'urine.

Ce principe (que M. Schérer a découvert d'abord dans les muscles, et que sa composition chimique a fait classer parmi les sucres) peut, en effet, passer accidentellement dans l'urine d'individus atteints de glycosurie ou bien d'albuminurie, ainsi que l'a reconnu le premier M. Cloetta, professeur à l'Université de Zurich.

Partant de cette première donnée, M. Gallois a entrepris de longues et persévérantes recherches dans le but de reconnaître si l'*inosurie* constitue un état morbide spécial et défini, ou bien si elle n'est qu'un symptôme commun à plusieurs affections. De plus, il s'est appliqué à découvrir un réactif capable de déceler de faibles proportions d'inosite dans une petite quantité d'urine.

Sous ce double rapport, les efforts de ce laborieux investigateur ont été profitables à la science.

Voici les principales conclusions auxquelles il est arrivé :

Dans l'état normal, l'urine de l'homme ne renferme point d'inosite; il en est de même de l'urine d'un certain nombre de carnivores qu'il a été examinée à ce point de vue. Dans l'état morbide, l'*inosurie* s'observe non comme une maladie proprement dite, mais seulement comme un symptôme. Ce symptôme, recherché par M. Gallois dans un assez grand nombre de maladies, n'a pu être retrouvé que dans le diabète sucré et dans la néphrite albumineuse aiguë ou chronique. L'inosurie et la glycosurie, ou bien l'inosurie et l'albuminurie, peuvent donc exister simultanément : en effet, si dans quarante urines rendues par des sujets atteints de maladies diverses l'inosite n'a jamais été trouvée, au contraire elle a été rencontrée cinq fois sur trente urines diabétiques et deux fois sur vingt-cinq urines albumineuses, résultat qui déjà indique, d'après la remarque de l'auteur, une relation entre les conditions qui donnent lieu à certains diabètes, à certains cas d'albuminurie, et les conditions qui provoquent le passage de l'inosite dans l'urine.

Ce qui autorise encore à croire qu'il en est ainsi, c'est qu'on peut, comme l'a vu M. Gallois, en piquant le plancher du quatrième ventricule, déterminer parfois artificiellement l'inosurie, comme on détermine artificiellement la glycosurie.

Enfin, après de nombreux tâtonnements, M. Gallois est parvenu à découvrir un réactif très-sensible qui permet de reconnaître dans de petites quantités d'urine (15 grammes, par exemple) l'existence de minimes proportions d'inosite : ce réactif est un azotate de mercure donnant lieu à une coloration rose plus ou moins foncée suivant la proportion d'inosite. L'auteur s'est d'ailleurs assuré qu'aucun des principes qui se trouvent naturellement dans l'urine n'est susceptible de produire cette coloration avec le réactif indiqué.

— M. Bourdon a trouvé la véritable lésion anatomique de l'*ataxie locomotrice progressive,* lésion qui consiste essentiellement en une dégénérescence avec atrophie des tubes nerveux des racines spinales postérieures et des cordons postérieurs de la moelle épinière, et en une altération analogue des cellules nerveuses de la substance grise. Cette dégénérescence, qui se retrouve dans les nerfs moteurs oculaires, dans le nerf optique et le plus souvent dans sa papille, s'ac-

compagne d'une hyperémie plus ou moins considérable des mêmes parties, s'étendant ordinairement aux bandelettes optiques et aux tubercules quadrijumeaux.

Depuis la publication du premier travail de M. Bourdon, sept autopsies ont été faites dans les hôpitaux de Paris, et dans toutes on a rencontré les mêmes altérations.

Cependant M. le docteur Bourdon admet, d'après des faits observés, qu'une lésion d'une autre nature (comme une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse, même une simple congestion), lorsqu'elle occupe les racines postérieures et les cordons médullaires correspondants, peut produire un défaut de coordination dans les mouvements. Il ne s'agit plus alors de l'*entité morbide* décrite par M. Duchenne (de Boulogne), ayant une symptomatologie tout à fait caractéristique, une marche particulière, une durée en général fort longue et une terminaison fatale; ce désordre du mouvement est simplement un *symptôme*, comme l'anesthésie, la contracture ou la paralysie.

M. Bourdon va plus loin : il admet que l'ataxie locomotrice peut aussi exister sans lésion matérielle appréciable.

Dans la partie clinique de son travail, il explique ce qu'on doit entendre par *ataxie locomotrice* et fait connaître les caractères propres à différencier ce phénomène morbide des autres troubles de la myotilité qu'on observe notamment dans les affections du cervelet, dans la chorée et dans les divers tremblements.

M. Bourdon a ainsi avancé nos connaissances sur la séméiologie des maladies du système nerveux.

M. CAHEN a présenté au concours une monographie remarquable intitulée : *Des névroses vaso-motrices et de leur traitement.*

La plupart des idées qui y sont exprimées sont neuves et déduites à la fois de l'observation attentive des faits pathologiques et des découvertes récentes de la physiologie. M. Cahen ne s'est pas borné à donner une interprétation nouvelle de phénomènes généralement connus; mais il a, un des premiers, introduit les nerfs vaso-moteurs dans le domaine de la pathologie. Après avoir démontré l'existence des névroses vaso-motrices, il les étudie dans différentes parties de l'économie; il appelle l'attention sur les rapports de sympathie qui s'établissent entre les nerfs vaso-moteurs et les nerfs de sensibilité générale; puis il termine en indiquant un traitement dont l'efficacité, dans des maladies en apparence si diverses, tend à sanctionner son opinion sur l'unité de nature de ces maladies.

De tout temps on avait observé que les névralgies peuvent être accompagnées de rougeur et de gonflement; mais on considérait ces symptômes comme accessoires, ou bien on les attribuait à l'intensité de la douleur. M. Cahen a établi que ces phénomènes congestifs existent dans des névralgies peu douloureuses, et qu'ils peuvent manquer dans les névralgies qui s'accompagnent des plus violentes douleurs. Il démontre que le système circulatoire éprouve localement, dans ces congestions, une dilatation, une turgescence réelle, et admet que ces effets sont sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs. Il donne pour exemples : l'injection de l'œil qui accompagne les névralgies de la branche ophthalmique du trijumeau; le gonflement des gencives et d'une portion de la face dans les névralgies de la branche maxillaire supérieure, etc.

Les névroses vaso-motrices peuvent déterminer des congestions sans névralgie, et ces congestions, que l'on confond généralement, à tort, avec les inflammations, produisent dans certains cas des hypersécrétions ou des hémorrhagies (exemples : larmoiement, salivation, leucorrhée, métrorrhagie, etc.).

Les névralgies des nerfs périphériques du système cérébro-spinal peuvent se propager aux filets du grand sympathique, avec lesquels ils ont d'ailleurs des rapports anatomiques, et causer ainsi, indirectement, des congestions dans les organes : par exemple, à la névralgie des nerfs ilio-lombaires, l'auteur a vu succéder des congestions de l'utérus, ou bien des congestions douloureuses du testicule.

L'acide arsénieux paraît être l'agent le plus efficace dans le traitement des névroses vaso motrices.

Basées sur des faits bien observés, les conclusions du travail de M. Cahen apportent une confirmation pathologique à une notion importante de physiologie, et, en constituant une *unité morbide* de symptômes épars, elles pourront contribuer au progrès de l'art de guérir.

Indépendamment des précédents travaux, la commission cite plusieurs autres travaux qui lui ont paru dignes, à plus d'un titre, de l'attention de l'Académie. Tels sont :

1° *Des recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet*, par MM. LEVEN et OLLIVIER;

2° *Un Traité de l'érysipèle*, par M. ARMAND DESPRÉS;

3° *L'Exposé d'un moyen nouveau et très-simple de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures*, par M. BOREL LAVALLÉE;

4° Enfin un *Mémoire sur les maladies virulentes comparées chez l'homme et les animaux*, par M. MICHEL PETER.

Prix des arts insalubres. — Deux pièces, concernant l'amélioration des arts insalubres, ont été distinguées par la commission.

La première est l'ouvrage de M. G. Grimaud (de Caux), intitulé : *Des eaux publiques et de leur application aux besoins des grandes villes, des communes et des habitations rurales; Principes fondamentaux concernant la recherche, l'aménagement de l'eau dans tous les pays, la détermination de sa qualité, sa conservation et sa distribution.*

La seconde est une préparation, désignée par l'expression *vert nature*, que M. Bouffé a eu l'heureuse idée de substituer aux verts arsenicaux dans certaines industries, et en particulier dans la fabrication des fleurs artificielles.

La commission, après avoir apprécié le service rendu à la préparation des fleurs dites artificielles par M. Bouffé, sous le rapport de la salubrité, a pensé que M. Guignet, l'inventeur du *vert de chrome* employé par M. Bouffé, avait lui-même rendu un service assez grand à l'industrie en la dotant d'un vert propre à l'impression des étoffes et à la fabrication des papiers peints, pour qu'on lui décernât un prix.

En conséquence :

1° Un prix de deux mille cinq cents francs est décerné à M. GRIMAUX (de Caux) pour son livre des *Eaux publiques et de leur application aux besoins des grandes villes et des habitations rurales.*

2° Un prix de deux mille cinq cents francs est décerné à M. GUIGNET pour la préparation d'un vert de chrome *salubre*, propre à l'impression sur tissus et à la fabrication des papiers peints.

3° Une récompense de quinze cents francs est donnée à M. BOUFFÉ pour avoir substitué aux verts arsenicaux, dans la coloration des tissus employés pour les fleurs artificielles, un vert résultant du mélange de l'acide picrique avec le vert de Guignet.

Prix Cuvier. — Le prix Cuvier pour 1863 a été décerné à sir R. I. MURCHISON, correspondant de la section de géologie et de minéralogie, et directeur général du *Geological Survey* de la Grande-Bretagne, pour l'ensemble de ses travaux sur les terrains de sédiments anciens ou *palæozoïques.*

Prix Bordin. — L'Académie avait mis au concours, en 1859, l'étude des « vaisseaux du latex considérés au double point de vue de leur distribution dans les divers organes des plantes et particulièrement de leurs rapports ou de leurs connexions avec les vaisseaux lymphatiques ou spiraux, ainsi qu'avec les fibres du liber. »

Le prix est partagé entre M. Léopold DIPPEL, à Idar, principauté de Birkenfeld (grand-duché d'Oldenbourg), et M. le docteur JOHANNES HANSTEIN, à Berlin (Prusse).

Prix Bordin. Concours de l'année 1862. — L'Académie avait mis au concours, comme sujet du prix à décerner en 1862, la question suivante :

« Faire l'histoire anatomique et physiologique du corail et des autres zoophytes de la même famille. »

Le prix a été décerné à M. LACAZE DUTHIERS.

Prix Bréant. — Ce prix n'est pas décerné.

Prix Jecker. — La section de chimie a décerné le prix Jecker à M. HOFMANN (5,000 fr.) pour ses travaux de chimie organique, et en particulier pour ses travaux relatifs aux alcalis artificiels dits *organiques.*

Prix Barbier. — La commission a distingué deux mémoires importants parmi les travaux soumis à son examen et ayant pour objet les plantes médicinales.

Le premier est dû à M. Jules Lépine, pharmacien de première classe à l'hôpital de Pondichéry. Son ouvrage embrasse l'étude des principaux médicaments en usage dans l'Inde, comparés à ceux que fournissent nos plantes européennes. M. Jules Lépine a ajouté à ce travail des recherches sur l'*Hydrocotile asiatica* et sur son emploi en médecine.

Le second ouvrage est dû à M. Vieillard, médecin de la marine. Il est relatif aux plantes médicinales et alimentaires particulières à la Nouvelle-Calédonie.

Ces travaux éclairent d'un jour nouveau l'emploi thérapeutique de végétaux encore très-peu connus et étudiés avec une attention particulière dans deux de nos plus importantes colonies par des officiers attachés au service médical de la marine impériale. Les ouvrages de MM. JULES LÉPINE et VIEILLARD ont donc paru à la commission dignes de recevoir le prix Barbier. Ce prix est partagé également entre ces deux savants.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1864, 1865, 1866 ET 1873.

Grand prix des sciences physiques. (Question proposée en 1859 pour 1862 et remise à 1864.) — « Anatomie comparée du système nerveux des poissons. »

Des travaux nombreux et importants ont été faits sur le système nerveux dans les différentes classes d'animaux vertébrés, mais il existe encore beaucoup d'incertitude au sujet de la détermination de plusieurs parties de l'encéphale des poissons, et jusqu'ici on ne connait que d'une manière très-imparfaite les modifications que cet appareil peut offrir dans les diverses familles ichthyologiques. L'Académie appelle particulièrement l'attention des concurrents sur ces deux points. Elle voudrait que par une étude comparative des centres nerveux dont la réunion constitue l'encéphale, on pût démontrer rigoureusement les analogies et les différences qui existent entre ces parties chez les poissons et chez les vertébrés supérieurs; enfin elle désire que cette étude soit conduite de manière à jeter d'utiles lumières sur les rapports zoologiques que les divers poissons ont entre eux et à fournir ainsi de nouvelles données pour la classification naturelle de ces animaux.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er septembre 1864, *terme de rigueur.*

Grand prix des sciences physiques. (Question proposée en 1861 pour 1863 et remise à 1866.) — « De la production des animaux hybrides par le moyen de la fécondation artificielle. »

Le prix sera de 3,000 fr.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Académie, avant le 31 décembre 1865, *terme de rigueur.*

Grand prix des sciences physiques. (Question proposée en 1863 pour 1865.)

La commission propose de décerner le grand prix des sciences physiques pour 1865 au « travail ostéographique qui contribuera le plus à l'avancement de la paléontologie française, soit en faisant mieux connaître les caractères anatomiques d'un ou de plusieurs types de vertébrés et en fournissant ainsi des éléments importants pour l'étude de nos faunes tertiaires, soit en traitant d'une manière approfondie des fossiles qui appartiennent à l'une des classes les moins bien connues de ce grand embranchement du règne animal. »

Le prix consistera en une valeur de 3,000 fr.

Les ouvrages devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er novembre 1865. Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Prix de physiologie expérimentale, fondé par M. de Montyon. — L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de 895 fr. à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur.*

Prix de médecine et chirurgie et *Prix dit des arts insalubres*, fondés par M. de Montyon. — Conformément au testament de feu M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1824 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugées les plus utiles à *l'art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.*

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur.* Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Prix de médecine pour l'année 1864. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine à décerner en 1864 la question suivante : *Faire l'histoire de la pellagre* (de la valeur de 5,000 fr.).

Prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1866. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie à décerner en 1866 la question suivante : *De l'application de l'électricité à la thérapeutique* (de la valeur de 5,000 fr.).

Grand prix de chirurgie pour l'année 1866. — L'Académie met au concours la question « de la conservation des membres par la conservation du périoste (de la valeur de 20,000 fr.). »

(*Voir*, pour ces trois sujets de prix, les programmes publiés l'année dernière, n° du 3 janvier 1863.)

Prix Cuvier. — L'Académie décernera, dans la séance publique de 1866, un prix à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1863 jusqu'au 31 décembre 1865, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 1,500 fr.

Prix Bordin, (question proposée en 1861 pour 1863, et remise à 1866).

« Déterminer par des recherches anatomiques s'il existe dans la structure des tiges des végétaux des caractères propres aux grandes familles naturelles et concordant ainsi avec ceux déduits des organes de la reproduction. »

Les mémoires (manuscrits) devront donc être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1866, terme de rigueur.

Prix Bordin (question proposée en 1863 pour 1865). — « Déterminer expérimentalement les causes de l'inégalité de l'absorption par des végétaux différents des dissolutions salines de diverses natures que contient le sol, et reconnaître par l'étude anatomique des racines les rapports qui peuvent exister entre les tissus qui les constituent et les matières qu'elles absorbent ou qu'elles excrètent. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Les mémoires devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut avant le 1er septembre 1865, terme de rigueur. Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qu'on n'ouvrira que si la pièce est couronnée.

Prix Bréant. (Voir pour ce prix les programmes publiés les années précédentes, et en particulier dans le numéro du 3 janvier 1863.)

Prix Jecker (à décerner en 1864). — L'Académie annonce qu'elle décernera, dans sa séance publique de 1864, un ou plusieurs prix aux travaux qu'elle jugera les plus propres à hâter le progrès de la chimie organique.

Prix Barbier (à décerner en 1864). — Le prix Barbier sera décerné en 1864 au meilleur travail que l'Académie aura reçu, soit sur la chimie, soit sur la botanique médicale.

Les mémoires devront être remis, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1864 : ce terme est de rigueur. Les noms des auteurs devront être contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Prix Godard (à décerner en 1865). — Par un testament en date du 4 septembre 1862, feu M. le docteur Godard a légué à l'Académie des sciences « le capital d'une rente de mille francs, trois pour cent, pour fonder un prix qui chaque année sera donné au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires. Aucun sujet de prix ne sera proposé.

» Dans le cas où une année le prix ne serait pas donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante. »

En conséquence, l'Académie annonce que ce prix sera décerné pour la première fois en 1865 au travail qui remplira les conditions prescrites par le donateur.

Les mémoires devront être parvenus, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1865, terme de rigueur.

Conditions communes à tous les concours. — Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés au concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 décembre 1863. — Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Diagnostic de l'embolie. — M. BROCA. Dans la dernière séance, il a été question de l'embolie, et je veux profiter de cette circonstance pour présenter à la Société quelques considérations qui peuvent être utiles pour faire le diagnostic de ce genre de lésion. J'ai déjà communiqué ici les résultats de mes recherches sur la température des membres dont l'artère principale est oblitérée.

Quand un caillot oblitère complétement l'artère fémorale, par exemple, la circulation est troublée; elle devient plus active dans les couches superficielles, au niveau de l'oblitération, et il y a en ces points augmentation de la température; mais comme la quantité de sang que reçoit le membre a diminué, la température s'abaisse de 1° à 4° 1/2 au-dessous de l'oblitération.

J'ai pu, dans une circonstance récente, faire l'application de ces données au diagnostic d'une gangrène du pied.

Un officier de marine, après avoir éprouvé d'atroces douleurs dans le pied, eut une gangrène. Je fus appelé, et après avoir fait l'examen thermométrique, j'affirmai que l'oblitération existait au niveau de l'anneau du troisième adducteur, et je me prononçai nettement contre l'amputation de la jambe. Cependant, après mon départ et sur les instances du malade, on fit l'amputation de la jambe au lieu d'élection, et le surlendemain les lambeaux étaient mortifiés, les os se nécrosèrent; cependant le malade a guéri; mais ce que j'avais prévu est arrivé. Le confrère qui a pratiqué l'opération a vu, pendant l'amputation, que les artères n'étaient pas oblitérées au niveau de leur section. Dans un grand nombre de cas de gangrène sèche, j'ai fait le diagnostic du siége de l'embolie au moyen du thermomètre.

Maintenant je veux faire connaître un fait qui prouve qu'un examen thermométrique suffit pour faire reconnaître qu'une gangrène n'est pas due à l'embolie.

Une femme vieille se fait au pied une légère écorchure qui se recouvre d'une croûte, qui persiste. Le 4 décembre, des douleurs vives

se font sentir dans la jambe ; il y a de la fièvre, et une phlyctène noire se forme autour de la croûte. L'application du thermomètre démontre que la température a diminué de 1° dans tout le membre ; c'est le contraire de ce qui arrive dans l'embolie. La mort a lieu dix jours plus tard. A l'autopsie, nous avons trouvé un état athéromateux de l'artère fémorale, et à sa face interne des couches fibrineuses qui en réduisaient le calibre à celui de la radiale. On trouvait l'artère complétement oblitérée par un caillot qui s'était formé dans les derniers jours, et avait été la cause de la gangrène. Ce dépôt successif de fibrine explique le ralentissement graduel de la circulation.

Otorrhée. — Propagation de la phlegmasie de l'oreille aux cellules mastoïdiennes. — Trépanation de l'apophyse mastoïde. — M. FOLLIN communique à la Société un cas de *trépanation de l'apophyse mastoïde* pour un abcès des cellules mastoïdiennes consécutif à une otite de l'oreille moyenne. Le malade, âgé de quarante-trois ans, est habituellement d'une bonne santé ; mais depuis sa jeunesse il est sujet à des maux de gorge qui sont devenus plus fréquents dans ces derniers temps, car il se passait rarement une année sans qu'il eût une ou deux angines aiguës, qui se terminaient le plus souvent par un abcès.

C'est à la suite d'une de ces angines, survenue au mois de mars dernier, qu'il fut pris tout à coup, dans les premiers jours d'avril, d'une douleur très-vive dans l'oreille droite. Trois jours après, survinrent un abondant écoulement de pus par cette oreille et de la surdité. Pendant six semaines, ces douleurs furent incessantes, intolérables ; elles s'étendaient à toute la partie droite de la tête et s'accompagnaient de fièvre, de délire, surtout pendant la nuit. Puis durant les six mois suivants, quoique l'écoulement et la surdité persistassent, les douleurs diminuèrent un peu ; mais des exacerbations toujours très-aiguës succédaient aux rémissions, qui les rendaient plus supportables. Le malade était, à cause de ces accidents, dans l'impossibilité de se livrer à aucun travail.

Dès la fin du premier mois de sa maladie, on remarqua un peu de gonflement dans la région mastoïdienne droite. La pression de cette partie était douloureuse. Dans ces derniers temps, une rougeur érysipélateuse avait envahi la peau de cette région, et la douleur était devenue plus vive. Un médecin fit alors appliquer au-dessous de la région mastoïdienne un séton qui n'eut aucun effet sur la maladie principale, mais parut calmer un peu les douleurs. C'est alors que le malade vint à Paris et fut amené à M. Follin par M. le docteur Charpentier. A ce moment, la région mastoïdienne était gonflée, un peu rouge, douloureuse au toucher ; du pus sortait en abondance par l'oreille, et le malade, incessamment tourmenté par des douleurs dans le côté droit de la tête, passait les nuits sans sommeil. Il n'y avait ni abcès apparent à l'extérieur, ni trajet fistuleux. D'après toutes ces circonstances, on diagnostiqua un abcès dans les cellules mastoïdiennes, et M. Follin proposa au malade de trépaner ces cellules pour favoriser l'écoulement du pus au dehors et obtenir ainsi la guérison.

Cette opération, promptement acceptée par le malade, fut pratiquée par M. Follin le 18 novembre dernier, avec l'assistance de M. le docteur Charpentier et de MM. Charpentier fils et Rondeau, internes des hôpitaux.

Une incision cruciale de 5 à 6 centimètres de hauteur fut pratiquée sur la région mastoïdienne, et les quatre lambeaux résultant de cette incision furent disséqués avec soin, de façon à mettre à nu la surface osseuse sous-jacente. Dès que le périoste de la région eut été incisé et soulevé, on appliqua sur l'os une petite couronne de trépan, et on enleva facilement une rondelle osseuse de 7 millimètres de diamètre transversal. Cette rondelle osseuse enlevée, on vit sortir de suite des cellules mastoïdiennes une assez notable quantité d'un pus bien lié. Afin d'agrandir cette ouverture faite à l'os et surtout de lui donner une forme conique à base dirigée en dehors, M. Follin enleva avec un grattoir conique les bords de la section osseuse. Une boulette de charpie fut introduite au fond de la plaie, dont les bords furent écartés pour éviter une cicatrisation trop prompte. Un pansement simple fut appliqué.

Les résultats immédiats de cette opération furent très-satisfaisants. Dès le lendemain, le pus ne s'écoulait plus par l'oreille, et les vives douleurs de la tête avaient cessé. La plaie entra en suppuration peu à peu, et à ce propos M. Follin fait remarquer que dans ces plaies faites dans une région où abonde du tissu fibreux, les bourgeons charnus ne se développent régulièrement que lorsque la plaie s'est débarrassée de quelques tractus fibreux que le bistouri a divisés et qui se mortifient. Des phénomènes analogues se montrent dans les plaies qu'on fait à la région du talon.

Quoi qu'il en soit, la plaie devint bientôt granuleuse ; l'écoulement du pus contenu dans les cellules mastoïdiennes se fit régulièrement au dehors, et l'otorrhée disparut pour ne plus se montrer de nouveau. Une adénite cervicale très-légère, qui entra promptement en résolution, fut le seul accident qui traversa la guérison de cette trépanation des cellules mastoïdiennes.

Aujourd'hui, un mois après l'opération, l'ouverture faite à la région mastoïdienne est tout à fait cicatrisée. La cicatrice est un peu froncée et très-solide, les douleurs de tête ni l'otorrhée n'ont reparu, et le malade se trouve parfaitement bien. Il faut ajouter que le malade entend à peine de ce côté ; mais quand on songe aux désordres qui ont dû exister dans l'oreille moyenne avant l'opération, cela ne peut guère étonner.

Cette observation se rapproche de deux observations analogues que M. Follin a déjà communiquées à la Société. Il s'agissait aussi dans ces deux faits de trépanations faites sur l'apophyse mastoïde pour combattre des accidents du même genre ; mais dans ces deux faits, dont l'un a été recueilli avec le docteur Schloss et l'autre sur un soldat, il existait des fistules de la région mastoïdienne. Dans ces deux cas, l'opération a été suivie de guérison ; les accidents douloureux du côté de la tête et l'otorrhée ont aussi disparu après la trépanation.

Dans le dernier fait communiqué par M. Follin, la fistule n'était pas encore établie.

On sait la gravité de ces affections de l'oreille et la propagation des accidents inflammatoires aux membranes du cerveau. Dans ces cas il y a parfois des tubercules osseux ou une carie ; mais il est probable que l'otite suppurée est souvent la conséquence d'une inflammation simple de la membrane qui revêt les cellules mastoïdiennes. Dans le cas présent, on observe une otite de l'oreille moyenne par propagation d'une angine tonsillaire ou autre ; puis la phlegmasie gagne les cellules mastoïdiennes, et, de proche en proche, l'os s'enflamme, se gonfle, etc. Jamais, dans le fait relaté par M. Follin, on n'a vu sortir par la suppuration de fragments osseux, et la marche de la maladie est contraire à l'hypothèse d'une carie de l'apophyse mastoïde.

La conclusion pratique de ces trois faits est facile à tirer. Il faut opérer de bonne heure la trépanation de l'apophyse mastoïde dans ces otorrhées qui s'accompagnent de douleurs persistantes ou de tension de la région mastoïdiene. Cette opération, d'une exécution facile, n'est en général suivie d'aucun accident.

M. FORGET. Il y a trois ans, j'ai publié dans l'*Union médicale* u[n] fait d'abcès intra-mastoïdien, et dans ce cas j'ai fait, en 1849, [la] trépanation de l'apophyse mastoïde. Il s'agissait d'un jeune homme [de] quinze à seize ans. Il y avait au niveau de l'apophyse mastoïde u[n] empâtement considérable. J'employai la gouge et la percussion mo[dérée] pour perforer l'os, puis le couteau lenticulaire pour arrond[ir] l'ouverture. Il sortit une grande quantité de pus, les douleurs fure[nt] supprimées, mais il resta dans le foyer un petit séquestre, que j'en[levai] avec une pince.

J'arrive aux mêmes conclusions que M. Follin, et comme cet[te] question est encore controversée, il est utile de rappeler les faits q[ui] ne sont pas nombreux.

M. FOLLIN. Mes premières observations datent de cinq ans, je n[e] connaissais pas, par conséquent, l'opération de M. Forget.

— Comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr FOUCHER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets en date du 31 décembre 1863, ont été nomm[és] ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — MM. Longet, professeur de physio[logie] à la Faculté de médecine de Paris ; Sédillot, médecin-inspecteu[r].

Au grade d'officier. — MM. Cambay, médecin principal d[e] 1re classe ; Martinenq, ancien chirurgien de la marine ; Roubin, chi[rurgien] professeur de la marine ; Gourrier, chirurgien principal d[e] la marine ; Salis, chirurgien de 1re classe de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Jean, médecin aide-major commis[sionné] ; Dezon, Réju, Roure, Janin, Bertrand, Réeb et Fleury, mé[decins]-majors de 2e classe ; Coulier, pharmacien-major de 1re class[e] ; Glandier et Boyard-Berthier, vétérinaires en 1er ; Favelier, vétér[inaire] en 2e ; Borel et Trémoulé, infirmiers-majors ; Casal et Fra[n]quet, chirurgiens de 1re classe de la marine ; Massion, chirurgien d[e] 2e classe de la marine ; Aubert, Fournier, chirurgiens de 1re clas[se] de la marine ; Bonnescuelle de Lespinois, chirurgien de 2e classe d[e] la marine ; Coutances, pharmacien de 1re classe de la marine ; Germain, vétérinaire en second ; Masson, infirmier-major à bord d[e] *la Normandie.*

— Par décret en date du 31 décembre 1863, ont été promus dan[s] le corps des officiers de santé militaires :

A un emploi de médecin principal de 1re classe : M. Marit, méde[cin] principal de 2e classe ;

A deux emplois de médecin principal de 2e classe : MM. Durand e[t] Strauss, médecins-majors de 1re classe.

— Par dépêche du 14 décembre 1863, le ministre de la guerre [a] invité M. le directeur de l'École du service de santé militaire à prendre les dispositions nécessaires pour que les élèves soient admis, l[e] plus promptement possible, à suivre les deux cliniques annexes établie[s] à l'hôpital militaire de Strasbourg, dans les divisions de fiévreux con[fiés] à MM. Haspel et Netter.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séanc[e] mercredi 6 janvier, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville.

Leçons d'orthopédie, professées à la Faculté de médecine de Paris, p[ar] M. le professeur MALGAIGNE. Un volume in-8°, avec 5 planches. Prix 6 fr. 50. — Chez Adrien Delahaye.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 2. — JEUDI 7 JANVIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 2. — JEUDI 7 JANVIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 JANVIER 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a repris hier la discussion sur l'origine de la vaccine, interrompue par la séance publique et par les travaux de fin d'année. M. J. Guérin, que son tour de parole appelait à la tribune, a élargi et élevé le débat, en y apportant cet esprit philosophique qui consiste à placer les faits sous la lumière des principes pour leur donner leur signification et leur valeur réelle.

La question n'était plus de savoir s'il y avait plusieurs origines à la vaccine ou s'il n'y en avait qu'une. Elle était résolue. Mais si M. Depaul a eu raison contre M. Bouley sur ce point fondamental, ce que nous nous sommes empressé de reconnaître, s'ensuit-il qu'il n'y ait plus qu'à accepter sans examen la doctrine qu'il a cherché à asseoir sur l'ensemble des faits derrière lesquels il s'était fortifié? Tout en adhérant pleinement à la doctrine de l'unité d'origine de la variole, du cowpox et des diverses affections équines qui lui donnent naissance, nous avons déjà réservé nos conditions d'adhésion à l'égard des conséquences pratiques à en déduire.

M. Guérin a été plus loin que nous. Beaucoup plus explicite à cet égard que nous ne l'avons été, il a nettement et énergiquement combattu les tendances à la réhabilitation de la pratique de l'inoculation, tendances qui, si elles ne sont pas expressément formulées dans les conclusions du travail de M. Depaul, semblaient du moins s'en déduire logiquement.

Les motifs invoqués par M. Guérin pour repousser cette conséquence logique, en apparence, de l'opinion émise par M. Depaul, sont de deux ordres : les uns déduits de ce que l'expérience nous a appris sur les dangers de l'inoculation qui multiplie et perpétue en quelque sorte les éléments de l'endémicité variolique; les autres tirés de considérations très-justes, à notre sens, sur un principe fondamental de l'histoire des maladies virulentes en général et de celle de la variole en particulier, savoir, l'atténuation et les modifications que subissent ces virus par leurs transmissions successives et leurs migrations à travers des organismes différents. Si bien, que tout en reconnaissant que la variole et la vaccine ont une même origine, ces deux affections n'en restent pas moins distinctes par la manière dont elles se comportent chez l'homme, tout en s'y substituant l'une à l'autre.

On trouvera dans le Compte rendu le développement de cette proposition, dont la justesse a paru frapper la généralité des membres de l'Académie, comme elle nous a frappé nous-même. Nous reviendrons, du reste, sur ce point de vue de la question, qui est sans contredit l'un des plus importants.

La discussion continuera mardi. MM. Magne et Reynal ont retenu la parole.

Le commencement de la séance a été signalé par le discours d'installation de M. le président, qu'on trouvera plus loin, et par l'élection de M. Stromeyer comme membre associé étranger.

Parmi les présentations qui ont été faites dans cette séance, nous signalerons celle d'un livre nouveau de M. le docteur O. Reveil, dont le titre seul indiquera suffisamment l'utilité à tous les praticiens [1]. C'est un Formulaire raisonné des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, destiné à faire connaître les médicaments et toutes les applications physico-chimiques dont s'est enrichie la thérapeutique depuis la dernière édition du Codex. On y trouvera notamment des notions pratiques extrêmement utiles sur les méthodes nouvelles désignées sous les noms d'hydrothérapie, aérothérapie, électrothérapie et kinésithérapie. — Dr Brochin.

[1] *Formulaire raisonné des médicaments nouveaux et des médications nouvelles*, par O. Reveil, pharmacien en chef de l'hôpital des Enfants malades. 1 fort vol. gr. in-18 de 788 pages, avec figures dans le texte. Paris, 1864, chez J. B. Baillière et fils.

HOPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. ROUSSET.

Compte rendu des faits observés à la Clinique d'accouchements de l'Ecole de médecine de Bordeaux, depuis le 1er janvier 1859 jusqu'au 30 juin 1863.

Par M. Louis SENTEX, aide de clinique.

Le mouvement de la Clinique obstétricale de l'Ecole de médecine de Bordeaux pendant cette période de 4 années 1/2, de 1859 à la fin de juin 1863, se résume par le chiffre de 792 accouchements. Nous négligerons les considérations purement physiologiques auxquelles ce relevé a donné lieu, pour ne tenir compte ici que des faits anormaux ou pathologiques consignés dans le travail de M. Sentex.

Nous commencerons par les *accouchements compliqués*.

Le nombre des accouchements compliqués a été de 23. J'ai trouvé d'abord onze cas de rigidité du col, et j'en ai pour ma part observé trois. Neuf fois sur onze, cette complication a été observée chez des primipares, et surtout chez des primipares âgées, chez de vieilles filles. Le traitement a consisté le plus souvent en bains prolongés. Une seule fois, on a pratiqué la saignée du bras, et quatre fois l'accouchement a dû être terminé avec le forceps. Dans les trois cas que j'ai observés, j'ai mis en usage un moyen qui, s'il avait réussi, serait préférable à tous les autres à cause de sa simplicité; je veux dire les frictions sur le col avec l'extrait de belladone. Malheureusement, ce moyen, que je crois excellent contre cette force qui produit la contraction spasmodique des fibres du col, a dû être bien vite abandonné à cause de son inefficacité absolue dans les cas de rigidité proprement dite où le massage du col a produit de très-heureux résultats. L'inconvénient de ce moyen, c'est qu'il faut laisser longtemps les doigts dans le conduit vulvo-utérin de la femme, et exercer des tiraillements qui, à la longue, amènent une insensibilité presque complète des doigts.

La procidence du cordon, complication presque toujours mortelle pour l'enfant, a été observée une fois chez une femme mariée âgée de trente-sept ans, et arrivée à sa septième grossesse. Cet accident, survenu chez une femme dont les six accouchements antérieurs avaient été naturels, s'explique par la longueur extrême du cordon (92 centimètres). L'accoucheuse qui se trouvait auprès de la malade ne reconnut pas d'abord cette complication, et la compression du cordon datait déjà de longtemps lorsque la femme fut apportée à la Clinique. L'accouchement se fit presque aussitôt après l'arrivée de la malade, de telle sorte qu'on ne put mettre en usage aucun des moyens conseillés en pareil cas : l'enfant était d'ailleurs mort depuis assez longtemps. La femme succomba plus tard à une métro-péritonite, et on put s'assurer alors que le prolapsus du cordon, occasionné surtout par sa longueur, avait encore été favorisé dans sa production par l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

Enfin, 10 femmes ont été prises d'attaques d'éclampsie pendant le travail : toutes étaient albuminuriques. Je me hâte d'ajouter que l'éclampsie n'est pas survenue chez toutes les albuminuriques. J'ai parfaitement présente à la mémoire l'histoire d'une femme arrivée à la salle 9 *bis* dans le sixième mois de sa grossesse, avec une anasarque considérable et une albuminurie très-prononcée. M. Rousset la soumit dès son arrivée à l'usage du tannin (de 15 à 20 décigrammes par jour en potion). Peu à peu l'anasarque diminua, l'albumine disparut. Cette malheureuse fille arriva sans encombre au terme de sa grossesse, et accoucha fort heureusement. C'est là l'unique fait que j'ai observé par moi-même; mais j'ai entendu raconter bien souvent à mon maître plusieurs faits semblables et qui témoignent de l'heureuse modification qu'amène l'emploi du tannin.

Les 10 femmes chez lesquelles le tannin a été employé trop tard ou n'a pas été employé du tout, ont eu toutes un plus ou moins grand nombre d'attaques d'éclampsie. L'une d'elles a succombé après la vingt-septième, sans jamais être sortie d'un profond coma; 4 ont succombé dans les mêmes circonstances, mais après un nombre d'attaques sensiblement moins élevé et variant entre quatorze et dix-neuf. Une sixième, après avoir résisté aux accidents éclamptiques, a été emportée le neuvième jour par une métro-péritonite; enfin, 4 ont guéri. L'une de ces dernières a offert un exemple de folie puerpérale.

Les moyens thérapeutiques mis en usage chez toutes ces malades n'offrent rien de particulier. On a employé à la fois les antispasmodiques en potion et en lavement, les applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, les vessies remplies d'eau glacée sur la tête, les révulsifs cutanés, etc., etc.; enfin, sept fois l'accouchement a été terminé avec le forceps. Trois fois les attaques ont cessé immédiatement après la délivrance, et les malades ont recouvré la connaissance. Quatre fois, au contraire, les attaques ont persisté, ainsi que le coma, et la mort est survenue.

Les enfants ont succombé en plus grand nombre que leurs mères; car sur 11 qui sont nés de ces 10 femmes, 1 seul est vivant. Les 10 autres sont mort-nés ou ont vécu à peine quelques minutes; 4 étaient à terme (1 à huit mois, 3 à sept mois), et 3 n'étaient pas viables.

Accouchements artificiels. — Application du forceps, 23; versions, 5; céphalotomie, 1; céphalotripsie, 1; ce qui, en somme, porte le nombre des accouchements artificiels à 30.

Forceps. — 23 applications de forceps ont été pratiquées: 6 pour une rigidité de la vulve et du périnée; 3 pour des positions inclinées de la tête; 2 pour des positions inclinées de la face; 4 pour des rétrécissements du bassin; 1 pour une brièveté du cordon; 7 ont été nécessitées par des accidents de nature assez grave pour compromettre la vie de la mère et du fœtus (éclampsie).

La rigidité de la vulve et du périnée a été observée chez des filles de seize à vingt ans ou chez des primipares beaucoup plus âgées. Chez toutes, le travail durait depuis très-longtemps, et on n'aurait pu, sans crainte pour la vie du fœtus, attendre son expulsion naturelle. Une seule fois on a dû administrer du seigle ergoté avant l'application du forceps, pour réveiller les contractions utérines qui avaient complétement disparu.

On a dû appliquer le forceps cinq fois pour des positions vicieuses de la tête ou de la face. Dans les présentations du vertex, la tête était fortement inclinée sur l'un des pariétaux, ou bien encore la persistance de l'occiput en arrière (positions occipito-postérieures) s'opposait à l'engagement de la tête, qui, malgré des contractions assez énergiques, sortait au niveau du détroit supérieur longtemps après la rupture des membranes.

Le plus souvent les inclinaisons latérales de la face se sont converties spontanément en positions mento-antérieures, et l'accouchement a pu se faire naturellement. Deux fois cependant ce mouvement de rotation spontané n'a pas eu lieu, et deux applications de forceps sont devenues nécessaires.

Dans quatre cas où le diamètre du bassin correspondant au diamètre bipariétal ne mesurait que de 8 centimètres à 8 centimètres 1/2, le forceps a été indispensable pour terminer l'accouchement.

Enfin, on l'a encore mis en usage dans un cas de brièveté du cordon, la tête étant arrivée au détroit inférieur. L'état apoplectique dans lequel se trouvait l'enfant à sa sortie a prouvé qu'il y avait urgence à agir.

Ces 23 applications de forceps ont été suivies 5 fois d'accidents qui ont guéri, et 11 fois de la mort.

Versions. — 5 ont été pratiquées pour des présentations du tronc :

2 en position céphalo-iliaque gauche.

3 en position céphalo-iliaque droite.

Dans les trois cas de présentations du tronc qui se sont terminés par un accouchement naturel, la grossesse n'était pas arrivée à terme. Ces opérations obstétricales n'ont d'ailleurs rien offert qui soit digne d'être noté. Trois fois les enfants étaient mort-nés. Un quatrième était dans un état presque complet d'asphyxie, mais on a pu cependant le ranimer.

Céphalotomie. — Elle a été pratiquée une seule fois par M. Rousset dans les circonstances suivantes :

Euphrosie M..., célibataire, âgée de vingt-six ans, domestique, entre à la Clinique le 1er mai 1863. Cette fille, d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatique, offre une incurvation marquée de la colonne vertébrale au niveau des régions dorsale et lombaire. La mensuration du bassin, qui a pu être faite sur les os desséchés puisque cette femme a succombé plus tard à une métro-péritonite, donne les résultats suivants :

Détroit supérieur. — Diamètre sacro-pubien, 8 centimètres 1/2; diamètre transversal, 11 centimètres; diamètre oblique, 10 centimètres; diamètre sacro-cotyloïdien de Burns, 8 centimètres.

Détroit inférieur. — Diamètre coccy-pubien, 9 centimètres; diamètre bi-ischiatique, 10 centimètres; diamètre oblique, 8 centimètres 1/2.

L'utérus est situé sur la ligne médiane; les battements du cœur du fœtus s'entendent difficilement au niveau de la fosse iliaque droite. Au moment où la malade arrive à la Clinique, le col est complétement effacé; la dilatation est de la largeur d'une pièce d'un franc; les membranes sont tendues, et le doigt ne peut arriver sur aucune partie.

Peu à peu la dilatation augmente, et on arrive à diagnostiquer une position occipito-iliaque droite antérieure, la tête étant encore au détroit supérieur. La dilatation du col n'a été complète que le 2 mai, vers cinq heures du soir. La partie n'était pas descendue, les eaux étaient écoulées depuis trois ou quatre heures, le cordon était en procidence et ne battait plus. On tente la version pelvienne; mais la main, fortement comprimée sur les côtés du bassin, ne peut dégager les jambes qu'elle était parvenue à saisir, malgré l'écoulement complet des eaux. Le forceps est alors appliqué, et, malgré des tractions énergiques, la tête ne bougea pas. L'enfant étant mort depuis longtemps, on se décida à pratiquer au crâne une large ouverture avec les ciseaux de M. Blot, pendant qu'un aide, tirant sur le forceps, maintenait fortement la tête. Le doigt, introduit dans la cavité crânienne par la perforation pratiquée sur l'un des côtés, permit de faire écouler presque en totalité la substance cérébrale; les branches du forceps furent serrées, et enfin l'enfant put sortir.

La malade succomba le 7 mai à une métro-péritonite.

Céphalotripsie. — Comme la céphalotomie, elle a été pratiquée une fois dans un cas de rétrécissement extrême du bassin.

L... (Victoire), vingt-cinq ans, célibataire, lingère, entre à la Clinique le 17 juillet 1862. Cette fille, primipare, est arrivée au terme de sa grossesse. Le travail est commencé depuis plusieurs heures; il existe une antéversion complète de l'utérus, et bien que la dilatation fût assez avancée, la tête retenue au détroit supérieur ne pouvait s'engager. Une application de forceps n'amena aucun résultat. La version podalique, difficile à cause de l'écoulement des eaux, permit d'amener au dehors le corps de l'enfant; la position primitivement occipito-iliaque gauche transversale, fut convertie en position occipito-iliaque droite transversale. Les manœuvres pour dégager la tête de l'enfant n'ayant pas réussi, M. Rousset pratique la céphalotripsie. L'écoulement d'une partie de la substance cérébrale ne réduisant pas encore assez les dimensions de la tête de l'efnant, on applique le céphalotribe, et on termine ainsi ce laborieux accouchement.

Cette malade a succombé, et les mensurations prises sur son bassin desséché m'ont donné les résultats suivants :

Détroit supérieur.

Diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien.	7 c. 1/4	au lieu de	11 à 11 1/2.
— transverse	11 1/2	—	13 1/2.
— oblique (symphyse sacro-iliaque à l'éminence iléo pectinée)	11	—	12.
— sacro-cotyloïdien de Velpeau	8	—	10 à 10 1/2 (Velpeau). 9 (Nægelé).
Circonférence	32	—	35 à 40.

Détroit inférieur.

Diamètre antéro-postérieur du coccy-pubien.	6 1/2	—	11.
— transversal ou bi-ischiatique	10	—	11.
— oblique	9 1/2	—	11.

Excavation.

— antéro postérieur	9	—	12 à 13.
— transversal	11	—	12
— oblique	11	—	12

Délivrances. — Cinq fois seulement la délivrance a offert quelque chose d'anormal et a nécessité le secours de la main. Une fois le cordon inséré sur les membranes s'est rompu pendant les tractions légères qu'on exerçait sur lui, et il a fallu introduire la main dans l'utérus pour extraire l'arrière-faix. Dans les quatre autres cas, le délivre était retenu par de légères adhérences qui ont été très-facilement rompues avec les doigts. On n'a noté aucun cas d'enchatonnement complet du placenta.

Suites de couches. — 683 fois les suites de couches ont été naturelles ou physiologiques, 109 fois elles se sont accompagnées d'accidents auxquels 40 femmes ont succombé.

Chez la plus grande partie des malades, la fièvre de lait a complétement fait défaut, sans cependant que la sécrétion laiteuse ait manqué; tandis que chez certaines femmes elle est survenue de la quarante-huitième à la soixante-douzième heure, et a été assez intense pour nécessiter une diète absolue, etc.

J'ai dit que 109 de nos malades ont eu des suites de couches non physiologiques : 40 d'entre elles ont succombé à des accidents qui, chez 69 autres, ont été combattus avec succès.

Un très-grand nombre de femmes, surtout parmi celles qui se décidaient à ne pas nourrir leurs enfants, ont eu des engorgements laiteux qui se sont facilement dissipés après la troisième dose du médicament dont M. le professeur Rousset a découvert la propriété antilaiteuse : l'iodure de potassium. Huit fois cet accident, ordinairement bénin, s'est montré avec plus de gravité, et a dû être combattu par des purgatifs répétés. Chez dix malades, la suppuration est arrivée, et le pus ne s'est écoulé que grâce à des incisions multiples. Chez l'une des malades, il est resté pendant assez longtemps un trajet fistuleux qui ne s'est oblitéré qu'après plusieurs injections avec la teinture d'iode.

Sept femmes ont échappé aux accidents de métrite, et deux à la péritonite : toutes, grâce à un traitement antiphlogistique énergique et à de très-larges onctions mercurielles sur tout le ventre. Quatre fois ces accidents, relativement légers, étaient survenus à la suite d'applications de forceps.

Des fièvres intermittentes rebelles ont été observées chez 7 malades. Après avoir résisté au sulfate de quinine, elles ont cédé à l'emploi de divers moyens, entre autres du cyanhydrate de fer.

L'embarras intestinal ou constipation, et la rétention d'urine, sont des accidents assez communs chez les femmes qui viennent d'accoucher. Dans certains cas, ils peuvent donner le change, surtout lorsque la malade ne se plaint pas, et s'accompagner d'un mouvement fébrile assez intense, qu'on peut prendre, soit pour la fièvre de lait, soit pour le début d'une phlegmasie. Aussi est-il nécessaire d'interroger toujours les malades à ce point de vue pendant les trois jours qui suivent l'accouchement, et de remédier à cette paresse du rectum ou de la vessie par des lavements ou par le cathétérisme.

Au moment où la variole sévissait à l'hôpital et en ville, 4 femmes nouvellement accouchées ont été prises, et, chose remarquable, dans le même lit, bien qu'on en eût changé les diverses pièces : 2 de variole et 2 de varicelle. Chez toutes la maladie a été bénigne.

Les décès ont été occasionnés par des métro-péritonites, l'éclampsie et la phthisie pulmonaire.

Les *métro-péritonites* n'ont offert de remarquable que leur nombre malheureusement trop considérable (22). J'ai recherché leurs causes, et j'ai trouvé que 11 fois elles sont survenues à la suite de manœuvres obstétricales, que 3 fois elles se sont développées chez des femmes syphilitiques qui avaient accouché avant terme, 1 fois chez une femme qui avait échappé aux accidents éclamptiques.

La *phthisie pulmonaire* a enlevé 6 femmes. Cette cruelle maladie, après s'être sensiblement ralentie pendant la grossesse, reprit aussitôt après l'accouchement une marche presque foudroyante. Chez deux de ces malades la grossesse se termina avant terme.

Une malade a succombé à un cancer de la langue qui depuis longtemps l'empêchait de s'alimenter. Une autre a été prise d'une scarlatine maligne qui l'a enlevée très-rapidement. Une troisième est morte au vingt-troisième jour d'une dothinenthérite. Une quatrième a eu un phlegmon du ligament large du côté droit, dont le développement a été attribué à l'usage immodéré que cette jeune fille avait fait des appareils constricteurs pour cacher sa grossesse.

CYSTOTOMIE.

Incrustation de la plaie; expulsion des membranes [1];

Par M. Dolbeau, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Une circonstance peu connue accompagne quelquefois l'opération de la taille; je veux parler de l'incrustation des plaies et de l'issue de lambeaux membraneux par le trajet que parcourt l'urine.

Voici ce qui se passe dans les cas particuliers auxquels nous faisons allusion : l'opération est suivie ordinairement de douleurs assez vives qui ont pour siége la région de la vessie; puis, deux ou trois jours plus tard, la plaie, les téguments voisins, les pièces du pansement, quelquefois même les draps du lit, se couvrent de dépôts phosphatiques; enfin, on constate l'issue de lambeaux membraneux qui portent aussi les traces de l'incrustation calcaire.

Cette série de phénomènes, qui paraît se rattacher à une même cause, constitue une des rares complications qui peuvent succéder à la cystotomie; mais avant d'exposer le résultat de nos recherches et de notre observation personnelle, il nous paraît utile de citer certains faits qui appartiennent à la littérature chirurgicale et qui se rattachent à cet intéressant sujet.

Ledran dit que l'urine d'un homme auquel on avait extrait une pierre ronde et très-solide, du poids de 8 onces, entraînait après l'opération une si grande quantité de matière graveleuse, que le périnée, les fesses et même les linges de pansement, en furent incrustés comme d'un mortier qui s'y serait endurci; l'incrustation, qui était de couleur brune, devint si forte et si dure, qu'elle bouchait en partie le trajet de la plaie, et qu'en introduisant la sonde pour faire des injections, il semblait qu'on passât dans un aqueduc de pierre de taille. Cet état dura vingt-deux jours, au bout desquels on put détacher une partie des croûtes. En quatre ou cinq jours, on ôta toutes celles qui étaient à la portée du doigt; il en sortit ensuite par la plaie, attachées à des lambeaux membraneux qui venaient du col et même de l'intérieur de la vessie. (Ledran, *Opérations de chirurgie*, p. 298.)

Frère Côme a observé quatre faits semblables. La plaie d'une femme qu'il avait taillée était plâtreuse, les urines formaient des incrustations sur toutes les surfaces où elles séjournaient, des morceaux de tissu cellulaire sortaient, semblables à des chapelets formés par un plâtre à demi pierreux qui se broyait en partie entre les doigts; le bout des canules s'incrustait en vingt-quatre heures et leur cavité se bouchait fréquemment dans le même temps. Un deuxième malade avait également des urines plâtreuses, qui pendant les douze premiers jours engorgèrent la canule placée dans la boutonnière. Chez le troisième opéré l'urine était plâtreuse, et elle entraînait des lambeaux de tissu cellulaire incrusté. Chez le quatrième malade, les incrustations forcèrent de changer souvent la canule qui s'oblitérait.

Rudtorffer dit que le treizième et le quinzième jour après l'opération de la taille, il sortit par la plaie de son malade deux grands flocons membraneux incrustés, que l'auteur crut provenir de la vessie elle-même.

Tulpius a rencontré aussi un cas dans lequel l'opération fut suivie de l'expulsion de lambeaux membraneux incrustés.

Deschamps dit, en parlant de la gangrène vésicale, que cet accident paraît avoir son siége dans le tissu cellulaire qui unit la membrane muqueuse à la couche musculeuse de la vessie; et il arrive assez fréquemment, ajoute-t-il, que la membrane muqueuse s'exfolie en partie ou en totalité. On trouve dans le même auteur une observation qui se rattache au sujet que nous étudions; voici en quelques mots le résumé de ce fait curieux.

Deschamps pratique la taille à un officier et lui extrait une pierre assez volumineuse; divers accidents succèdent à cette opération. La maladie se prolonge, les urines deviennent fétides, purulentes, et vers le trente-septième jour « celui qui soignait le malade, lavant la plaie extérieure, aperçut un lambeau qu'il tira doucement; mais voyant qu'il était très-long, il n'osa pas aller plus loin, quoique le malade l'assurât qu'il ne souffrait point. Ce lambeau fut retiré et mis de côté. Je l'examinai avec la plus grande attention, et après l'avoir lavé à plusieurs reprises, je reconnus par sa texture que c'était une portion assez considérable de la membrane interne de la vessie; elle avait la forme à peu près triangulaire, sa couleur était d'un blanc un peu sale, sa surface pouvait être évaluée à une superficie de cinq pouces et demi. La sortie de ce lambeau avait été précédée par celle de quelques petits fragments, tant par la plaie que par l'urèthre; la séparation fut suivie d'une très-petite quantité de sang par la plaie, mais dont l'issue ne fut que momentanée. » Une amélioration notable succéda à l'expulsion des lambeaux membraneux, les urines devinrent claires et la fièvre tomba; néanmoins, la guérison se fit attendre encore longtemps, le malade quitta Paris plus de deux mois après son opération; la cure ne fut complète que plus tard, encore l'opéré conserva-t-il une notable difficulté à garder ses urines.

L'incrustation survenant à la suite de la taille a été observée par Brodie; ce chirurgien a opéré un enfant dont l'urine déposa une quantité telle de phosphate, que le périnée, la face interne des cuisses et les draps du lit semblaient avoir été saupoudrés d'une poussière blanche qui se renouvelait en peu d'heures quand on l'enlevait.

Civiale parle également de deux cas identiques : l'opération de la taille faite par le haut appareil s'accompagna de l'incrustation de la plaie; cet état, dit-il, dura plusieurs semaines.

A tous ces faits, je joindrai la relation succincte de trois observations qui me sont personnelles.

Dans le mois de mars 1862, je pratiquai la taille à un jeune garçon de quatorze ans; la maladie remontait à six années; la pierre était volumineuse, 3 centimètres sur 2 centimètres et demi, composée par l'urate et le phosphate de chaux. L'opération fut faite sur la ligne médiane sans incision du col de la vessie; la simple dilatation suffit pour obtenir une extraction assez facile. Tout se passa bien, mais dès le deuxième jour je remarquai l'incrustation du trajet de la plaie; l'enfant souffrait modérément de la vessie. Le sixième jour, je voulus enlever les incrustations, mais la pince ramena deux lambeaux membraneux, irréguliers comme forme, ayant à peu près deux centimètres et demi. Ces membranes avaient deux faces, une lisse d'apparence séreuse, correspondant à la cavité de la plaie, l'autre rugueuse et incrustée, en rapport avec les tissus voisins; en un mot, c'était la face adhérente qui présentait les incrustations. La plaie cessa bientôt de se couvrir de dépôts calcaires.

Au trentième jour, la cicatrisation était presque complète, et l'urine coulait en grande partie par la verge.

Deux semaines se passèrent encore, il restait toujours un orifice au périnée; j'examinai alors avec soin le trajet fistuleux, et je pus extraire un troisième lambeau membraneux semblable aux précédents celui-ci semblait s'opposer à la guérison définitive.

Six jours plus tard, mon malade quittait Paris sans conserver de fistule.

Cinquante jours avaient été nécessaires pour guérir ce jeune garçon; or, il nous semble que c'est plus que la moyenne de la durée de la maladie après la cystotomie pratiquée sur des enfants bien portants.

Mon second malade a été opéré à l'hôpital Necker. Voici son histoire en quelques mots :

Jeune homme âgé de vingt-six ans, constitution moyenne, mais bien portant. Il a la pierre depuis plusieurs années; elle se manifeste par des douleurs en urinant et par de fréquentes hématuries.

Le malade entre à l'hôpital dans les premiers jours de mai 1862. Une tentative de lithotritie est faite, mais elle détermine des accidents.

Le 17, on pratique l'opération de la taille médio-bilatérale. La recherche du calcul fut très-longue; la tenette ramena une pierre murale de quatre centimètres et demi sur trois. — Sonde à demeure dans la plaie.

Le lendemain, on enlève la sonde, qui était obstruée; le malade se plaint d'une douleur au bas-ventre, limitée à la région de la vessie. Pouls à 110, diarrhée. — On administre l'opium.

Les jours suivants, l'état général reste le même; on constate tous les degrés d'une cystite assez intense.

Le 25, amélioration très-notable des phénomènes généraux; appétit.

Le 4 juin, la plaie suppure très-abondamment; ses bords et les téguments voisins sont couverts d'incrustations calcaires.

Le 12, tout le trajet de la taille est tapissé par une couche phosphatique formée de grains isolés, mais très-nombreux. On enlève un lambeau membraneux, dont l'une des faces est lisse, muqueuse, d'un blanc sale; l'autre est rugueuse et incrustée. Déjà, à trois reprises différentes et dans les jours qui avaient précédé, on avait retiré de la plaie des membranes incrustées provenant certainement de l'intérieur de la vessie. Cette fois, le fragment membraneux est plus considérable, ses dimensions surpassent celles d'une pièce de cinq francs; sa forme est irrégulière. La plaie bourgeonne, elle n'est pas recouverte de dépôt membraneux.

Le 14, variole discrète; on enlève une sonde qui en deux jours avait été complétement incrustée.

Le 22, la plaie se ferme lentement, elle n'a plus que 3 ou 4 millimètres, mais la cicatrice ne porte que sur les téguments. La plus grande partie de l'urine passe toujours par le périnée; du reste, la vessie n'est plus douloureuse, et les dépôts phosphatiques ne se forment plus. L'état général continue à être peu satisfaisant, il y a de l'amaigrissement; aussi le malade est-il renvoyé dans son pays.

Depuis, on n'a pas eu de ses nouvelles.

La troisième observation présente encore plus d'intérêt, en ce sens que l'autopsie a permis de constater l'état des organes intéressés par l'opération de la cystotomie.

[1] Nous détachons cet intéressant article du *Traité de la pierre dans la vessie*, que M. le docteur Dolbeau fait paraître aujourd'hui même à la librairie médicale d'Ad. Delahaye.

M..., cocher, âgé de cinquante-neuf ans, entré le 17 septembre 1862 à Saint-Louis, salle Sainte-Marthe.

Cet individu, qui souffre depuis plusieurs années, présente un rétrécissement presque général de la portion spongieuse de l'urèthre; en outre, la vessie renferme un calcul phosphatique qui la remplit presque complétement et qui détermine une incontinence continuelle d'urine.

Le 18, on pratique l'opération de la taille médio-bilatérale. La section du col de la vessie est faite transversalement à gauche et obliquement du côté droit; nous employons à cet effet le lithotome que nous avons fait construire, et qui a été décrit précédemment. L'extraction fut longue et laborieuse, ce qui tint à la nécessité qui se rencontra de broyer le calcul sur place et d'en extraire successivement tous les fragments.

La réaction fut peu vive, le malade se plaignit seulement de faibles douleurs dans le bas-ventre, analogues à celles qu'il ressentait depuis plusieurs années. Bientôt survinrent des malaises, l'appétit disparut et une diarrhée continuelle se manifesta. La mort arriva le 5 octobre. Vers la fin de septembre, on put constater l'issue par la plaie de plusieurs lambeaux incrustés d'un blanc gris sale.

L'autopsie démontra une double lésion des reins; nous devons seulement nous arrêter sur l'état de la vessie. Une coupe pratiquée sur la face antérieure de cet organe permet d'en examiner l'intérieur; mais on constate de prime-abord que les parois ont une épaisseur de 4 à 5 centimètres. Celles-ci sont composées d'un tissu gris ardoisé extrêmement dur, altération qui résulte évidemment de phlegmasies très-anciennes. La muqueuse elle-même présente des plaques d'une couleur grise et violacée par places; la vessie renferme des colonnes nombreuses, sa capacité égale à peine celle d'un gros œuf. A la surface du réservoir urinaire, et surtout dans l'étendue du trajet de la taille, on rencontre des fausses membranes incrustées, analogues à celles rendues pendant la vie; ces productions sont composées au microscope par de la lymphe coagulée et par des débris d'épithélium. Nous n'avons trouvé en aucun point ni ulcérations ni destruction de la membrane muqueuse vésicale.

Il résulte de ces quelques faits empruntés aux auteurs anciens et des trois observations que nous venons de relater, que l'opération de la taille s'accompagne, dans quelques cas, de circonstances insolites. On observe le dépôt de concrétions phosphatiques dans tout le trajet de la plaie, en même temps que l'issue au dehors de fragments membraneux dont le nombre, la forme et les dimensions sont très-variables. L'incrustation est un phénomène encore assez commun pour que la plupart des chirurgiens l'aient observée; l'inflammation vésicale paraît jouer un rôle capital dans cette production. En effet, dans ces conditions, les urines deviennent alcalines, et laissent alors déposer les sels qu'elles contiennent seulement à la faveur de leur acidité normale.

Nous considérons également comme une conséquence de la cystite l'issue des lambeaux membraneux dont nous avons parlé; ce dernier phénomène s'observe moins fréquemment, aussi avons-nous mis à profit les circonstances dans lesquelles nous avons constaté cette particularité pour essayer de résoudre deux questions :

A. La nature des lambeaux membraneux;

B. La raison de leur formation.

A. *Nature des lambeaux membraneux.* — Il nous paraît rationnel d'admettre plusieurs origines à ces productions. Quelquefois le mucus vésical est tellement épais qu'il tapisse les parois de la vessie; si dans ces conditions l'urine laisse déposer ses sels calcaires, on comprend que les malades puissent rendre, soit par les voies naturelles, soit par la plaie de la taille, des pelotons incrustés. Quelquefois, dit Baillie dans son *Anatomie pathologique*, la vessie est entièrement remplie d'une substance qui ressemble à du mortier, et qu'on ne peut enlever entièrement, parce qu'il en reste toujours une portion considérable qui adhère aux parois internes de l'organe. Cette matière, ajoute-t-il, est accompagnée de l'inflammation chronique de la muqueuse vésicale.

Andral, dans son *Précis d'anatomie pathologique*, dit avoir observé deux fois que la face interne de la vessie était tapissée presque en totalité par une couche couenneuse de plus d'une ligne d'épaisseur, d'un blanc sale, mais dépourvue de vaisseaux.

Nous-même nous avons plusieurs fois rencontré à la face interne de la vessie des plaques grises, véritables productions cornées qui semblaient formées par une réunion de lamelles épidermiques.

La disposition membraneuse des lambeaux incrustés que nous étudions paraît parfois si évidente que l'on doit se demander si ces débris sont des portions de muqueuse vésicale, ou bien s'il faut les ranger parmi les simples néo-membranes.

Les anciens avaient déjà discuté la question de la nature exacte de ces lambeaux; voici un passage très-intéressant emprunté à l'illustre Morgagni : « Des portions de muqueuse vésicale, dit-il, peuvent se séparer sans que l'hémorrhagie survienne. » Puis il ajoute, et je cite textuellement : « Il est certain qu'une hémorrhagie n'était point survenue sur une dame dont Willis a parlé, et qui avait rendu, longtemps avant sa mort, une membrane épaisse et large, remplie d'une matière sablonneuse. Or, il fut constant, par la dissection du cadavre, que cette membrane était une partie de la tunique interne de la vessie. L'hémorrhagie ne survint pas non plus sur deux femmes qui rendirent une membrane large que Ruysch et Boerhaave virent très-bien, et qui dans l'un des cas était comme parsemée de petits cailloux. Or, il n'est pas croyable que de tels hommes aient pris pour une véritable membrane une fausse membrane, attendu surtout que Ruysch avait enseigné, plusieurs années auparavant, comment l'art, et à plus forte raison la nature, peuvent former des fausses membranes. Il est certain d'ailleurs que ce n'était pas une fausse membrane, puisqu'elle avait des vaisseaux sanguins qui lui étaient propres, celle qu'un homme avait rendue, et qui avait été observée par Rouhault, qui trouva que trois portions seulement avaient une telle ampleur, qu'il ne doutait pas qu'elles ne formassent au moins les deux tiers de la tunique interne de la vessie. Assurément je ne prétends pas que tout ce qui sort de la vessie sous forme de membrane soit une véritable membrane; mais je soutiens que les caractères des membranes sont quelquefois si évidents, qu'il ne faut pas contredire des hommes très-exercés, qui les ont examinées et qui les ont regardées comme de véritables tuniques; ce qui se passe ailleurs pour la membrane interne des intestins, a lieu aussi en grande partie dans la vessie. »

La question est si clairement posée par Morgagni, qu'il nous suffira maintenant d'indiquer nos observations personnelles, qui, disons-le tout de suite, viennent à l'appui de l'opinion que défendait le célèbre anatomiste. Cette démonstration ne sera pas inutile, car de nos jours on croira plus aux fausses membranes qu'à l'expulsion des lambeaux de la muqueuse vésicale.

Les membranes que nous avons pu observer ont offert des caractères très-tranchés et toujours identiques; même apparence, même conformation, mais structure variable. Lorsqu'on examine un de ces lambeaux, sa forme est très-irrégulière, ses bords sont déchiquetés; il offre deux faces : l'une lisse, d'un blanc sale, rappelant la surface muqueuse des organes; l'autre irrégulière, creusée d'aréoles et présentant seule les incrustations phosphatiques dont nous avons parlé. Quant à la structure microscopique, voici le résultat de nos recherches. Les membranes se composaient :

1° D'un épithélium pavimenteux;

2° De fibres lamineuses;

3° De fibres élastiques;

4° Chez le malade de l'hôpital Necker, il y avait quelques fibres musculaires lisses. Quant aux vaisseaux, nous n'avons pu en constater la présence.

Dans notre troisième observation, c'est-à-dire celle du cocher que nous avons taillé à l'hôpital Saint-Louis, la composition des membranes sorties par la plaie était bien plus simple, car il n'a été possible de trouver aucun élément des tissus normaux. La lymphe coagulée paraissait composer à elle seule ces productions singulières.

De tout ce qui précède, on doit conclure qu'à la suite de l'opération de la taille il peut se former des fausses membranes qui sortent par la plaie, mais que dans quelques cas on peut assister à la chute de véritables lambeaux membraneux qui appartiennent certainement à la muqueuse de la vessie. Cette destruction de la membrane interne du réservoir de l'urine est due à des circonstances particulières, et tel est l'objet de la deuxième question que nous nous étions proposé de résoudre et qui sera exposée prochainement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 janvier 1864. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport final de M. Picard sur une épidémie de cholérine qui a régné en 1863 dans l'arrondissement de Romorantin;

2° Le rapport final de M. Dusouil sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres) en 1862 et 1863. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Delioux de Savignac, qui sollicite le titre de correspondant;

2° Une lettre de M. le docteur Chassinat, à Hyères, accompagnant l'envoi d'une brochure sur la métrorrhée séreuse des femmes enceintes (commission du prix Itard);

3° Un mémoire de M. le docteur Chabassu, chirurgien principal de la marine, sur le traitement de la fièvre typhoïde. (Commissaires : MM. Louis, Grisolle et Briquet.)

— M. BOUVIER offre en hommage à l'Académie un exemplaire de l'ouvrage que M. O. Réveil vient de publier sous le titre de *Formulaire des médicaments nouveaux*, etc.

— M. LARREY présente une note de M. le docteur Tholozan, écrite en persan, sur les fièvres à quinquina en Perse et sur leur traitement par les médecins persans.

— M. TARDIEU dépose sur le bureau un exemplaire de la thèse de M. le docteur Gros sur le diagnostic de la rage, et un exemplaire de la thèse de M. le docteur Fritz sur les symptômes spinaux dans la fièvre typhoïde.

— M. LE PRÉSIDENT se lève et prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

En venant occuper cette place si souvent illustrée, ma première pensée est de vous remercier et de vous exprimer ma gratitude. Elle est vive, elle est proportionnée à cette bienveillance extrême qui m'a choisi, lorsque de toutes parts je vois dans cette enceinte tant de collègues si dignes de m'être préférés !

Présider aux délibérations de l'Académie est un immense honneur. Vous êtes les grandes et permanentes assises de la science médicale; vous formez un tribunal respecté, accepté de tous, car nul n'en est exclu; tous peuvent avoir la légitime ambition d'y atteindre, d'y siéger, puisque vous ne connaissez d'autres titres à vos suffrages que l'honorabilité de la vie et les services rendus à la science.

Vous inspirant sans cesse de cette idée de progrès qui créa les académies scientifiques, dans vos rapports comme dans les discussions qu'ils suscitent, vous donnez toujours à l'observation rigoureuse, à la méthode expérimentale, à la philosophie des faits, pour me servir d'une heureuse expression de Fontenelle, cette prééminence qui a rendu à jamais impossible le retour de la scolastique, des discussions vaines, et imprimé à la science contemporaine cette marche progressive qui se continue sans interruption depuis Bichat et que nul effort ne pourrait désormais même ralentir. Nous pouvons être rassurés sur l'avenir lorsque nous voyons à nos côtés et derrière nous cette vigoureuse, cette vaillante cohorte de travailleurs qu'une commune ardeur anime, qui est pénétrée d'une même pensée, la nécessité, pour établir quelque chose de durable, d'avoir comme base de nos raisonnements l'observation rigoureuse des faits.

L'Académie peut revendiquer une large part dans cette puissante impulsion donnée aux esprits de notre temps; elle a merveilleusement compris sa mission, qui est celle d'ailleurs de tous les corps savants. Leur rôle, on l'a dit avec raison, n'est pas de faire des découvertes, mais de les reconnaître, de les consacrer, d'avertir, de diriger parfois l'esprit d'innovation pour le préserver de ses écarts, pour doubler ainsi son énergie en l'empêchant de s'égarer, et prévenir de la sorte ces grandes secousses, ces invasions brusques des systèmes qui, convenons-en, n'ont pas toujours été inutiles, mais qui le plus souvent néanmoins retardent le progrès régulier par les ruines qu'ils accumulent autour d'eux. Outre cette grande tutelle que vous exercez, vous aidez encore puissamment au perfectionnement de la science par les distinctions que vous accordez, que vous vous efforcez de rendre plus nombreuses encore, car vous vous êtes pénétrés de cette pensée de Cuvier, que rien n'est plus propre à multiplier les travaux que les marques publiques d'estime qu'ils reçoivent.

Si, Messieurs, marcher à la tête d'un corps illustre qui exerce sur le mouvement de notre science une si légitime influence, est une haute distinction, je ne saurais me dissimuler aussi que l'honneur est périlleux. Croyez-le bien, Messieurs, ce n'est pas un vain sentiment de modestie qui me fait redouter en ce moment l'exercice de fonctions si nouvelles pour moi. Si un dévouement absolu aux intérêts, à la dignité, à la gloire de l'Académie, pouvait suffire, je rêverais peut-être en ce moment de devenir un président accompli; mais, hélas! les bonnes intentions sont bien souvent impuissantes, même lorsqu'elles peuvent se fortifier par l'exemple des meilleurs modèles. Celui que vous m'aviez en quelque sorte plus particulièrement désigné, qu'une affection déjà ancienne et la plus haute estime m'eussent spontanément fait choisir, restera pour moi comme un des plus accomplis. Mais, Messieurs, quelque vif désir que j'éprouve de suivre les bons exemples, je compte avant tout sur votre bienveillant appui, car je ne peux et d'ailleurs je ne voudrais gouverner que par vous. Permettez-moi d'espérer que lorsque dans un an je remettrai mon éphémère pouvoir dans les vaillantes mains qui doivent en hériter, j'aurai acquis quelque titre de plus à votre estime et à votre amitié! (Applaudissements unanimes.)

RAPPORT.

M. GAVARRET donne lecture d'un rapport sur un appareil à inspirations fumigatoires.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

ÉLECTION.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre associé étranger.

La commission des associés étrangers a présenté la liste de candidature suivante :

En 1re ligne.	M. Stromeyer.
En 2e ligne.	M. Porta.
En 3e ligne.	M. Chélius.

Au premier tour de scrutin, sur 51 votants, M. Stromeyer obtient 43 voix, M. Chélius 6, M. Porta 2.

En conséquence, M. Stromeyer est déclaré élu.

Suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

La parole est à M. J. Guérin.

M. J. GUERIN. Lorsque M. Bouley est venu faire ici sa communication en annonçant un fait qui devait faire révolution dans l'histoire de la vaccine, j'ai compris de suite ou que la maladie qui avait fourni la matière inoculée n'était point la maladie aphtheuse, ou bien que le produit n'était pas le cowpox. L'Académie sait aujourd'hui que M. Bouley, avec une loyauté qui l'honore, a abandonné sa première prétention. La discussion se trouvait ainsi épuisée par le fait. Mais M. Depaul l'a ranimée en élargissant le champ du débat. Je me suis trouvé alors en face d'un nouvel adversaire. En effet, M. Depaul n'est pas resté seulement dans la voie critique, il a soutenu à son tour des propositions très-révolutionnaires. Je vais essayer de formuler la doctrine qui résulte de ces propositions.

Première proposition. — Toutes les maladies diverses en apparence qui par leur inoculation à la vache produisent le cowpox, telles que les eaux aux jambes, le javart, le mal de talon, la maladie aphtheuse, etc., ne sont autre chose que la variole transformée.

Deuxième proposition. — Le vaccin n'existe pas.

Troisième proposition. — A la vaccine, on devrait substituer l'inoculation de la variole.

Quelques observations sur ces trois propositions.

La première proposition est d'une incontestable vérité; elle a été complétement confirmée par les expériences dont M. Ruiz est venu rendre compte à l'Académie. Mais est-elle nouvelle? M. Depaul a paru le croire, puisqu'il a cherché à s'assurer la priorité de la découverte par le dépôt d'un paquet cacheté. Mais il n'a pas tardé à reconnaître qu'il avait été devancé, et qu'il n'avait fait que confirmer une opinion déjà ancienne.

Voici en quels termes j'ai formulé moi-même, il y a dix-huit mois, la doctrine de M. Depaul :

(Ici M. Guérin donne lecture d'un passage de la *Gazette médicale* du 7 juin 1862, dans lequel il exprimait cette opinion que dans tous les cas où l'on a vu se développer le cowpox (eaux aux jambes, javart, feu de Saint-Antoine, mal du talon, etc.) il n'y avait qu'une même maladie, et cette maladie c'était la variole elle-même.)

Quelle différence y a-t-il entre ces deux manières d'exprimer la même pensée? Celle-ci : c'est que l'auteur de l'article procédait d'après les principes de la science, et M. Depaul d'après l'observation. D'une part, c'était une solution doctrinale; de l'autre, une solu-

tion de fait, d'expérimentation. Or, il y a entre les deux manières de procéder une différence importante. Depuis une cinquantaine d'années on exagère considérablement la signification des faits ; on ne considère comme valant que l'expérimentation seule. C'est là une doctrine qui demande à être discutée, car elle entraîne souvent de graves méprises. Cette doctrine, qui remonte, il faut le dire, à Descartes, consiste à reconnaître à tout le monde le droit de mettre tout en question ; il en est résulté qu'on a perdu tout respect pour l'autorité de l'intelligence, qui est la première autorité. L'observation des faits, comme l'expérimentation, ne valent que ce que valent l'observateur et l'expérimentateur.

Que voyons-nous depuis Jenner ? Tout ce que l'on a dit des résultats de l'inoculation des eaux aux jambes, du mal de talon, du javart, etc., a été fondé sur l'expérimentation. Mais qu'est-ce que cela prouve ? Qu'en est-il résulté ? On a vu à quelles conséquences étranges ces expérimentations auraient conduit si l'on n'était venu au nom des véritables principes les ramener à leur véritable signification. La solution par les principes valait bien, comme on le voit, la solution par les expériences. La première a sur l'autre l'avantage de reposer sur l'expérience des temps. Il n'y avait pour éviter les écarts dans lesquels on s'est laissé aller, qu'à mettre d'accord les faits avec la doctrine qui les dominait. Cette question de principe que je rappelle n'est pas nouvelle, elle a été formulée par Aristote.

Je passe à la deuxième proposition de M. Depaul : la vaccine n'existe pas. Cette proposition n'a même pas le bénéfice de la nouveauté ; ce n'est même pas une erreur nouvelle que de dire que la vaccine et la variole sont une seule et même chose, mais c'est une erreur qui ne manque pas de gravité.

Voyons ce qui en est de cette question.

On sait que depuis l'origine de la découverte de la vaccine, cette éruption a été considérée comme la variole de la vache. La doctrine de l'identité de ces deux affections est très-ancienne. M. Depaul n'a fait que la renouveler. Or, sur quoi s'est-il fondé en cela ? Sur la ressemblance des pustules. Les pustules de la vaccine et de la variole se ressemblent, en effet ; mais est-ce là un caractère suffisant pour décider de l'identité des deux affections ? Les pustules produites par la pommade stibiée ont aussi la plus grande ressemblance avec les pustules varioliques ; a-t-on jamais eu l'idée pour cela de trouver la moindre analogie de nature entre ces deux éruptions ? Ce n'est là qu'une apparence grossière. Il faut aller plus au fond des choses. Si l'on examine de plus près la question des ressemblances et des différences, on verra que celles-ci sont plus considérables encore que les ressemblances. La variole qui a passé par l'organisme de la vache s'y est modifiée, comme se modifient dans leur composition les eaux qui traversent des terrains de différente nature. Ce qui prouve la différence radicale qui existe entre la vaccine et la variole, c'est la fièvre varioleuse, c'est-à-dire cette période de fermentation pendant laquelle l'organisme fabrique en quelque sorte le virus. Cela seul suffirait pour constituer une différence qui jette un poids considérable dans la balance. A-t-on jamais vu que la vaccine, quelque multipliées qu'en aient été les transmissions, se soit manifestée sous une forme épidémique, comme le fait toujours la variole quand ses germes se trouvent multipliés sur un point ?

Ce serait ici le cas de rappeler le fait des émanations par les surfaces pulmonaires dont j'ai parlé au sujet de la fièvre jaune. Il n'est aucun praticien qui n'ait été frappé par le caractère particulier que présente l'haleine des varioleux pendant la période d'incubation de la maladie.

Quant à la valeur des expériences, je suis loin de la contester, mais à une condition : c'est qu'elle aura pour elle la puissance des grands nombres, à laquelle les mathématiciens attachent avec raison une si grande importance. Or existe-t-il dans la science un fait qui repose sur une expérience plus multipliée que celui qui nous occupe ? Depuis bientôt un siècle, la variole et la vaccine ne sont-elles pas l'une et l'autre l'objet d'expériences et d'observations journalières et se confirmant tous les jours de plus en plus ? Croirait-on détruire par une expérience nouvelle les résultats d'une expérience déjà séculaire ?

J'éprouve un certain embarras en abordant la troisième proposition de M. Depaul, celle qui est relative à l'inoculation. Je me trouve en présence de trois versions différentes de l'opinion de notre collègue, le discours qu'il a prononcé à cette tribune, celui qu'il a publié dans un journal de médecine, et celui qui vient d'être reproduit tout récemment dans le *Bulletin de l'Académie*. Dans le premier, M. Depaul se prononçait très-catégoriquement pour l'inoculation ; dans sa seconde version, il est déjà un peu moins explicite, et dans la rédaction du *Bulletin* il est beaucoup plus timide encore, et semble revenir sur sa première opinion. Ceci, pour le dire en passant, montre l'inconvénient qu'il y a à ce que l'Académie ne soit pas en mesure de publier hebdomadairement les comptes rendus sténographiés de ses séances. Mais bien que l'expression de l'opinion de M. Depaul à l'égard de l'inoculation soit très-atténuée dans sa dernière rédaction, il n'en résulte pas moins qu'il reconnaît et proclame l'identité absolue des deux affections. Or s'il reconnaît l'identité absolue, pour être conséquent avec lui-même, il faut qu'il conclue à la pratique de l'inoculation. Il y a donc inconséquence entre sa première version et la dernière. (Dénégations de la part de M. Depaul.)

Mais la pratique de l'inoculation n'est pas une révolution. Tout le monde sait bien qu'elle n'est pas nouvelle et qu'elle a fait ses preuves ; et ces preuves, tout le monde le sait aussi, sont loin d'être bonnes. L'inoculation avait pour effet, en multipliant à l'infini les foyers varioleux, d'entretenir la variole à l'état presque constamment endémique. Bien qu'elle préservât, en réalité, une grande partie des personnes qui y étaient soumises des atteintes d'une variole mortelle, il n'en résultait pas moins que le nombre des varioleux, et par conséquent la mortalité, en étaient réellement accrus. (Très-bien, sur plusieurs bancs.)

Il serait inutile d'insister plus longtemps ici sur le fait de l'atténuation considérable et de la transformation que subit le virus varioleux en passant par la vache. Il y a là un fait du même ordre que celui que j'ai exposé au sujet de la fièvre jaune par rapport à l'atténuation de ses effets par son passage successif par divers organismes. C'est là un fait général qui peut être appliqué à presque toutes les maladies virulentes qui sont susceptibles d'être atténuées par le fait de leur migration, et qui à cet égard pourraient, dans des circonstances qu'il resterait à étudier, être inoculées à titre de préservation.

C'est là notamment le caractère de la vaccine, caractère que M. Depaul a méconnu :

Ainsi, en résumé, la découverte vérifiée par M. Depaul est un grand fait dont il faut tenir compte ; mais il faut ajouter que ce fait était implicitement contenu dans l'expérience du passé.

Il ressort, en outre, de cette discussion, que l'identité de la vaccine et de la variole n'est pas telle qu'il ne faille les distinguer l'une de l'autre dans la pratique, et qu'il ne faut sous aucun prétexte substituer l'inoculation à la vaccine. (Cette argumentation est accueillie par des marques nombreuses d'assentiment et par quelques applaudissements.)

— La parole est à M. MAGNE ; mais, vu l'heure avancée, M. Magne demande le renvoi de la discussion à la séance prochaine.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Nous recevons la lettre suivante, avec prière de l'insérer :

A Monsieur le professeur NÉLATON.

Monsieur,

Dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, vous avez laissé paraître une grande émotion en citant quelques phrases détachées du discours que j'ai prononcé à l'ouverture de mes conférences à l'hôpital Necker.

Vous regretterez vos paroles, Monsieur le professeur, lorsque vous aurez lu le discours, qu'on imprime en ce moment, et que j'aurai l'honneur de vous adresser.

Agréez, etc. CIVIALE.

6 janvier 1864.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de la création de nouveaux services et de mises à la retraite par application de la limite d'âge, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le service des hôpitaux de Paris :

M. U. Trélat, du Bureau central, est nommé chirurgien professeur en chef à la Maison d'accouchements, en remplacement de M. Danyau (limite d'âge).

M. Béraud, chirurgien adjoint de la Maison d'accouchements, passe à l'hôpital Saint-Antoine (place créée).

Il est probable que la place de chirurgien adjoint de la Maison d'accouchements sera supprimée.

M. Guibout, médecin de l'Institution Sainte-Périne, est nommé médecin de l'hôpital Saint-Louis, en remplacement de M. Devergie (limite d'âge).

M. Laboulbène, du Bureau central, est nommé médecin de l'Institution Sainte-Périne, en remplacement de M. Guibout.

M. Lorain, médecin de l'hospice La Rochefoucauld, passe à l'hôpital Saint-Antoine (place créée).

M. Vidal, du Bureau central, est nommé à l'hospice La Rochefoucauld, en remplacement de M. Lorain.

— Sur l'initiative de la commission d'inspection des pharmacies du Puy (Haute-Loire), le tribunal correctionnel de cette ville vient de condamner la veuve Chapuis et Jean Tranchet, chacun à une amende de 15 francs pour exercice illégal de la médecine et à 5 francs d'amende pour exercice illégal de la pharmacie.

Si la commission d'inspection des pharmacies de chacun des arrondissements de l'empire suivait l'exemple donné par celle du Puy, il y aurait, en peu de temps, un nombre considérable de condamnations, qui démontrerait de plus en plus combien est urgente la révision des lois des 19 ventôse et 21 germinal an XI.

Geos, histoire de la terre. De sa formation par l'oxygène, le feu et l'eau préexistant dans l'espace, le soleil et la lune ; de ses productions spontanées par l'azote, de sa fin par refroidissement. 2 vol. in-8°. Garnier frères, libraires, rue des Saints-Pères, 6.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 3. — SAMEDI 9 JANVIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 3. — SAMEDI 9 JANVIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Kyste du foie.

Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Desnos a rapporté un cas de kyste épigastrique qu'il a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Beaujon, et qui a présenté quelques particularités intéressantes, en tête desquelles nous mettons la guérison.

Il s'agit d'un homme âgé de trente-quatre ans, qui est entré, dans le courant du mois de septembre, à l'hôpital Beaujon, pour une tumeur de la région épigastrique dont l'origine paraissait remonter à cinq ou six mois environ. En effet, six mois auparavant, il avait éprouvé une vive douleur dans cette région; cette douleur s'était atténuée ensuite, mais il a toujours conservé depuis une sensation de pesanteur. C'est deux mois après cette première sensation de douleur qu'il s'est aperçu de l'existence d'une tumeur qui n'a cessé de s'accroître jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

A cette époque, cet homme éprouvait des troubles notables du côté des fonctions digestives, il vomissait incessamment, soit des matières alimentaires après ses repas, soit de la bile dans l'intervalle; son appétit était perdu; il présentait un degré assez prononcé d'émaciation; ses conjonctives étaient jaunes, son urine chargée de matière colorante. Point de fièvre d'ailleurs. Au palper, on sentait dans la région épigastrique, au lieu de la dépression normale, une voussure considérable. La palpation et la percussion permettaient de limiter la tumeur; elle mesurait environ 12 centimètres dans son diamètre vertical et 14 à 15 centimètres dans son diamètre horizontal; elle s'étendait en haut jusqu'à l'appendice xiphoïde et en bas jusqu'à la limite des régions épigastrique et ombilicale; elle allait enfin d'un hypochondre à l'autre en s'avançant davantage vers l'hypochondre gauche.

Par la percussion, on constatait que le foie était hypertrophié; il dépassait de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, et sa matité se continuait sans interruption avec celle de la tumeur. Enfin, celle-ci donnait à l'exploration une sensation manifeste de fluctuation.

M. Desnos diagnostiqua, en conséquence, un kyste du foie, et se proposa dès lors de l'évacuer. Bien que les parois abdominales ne fussent pas adhérentes au kyste, il s'arrêta néanmoins à la ponction avec un trocart capillaire.

L'opération fut pratiquée par M. Marcowitz, interne du service. La ponction fut faite au point culminant de la tumeur et à peu près à son centre. Au lieu d'un liquide limpide que l'on s'attendait à voir jaillir, la canule donna issue à un liquide assez dense et couleur de café noir très-chargé, dont la quantité, exactement mesurée, était d'un litre.

Ce liquide alcalin et coagulable, traité par l'acide nitrique, prit l'aspect de suie délayée que l'on observe dans le liquide des vomissements des sujets atteints d'affection organique de l'estomac. L'analyse microscopique et chimique en a été faite par le pharmacien en chef de l'hôpital, qui n'y a trouvé ni crochets d'échinocoques, ni globules sanguins, mais seulement la matière colorante du sang.

La ponction fut suivie de quelques phénomènes inflammatoires, qui furent facilement maîtrisés par des applications de cataplasmes et une diète sévère.

Cependant les vomissements n'avaient pas cessé, et au bout de quelques jours le kyste était aussi plein qu'avant la ponction. Il resta stationnaire pendant un très-court espace de temps, puis commença à diminuer pour disparaître complétement en très-peu de jours.

Quant aux vomissements, ils avaient promptement cédé pour ne plus reparaître, lorsque le malade, au bout de trois semaines de séjour à l'hôpital, exigea sa sortie; il paraissait complétement guéri, c'est-à-dire que l'ictère et les troubles digestifs n'existaient plus; il mangeait avec appétit et digérait parfaitement ses quatre portions; on pouvait enfoncer profondément les doigts dans le creux épigastrique sans trouver trace de tumeur. Le malade n'a pas été revu.

Sans insister sur les résultats de la ponction, M. Desnos se demande quel était le siége et quelle était la nature de ce kyste, et à quoi était due la coloration du liquide qu'il contenait.

La région occupée par la tumeur, l'hypertrophie du lobe droit du foie et l'ictère, faisaient naturellement penser à un kyste hépatique. Quant à sa nature, M. Desnos incline à croire, malgré l'absence des crochets d'échinocoques, malgré la coloration du liquide, qu'il s'agissait d'une tumeur hydatique. Il pense que la guérison a eu lieu sans doute par résorption, après destruction des hydatides.

Quant à la coloration du liquide, il reste du doute sur la question de savoir si elle est due à la matière colorante de la bile ou à la matière colorante du sang. Cette dernière hypothèse a paru plus probable à M. Desnos, surtout après l'épreuve par l'acide nitrique, qui ne lui a point donné la réaction de la matière colorante de la bile.

Est-ce bien, en réalité, à un kyste hydatique que l'on a eu affaire? Il est permis d'en douter, quand on considère qu'on n'a point constaté pendant la vie le frémissement hydatique caractéristique; que le développement de la tumeur a été marqué dès le principe par de la douleur, et qu'il a été accompagné plus tard de fièvre et d'ictère; qu'on n'a trouvé enfin dans le liquide évacué ni les caractères du liquide des hydatides, ni des débris d'échinocoques. Quoi qu'il en soit de la nature et de l'origine primitive de ce kyste, que ce soit un kyste hématique ou bilieux, ce qui est également admissible, toujours est-il que sa guérison par la ponction méritait d'être signalée.

Arthrite aiguë du genou. Guérison par le cataplasme belladoné.

Dans les derniers jours de décembre, une jeune femme de vingt ans sortait de l'Hôtel-Dieu guérie d'une arthrite aiguë du genou, liée, suivant toute apparence, à l'existence antécédente d'une blennorrhagie. Les douleurs étaient tellement vives que la malade poussait des cris. L'inflammation était d'une intensité menaçante pour l'articulation. Les cataplasmes émollients et les sangsues n'avaient amené aucun soulagement. C'est par l'application d'un moyen empirique dont M. Trousseau a déjà eu plusieurs fois l'occasion de constater les bons effets, que cette guérison a été obtenue. Ce moyen, qui paraît doué d'une très-grande énergie, n'est autre que le cataplasme belladoné, dont nous croyons devoir rappeler ici la formule.

Pour un cataplasme de grande dimension tel que celui qui est destiné à envelopper le genou (ce cataplasme n'est applicable qu'aux articulations qui peuvent être entourées de toutes parts, comme le genou, le coude, le poignet ou le cou-de-pied), on fait cuire dans de l'eau 1 kilogr. à 1 kilogr. et demi de pain, croûte et mie, non pas au feu direct, mais au bain-marie, afin que le pain ne soit pas brûlé. La cuisson doit être poussée jusqu'à ce que la pâte ait la consistance du gâteau anglais connu sous le nom de plum-pudding. Quand la pâte est cuite aux trois quarts et qu'elle est de consistance à conserver la forme du vase et à se tenir debout sans s'affaisser, on la délaye dans 100 grammes d'alcool camphré, et on la soumet de nouveau à la cuisson jusqu'à ce qu'elle ait repris la même consistance. Ce résultat obtenu, on verse la pâte sur une serviette ou une large compresse, sur laquelle on l'étend de manière qu'elle ait environ 3 centimètres d'épaisseur. — Cette consistance et cette épaisseur sont des conditions essentielles, car plus mou ou moins épais le cataplasme se déplacerait, et les parties saillantes de l'articulation n'en seraient plus couvertes; il faut qu'il puisse rester exactement et également appliqué sur toutes les parties saillantes ou déprimées de la jointure. — La pâte ainsi étendue, on la recouvre d'une couche de bouillie faite avec 10 grammes d'extrait de belladone, 5 grammes d'opium, 10 grammes de campbre en poudre. Pour faire cette bouillie, on fait préalablement dissoudre le campbre dans un peu d'éther, et on y ajoute les extraits de belladone et d'opium.

Le cataplasme ainsi confectionné est appliqué autour de la jointure et enveloppé d'abord d'une pièce de flanelle, puis d'une pièce de taffetas ciré. Le membre est placé sur un coussin.

Ce cataplasme doit être maintenu en place, sans y toucher, pendant huit jours. Il peut rester quelquefois huit ou dix jours et même davantage sans s'altérer.

Chez la malade en question, il a été enlevé le huitième jour, et on a pu constater qu'il n'y avait pas d'odeur. Mais, ce qui était plus important, la tuméfaction du genou était notablement diminuée; la douleur était très-amoindrie, il en restait encore un peu toutefois.

On a attendu quatre jours; puis, après le quatrième jour, on

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Origine et développement des os, par MM. les docteurs RAMBAUD, ex-prosecteur aux amphithéâtres de Clamart, et CH. RENAULT.

Qu de choses dans un os naissant! écrivait un jour, à Herder, Gœthe, parti pour un voyage scientifique en Sicile: « L'autre jour, lui disait-» il, mon domestique Gœtze, en se promenant dans le cimetière des » Juifs, ramassa un fragment d'os qu'il croyait être le débris d'une » tête humaine. Le morceau était bien endommagé; cependant je » parvins bientôt à voir qu'il ne s'agissait pas d'un débris humain. » Aux formes je reconnus un crâne de mouton; mais ce qui me frappa, » ce fut, car c'était un os de jeune animal, la manière dont en pro-» cède le développement. Qui nous enseignera un jour, pour l'homme, » comment se passe cette enfance du squelette? »

Ce vœu de l'illustre Allemand, que lui suggéraient probablement ses vastes pensées, ses grandes recherches sur l'histoire des êtres organisés, est réalisé aujourd'hui. Après de laborieuses années d'études, deux écrvains, MM. Rambaud et Ch. Renault, viennent de livrer au public savant: *L'origine et le développement des os chez l'homme.*

Cet ouvrage [1] est accompagné d'un Atlas lithographié, dont les figures, toutes dessinées d'après des pièces préparées et conservées par les auteurs, peuvent rivaliser, grâce au talent de M. Léveillé, avec ce qu'on a donné de plus beau dans ce genre, même avec les magnifiques gravures qui accompagnent l'ouvrage pourtant très-ancien d'Albinus.

Les premières pages du livre sont consacrées à l'exposé historique de l'ostéogénie. On n'y apprend pas sans intérêt que dès les temps les plus reculés l'ostéologie était cultivée par les médecins, et pour cette science, comme pour toutes les autres dont s'honorent aujourd'hui les hommes, c'est encore aux Egyptiens qu'on doit rapporter l'honneur d'en avoir jeté les premières bases. On y voit aussi Galien voyageant chaque année dans les montagnes pour recueillir les os des enfants qui avaient été exposés aux bêtes sauvages. De cette époque si éloignée, les auteurs nous conduisent jusqu'à l'année 1670, où Kerckringe étudie pour la première fois le développement des os. Mais il fut bientôt dépassé par B. S. Albinus, dont tous les anatomistes connaissent le beau *Traité d'ostéogénie.* En résumé, après cet auteur, il y a peu de chose à ajouter à l'étude du squelette naissant.

Que se passe-t-il, en effet, depuis Albinus jusqu'à nos jours? Des savants tels que Spix, Meckel, Weber, Béclard et Serres, ne font plus que vérifier les assertions de Kerckringe et d'Albinus. Pour eux-mêmes, ils n'ajoutent aux découvertes de ces anatomistes que des faits de détail. Eh bien, malgré tous ces travaux qui semblaient devoir rendre l'ostéogénie une science complète, à laquelle ajouter quelque chose semblait une entreprise impossible, il y avait encore des lacunes à combler. La structure intime des os, la manière dont procède le développement des éléments microscopiques de l'os et du périoste, avaient été traitées par MM. Flourens, H. Müller, Kölliker, Wirchow et Robin; mais l'historique nous apprend que ces travaux, les derniers qu'ait produits la science anatomique, portent le cachet de la variété d'opinion de leurs auteurs.

Dans ce dédale, MM. Rambaud et Ch. Renault nous conduisent avec le fil d'Ariane. Ils ont répété toutes les préparations faites par leurs prédécesseurs; juges en dernier ressort, ils n'ont formulé leur opinion que pour prendre dans chaque micrographe la vérité lorsqu'elle existe, redresser par leurs recherches savantes les faits primitivement erronés, et si la modestie dont ils font preuve dans tout le cours de leur ouvrage ne les y eût contraints, c'est par leurs noms qu'ils auraient dû clore la liste des anatomistes qui se sont occupés du développement des os et ont fait de cette partie de l'anatomie la portion la mieux connue, la plus certaine de toute la science.

Rien de plus simple et à la fois de plus lumineux que le plan de l'origine et du développement des os. Les auteurs ont divisé leur travail en quatre parties et un appendice. Dans la première, s'élevant avec une grande sûreté de vues à de hautes considérations d'embryogénie comparée, ils ont établi la formation des premiers linéaments du squelette cartilagineux, ils ont suivi heure par heure la formation de la colonne vertébrale, des membres, du squelette de la face, du sternum, etc. Par leurs nombreuses expériences, leurs faits rigoureusement observés et leurs conséquences amenées par de savantes déductions, ils ont enfin apporté la clarté dans ces inextricables théories enfantées par les Malpighi, les Leuvenhoëck, les Carderius, les Haller, les Boerhaave, etc., etc.

Après avoir dévoilé des secrets que la nature avait si bien cachés, après avoir montré comment se créait un squelette que l'on pourrait appeler embryonnaire, les auteurs, dans la seconde partie, pénétrant la nature intime du tissu, ont démontré le mode de génération des cellules, les phénomènes du dépôt calcaire dans la matrice cartilagineuse, la formation des canaux de Havers, de la moelle, etc.

Ces notions préliminaires une fois posées, la troisième partie initie le lecteur à la description du développement des os en particulier.

[1] Un vol. in-8° et un atlas in-4°. Chez Chamerot, éditeur, rue du Jardinet, 13.

a appliqué un deuxième cataplasme semblable au premier. Ce second cataplasme a été enlevé après une période égale de huit jours, et on a pu constater alors avec satisfaction qu'il n'y avait plus ni gonflement ni douleurs, et que l'articulation jouissait de toute la liberté de ses mouvements.

M. Trousseau affirme avoir appliqué souvent avec succès ce moyen de traitement dans des arthrites très-graves et surtout très-douloureuses, dépendant soit de blennorrhagies, soit de suites de couches, alors même qu'il y avait déjà dans quelques cas flexion du membre avec commencement d'ankylose. L'application successive de deux, trois, quatre cataplasmes au plus lui a toujours paru suffisante.

Parmi les faits les plus saillants qu'il a rappelés à cette occasion, nous avons retenu l'histoire d'une homme entré en 1832 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier, que suppléait alors M. Trousseau, pour une arthrite blennorrhagique très-grave du genou. L'articulation était fléchie à angle droit. Breschet consulté, avait, après un examen attentif, proposé l'amputation comme la seule ressource possible à ses yeux. M. Trousseau ne partageant pas cette opinion, eut recours au cataplasme en question, dont l'usage fut suivi de l'application d'un appareil extensif. Le malade sortit guéri au bout de quelque temps, et ne conservant seulement de sa grave affection qu'une légère ankylose.

Du chancre mixte.

Il est certain qu'il n'y a qu'un seul virus syphilitique; il est également certain que des ulcérations multiples, molles, réinoculables, n'infectent pas l'économie à la manière des chancres indurés ou de certaines érosions. Mais entre ces deux ulcérations primitives, quelle relation y a-t-il? C'est là, entre les divers problèmes de la syphilis, le point le plus difficile à résoudre. De tous côtés on cherche, on ébauche des théories. Il y a des unicistes et des dualistes, et jusqu'ici l'épreuve de l'inoculation a donné raison aux dualistes.

Cette théorie ne satisfait pas : on ne sait pourquoi. Instinctivement les esprits reviennent toujours un peu à concevoir une concordance entre le chancre mou et le chancre induré. Certes, il n'est plus question de déclarer d'une manière absolue que le malade, seulement en vertu de son tempérament, est apte à contracter un chancre induré et la syphilis; que le lieu où se développe une ulcération favorise l'induration. Ces idées, émises par M. Ricord, reposent sur des faits bien observés, dont on ne peut pas cependant tirer une loi générale. Mais on connaît des faits d'infection syphilitique à la suite de chancres mous. Il y a des malades porteurs de chancres mous qui échappent aux accidents secondaires, et qui ont, de tout le cortége de lésions qui les composent, seulement l'angine et un psoriasis palmaire, tandis que d'autres malades, qui ont un chancre induré, ont une simple roséole.

Sur la nature de ces faits, l'école de Lyon s'est appesantie. Après avoir affirmé l'existence de deux virus, avec Carmichael et M. Bassereau, M. Rollet a trouvé une explication aux faits exceptionnels : il a décrit le chancre mixte.

A Paris, à l'étranger, le mot et l'idée ont fait fortune, et les discussions qui ont suivi ont montré que le chancre réinoculable de M. Diday, les chancres mous syphilitiques de M. Ricord, le chancre infectant réinoculable au porteur de M. Laroyenne, n'étaient autre chose qu'un chancre mixte. Un excellent travail de M. Nodet [1] vient d'apporter de nouveaux faits à l'appui de la doctrine de son maître M. Rollet.

Plusieurs observations importantes y sont consignées. En voici une qui est sans contredit la plus intéressante :

Un malade a contracté deux chancres sur le prépuce. Un existait sur la face antérieure du prépuce. Son fond était grisâtre, suppurait abondamment; ses bords étaient taillés à pic. Un chancre simple a été diagnostiqué.

Un autre chancre, un peu à droite, irrégulier, ne suppurait pas. Il offrait à la pression une *induration type élastique*. Le chancre a été diagnostiqué mixte. Il y avait une adénite bi-inguinale indurée. Deux inoculations ont été faites sur le bras gauche d'un sujet syphilitique : une avec le pus du chancre simple, une avec le pus du chancre mixte. Le pus avait été pris en raclant la surface du prépuce, qui avait été enlevée au premier malade par la circoncision. Les deux inoculations ont présenté deux pustules recouvrant deux ulcérations chancreuses simple et mixte. Le malade qui portait les deux chancres a eu depuis une syphilis constitutionnelle.

M. Nodet a recueilli des faits de chancres mous suivis d'induration, et réciproquement de chancres indurés s'ulcérant à la manière du chancre mou par le fait du coït, le sujet étant déjà malade. L'ulcération simple d'un chancre induré a pu être reproduite artificiellement. Enfin un individu a pu prendre un chancre mixte parce qu'il avait eu des rapports avec une femme ayant un chancre mixte.

Des chancres mixtes ont été observés par M. Nodet. Soumis à l'expérimentation par les auto-inoculations, ils ont donné des résultats positifs.

Avec la théorie du chancre mixte il n'y a plus aucun fait inexplicable, même la contagion des accidents secondaires, qui donnerait lieu à un chancre mixte dans plusieurs cas, suivant les auteurs de l'école de Lyon. Il n'est pas moins commode de donner la raison de l'adénite suppurée coïncidant avec un chancre induré ulcéré, alors que l'on admet qu'un chancre peut revêtir à la fois, les caractères d'un chancre induré et ceux d'un chancre mou.

Le seul reproche que l'on puisse adresser à la théorie est qu'elle repose sur les auto-inoculations. Ce criterium n'est pas infaillible. La fusion des deux virus, comme disent les dualistes, est bien démontrée par les chancres mixtes artificiels. Mais l'ulcération d'un chancre induré peut être aussi une simple ulcération inflammatoire, comme on voit les ulcères sur les varices.

A un tout autre point de vue, les auto-inoculations avec le pus d'un chancre mixte, semblables à celles de l'inoculation du pus d'un chancre simple, prouvent l'inoculation de la sanie d'une ulcération, et de là à admettre qu'il y a eu inoculation d'un virus, il y a encore de la distance.

Les faits invoqués par M. Nodet inspirent encore d'autres réflexions : le chancre mixte, existant en même temps qu'un chancre mou, est chose rare. Les malades qui, ayant un chancre mou, ont eu des rapports avec une femme supposée atteinte d'accidents secondaires ou de chancre induré, ont-ils contracté une induration par le fait seul du coït ou par suite d'une nouvelle absorption du virus syphilitique? En fait d'hypothèses, la première paraît aussi admissible que la seconde, du moment où on ne trouve sur la femme qu'une ulcération mal définie ou même une simple rougeur du col. Les individus porteurs de chancres indurés qui ont coïté avec des femmes entachées de chancres mous, se sont-ils simplement écorchés et ont-ils produit une inflammation ulcératrice sur leur chancre, ou bien ont-ils subi une contagion du principe virulent du chancre mou? On peut accepter les deux manières de voir.

En résumé, le chancre mixte est une heureuse conception; mais la théorie, qui se fonde sur son existence, n'est qu'une théorie de transition. C'est un excellent moyen de répondre à toutes les objections qui ont été opposées aux dualistes, et il en résulte un ensemble de conceptions que l'on peut ainsi formuler.

Il existe deux virus, un vénérien non susceptible d'infecter, réinoculable à l'infini; un virus non réinoculable au porteur, et qui est la source d'une infection générale syphilitique de l'économie.

Tous les cas d'ulcérations qui représentent les caractères de l'accident local primitif des deux virus et semblent controuver la loi générale du virus vénérien et celle du virus syphilitique, doivent rentrer dans la classe des chancres mixtes.

Si ce n'est pas là une vérité, c'est au moins un progrès, car l'histoire du chancre mixte est le fruit d'études sérieuses, et celles-ci ne sont jamais stériles; les faits de chancres mixtes seront mieux observés, ils vont sans doute se multiplier sous les yeux des observateurs rendus désormais plus attentifs, et il en ressortira de nouveaux enseignements.

La question examinée dans cet article nous remet en mémoire une question qui lui est connexe et sur laquelle quelques-uns de nos lecteurs ont déjà appelé plusieurs fois notre attention, nous voulons parler de l'unicité du virus syphilitique.

Nous reprendrons incessamment cette question, qui a été amplement traitée dans les recherches sur la syphilis, de M. Boeck. Nous saisirons cette occasion pour compléter l'analyse de cet important ouvrage, sur lequel nous avons déjà publié plusieurs articles l'année dernière.

[1] *Des diverses espèces de chancres et du chancre mixte.* Paris, A. Delahaye, 1864.

CYSTOTOMIE.

Incrustation de la plaie; expulsion des membranes [1];

Par M. DOLBEAU, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

B. *Cause et mécanisme de l'exfoliation de la membrane muqueuse vésicale.* — Les anciens auteurs avaient déjà entrevu l'explication du symptôme que nous étudions, et sur cette question encore nos recherches viennent corroborer leur manière de voir. Morgagni dit que, dans un cas semblable, la vessie se trouve phlogosée. Willis, qui a fait une autopsie, a constaté qu'une portion de la muqueuse manquait, et de plus que la vessie était fortement enflammée. Baillie mentionne l'épaississement des membranes de la vessie, et il le considère comme d'origine phlegmasique. L'autopsie que nous avons pratiquée démontrait les lésions et les altérations qui sont sous la dépendance d'une cystite chronique. L'analyse des observations dénote chez les opérés l'ensemble des symptômes qui se rattachent à l'inflammation du réservoir urinaire; chez nos calculeux, la phlegmasie a été bien évidente. Quant à la cause de cette inflammation, elle peut être spontanée ou provoquée par la présence prolongée de la pierre dans la vessie, mais on admettra facilement que les manœuvres qui accompagnent l'opération de la taille sont bien de nature à déterminer la cystite.

Pour ce qui est du mécanisme de la séparation des lambeaux de muqueuse, il est comparable à ce qui se passe dans certaines dyssenteries, pendant lesquelles on observe la chute de portions plus ou moins étendues de la muqueuse intestinale. L'inflammation s'établit dans le tissu cellulaire sous-muqueux; la membrane interne se trouve ainsi soulevée et privée de ses éléments de nutrition, et bientôt la chute de cette portion de muqueuse succède au décollement et à une mortification partielle. Ce fait important avait été constaté pour l'intestin par Celse et Arétée; Ruysch et Morgagni l'avaient signalé pour la vessie, et nos observations, complétées par l'examen microscopique, sont venues confirmer les vues ingénieuses de l'antiquité.

L'inflammation de la vessie peut avoir des conséquences variables, mais nous voulons nous arrêter seulement sur les résultats immédiats de cette issue des fragments muqueux et sur l'incrustation des lèvres de la plaie. Il ressort de l'examen des faits que, lorsque ces complications se présentent, les suites de l'opération sont plus sérieuses que dans les conditions ordinaires. Le malade de Deschamps n'était pas guéri après soixante-dix jours; la cure de notre premier opéré, quoique âgé de quatorze ans, a demandé cinquante jours; le deuxième malade était loin de la guérison quand il quitta l'hôpital plus de six semaines

[1] Suite. — Voir le numéro précédent.

Ici les auteurs, embarrassés pour nommer les pièces multiples de certains os et ne voulant pas créer de noms nouveaux, ont à notre avis résolu la question de la manière la plus utile. Pour cela, ils ont emprunté à l'anatomie comparée et philosophique les noms des os des animaux dont les pièces qu'ils étudiaient étaient les analogues.

Ils ne se sont pas non plus contentés de rechercher les points d'ossification, mais ils ont suivi mois par mois les progrès de ces points, leur époque d'apparition, leur mode d'articulation et de soudure; çà et là, par des mesures moyennes prises avec la plus grande exactitude, ils ont apporté une clarté de plus dans certaines questions de médecine légale. Enfin, parmi les chapitres qui nous ont le plus frappé, citons l'ossification des vertèbres, l'étude des côtes cervicales, lombaires et sacrées, du sphénoïde, de l'ethmoïde, de l'oreille interne, des osselets de l'ouïe. La découverte de la vraie ossification des maxillaires, de l'omoplate, la première description vraiment bien faite d'un nouveau cartilage du larynx, de l'ossification du larynx et de la trachée.

L'appendice contient la description d'une nouvelle série d'articulations dites *articulations transitoires*. C'est une question qui n'est pas encore jugée; nous regrettons que les auteurs ne nous aient pas donné une planche sur ce sujet. Enfin, dans l'application des lois de l'ostéogénie à la détermination des monstruosités, nous trouvons l'énumération d'idées neuves et hardies, que nous engageons les auteurs à étendre dans un travail spécial.

Exactitude, sévérité, élévation d'idées, voilà le traité de MM. Rambaud et Ch. Renault tel qu'il nous est apparu. — Mais, s'écrieront quelques sceptiques, à quoi bon?

A quoi bon, messieurs? Ah! Michel Montaigne ne me ferait pas cette question, lui qui regardait l'exercice de l'esprit comme se suffisant à lui-même et la recherche du vrai comme bonne même sans profit. Ici d'ailleurs l'utilité du sujet est évidente; les dernières recherches de MM. Flourens et Ollier sur la manière dont se régénèrent les os ont mis l'ostéogénie à l'ordre du jour. C'est une question brûlante, palpitante d'intérêt, à laquelle s'attache, comme on sait, une haute récompense. Le livre dont nous nous occupons est à cet égard l'expression exacte de la science au point où en sont restés ceux qui s'occupent de ces matières; bien plus, nous l'en croyons le dernier mot. Il devra donc être dans la bibliothèque de tous ceux qui veulent sonder ces mystérieux travaux de la nature, et quand ils l'auront lu et médité, peut-être un jour pourront-ils, comme le fit jadis Archimède, s'écrier à leur tour, inventeurs non moins heureux que l'illustre Sicilien : Ευρηκα, ευρηκα.

Frantz LIEDER.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique; par A. BECQUEREL, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. 3e édition, avec additions et bibliographie, par M. le Dr BEAUGRAND, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris [1].

Il y a des livres que le succès a rendus si populaires qu'il semble inutile au bibliographe d'en présenter une nouvelle analyse. Le *Traité d'hygiène* de Becquerel appartient sans contredit à cette classe d'ouvrages.

En quelques années, deux éditions de ce livre ont présenté aux élèves un résumé très-substantiel de la science : aujourd'hui M. le docteur E. Beaugrand, acceptant de poursuivre l'œuvre du regretté Becquerel, publie une troisième édition de son excellent Traité.

Nous nous serions borné à annoncer simplement l'apparition de cette nouvelle édition si elle n'avait pas présenté des additions très-heureuses et qui méritent notre attention.

On a généralement fait avec justice le procès des livres intitulés *Manuels*. On les a accusés de permettre aux élèves une connaissance rapide mais des plus superficielles de la science, et on s'est demandé avec inquiétude si, loin de servir l'instruction, les manuels n'en étaient pas les plus dangereux ennemis. Cette thèse, qui mériterait d'être développée, a frappé les savants qui avaient accepté de réduire ainsi les volumes scientifiques, et ils se sont, à notre sens, habilement tirés de la mauvaise voie qu'on leur signalait.

A la fin des divers chapitres est venue se placer une bibliographie assez riche pour permettre à l'élève de complétement approfondir une question. Cette bonne mesure a porté ses fruits, et M. le docteur Beaugrand a mis à contribution ses connaissances en bibliographie pour enrichir cette nouvelle édition du *Traité d'hygiène*. Voilà donc un premier point qui recommande sérieusement cette édition.

Becquerel tenait parfaitement son livre au courant de la science; son style était d'une clarté et d'une précision justement estimées; M. Beaugrand a cru devoir le respecter. De nombreuses notes et des ajoutés considérables complètent des points marqués par les progrès de la science. Il est juste de signaler encore quelques articles que M. Becquerel avait omis et que le nouvel éditeur a sagement intercalés. Il suffit de les nommer (saisons, ozone, aliments nuisibles, ustensiles) pour faire comprendre l'intérêt qui les recommande aux lecteurs. Une dernière addition bien plus considérable et d'une très-haute importance est la nouvelle partie consacrée à l'examen de la classe des *excreta*.

Après ce rapide coup d'œil sur les heureux changements qui signalent cette troisième édition est-il besoin d'entrer dans de plus grands détails? Qui de nous n'a eu son Becquerel entre les mains? Nous ajouterions volontiers : Et qui ne l'aura?

Quand un livre rend les services que ce Traité a déjà rendus à plusieurs générations, et qu'une habile direction le conserve à la hauteur de la science, on ne peut que lui souhaiter la continuation d'un succès si justement mérité. C'est ce que nous faisons de grand cœur.

Dr E. RENAUD.

[1] Un fort vol. in-12. Paris, 1864, chez P. Asselin.

après l'opération; cependant c'était un jeune homme de vingt-six ans. Je vois d'ailleurs que la durée de la maladie a été grande pour les opérés de frère Côme, de Ledran et pour ceux de Civiale. Rappelons que chez notre premier calculeux la présence d'un lambeau dans le trajet de la plaie a semblé mettre obstacle à la cicatrisation du trajet.

Nous terminerons ce paragraphe en formulant les conclusions suivantes :

Les manœuvres qui s'exécutent à l'intérieur de la vessie, et en particulier l'opération de la taille, peuvent dans certains cas s'accompagner d'une variété de cystite; cette cystite a pour conséquence l'incrustation simultanée des bords de la plaie, des téguments voisins et des instruments laissés à demeure dans la vessie. Enfin, sous l'influence de cette complication, on peut observer l'issue de lambeaux plus ou moins grands, incrustés de sels calcaires. Ces membranes sont formées soit par de la lymphe coagulée, soit par des dépôts d'épithélium, et plus souvent par des fragments de la muqueuse vésicale elle-même. Ces diverses circonstances constituent une complication de l'opération de la taille; les suites seront plus longues, la présence des débris membraneux et des incrustations deviendra pour le malade une cause de douleurs vives et un obstacle à la cicatrisation.

Ce n'est pas sans raison que la complication qui vient d'être mentionnée doit être placée en ligne de compte relativement au pronostic. L'opération et ses manœuvres peuvent bien être mises en cause, mais il est bon de savoir que tous les individus chez lesquels on a observé l'issue de lambeaux incrustés présentaient des troubles généraux d'une grande importance. Ledran s'exprime ainsi relativement au malade dont nous avons déjà parlé : « Pendant ce temps, dit-il, il survint beaucoup d'accidents, comme fièvre continue, avec de fréquents redoublements, quelquefois tension au bas-ventre; tantôt des constipations opiniâtres, tantôt des cours de ventre, des nausées et même des vomissements. » Des perturbations analogues furent observées chez l'opéré de Deschamps; celui-là ne parvint à la guérison qu'après avoir traversé une longue série de complications.

Les troubles du côté du tube digestif dominent dans la plupart des observations; chez tous nos malades, le symptôme important a consisté dans une diarrhée séreuse opiniâtre, et rebelle à toutes les médications rationnelles.

Lorsque l'incrustation se manifestera après l'opération de la taille, il faudra redoubler de surveillance pour les soins de propreté; on devra surtout examiner si des débris membraneux ou bien des concrétions phosphatiques ne s'opposeraient pas à la cicatrisation de la plaie du périnée. Dans ces conditions, l'emploi des sondes à demeure ou des canules serait contre-indiqué.

Les injections dans la vessie par l'urèthre ou par la plaie n'ont pas donné de résultat entre les mains de plusieurs chirurgiens; personnellement nous avons dû y renoncer; elles étaient douloureuses et ne remédiaient point à l'incrustation des tissus.

Deschamps s'exprime ainsi à l'occasion du malade de Ledran : « On ne peut dissimuler que la manière, ou pour mieux dire l'habitude peu méthodique, peu raisonnée de panser les taillés du temps de Ledran, a contribué beaucoup à cette incrustation pierreuse, tant dans l'intérieur qu'à l'extérieur de la plaie. Tous ces appareils, toutes ces compresses, n'aboutissaient qu'à boucher la plaie et à s'opposer à la libre sortie des matières pierreuses. Les linges absorbaient la partie la plus fluide du gluten qui liait cette masse, le rendaient plus visqueux, plus collant, et par là l'attachaient plus fortement aux parties qui en étaient couvertes. Si Ledran eût laissé la plaie ouverte, cette matière se serait évacuée par degrés à l'aide des injections; la propreté observée aux environs de la plaie, lavée de temps en temps, aurait garanti de cette incrustation. En pareille circonstance, on injectera fréquemment la vessie avec une liqueur mucilagineuse; on introduira du cérat dans l'intérieur de la plaie, on en lavera souvent l'extérieur, particulièrement les parties circonvoisines, et, après les avoir bien essuyées, on étendra le même médicament sur la peau, et par là on la garantira de l'impression de cette matière; on entretiendra d'ailleurs la plaie ouverte jusqu'à ce que la vessie soit complétement débarrassée. »

Cette citation démontre que Deschamps, qui avait constaté l'expulsion des membranes incrustées, n'avait pas su apprécier la cause de leur production. Il avait méconnu cette phlegmasie toute spéciale de la vessie, toujours accompagnée d'un état général mauvais; et, loin de comprendre l'importance de cette complication, il accusait l'imperfection des soins donnés au malade; aussi conseillait-il une thérapeutique sans effet, mais conforme à sa manière de voir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 décembre 1863. — Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. TRELAT. Dans le rapport que j'ai eu l'honneur de lire le 9 décembre à la Société, sur le traitement des fistules vésico-vaginales, après avoir indiqué les modifications proposées par M. Duboué à l'avivement et à la suture, j'ai fait voir que ces modifications ne différaient pas du procédé de Gerdy.

Un de nos collègues de province, M. Azam, a eu la bonté de me faire parvenir un travail qu'il a publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (août 1864), relatif à ce point spécial; c'est le compte rendu d'un Mémoire de M. Collis, chirurgien de l'hôpital de Meath, à Dublin (*Quarterly Review of med. sciences*, mai 1864), sur un *Nouveau procédé opératoire pour l'occlusion des fistules vésico-vaginales*.

Ce nouveau procédé de M. Collis, c'est celui que Gerdy a exécuté en 1841, et c'est à peu de chose près celui que propose M. Duboué; seulement M. Collis donne à ses lambeaux toute l'épaisseur du vagin, la dissection porte sur la tunique musculaire de la vessie; il préconise comme cheville de la suture un morceau de sonde en caoutchouc vulcanisé flexible.

Ainsi, Gerdy en 1841, M. Collis (de Dublin) en 1861, ont mis en pratique ce procédé; un an plus tard, M. Duboué le réinvente; telle me paraît être, sauf rectification ultérieure, la vérité sur cette question.

Cependant, les succès de M. Collis ne peuvent que donner du poids à l'idée de notre confrère de Pau; c'est une sanction clinique qui lui manquait.

Un point qui m'a vivement frappé dans les observations de M. Collis, c'est le peu de temps pendant lequel il laisse la suture en place. Il la visite au bout de quarante-huit heures, enlève quelques fils le troisième jour et les autres le quatrième, ou au plus tard le cinquième. La sonde est également retirée le quatrième jour, mais on l'introduit quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. La malade doit encore pendant quelques jours garder le repos le plus absolu. Comme M. Spencer Wells, M. Collis emploie des fils de chanvre préalablement mouillés.

Tous ces détails de pratique me paraissent devoir être pris en sérieuse considération, sinon comme exemple à suivre, au moins comme base de jugement à porter sur d'autres procédés, et particulièrement sur certains points des procédés américains.

RAPPORT.

M. A. GUÉRIN lit un rapport sur un mémoire intitulé : **Étude clinique des rétrécissements syphilitiques de la trachée**, par M. Bœckel (de Strasbourg).

M. le docteur Bœckel, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, vous a adressé au mois d'août 1862 un mémoire intitulé : *Étude clinique des rétrécissements syphilitiques de la trachée*. Chargé, au nom d'une commission dont MM. Cullerier et Richard font partie, de vous rendre compte de ce travail, je vous demande de m'accorder quelques moments d'attention.

Le sujet nous intéresse, car il touche à des difficultés de pratique que l'esprit le plus sagace pourrait ne pas prévoir, s'il n'avait pour guide la connaissance de faits semblables à ceux dont je vais vous entretenir.

En mai 1861, une femme âgée de cinquante-six ans, qui est sujette aux bronchites, se plaint de douleurs au niveau du larynx; sa voix se voile et peu à peu sa respiration s'embarrasse, devient bruyante et de plus en plus difficile.

Comme depuis deux ans cette femme avait à la fesse un ulcère de la largeur de la paume de la main, avec des bords inégaux, renversés (M. Bœckel ne parle pas de la couleur), M. S..., qui donnait des soins à cette malade, eut l'idée que l'ulcère et l'angine pourraient bien tenir à la même cause. Bien que cette femme soutînt qu'elle n'avait jamais eu de maladie vénérienne, prenant en considération la forme de l'ulcère, sa persistance, les mœurs peu orthodoxes du mari, on s'arrêta à l'idée que la syphilis était la cause des accidents observés, et l'on institua un traitement par les pilules de sublimé, sous l'influence duquel l'ulcère ne tarda pas à s'améliorer, sans que la respiration devînt plus facile.

Le 2 août, M. Boeckel fut appelé par le médecin traitant pour le cas où il deviendrait urgent de pratiquer la trachéotomie. A cette époque, dit l'auteur du mémoire, la malade, assise dans son lit, est en proie à une dyspnée telle que le moindre mouvement donne lieu à de la suffocation. Son pouls est petit, régulier et sans fréquence anormale. A chaque inspiration, les muscles du cou et de la partie supérieure du thorax se contractent convulsivement et la respiration s'accompagne d'un bruit serratique, sec, sans mélange de bruits muqueux; la voix, qui est très-faible, est voilée et un peu rauque. Toute la poitrine résonne normalement à la percussion, mais le murmure vésiculaire est couvert par les bruits laryngés. En auscultant avec le stéthoscope, il semble que le bruit est à son maximum d'intensité au niveau du larynx.

En touchant par la bouche, on constate que l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques ont la consistance et le volume de ces parties à l'état normal.

L'ulcère s'étant très-notablement modifié sous l'influence du traitement et les accidents de suffocation acquérant chaque jour plus de gravité, MM. Bœckel et S... se décidèrent le 5 août à pratiquer la laryngo-trachéotomie. Le cartilage cricoïde, le premier anneau de la trachée et la membrane crico-thyroïdienne ayant été incisés, on introduisit dans la trachée une canule double, grosse comme le pouce.

M. Bœckel s'attendait à voir la malade respirer à pleins poumons; il ne tarda pas à reconnaître que l'opération n'avait apporté aucun soulagement à son état. Se rappelant alors les observations de rétrécissements syphilitiques de la trachée que MM. Moissenet et Vigla ont publiées, il ne douta pas qu'il n'eût affaire à un cas semblable. Dans le but de s'en assurer, il introduisit profondément dans la trachée une grosse sonde en gomme qui, arrivée vers la naissance des bronches, rencontra en ce point un obstacle qu'elle ne put franchir.

Les douleurs et l'anxiété de la malade ne permirent pas de prolonger ces investigations, et l'on dut réappliquer la canule sans savoir précisément si l'obstacle dépendait d'un rétrécissement, ou bien si la sonde n'avait pas été arrêtée par l'éperon qui résulte de la bifurcation de la trachée.

Les jours suivants, ayant reconnu par l'auscultation que le bruit vésiculaire était absolument nul à gauche tandis qu'on l'entendait dans le poumon droit, la sonorité à la percussion étant normale des deux côtés, les médecins pensèrent que le rétrécissement avait son siége dans la bronche gauche, point inaccessible à une opération.

La mort de la malade, qui survint le 7 septembre, mit un terme à des accidents contre lesquels la médecine et la chirurgie ne pouvaient rien.

A l'autopsie, on reconnut qu'il existait un rétrécissement cicatriciel au niveau de la bifurcation des bronches. Des brides et des cicatrices étoilées s'étendaient de la partie inférieure de la trachée jusqu'à 2 centimètres dans les bronches. Les anneaux cartilagineux, déformés à droite, contribuaient au rétrécissement qui permettait encore le passage d'une tige ayant un demi-centimètre de diamètre, tandis qu'à gauche cette introduction était impossible, les parois de la bronche ayant complétement disparu dans une certaine étendue et la perte de substance étant comblée par des ganglions dont un n'était plus guère représenté que par une cavité suppurante qui s'était ouverte dans la bronche. Les ganglions bronchiques, plus éloignés de la lésion principale, étaient pigmentés et indurés.

Les deux poumons atteints d'emphysème présentaient au sommet quelques tubercules crétacés; à la base du poumon gauche, on voyait des noyaux blancs et indurés, de la grosseur d'un pois et disposés par groupes. C'étaient, dit l'auteur, des lobules pulmonaires oblitérés.

J'ai tenu à reproduire dans mon rapport l'indication des lésions constatées par l'autopsie, ces lésions étant parfaitement en rapport avec les symptômes observés dans le cours de la maladie.

Se fondant sur les *antécédents* du mari, sur la forme et l'étendue des ulcérations, sur leur durée et leur incurabilité jusqu'au moment où un traitement mercuriel leur imprime une tendance à la guérison, M. Bœckel ne doute pas que ce ne soit là un exemple d'ulcérations syphilitiques ayant causé un rétrécissement de la trachée et des bronches.

Je pense, messieurs, que vous n'aurez pas d'éloignement pour cette opinion; mais peut-être vous demanderez-vous comme moi ce que c'était que ces *noyaux blancs et indurés*, qui, suivant l'auteur du mémoire, *n'étaient que des lobules pulmonaires oblitérés*. La description de cette lésion ne me paraît pas suffisante; car je ne comprends pas bien comment des lobules pulmonaires, en s'oblitérant, ont pu former des noyaux indurés. Il y a évidemment ici confusion dans le rapport de la cause à l'effet. Ce sont, je pense, les noyaux qui ont oblitéré les lobules dans lesquels ils se sont formés, et il est extrêmement probable qu'ils s'étaient produits sous l'influence de la syphilis. Je regrette que l'auteur ne nous ait pas mieux renseignés à ce sujet. J'aurais voulu savoir si cette lésion ressemblait aux dépôts plastiques qui ont été observés dans les poumons des individus syphilitiques. Il est un autre point sur lequel je ne puis pas être parfaitement d'accord avec M. Boeckel. Pour notre confrère de Strasbourg, le rétrécissement de la trachée et des bronches est une conséquence des accidents secondaires. « L'ulcère, dit-il, apparaît à la fin de la période secondaire de la vérole. Il se présente sous la forme d'une plaque arrondie, inégale et mamelonnée, d'une couleur jaunâtre et déprimée à son centre; il détruit les tissus à une profondeur variable; souvent il n'atteint que la muqueuse, et sa guérison laisse une cicatrice superficielle; dans les cas où l'ulcération est profonde, elle ronge toute l'épaisseur de la trachée, les cartilages, et peut s'étendre jusqu'aux ganglions bronchiques. »

Conséquent avec cette opinion, M. Boeckel institue le traitement qui convient aux accidents secondaires.

Pour moi, je suis depuis longtemps convaincu que les lésions qui n'affectent que les membranes muqueuses, à l'exclusion des tissus sous-jacents, ne peuvent jamais donner lieu à un rétrécissement; s'il en était autrement, les plaques muqueuses qui se produisent si fréquemment dans la première partie des voies respiratoires nous rendraient souvent témoins des accidents de suffocation persistante, sur lesquels M. Bœckel a voulu attirer notre attention, et, d'un autre côté, les lésions dites secondaires de la syphilis n'affectent pas la profondeur de nos tissus. C'est aux lésions de la période tertiaire qu'il faut attribuer la destruction des cartilages et des tissus fibreux.

Pour nous éclairer à ce sujet, il suffit d'étudier ce qui se passe chaque jour sous nos yeux à l'entrée des voies respiratoires. Dans la première période de la syphilis, nous voyons en effet l'isthme du gosier se couvrir de plaques muqueuses que l'on observe aussi, quoique plus rarement, près de l'orifice des narines. Eh bien, jamais un rétrécissement n'est la conséquence de cette lésion. Dans les cas assez fréquents de rétrécissement de l'urèthre, c'est l'ulcération de la période ultime qu'il faut invoquer. Souvent elle coïncide avec la destruction des os du nez ou quelque autre lésion du système osseux.

Cette ulcération affectant ordinairement le voile du palais et la partie postérieure des piliers, à mesure que le rétrécissement s'opère, les piliers et la partie libre du voile du palais se portent en arrière, et il vient un moment où l'adhérence de ces parties à la paroi postérieure du pharynx supprime la communication entre les fosses nasales et la partie inférieure du pharynx. Ce barrage est définitif, à moins que l'art n'intervienne ou qu'un abcès, comme je l'ai vu deux fois, ne perfore le voile du palais tendu entre la colonne vertébrale et la partie osseuse de la voûte palatine.

Voilà le type du rétrécissement qui se produit dans les voies respiratoires sous l'influence de la syphilis, et je mets au défi tous les syphiliographes du monde de prouver que quelque chose de semblable peut se produire en ce point dans la période que l'on appelait secondaire, et que nous devrions maintenant appeler la période primitive de la syphilis.

Il est très-probable que ce sont des tumeurs gommeuses développées dans la trachée et dans les bronches, qui ont causé le rétrécissement dont M. Bœckel nous a communiqué l'intéressante observation.

Je sais bien qu'on pourrait objecter à notre manière de voir que la syphilis n'est pas la seule maladie qui puisse donner lieu à la déformation et à la destruction partielle des bronches. Ainsi, M. A. Reynaud, dans son article du *Dictionnaire de médecine*, dit que l'ulcération des bronches peut être la conséquence de la compression exercée par des ganglions ayant acquis un développement considérable. Or, dans le cas de M. Bœckel, il y avait des traces de tubercules dans les poumons, et un abcès ganglionnaire communiquait encore avec l'intérieur du tube oblitéré. Mais si l'on tient compte de la coexistence d'un large ulcère de la fesse, qui, à la vérité, n'est pas suffisamment décrit, mais qui s'est promptement amélioré sous l'influence du traitement antisyphilitique, on adhérera, je crois, sans peine à l'opinion de M. Bœckel.

Rapprochant de son observation trois faits semblables de rétrécissement de la trachée dus à MM. Worthington, Moissenet et Vigla, l'auteur du mémoire étudie d'une manière fort intéressante le diagnostic différentiel des obstructions laryngées et trachéales. Il classe dans l'ordre suivant les moyens qui peuvent servir à ce diagnostic :

1° Bruits et sons qui accompagnent la respiration;
2° Palpation;
3° Auscultation;
4° Examen à l'aide du laryngoscope.

1° Pour les bruits et les sons, rappelant l'opinion de M. Empis, pour qui le *cornage broncho-trachéal, quelque intense qu'il soit, n'empêche jamais complétement le malade de produire des sons laryngés, tandis que dans les affections du larynx la voix est enrouée et rauque, ou voilée et éteinte*, M. Bœckel pense que cette proposition n'est

pas vraie pour tous les cas, et à l'appui de sa manière de voir il dit que dans trois des quatre observations dont il s'est servi pour faire son mémoire, la voix était rauque et éteinte. Mais si ces caractères de la voix ne lui paraissent pas avoir toute la valeur que M. Empis leur a reconnue, il affirme qu'une voix claire doit exclure l'idée d'une affection du larynx.

2° La palpation, dit M. Bœckel, peut servir à établir le diagnostic, quand la lésion affecte le larynx ou la partie supérieure de la trachée. Elle se traduit par de l'empâtement ou par de la douleur à la pression.

Ai-je besoin, Messieurs, d'insister devant vous sur l'utilité de la palpation pour reconnaître les affections chirurgicales? Le premier soin d'un chirurgien n'est-il pas d'explorer avec la main la partie qu'il suppose malade? Tout récemment, j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis une femme qui, lors de son entrée dans mon service, présentait tous les symptômes d'un œdème de la glotte. En explorant le larynx à travers la peau, je reconnus que les différentes pièces dont il est composé étaient comme soudées entre elles, de telle sorte qu'il était presque impossible d'isoler les mouvements de l'os hyoïde de ceux du cartilage thyroïde. Avant que le toucher par la bouche m'eût fait reconnaître l'empâtement de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques, j'avais pu affirmer que l'aphonie dépendait d'une lésion de la charpente du larynx.

En vous parlant de cette malade, je ne m'éloigne pas du sujet de mon rapport, car un abcès s'étant formé au-devant du larynx, je ne fis pas cesser les accidents en donnant issue au pus, et voyant que l'empâtement et l'induration persistaient au niveau de l'os hyoïde et des cartilages thyroïde et cricoïde, prenant en considération le teint cachectique de la malade, j'en vins à soupçonner que la maladie pourrait bien dépendre d'une affection syphilitique ancienne, malgré les assertions de la malade, qui est intelligente, mais qui, ayant beaucoup voyagé, peut avoir beaucoup appris. Toujours est-il que le traitement par l'iodure de potassium m'a semblé avoir eu une heureuse influence sur la guérison de cette malade, qui pendant quelques jours nous avait causé les plus vives inquiétudes.

3° L'*auscultation* ne peut pas servir à reconnaître le point où se fait le bruit de cornage, s'il est vrai, comme le dit M. Empis, que le bruit maximum se fait toujours entendre vis-à-vis la bifurcation de la trachée, quel que soit le siége du rétrécissement. L'erreur dans laquelle M. Bœckel est tombé paraît confirmer cette opinion.

Mais, en revanche, l'auscultation est un moyen précieux de diagnostic pour distinguer le siége d'un rétrécissement qui n'affecte qu'une des bronches. Ainsi, dans l'observation de M. Bœckel, les deux côtés de la poitrine résonnant à la percussion, et le murmure respiratoire n'étant perçu qu'à droite, on pouvait affirmer que la bronche gauche était rétrécie.

4° Enfin le laryngoscope, permettant de voir jusqu'au bas de la trachée, pourra servir à faire reconnaître un rétrécissement qui aurait son siège au-dessus de ce point.

Après avoir indiqué ces moyens de diagnostic, M. Bœckel ajoute que si la dyspnée se produit peu à peu au moment où les accidents visibles de la syphilis sont en voie de guérison, cette coïncidence permettra presque d'affirmer qu'il se fait un rétrécissement dans un point des voies respiratoires.

Je n'ai pas besoin d'insister sur ce qui est relatif au pronostic et au traitement. Gravité de la maladie, impossibilité de soustraire le malade à la mort quand le rétrécissement siége au-dessous de la trachée; utilité de la bronchotomie quand c'est le larynx ou la partie supérieure de la trachée qui sont rétrécis, tout cela découle de la première partie du mémoire.

Si j'ajoute qu'après avoir parlé de la rareté de ce rétrécissement M. Bœckel cite quelques auteurs qui s'en sont occupés, vous reconnaîtrez, je l'espère, que notre confrère de Strasbourg, en nous envoyant le mémoire que je viens d'analyser, a contribué à éclairer un point de la pathologie encore peu étudié, et si vous prenez en considération qu'il est un des agrégés les plus laborieux et les plus intelligents de la Faculté de Strasbourg, vous n'hésiterez pas à le classer honorablement sur la liste des candidats pour les places de correspondants nationaux.

Je propose donc :

1° De publier le mémoire de M. Bœckel dans les *Bulletins* de la Société;

2° D'admettre l'auteur sur la liste des candidats au titre de correspondant.

LECTURE.

M. HART lit un travail *sur le traitement des anévrysmes par la flexion du membre.* (Commissaires, MM. Broca, Verneuil, Bauchet.)

ÉLECTIONS.

Membre titulaire : 36 votants.

M. Guyon obtient 32 voix.
M. Lefort — 4 —

En conséquence, M. Guyon est proclamé membre titulaire de la Société.

CONSTITUTION DU BUREAU POUR 1864.

Président : 36 votants.

M. Richet a obtenu 33 voix.
M. Broca — 3 —

M. Richet est nommé président.

Vice-président : 35 votants.

M. Broca a obtenu 30 voix.
M. Forget — 2 —
MM. Demarquay, 1 voix; Follin, 1; Richet, 1.

M. Broca est nommé vice-président.

Secrétaires. — MM. Trélat et Blot ayant obtenu la majorité des voix, sont nommés secrétaires.

MM. Houel et Verneuil sont maintenus par acclamation, l'un trésorier, l'autre archiviste de la Société.

Comité de publication. — M. Foucher, 16 voix; M. Marjolin, 13; M. Follin, 12; M. Guérin, 9; M. Cullerier, 9.

En conséquence, MM. Foucher, Marjolin et Follin sont nommés membres du comité de publication.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 6 janvier 1864, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Chevreul, professeur au Muséum d'histoire naturelle, a été nommé directeur de cet établissement.

— La question des mariages consanguins va recevoir un nouvel élément de contrôle. Dans une récente décision ministérielle, il est recommandé aux maires de s'assurer, par une interpellation directe aux futurs époux, s'ils sont ou non parents au degré de cousin germain et même de cousin issu de germain. La déclaration, si elle est affirmative, sera mentionnée en marge de l'acte de mariage.

— M. le docteur Berthelot est mort à Neuilly (Seine), le 3 janvier, à l'âge de soixante-quatre ans. Médecin du bureau de bienfaisance du VIe arrondissement (ancien) pendant trente ans, dans un des quartiers les plus pauvres et les plus populeux de Paris, décoré de Juillet pour les soins donnés aux blessés en 1830, honoré de deux médailles à la suite des épidémies de choléra de 1832 et 1849, décoré de la Légion d'honneur après les journées de juin 1848, M. Berthelot était un de ces modestes praticiens dont le dévouement honore le plus notre profession.

— Le bureau de la Société médicale du Louvre (Ier arrondissement) est formé, pour l'année 1864, ainsi qu'il suit :

MM. Delmas, président; Compérat, vice-président; Donadieu, secrétaire-archiviste; Lechat, vice-secrétaire; Vautier, trésorier.

Conseil de famille. — MM. Tessereau, Godart, Dop, Fleurus-Léger.

— L'ancienne Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Hérault vient d'être constituée à Montpellier d'une manière légale. Le bureau est ainsi composé :

Président, M. Bouisson; *vice-président,* M. Vailhé; *secrétaire,* M. Cazalis; *trésorier,* M. Auguste Lafosse.

— L'association mutuelle des médecins des Basses-Pyrénées a tenu une assemblée générale, suivie d'un banquet confraternel, auquel ont pris part vingt médecins de Bayonne et des environs.

Cette association est en pleine prospérité, et compte plus de 60 membres. Son bureau est ainsi composé : *Président,* M. Lafont; *vice-président,* M. Lasserre; *secrétaire,* M. Delvaille; *trésorier,* M. Paul Lasserre. *Membres de la commission :* MM. Salles, de Bayonne; Amestoy, d'Urcuit; Tarras, de Pau; Nogaret, de Salies; Serrou, d'Oloron; Candellé, de Mauléon.

— L'importante commune de Walincourt (Nord) demande un médecin. Résidence agréable; clientèle immédiate assurée.

S'adresser au maire de Walincourt.

ERRATUM. — Dans la clinique de M. Nélaton, publiée dans notre numéro de mardi 5 janvier, page 2, ligne 17, il faut lire *du brise-pierre à mors plats,* au lieu *du brise-pierre fenêtré et du brise-pierre à mors plats.* On verra, dans la seconde partie de cette clinique, que M. Nélaton ne se sert pas du brise-pierre fenêtré.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Etude sur l'angine de poitrine, par M. le docteur SAVALLE, ex-chirurgien de l'asile de Saint-Yon, etc. 1 vol. in-8° de 87 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne, par MM. L. BELHOMME, ancien interne du Midi et de Lourcine, et Aimé MARTIN, ancien interne de Saint-Lazare. 1 vol. in-18 jésus. Prix : 6 fr. 50 c. — Paris, chez Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 30.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 JANVIER 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie, dans sa séance du 4 janvier, a procédé à l'élection d'un vice-président pour l'année 1864, M. le général Morin, vice-président en 1863, passant à la présidence. La majorité des votes s'est portée sur M. Decaisne, qui a été proclamé vice-président et a pris place immédiatement au bureau en cette qualité.

M. Velpeau, président sortant, a rendu compte à l'Académie, avant de quitter le fauteuil, de l'état de ses publications et des changements survenus, pendant le cours de l'année, parmi ses membres et ses correspondants.

Voici en quelques mots l'exposé de ces changements :

L'Académie a perdu trois membres titulaires et un associé étranger : M. Bravais, de la section de géographie et de navigation; M. Despretz, de la section de physique générale; M. Moquin-Tandon, de la section de botanique; et M. Mitscherlich, de Berlin.

Elle a élu trois membres nouveaux en remplacement des trois membres titulaires décédés : M. le contre-amiral Paris dans la section de géographie et de navigation; M. Edme Becquerel dans la section de physique générale; et M. Naudin dans celle de botanique. Il lui reste à pourvoir à deux places, une de titulaire dans la section d'économie rurale, en remplacement de M. le comte de Gasparin, et une d'associé étranger en remplacement de Mitscherlich.

Parmi les correspondants décédés en 1863, nous trouvons M. Renault (d'Alfort), de la section d'économie rurale; sir Benj. Brodie (de Londres); et Denis (de Commercy), de la section de médecine et de chirurgie. Dans les mêmes sections, l'Académie a élu cette année quatre correspondants : M. Martins (de Montpellier), et MM. Bouisson (de la même ville), Ehrmann (de Strasbourg), et Lawrence (de Londres). Elle a à pourvoir aux deux places laissées vacantes par le décès de M. Renault et de M. Denis dans les sections d'économie rurale et de médecine.

M. Velpeau, après l'exposé de la situation de l'Académie, a prononcé l'allocution suivante, que nous sommes heureux de reproduire ici :

« Je demande la permission, avant de céder le fauteuil au savant général qui doit avoir hâte de s'y asseoir à son tour, d'exprimer ma gratitude à l'Académie pour l'honneur insigne qu'elle m'a fait en me décernant sa plus éclatante dignité; je la remercie en outre de la bienveillance dont elle n'a cessé de m'entourer, des marques de confiance et de sympathie qu'elle m'a données durant mon fragile pouvoir.

» L'esprit calme et indépendant, la haute raison, l'amour réfléchi de toute bonne discipline, qui vous distinguent tous, chers collègues, ont rendu ma tâche facile sans doute, en mettant mon règne d'un instant à l'abri de troubles, de perturbations, de discussions animées ou irritantes, de tout désordre enfin.

» Mais veuillez me laisser croire que, de mon côté, j'ai fait tous mes efforts pour user de l'autorité qui m'a été confiée avec impartialité, dans les limites de nos usages, sans en abuser, sans l'avoir jamais rendue oppressive; sauvegarder les intérêts de la science sans gêner la liberté des savants, rester fidèle aux exigences du règlement sans cesser d'être libéral et patient envers tout le monde, telle a été ma devise et mon but.

» Si je résilie volontiers, à l'heure convenue, une aussi noble magistrature sans regrets et l'âme sereine, en reprenant ma modeste place au sein des travailleurs et des simples amis de la science, je n'en serai pas moins éternellement fier, croyez-le, de l'avoir exercée! Etre appelé par le libre suffrage de la plus haute expression du savoir humain à la tête du premier corps savant du monde, n'est-ce pas en effet, pour moi, chétif et parti de si bas, la plus belle des distinctions que j'eusse jamais pu rêver? Oui, je l'affirme en toute sincérité, cette faveur de l'Académie restera dans ma mémoire comme le souvenir le plus glorieux et le plus doux de ma vie scientifique. »

L'Académie avait un arriéré considérable de présentations et de correspondances à mettre au jour. Nous signalerons plus particulièrement, parmi les communications qui ont été faites dans cette séance, une note de M. Schnepp sur le thé du Paraguay, note qui intéresse tout à la fois l'histoire naturelle et l'hygiène, et sur laquelle nous appelons l'attention de notre collaborateur du feuilleton scientifique; un travail de MM. Pécholier et Saintpierre (de Montpellier) sur la santé des ouvriers employés à la fabrication du verdet (acétate de cuivre); et une note de M. A. Claudet sur quelques phénomènes produits par la puissance de réfraction de l'œil.

On verra enfin dans le compte rendu que, sur la demande de M. Pasteur, l'Académie a nommé une commission chargée de suivre les expériences et de juger la question des générations spontanées. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'aphasie, maladie décrite récemment sous le nom impropre d'aphémie.

M. Broca a décrit, il y a déjà quelques années, sous le nom d'*aphémie*, une maladie qui consiste à ne pouvoir prononcer certains mots ni exprimer ce qu'on a l'intention, la volonté de dire. C'est sous ce nom que depuis trois ou quatre ans plusieurs médecins ont étudié cette maladie. Mais, comme le mot est nouveau, bien que la maladie ne le soit pas, et qu'il faut désormais que nous adoptions un terme pour la désigner, j'ai voulu savoir, avant de me servir de celui qui a été proposé, s'il est correct et s'il exprime bien la chose que l'on veut dire.

Vous vous rappelez peut-être qu'au commencement de cet exercice clinique je vous annonçai que nous nous occuperions de cette maladie. J'y étais naturellement amené par l'intérêt qu'elle présente, et surtout par la présence dans nos salles de deux malades qui offrent des exemples de cette singulière affection. Or, après la leçon dans laquelle j'avais fait entendre ce mot d'*aphémie*, un médecin grec, qui y était présent, me fit part de l'impression singulière qu'il en avait reçue : il m'assura que cette dénomination n'était rien moins que régulière, et qu'elle ne signifiait pas du tout ce que j'avais voulu lui faire exprimer. Je priai ce médecin de me dire comment il faudrait désigner cet état particulier, dans lequel un individu qui jouit de ses facultés intellectuelles et qui a les organes de la phonation et de l'articulation intacts, ne peut cependant exprimer ce qu'il veut dire.

Il me démontra alors que ce n'était pas *aphémie* qu'il fallait dire, mot qui étymologiquement voudrait dire sans renommée ou mauvaise renommée, autrement dit infamie, mais bien *aphasie* ou *alalie*. Cependant, voulant avoir à cet égard la plus grande certitude possible, je ne m'en tins pas là; je soumis la question au philologue le plus compétent, à M. Littré, qui sait le grec aussi bien que le français, et qui était assurément le savant le plus capable de la résoudre. Le jugement de M. Littré devait être pour moi sans appel. Or, voici ce qu'il me dit :

Quand on veut former un substantif nouveau avec un verbe grec, on ne prend jamais le présent de l'indicatif. Aussi le mot aphémie, composé de α privatif et de φεμω, première personne de l'indicatif, est un mot qui ne vaut rien. Le mot *alalie*, de α privatif et de λαλεῖν, parler, vaudrait mieux, mais il n'est pas applicable ici, alalie voulant dire impossibilité mécanique de produire des sons, mutisme. Le mot φασια, qui veut dire parole, formerait avec l'α privatif le mot *aphasie*, qui serait beaucoup mieux approprié. C'est le mot dont Platon s'est servi dans le sens figuré pour exprimer la situation d'un homme qui est à bout d'arguments et à qui on a fermé la bouche par une raison péremptoire, ce que l'on rend dans le langage familier de l'école par le mot *collé*. Ce sera donc du mot *aphasie* que nous nous servirons, comme le plus régulier et le mieux adapté à l'état dont il s'agit.

Après cette petite dissertation philologique, j'arrive au sujet lui-même. En 1853, alors que M. Lasègue était chef de clinique, il entra dans la salle Sainte-Agnès un jeune ouvrier qui, à la suite de libations copieuses, avait tout à coup perdu la faculté de parler. Il pouvait mouvoir sa langue, sa mâchoire et ses lèvres avec la plus grande facilité. L'expression de ses yeux et de sa physionomie indiquait d'ailleurs qu'il conservait l'intégrité de son intelligence. Je lui demandai s'il savait écrire, il me fit un signe affirmatif; je lui fis apporter du papier et lui fis mettre une plume entre les mains, le priant d'écrire son nom et son adresse; il lui fut impossible d'écrire quoi que ce fût, et pourtant ses doigts jouissaient de toute leur mobilité. Je me plaçai au point de vue d'un trouble cérébral, et je prescrivis quelques purgatifs, des frictions stimulantes aux tempes et à la nuque. Au bout de dix à quinze jours, le malade commença à bredouiller, puis à parler de plus en plus clairement, et il sortit, après un mois de traitement, complétement guéri. Il put nous raconter alors ce qui lui était arrivé, et il ajouta que pendant la courte maladie qu'il venait de faire, non-seulement il ne pouvait prononcer aucun nom, mais encore que les mots ne se présentaient pas à sa mémoire.

Ce fut là le premier fait de ce genre qu'il me fut donné d'observer. Je ne m'y arrêtai pas autrement. Mais le mémoire de M. Broca, qui parut quelque temps après, m'édifia sur sa signification.

L'année dernière, comme je causais de ce sujet avec un de nos éminents confrères, il me dit qu'il lui était arrivé à lui-même quelque chose de semblable. Voici ce qu'il me raconta, et que j'ai écrit en quelque sorte sous sa dictée :

Il était à la campagne et il s'y était donné une entorse qui l'obligea à rester au lit pendant quinze à vingt jours. Il a le bonheur d'être myope, par conséquent de pouvoir lire autant que cela lui plaît. Aussi lisait-il toute la journée. Un beau matin, pendant qu'il parcourait les *Entretiens* de M. de Lamartine, il s'aperçut tout à coup qu'il ne comprenait pas bien le sens de ce qu'il lisait; il reprit le passage et ne comprit pas mieux la seconde fois que la première. Attribuant cela à la fatigue, il mit le livre de côté et se reposa. Un quart d'heure après il le reprit, relut le même passage et ne le comprit pas mieux encore. Cela l'étonna, l'inquiéta même. Il jette le livre et sonne son valet de chambre. Celui-ci arrive, il veut lui donner un ordre, il reste muet. Il s'épouvante alors, fait des efforts surhumains pour tâcher de s'exprimer : il ne le peut. Le domestique court chercher un médecin. Pendant ce temps notre confrère s'explore en silence; il tourne sa langue dans tous les sens, il remue les bras, secoue ses jambes et marche; il se pince et trouve partout sa sensibilité intacte; il est clair pour lui qu'il n'a ni crampes ni paralysie.

Le domestique rentre avant le médecin qu'il est allé chercher. Notre malade prend une plume et du papier, il veut écrire, mais il ne peut tracer ni un mot ni même une syllabe. En attendant l'arrivée du médecin, il avait fait à part lui des réflexions, se demandant quelle est la partie de son cerveau qui peut se trouver ainsi atteinte. Ce n'est pas une hémorrhagie, se disait-il, puisque j'ai conservé l'intégrité de tous mes mouvements. Ce n'est point un ramollissement, puisque je n'éprouve point de crampes ni de contractures. Le médecin arrive. Le malade, sans autre préambule, relève la manche de sa chemise et fait signe avec l'autre main qu'il veut être saigné incontinent. Le médecin se met en mesure de le satisfaire. A mesure que le sang coulait, il se prit à dire d'abord un mot, puis un autre, et six heures après il n'avait plus rien que le souvenir de ce qui s'était passé. Toutefois, il se rappela à merveille la confusion de son esprit, confusion qui n'allait pas jusqu'à un degré très-prononcé, mais qui cependant l'avait empêché de comprendre des choses que peu de temps auparavant et aussitôt après il comprenait très-bien. Cet accident ne s'est plus reproduit depuis, et la santé de notre confrère s'est maintenue parfaite.

J'ouvre ici une parenthèse pour dire que ce confrère est diabétique. Dans une prochaine leçon, quand je chercherai à localiser la maladie, je serai peut-être obligé de m'occuper de l'influence du diabète et de l'albuminurie sur la production de ce singulier phénomène.

En janvier 1861, un riche négociant du Havre, qui avait alors et a encore aujourd'hui une maladie de Bright, s'en alla un soir, comme c'était son habitude, à l'un des cercles de cette ville. Il se mit à une table de wisth et engagea une partie. Il faisait chaud dans la salle, et celle-ci était remplie de fumée de tabac. Il ne fumait pas, mais il était fait à la fumée et à cette haute température. Il causait tout en jouant. A un dernier rubber il battait les cartes et voulait faire une observation sur un coup mal joué. Il avait l'intention de dire à son partenaire qu'il eût dû jouer atout. Mais il ne put dire un seul mot. Il prit alors son chapeau et sa canne et s'en alla chez lui, à un kilomètre, marchant d'ailleurs sans broncher, sans hésitation, n'ayant par conséquent, bien évidemment, aucune paralysie. Arrivé chez lui, il veut parler pour dire ce qu'il éprouve; et ne le peut pas. Il se prend de plus en plus d'épouvante. On court chercher un médecin. Celui-ci arrive, mais le malade ne peut rien lui dire. Le médecin comprend qu'il se passe quelque chose du côté du cerveau. Il fait mettre le malade au lit et lui fait faire immédiatement une application de sangsues à l'anus.

Une demi-heure après, le malade cherche encore à exprimer un désir, même impuissance; il s'agite alors et témoigne son

impatience par des gestes furieux ; parmi les signes qu'il répète avec le plus d'insistance, on remarque celui qui consiste à montrer son derrière, où l'on avait fait l'application des sangsues. On croit deviner enfin qu'il désire qu'on lui en applique d'autres. On lui demande si c'est là ce qu'il demande, et aussitôt il fait un signe affirmatif, qu'il accompagne de toutes sortes de manifestations de contentement. On applique de nouvelles sangsues, et une demi-heure après le malade dit quelques mots ; puis il balbutie, bredouille encore, mais s'exprime cependant de mieux en mieux, à mesure que le sang coule. Au bout de trois heures, tout avait disparu. Le malade n'avait eu aucune paralysie, mais seulement de l'aphasie.

Voilà une première catégorie d'*aphasiques* comprenant les cas dans lesquels il n'y a eu aucun symptôme de paralysie. Je ne prétends pas dire par là que dans ces cas il n'y ait pas eu une modification du côté de l'encéphale, mais ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il n'y a eu ni ramollissement ni hémorrhagie ; il y a eu une modalité, nous ne savons laquelle, dans l'état fonctionnel de cet organe. Je vous ferai remarquer cependant, comme pour l'observation précédente, que ce négociant a une albuminurie, maladie dans laquelle on peut, comme pour le diabète, supposer une lésion du côté du ventricule et du pont de Varole.

Voici maintenant une seconde catégorie. En 1862 et 1863, j'ai été consulté par l'un des plus éminents jurisconsultes de France, un homme qui discute les questions de droit avec la plus grande profondeur. Il a parfois de petits engourdissements au pied droit et dans la main du même côté ; il n'accuse point d'affaiblissement. Sa femme, qui l'observe avec le plus grand soin, n'a rien remarqué non plus sous ce rapport. Cependant, quand il marche, il penche un peu à droite ; il a évidemment quelque chose, mais très-peu de chose de ce côté, et il s'en aperçoit si peu, que de temps en temps il remarque comme une chose insolite que sa jambe droite ne va pas bien. Il lui arrive en outre, alors, une chose fort singulière ; il commence une phrase et il s'arrête à rechercher le mot qui ne lui vient pas. Il dit, par exemple : Donnez-moi mon... mon... s. n. d'un chien (c'est son juron familier) donnez mon... Il veut dire chapeau, et il ne trouve pas ce mot. Il lui arrive de même de ne pas trouver le mot parapluie... Il a donc de temps en temps avec un peu d'affaiblissement d'un côté du corps, qui n'est cependant pas de la paralysie, de singulières absences, des oublis bizarres dans la parole, chose assurement extraordinaire chez un homme qui, en dehors de ces moments de trouble, peut discuter avec une admirable lucidité les questions les plus ardues. Nous trouvons donc chez ce malade quelque chose qui n'existait pas jusqu'à présent chez les autres, un léger degré d'affaiblissement dans le côté droit.

Passons à un autre cas. Une dame, belle-mère d'un ancien professeur de notre Faculté, eut une attaque qui ressembla à de la paralysie, dura peu et ne laissa que des traces très-légères. Mais à partir de ce moment, elle oublia beaucoup de mots et le temps de la plupart de ceux qu'elle avait retenus, ou elle les appliquait mal sans s'en apercevoir. Ainsi, lorsqu'elle recevait quelqu'un, elle disait : Chapeau, couteau, pantoufle, pour lui dire de prendre un siége, et en même temps elle lui faisait le geste d'invitation absolument comme si elle eût dit : Monsieur, veuillez prendre la peine de vous asseoir. Les personnes qui vivaient autour d'elle ou la servaient, mettaient le plus grand empressement à interpréter ces mots sans suite ni sens et à saisir la signification de ses gestes et des inflexions de sa voix. Beaucoup de mots, de noms, s'étaient effacés de sa mémoire ; elle ne pouvait plus appeler sa femme de chambre que *Totole ;* elle lui demandait une chaise alors qu'elle voulait tout autre chose, un mouchoir, par exemple, et elle traitait sa *Totole* d'imbécile, en même temps qu'elle se dépitait et devenait furieuse alors qu'on ne répondait pas de suite au désir ou à la volonté qu'elle croyait avoir clairement exprimée. En un mot, cette femme avait des lacunes immenses dans l'expression de sa pensée, surtout pour les substantifs, et de plus elle ne comprenait pas le non-sens de ce qu'elle disait, au contraire de plusieurs autres malades qui comprennent très-bien que leur esprit est l'objet d'un trouble qui les épouvante.

J'arrive à une troisième catégorie. Celle-ci est formée de malades qui présentent des troubles beaucoup plus persistants et des accidents aphasiques plus prononcés.

En janvier 1862 il est entré dans notre service une femme atteinte d'une syphilis que son mari lui avait donnée. Elle avait pris du mercure à très-haute dose et avait une stomatite affreuse. Un mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait éprouvé de très-vives douleurs de tête, et en même temps elle ressentait de petits accidents, des convulsions légères dans le côté droit de la face et dans le bras droit. Elle avait aussi des vertiges, des étonnements, et elle fut prise même d'un accès épileptiforme tel qu'elle se mordit la langue. Pendant cette attaque, elle put cependant se lever et aller prendre dans le tiroir de sa commode un mouchoir pour essuyer la bave écumeuse qui sortait de sa bouche. Elle avait donc des accès vertigineux frappant surtout le côté droit, et ce côté était très-notablement affaibli quand elle entra dans nos salles. A la demande de son nom, elle a pu répondre qu'elle s'appelait Keller ; mais dès qu'on lui a demandé autre chose, elle n'a jamais pu répondre qu'en répétant le mot *Keller*. Nous lui avons fait donner une plume et nous lui avons dit d'écrire un mot, elle a écrit *Keller ;* nous lui avons dicté alors différents mots, cuiller, fourchette, etc., et chaque fois elle a écrit *Keller*. Comme cette femme avait une affection syphilitique, nous lui prescrivîmes l'iodure de potassium, et à notre très-grande joie nous vîmes l'intelligence et la mémoire lui revenir peu à peu, à mesure que sa guérison faisait des progrès. Quand elle fut complétement guérie, je fus très-désireux de savoir d'elle-même comment elle avait apprécié l'état de son intelligence pendant sa maladie. A cette époque elle lisait presque toute la journée, mais elle restait un temps infini à chaque page, la parcourant et la reparcourant avec la plus grande attention. Je lui demandai si dans cette occupation elle voyait bien et elle comprenait bien ce qu'elle lisait ; elle me répondit qu'elle lisait bien avec ses yeux, mais pas avec son *estomac*, voulant dire par là, dans la fausse idée qu'ont les gens du peuple sur quantité de choses, qu'elle ne comprenait pas ce qu'elle lisait ou qu'elle l'interprétait mal. La parole et l'intelligence lui étaient revenues en même temps et graduellement. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle est revenue nous voir plusieurs fois. C'est une femme très-intelligente et très-recommandable ; elle nous a donné chaque fois de bonnes nouvelles de sa santé. Voilà donc un exemple d'aphasie presque complète, avec paralysie à un degré plus appréciable que dans les cas précédents.

Nous allons voir un autre fait un peu voisin de celui-ci, et dans lequel la paralysie a été complete et l'aphasie transitoire comme chez les autres sujets.

En septembre dernier, je reçus dans mon cabinet un receveur de l'enregistrement accompagné par sa femme. Il me raconta qu'en 1858 il avait ressenti tout à coup dans le bras gauche une violente secousse, qu'il comparait à une commotion électrique, et que depuis ce temps-là ce membre était resté faible. Deux jours après, à la suite d'un travail très-assidu et très-important qui l'avait occupé dans son cabinet pendant cinq heures consécutives, il se leva fort dispos et se dirigea vers l'étage supérieur. En montant, il s'aperçut que sa jambe droite était paresseuse ; il continua cependant, et arrivé avec peine au haut de l'escalier, au moment où il voulut ouvrir la porte, il sentit que son bras droit était très-affaibli. Effrayé, il appela sa femme et lui dit qu'il sentait la paralysie lui venir, qu'il fallait demander aussitôt un congé. On apporta du papier, une plume et de l'encre, et il voulut se mettre à écrire ; mais il ne put tenir sa plume. Alors il dicta, avec un peu d'hésitation dans la parole, une lettre de plusieurs pages, dans laquelle il exposait avec une lucidité et un ordre parfaits, qui dénotaient l'intégrité de son intelligence, la nécessité où il etait de solliciter un congé de six à huit semaines, parce que, disait-il, il craignait des accidents cérébraux graves. Le soir même, il tombait tout à coup dans une complète paralysie du côté droit, et à partir de ce moment il ne put plus prononcer que ces deux mots *nazi, bouzi...* Pendant huit ou dix jours, il ne dit absolument que cela, comme l'un des malades de notre salle Sainte-Agnes, dont je parlerai plus tard, et qui ne peut dire que *coussi, coussi...* Mais à partir du dixième jour, la paralysie diminua, puis elle céda peu à peu, et le malade ne conserva, chose singulière, que le spasme des écrivains que M. Duchenne (de Boulogne) a appelé spasme fonctionnel, ce qui l'obligea à tenir son coude droit attaché au tronc afin qu'il ne pût tourner en pronation exagérée.

Voilà deux cas de paralysie plus ou moins complète avec aphasie, paralysie transitoire comme celle des cas où il n'y a eu que paralysie incomplète, par conséquent avec des lésions probablement légères et superficielles, qui n'ont laissé aucune trace dans l'encéphale.

KYSTE DE L'OVAIRE UNILOCULAIRE ENFLAMMÉ.

Ponction. — Canule à demeure. — Injections iodées. — Guérison.

Par M. le docteur A. DESPRÉS.

(Observation lue à la Société de chirurgie et présentation de la malade.)

Mme P..., âgée de trente-quatre ans, porte dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une tête d'adulte, bien circonscrite, tendue, régulièrement globuleuse, mate, rénitente, avec fluctuation obscure, et dont les caractères sont un peu masqués par un vésicatoire qui a été appliqué au niveau de la tumeur quelques jours avant notre visite.

Cette tumeur s'est accrue lentement depuis quatre ans, époque à laquelle elle est apparue à la suite de troubles menstruels ; la malade auparavant avait joui d'une bonne santé. Elle n'avait pas eu d'enfants.

Considérée d'abord au début comme un corps fibreux de l'utérus par un médecin, aucun traitement ne fut appliqué sur cette tumeur. Pendant la période qui suivit, Mme P... souffrait dans le ventre et dans les reins ; elle perdait ses forces. Diverses complications sont survenues : les époques étaient irrégulières ; elles s'accompagnaient de malaises généraux.

La malade sort d'une de ses époques, qui a eu lieu le 3 juin. Depuis le 29 mai, elle vomissait de temps en temps des matières bilieuses. Au moment où les règles survinrent, les vomissements redoublèrent et prirent le caractère de vomissements incoercibles. Les selles étaient supprimées ; les matières vomies avaient une odeur fétide. Au moment où nous vîmes la malade, elle était dans cet état depuis onze jours ; la face pâle, amaigrie, terreuse, indiquait des souffrances vives ; le pouls était accéléré.

En présence des signes anatomiques fournis par l'examen de l'abdomen, et des signes tirés de l'état de la santé générale ; en présence de la connaissance de l'évolution du kyste et de sa réaction sur les fonctions digestives, nous diagnostiquâmes un kyste de l'ovaire uniloculaire enflammé. L'absence de ballonnement du ventre au-dessus du kyste empêchait de croire à un simple obstacle au cours des matières. Le pouls accéléré, l'altération des traits s'accordaient bien avec les efforts continuels de vomissement. Il n'était pas nécessaire de leur rechercher une autre cause. Les accidents, qui duraient depuis onze jours, s'ils eussent été dus à une péritonite, auraient certainement déjà conduit la malade à la mort.

Le pronostic semblait très-grave et la possibilité d'une guérison par la ponction nous paraissait douteuse, quoique ce traitement fût le seul auquel nous pussions avoir recours.

Nous nous sommes éclairé des conseils de M. Velpeau. Il fut d'avis de faire d'abord une ponction exploratrice, puis une ponction avec le gros trocart.

Le 9 juin 1862, la malade vomissait encore ; elle buvait sans cesse et n'en vomissait que davantage. Elle rendit devant nous environ deux litres de matières brunes fétides ayant l'odeur des matières intestinales. Elle se plaignait surtout de douleurs causées par les efforts de vomissement. Le ventre, dur, n'était pas plus sensible que la veille. Le pouls était petit et fréquent.

Une ponction est faite avec le trocart capillaire au lieu d'élection. Il s'échappe une goutte d'un liquide séro-sanguin. Une ponction avec le gros trocart est faite à travers la première ouverture. Cet instrument se meut en tout sens dans la poche. Il sort environ 800 grammes de liquide séro-sanguin fétide, dans lequel nous avons trouvé quelques traces de pus et qui, examiné au microscope, offrit des globules granuleux, des globules de pus et quelques globules sanguins altérés. Lorsque le liquide cessa de couler, le robinet du trocart fut fermé. La canule demeura fixée avec une plaque de diachylon, à laquelle était attachée une anse de fil qui embrassait la canule au niveau du robinet. Le vésicatoire fut soigneusement pansé. — Tisane de limonade cuite, deux pots ; eau de Seltz, deux bouillons, deux lavements.

Le soir, il sort environ 600 grammes de liquide semblable à celui du matin ; il contient à la fin du pus grisâtre et donne une odeur fétide. La malade se trouve très-soulagée ; elle n'a pas vomi depuis la ponction. Le second lavement a été suivi d'une selle liquide peu abondante.

Le 10, même état. La malade a bien dormi. Pas de fièvre. Issue de 400 gr. environ de liquide, purulent à la fin. — Même traitement.

Le 11, même quantité de liquide évacuée. — Même traitement, deux potages.

Le 12, la malade se trouve très-bien. La sécheresse de la gorge, déterminée par les anciens vomissements, disparaît. Liquide évacué en quantité à peu près égale. — Même traitement.

Le 13, la canule est tombée dans la matinée. La malade ne souffre pas ; le ventre n'est pas douloureux ; on sent la tumeur profondément. L'ouverture cutanée persiste.

Le 14, on sent derrière la paroi abdominale, au niveau de la ponction, une tumeur globuleuse, dure, du volume d'une tête de fœtus. On peut lui communiquer une mobilité profonde, mais elle reste accolée à la paroi abdominale. Une ponction avec le gros trocart est faite à travers l'ouverture cutanée, et nous laissons la tumeur se vider sans la presser ; il sort environ 350 à 400 grammes de liquide séro-purulent avec quelques grumeaux. La canule est maintenue en place. — Même traitement et régime.

Le 16, le régime est bien supporté ; la langue est devenue meilleure ; la sécheresse de la bouche a peu à peu cessé, la malade se trouve relativement très-bien. Même état local. — Même traitement.

Le 17, une injection, un tiers teinture d'iode, deux tiers eau tiède, est faite après évacuation de trois cuillerées de liquide purulent. — Même traitement, même régime.

Le 18, liquide purulent de bonne nature, filant à la fin, en quantité égale à celle de la veille. (Même régime.) La malade dit prendre ses soupes avec appétit.

Le 19, même état ; quelques grumeaux dans le liquide. Nous pressons sur la tumeur pour évacuer tout le liquide ; nous en faisons sortir environ 150 grammes. Explorant alors l'abdomen, nous avons pu sentir une tumeur du volume d'une orange, profondément mobile, dans certaines limites cependant. Elle suivait la paroi abdominale, à laquelle elle était solidement attachée.

Le 20, la malade demande à manger ; nous lui prescrivons le régime le plus voisin de ses anciennes habitudes : le café au lait le matin ; à midi, de la soupe et de la viande ; le soir, de la soupe et des légumes. La malade doit boire dans la journée de la limonade. — Deux demi-lavements, comme précédemment, doivent être administrés, un le matin et un le soir.

Le 21, la tumeur est vidée par des pressions modérées ; il sort trois cuillerées environ de pus crémeux.

Les jours suivants, le pus sort à peu près en même quantité, il a moins d'odeur. Cependant, une injection semblable à celle du 17 est faite le 22.

La santé générale de la malade est excellente, au point que le 25 juin Mme P... sort du lit et se tient une heure dans un fauteuil. Les règles apparaissent le 25 au soir et s'arrêtent le lendemain sans accident.

A partir de ce jour jusqu'au 10 juillet, tous les quatre jours une injection semblable aux précédentes est faite. Le kyste, examiné avant et après la ponction, offre les particularités suivantes : Il a la grosseur d'une forte orange avant que le robinet soit ouvert, et se réduit au volume d'un gros œuf après l'évacuation du liquide, qui sort chaque jour en quantité égale à peu près (environ 90 gr.), et contient quelquefois des grumeaux blanchâtres de fibrine et albumine. Le régime, le traitement général restent les mêmes. Tous les jours la malade va à la selle et est placée une heure ou deux sur un fauteuil.

Le 10 juillet, nous laissons la malade se lever de 8 à 10 heures en deux fois ; elle s'occupe, et n'est nullement incommodée.

Le 16, les règles arrivent ; la malade est mise aux boissons de tilleul, elle se lève moins longtemps. L'état local est le même ; il sort encore du pus, légèrement filant à la fin, en quantité variant entre 50 et 90 grammes. Les injections sont faites tous les quatre jours ; quelquefois il s'est introduit un peu d'air dans le kyste, mais aucun accident n'est survenu.

A partir de ce jour, le robinet de la canule doit être ouvert quatre fois par jour par la malade elle-même.

Le 28, la cavité du kyste est explorée ; un stylet pénètre à une profondeur de 12 centimètres ; la canule, qui n'a que 9 centimètres, ne peut pas blesser les parois du kyste.

Le 1er août, lavage et injection ; la malade en souffre. Le soir, nous voyons la malade, elle se trouve fatiguée, il y a un peu de fièvre. Il sort du pus séreux, sanguinolent, fétide. L'eau chaude dont nous nous étions servi la veille était à une température trop élevée, et nous avons conclu qu'il s'était développé une inflammation circonscrite dans le kyste. — Repos complet, tisane délayante ; diète aux bouillons.

Le 2, mieux.

Le 3, mieux général; issue d'une cuillerée et demie de pus assez bien lié, encore un peu fétide. Le régime et les habitudes de la semaine précédente sont repris.

Le 5, la canule sort. Une sonde de gomme élastique est introduite le soir.

Le 6, le pus et la sonde sortent dans la nuit. La malade a souffert tant que la sonde a été en place. La canule du trocart est introduite de nouveau, mais avec difficulté; il sort un peu de sang.

Le 7, quelques douleurs lombaires.

Le 8, liquide filant, avec traces de pus; la veille au soir, la canule est sortie. Une sonde de gomme élastique est appliquée.

Le 9, douleurs lombaires, malaise; la canule d'argent est introduite. — Repos; traitement comme précédemment.

Le 10, règles, tuméfaction autour de la fistule un peu sensible. Il y a une poussée inflammatoire. — Cataplasmes; trois demi-lavements; diète aux bouillons; repos absolu.

Le 12, mieux.

Le 13, les règles sont arrêtées.

Le 16, la canule est laissée ouverte deux heures.

Le 20, moins de liquide. Le kyste, exploré avec le stylet, est moins profond. La canule est raccourcie au moyen de rondelles de liége interposées entre le robinet et la plaie.

Le 21, la malade, présentant quelques phénomènes d'embarras gastrique, prend une cuillerée à bouche d'huile de ricin et un lavement de séné. Elle doit boire tous les matins une tasse de tisane amère.

Le 22, une sonde de femme est appliquée à la place de la canule de trocart.

Le 23, une mèche de coton est placée dans la fistule, pendant que nous faisons raccourcir la sonde un peu trop longue.

Le 24, douleurs lombaires, malaises; le soir, la tumeur est dure.— Cataplasmes, tisane délayante, diète aux bouillons.

Le 25, la sonde de femme, longue de 9 centimètres, est introduite et reste toujours ouverte. — Même traitement.

Le 26, encore quelques douleurs. Appétit. — Aliments solides.

Le 27, lavement purgatif.

Le 28, la malade est tout à fait bien et reprend ses habitudes.

Le 30, la sonde de femme a été tenue fermée pendant vingt-quatre heures pour évaluer la quantité de liquide produit pendant cet espace de temps. Il est sorti environ 30 gr. de liquide visqueux mêlé à du pus bien lié et sans odeur.

Le 31, injection. La sonde entre moins profondément, une rondelle de liége la raccourcit. La portion introduite dans le kyste ne pénètre plus qu'à une profondeur de 7 centimètres. (La sonde, à partir de ce jour, est maintenue par un ruban de fil ceignant l'abdomen, passant par l'oreille de la sonde, et maintenue par un ruban qui forme sous-cuisse.)

Le 1er septembre, l'état de la malade est excellent, l'embonpoint s'est progressivement accru.

Le 3, le liquide évacué, examiné au microscope, offre encore des globules de pus. — Injection.

Le 4, règles. Un peu plus de pus dans le liquide. Le 5, un peu de sang dans le liquide. Le 7, les règles sont terminées.

Le 12, injection; le mélange iodé pénètre en quantité égale au contenu d'une cuillerée à café.

Le 13, la sonde est sortie; sa réintroduction fait souffrir la malade. Un tube perforé est placé. Le soir, la malade dit avoir souffert toute la journée; elle est mal à l'aise.

Le 14, on sent une induration sous la paroi abdominale. La sonde est replacée.

Le 15, il s'écoule du pus visqueux. La malade est beaucoup mieux, elle se lève.

Le 19, la sonde tombe. Mèche de fil.

Le 21, injection iodée; la mèche ne tient pas.

Les 22 et 23, injection; un bout de sonde est appliqué. Le soir, douleurs vives à la fistule.

Le 24, la sonde est remise. Issue de pus sanguinolent; puis légère hémorrhagie dans la soirée.

Le 28, hémorrhagie légère; bien du reste.

Le 29, traces de pus dans le liquide encore filant.

Le 30, règles; encore un peu de sang dans le liquide.

Le 4 octobre, le kyste se sent difficilement à travers la paroi abdominale. Un stylet recourbé introduit dans la fistule se promène librement, et nous fait supposer que la cavité du kyste peut avoir l'étendue d'une grosse noix.

Le 6, injection de teinture d'iode pure pour la première fois.

Du 8 au 20, huit injections de même nature. Nous nous servons de la canule du trocart explorateur pour porter la teinture d'iode au fond de la fistule. Le liquide qui sort ne peut être évalué que par les taches qu'il fait sur le linge de la malade, et qui ont à peu près l'étendue de deux pièces de cinq francs.

Le 23, un peu de sang.

Le 24, règles.

Le 30, hémorrhagie assez abondante, mais sans trouble de la santé. La sonde, que nous retirons chaque jour pour la nettoyer, a quelque peine à être réintroduite.

Le 1er novembre, injection.

Le 4, pus mêlé à du liquide filant.

Le 6, injection.

Le 8, depuis quelques jours la malade se plaignait de douleurs dans la paroi abdominale; elle se trouvait gênée, et était obligée de remettre plusieurs fois par jour la canule, qui tombait. La sonde est retirée.

Le 9, un morceau de racine de gentiane est introduit dans la fistule.

Le 10, le liquide enfermé depuis la veille sort, et peut être évalué à une cuillerée à café. La malade a souffert; un peu de tension existe autour de la fistule. — Cataplasmes.

Le 11, la fistule reste libre; il coule un peu plus de liquide que les jours précédents.

Le 12, une sonde de 6 centimètres, d'un calibre moins fort que la sonde de femme, est placée, le kyste devenant moins profond.

Le 16, injection. Le 17, règles. Le 30, injection. Le 4 décembre, liquide filant. — Injection.

Le 6, petite hémorrhagie.

Le 8, la malade va se promener une heure. Le soir, les règles se montrent.

Le 12, pour provoquer une inflammation du kyste, qui, déjà réduit au volume d'un petit œuf, ne se sentait qu'en appliquant fortement la paroi abdominale contre la colonne lombaire et la symphyse sacro-iliaque, nous appliquons un morceau de racine de gentiane.

Le 13, gonflement sans douleurs vives, malaises; langue sale. — Cataplasmes; huile de ricin, 20 grammes. La sonde est replacée.

Le 14, les règles reparaissent.

Le 15, mieux; les règles s'arrêtent.

Du 22 au 25, quatre injections.

Le 31, le liquide ne fait plus qu'une tache de l'étendue d'une pièce d'un franc. Le même jour, les règles reparaissent.

Le 3 janvier 1863, ne comptant plus prolonger le traitement, nous avons cherché à déterminer une dernière poussée inflammatoire dans les débris du kyste; un morceau de racine de gentiane est placé.

Le 4, les règles sont revenues. Au-dessous et autour de la fistule, il existe une induration douloureuse au toucher, du malaise, de la fièvre; la langue est un peu sale. — Lavements, cataplasmes sur le ventre, limonade, bouillons; la sonde est replacée; repos absolu.

Le 5, issue de liquide séreux clair. Appétit; potages.

Le 6, très-bon état général. Il n'y a plus de tuméfaction, la douleur disparaît, les règles ont cessé. La malade se lève.

Le 8 et le 9, liquide filant peu abondant.

Le 12, on sent en arrière de la paroi abdominale un noyau dur.

Le 13, il a coulé à peine de liquide. La sonde est retirée pour toujours. — Injection de teinture d'iode pure à l'aide de la canule du trocart explorateur.

Les 14, 15, 16 et 17, injection; il sort à peine de liquide.

Le 18, la malade est allée se promener; elle se trouve fatiguée; la tuméfaction de la tumeur est un peu augmentée. Embarras gastrique. — Huile de ricin, 25 gr. Repos prolongé.

Le 19, tout est rentré dans l'ordre. Le stylet introduit dans la fistule ne pénètre plus qu'à 5 centimètres.

Le 21, la fistule est complétement fermée.

Le 25, en déprimant la paroi abdominale, on sent une tuméfaction aplatie, du volume d'un petit œuf, dure, suivant les mouvements de la paroi. La fosse iliaque est libre. La santé de la malade est excellente; elle se livre aux soins de son intérieur, se promène, et ne trouve de différence avec son état d'il y a cinq ans que dans l'étendue de ses forces.

La malade, revue par nous le 3 mars, nous dit qu'elle se trouvait très-bien, et que son époque s'était passée sans accident. Aujourd'hui on sent, en déprimant fortement la paroi abdominale, une espèce de bride. La fosse iliaque est toujours libre. On ne constate rien par le toucher vaginal, si ce n'est que l'utérus est un peu remonté.

— Le diagnostic du kyste de l'ovaire ne fut pas difficile en lui-même. Les vomissements incoercibles pouvaient en imposer et faire croire à une péritonite, ou bien à un obstacle au cours des matières fécales, vu surtout la rétention des selles. Mais l'absence de tout ballonnement du ventre, de sensibilité à la pression, éloigna la pensée de ces lésions. Les faits de vomissements chez les femmes atteintes de kyste ovarique ne sont pas extraordinaires. (Obs. IV. *Kystes de l'ovaire.* Iodothérapie de M. Boinet.)

Bien que l'état régulièrement globuleux de la tumeur, sa rénitence, sa dureté relative, avec une fluctuation très-obscure, nous portassent à diagnostiquer un kyste de l'ovaire uniloculaire, une ponction exploratrice a été faite.

Nous avons laissé sortir le liquide. Lorsqu'il eut cessé de couler, quoique la tumeur ne fût point vidée; lorsque la tension de la poche fut en équilibre avec la résistance des parois abdominales et la pression des viscères, nous fermâmes le robinet et fixâmes la canule.

Celle-ci est restée en place trois jours complets. Les adhérences ont pu s'établir convenablement: d'abord par suite de l'immobilité de la canule, et parce que, en ne vidant pas tout le kyste, celui-ci restait constamment en rapport avec la paroi abdominale, où nous voulions voir développer des adhérences. La sonde de gomme élastique, substituée à la canule du trocart, nous paraissait dangereuse à employer. Les observations publiées à cet égard (Robert, M. Thomas, M. Boinet) ont offert des difficultés d'application de cette sonde. Elle ne peut du reste avoir, il nous semble, qu'une utilité, celle d'offrir moins de résistance au contact des parois du kyste. Les dispositions que nous avions prises ne nous obligeaient point à redouter la possibilité du contact de la sonde avec la poche, qui n'était point complétement revenue sur elle-même.

Pendant les huit premiers jours, nous avons laissé sortir le liquide, sans presser sur la tumeur, qui diminuait peu à peu et demeurait solidement fixée à la paroi abdominale. Ainsi, nous suivions en partie les indications données par Delpech, MM. Monod, Jobert, Barth et Demarquay. (Discussion académique, 1857. *Bulletins*, t. XXII.)

Le quatrième jour, la canule est tombée; nous n'avons pas tenté de réintroduire une sonde en gomme, comme on l'a fait dans plusieurs observations rapportées par M. Boinet, et où des difficultés sérieuses d'introduction sont consignées. Nous avons attendu le lendemain; nous avons fait une seconde ponction dans l'ouverture cutanée encore persistante. Les adhérences du kyste à la paroi nous paraissaient suffisantes pour empêcher tout épanchement, et pas assez pour résister aux tentatives d'introduction d'une sonde même la plus molle. La canule du trocart est restée en place trois mois et dix jours. Au bout du premier mois, elle a été ouverte quatre fois par jour, et nous avons substitué une sonde de femme pour pouvoir laisser couler toute la journée les produits du kyste. En principe, nous avions pour but de laisser vider la poche en proportion de sa rétraction.

Des injections iodées ont été faites:

1° Mélangées avec partie égale d'eau pour laver et désinfecter le kyste;

2° Pures pour obtenir une modification de la surface interne du kyste. Celles-ci avaient pour résultat de diminuer l'écoulement du liquide après l'avoir augmenté. Les jours où l'état de la malade était très-satisfaisant nous guidaient pour ces dernières applications.

Dans le cours de ce traitement, des douleurs de deux ordres ont été observées: les unes, dépendant d'une poussée inflammatoire, siégeaient surtout dans les parois abdominales et étaient accompagnées d'un léger embarras gastrique; les autres retentissaient dans les reins et existaient surtout aux époques menstruelles, qui quelquefois apparaissaient subitement et à des intervalles irréguliers.

Un régime au bouillon, puis progressivement plus substantiel pendant les premiers temps, rétablit les fonctions digestives, déjà améliorées par la ponction, qui avait arrêté les vomissements. Un mois après la ponction, nous avons laissé lever la malade, qui put se livrer pendant quelques heures aux occupations peu fatigantes des petits soins du ménage. Elle reprit aussi peu à peu des forces et de l'embonpoint. Elle buvait tous les jours quelques verres d'une tisane délayante ou amère. Jamais elle n'est restée un jour sans aller à la garde-robe; ce résultat a été obtenu grâce à des lavements et à quelques purgatifs doux.

Un autre point mérite l'attention: lorsque dans les derniers temps les canules tombaient, la fistule tendait à se refermer: une sonde de gomme élastique, un tube perforé, une mèche de fil, de la racine de gentiane, ont été appliqués; une poussée inflammatoire n'a jamais manqué de suivre leur application.

A la fin du traitement, nous avons eu recours à ces moyens pour provoquer une dernière inflammation dans le kyste. Nous avions remarqué qu'après chacune de ces poussées la tumeur diminuait. Les sondes d'argent n'ont jamais produit de poussées inflammatoires: il semblait que ce métal pût séjourner plus impunément que toute autre substance dans la fistule.

La malade est-elle guérie radicalement? A cette question, il peut être répondu que la longueur du temps que le kyste a dû suppurer, l'absence de tumeur actuellement, peuvent le faire pressentir.

Jusqu'ici, de l'observation de M. Leroy, des deux cas de Fock cités par M. Barth, des faits de M. Huguier (Discussion académique, 1857), des faits de M. Boinet, de Robert, du fait incomplet de Douglass cité par M. Malgaigne (*Médecine opératoire*), de faits publiés non parvenus jusqu'à nous, nous ne pouvons tirer aucune conclusion propre à décider la question que nous nous posons.

Mais si nous nous bornons à espérer ici une guérison radicale, nous donnerons ce fait au moins comme un exemple d'innocuité particulière d'un traitement de kyste ovarique par la canule à demeure. Il ressortira de notre observation qu'une canule d'argent à demeure a pu séjourner dans un kyste uniloculaire de l'ovaire pendant sept mois passés sans danger pour le péritoine et sans complication d'hecticité.

La conduite que nous avons tenue paraissait dictée par la nécessité. Il était difficile de laisser refermer un kyste suppuré qui avait produit des accidents aussi graves.

Le traitement qui a été fait n'a pas été exempt d'hésitations; nous avons dû nous guider sur des traitements analogues dirigés contre les kystes des autres régions et les abcès par congestion.

Les observations publiées ne nous fournissaient point d'enseignements, et c'est parce que nous sommes pénétré du défaut de précision de ces faits et de leurs diverses phases que nous avons exposé avec tous ses détails cette longue observation [1].

[1] La malade a été vue le 30 décembre dernier; il n'y a pas trace de récidive.

CAILLOT FIBRINEUX

dans les cavités droites du cœur et l'artère pulmonaire. — Mort subite.

Observation recueillie par M. Bonhomme, interne des hôpitaux.

(Lue à la Société des sciences médicales de Lyon.)

Entré à l'hôpital le 10 novembre 1862 pour une tumeur blanche du genou gauche avec abcès péri-articulaires à la partie interne, le malade était un tisserand âgé de quinze ans, d'un tempérament lymphatique très-accusé.

Quelques jours après son entrée, pour s'assurer de l'étendue des décollements et des trajets fistuleux, M. Delore pratiqua avec beaucoup de soin une exploration avec le stylet. A la suite de ce simple examen s'est développé un érysipèle promptement limité, mais qui donna lieu à des abcès aux parties externe et postérieure du genou. Malgré cette abondante suppuration, le malade conservait encore une assez grande résistance vitale.

Avant de se décider à pratiquer l'amputation de la cuisse, M. Delore voulut tenter un dernier moyen, l'avivement des trajets et la cautérisation au fer rouge.

Dans ce but, le 14 janvier, le jeune malade fut éthérisé: l'anesthésie, qui a duré au plus un quart d'heure, n'a rien présenté d'anormal; elle a été accompagnée de vomissements bilieux; mais cela s'observe assez souvent chez les sujets éthérisés. L'opération a eu aussi une marche très-simple. La cautérisation n'a pas été assez profonde pour atteindre les vaisseaux poplités. Le malade fut reporté à son lit dans un état très-satisfaisant.

A midi et demi, il répond très-nettement qu'il ne souffre pas aux sœurs qui l'interrogent. Dix minutes après, il est pris d'une crise subite dans laquelle les mouvements respiratoires paraissent difficiles; le calme se rétablit au bout de deux ou trois minutes, mais presque aussitôt revient un nouvel accès de dyspnée pendant lequel le malade meurt subitement.

A l'autopsie, pratiquée quarante heures après la mort, on constate ce qui suit:

Le genou gauche n'est malade que dans sa moitié interne; un vaste trajet fistuleux contournant le fémur en arrière fait communiquer les clapiers placés aux parties interne et externe; la cautérisation a été peu profonde, et n'a point atteint les vaisseaux poplités.

Le cerveau et les poumons n'offrent aucune altération.

Dans les cavités droites du cœur, on trouve un caillot qui des colonnes de l'oreillette droite, auxquelles il adhère fortement, envoie un prolongement de 10 à 15 centimètres dans la veine-cave supérieure, et un autre dans le ventricule du même côté. La portion du caillot qui occupe l'oreillette et la veine-cave est fibrineuse et bien organisée, mais celle du ventricule qui le prolongeait en comblant l'*infundibulum* de l'artère pulmonaire est de date bien plus récente. Néanmoins, M. Delore affirme que cette portion du caillot est bien antérieure à la mort. Dans les cavités gauches, on trouve une très-petite quantité de sang noir. La veine-cave inférieure, les veines iliaques, fémorale et poplitée ne contiennent point de caillots.

Suivant M. Delore, le caillot de l'oreillette est incontestablement bien antérieur à la mort. Sous l'influence de la gêne apportée à la circulation, il s'est accru dans le ventricule droit, dont les contractions l'ont poussé à un moment donné dans l'artère pulmonaire; il a ainsi interrompu la circulation et l'hématose, d'où la mort.

L'influence de la cautérisation a été nulle, puisque la veine poplitée ne contenait pas de caillot. Quant à l'anesthésie, son influence est difficile à apprécier; cependant on est en droit de supposer qu'elle a favorisé la formation du caillot par la gêne apportée à la circulation.

En complétant la section du cœur, on a trouvé un caillot semblable au précédent, c'est-à-dire en partie fibrineux, en partie de date plus récente, se rattachant à lui au niveau de la valvule auriculo-ventriculaire, et se prolongeant dans l'artère pulmonaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 janvier 1864. — Présidence de M. Morin.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président, qui cette année doit être pris parmi les membres des sections de sciences naturelles.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 50 :

M. Decaisne obtient. . . . . 27 suffrages.
M. Balard. . . . . 21 —
M. Bernard. . . . . 1 —
M. Delafosse. . . . . . . 1 —

M. DECAISNE ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1864.

Conformément au règlement, M. VELPEAU, président sortant, avant de quitter le bureau, fait connaître à l'Académie l'état où se trouve l'impression de ses Recueils et les changements arrivés parmi ses membres et ses correspondants pendant l'année qui vient de s'écouler. (Voir le *premier-Paris.*)

— M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet une ampliation du décret impérial en date du 22 décembre, qui confirme la nomination de M. Naudin à la place vacante dans la section de botanique par suite du décès de M. Moquin-Tandon.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. NAUDIN vient prendre place parmi ses confrères.

Note sur les générations spontanées, par M. L. PASTEUR. — Dans le mémoire que j'ai publié au sujet de la doctrine des générations dites spontanées, j'ai annoncé, sur la foi de nombreuses expériences, « qu'il est toujours possible de prélever en un lieu déterminé un volume notable mais limité d'air ordinaire, n'ayant subi aucune modification physique ou chimique, et tout à fait impropre néanmoins à provoquer une altération quelconque dans une liqueur éminemment putrescible. »

MM. Pouchet et Joly affirment que ce résultat est erroné.

Je leur ai porté le défi d'en donner la preuve expérimentale.

Ce défi a été accepté par MM. Joly et Musset dans les termes suivants : « Si un seul de nos matras demeure inaltéré, nous avouerons » loyalement notre défaite. » (Comptes rendus, 16 novembre, p. 845.)

M. Pouchet, de son côté, a accepté le défi dans ces termes : « J'at» teste que sur quelque lieu du globe où je prendrai un décimètre » cube d'air, dès que je mettrai celui-ci en contact avec une liqueur » putrescible renfermée dans des matras hermétiquement clos, con» stamment ceux-ci se rempliront d'organismes vivants. » (Comptes rendus, 30 novembre, p. 903.)

Voilà un débat nettement défini.

Quels en seront les juges ? En ce qui me concerne, je ferais injure à l'Académie d'en accepter d'autres qu'elle-même. Telle est aussi, fort heureusement, l'opinion de mes honorables adversaires, comme on peut le voir au numéro des Comptes rendus du 16 novembre dernier, p. 845.

« Il y aurait un moyen bien simple, ont-ils écrit à l'Académie, de terminer ce débat : ce serait que l'Académie voulût bien nommer une commission devant laquelle M. Pasteur et nous répéterions les principales expériences sur lesquelles s'appuient de part et d'autre des conclusions contradictoires. Nous serions heureux de voir l'illustre Compagnie prendre en sérieuse considération le vœu que nous osons formuler devant elle. »

En résumé, j'ai porté un défi à MM. Pouchet, Joly et Musset. Mes savants antagonistes ne le déclinent pas. La compétence des juges est incontestable et incontestée. Je prie donc l'Académie de vouloir bien nommer une commission.

Conformément à la demande de MM. Pouchet, Joly et Musset, et à l'acceptation de M. Pasteur, l'Académie charge une commission composée de MM. Flourens, Dumas, Brongniart, Milne Edwards et Balard, de faire répéter, en sa présence, les expériences dont les résultats sont invoqués comme favorables ou comme contraires à la doctrine des générations spontanées.

De la yerba maté ou thé du Paraguay, par M. SCHNEPP. — Dans la note dont il lit un extrait, M. Schnepp donne des détails sur le lieu de naissance, sur les caractères botaniques de la plante qui fournit ce thé et sur son mode de préparation.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Boussingault, Decaisne et C. Gay.

Sur la santé des ouvriers employés à la fabrication du verdet, par MM. PÉCHOLIER et SAINTPIERRE.

Nous avons l'honneur de communiquer à l'Académie les conclusions des études auxquelles nous nous sommes livrés au sujet d'une industrie répandue dans le département de l'Hérault, celle du *verdet* (acétate basique de cuivre, vert-de-gris). Le travail que nous préparons sur ce sujet est destiné à éclairer la question encore débattue de l'action du cuivre et de certains de ses composés sur la santé des ouvriers qui les manient.

I. Des recherches et des expériences dont le détail ne peut entrer ici, et qui ont porté d'une part sur les ouvriers de plusieurs ateliers importants, d'autre part sur des chiens, des moutons, des lapins, des dindons, des poulets, etc., il résulte dans le mode d'action du verdet une distinction radicale. Poison énergique à dose un peu considérable, ce produit est au contraire parfaitement toléré à dose fractionnée et longtemps continuée.

II. Les animaux de basse-cour soumis au régime à peu près exclusif du marc de raisin qui a servi à la fabrication du verdet, et qui retient toujours des quantités pondérables de ce sel, n'ont éprouvé de cette nourriture que d'excellents effets. Nous avons observé sur une grande échelle combien ce mode d'engraissement était rapide.

III. Pareillement notre observation nous permet d'établir d'une manière générale la santé parfaite des ouvriers qui se livrent à la fabrication du verdet et se trouvent constamment en contact avec ce produit. Et cependant l'absorption du verdet ne saurait être niée, puisque nous avons retrouvé le cuivre dans les urines des ouvriers. Nous n'avons pas observé un seul cas de colique de cuivre.

IV. Bien plus, l'absence de chlorose chez toutes les ouvrières, à un âge et dans des conditions où cette maladie est commune (nous en avons examiné une quarantaine sans trouver une seule chlorotique), nous a portés à conclure que la profession n'est pas étrangère à cette immunité, et que le cuivre possède des propriétés à certains égards analogues à celle de l'or, du manganèse et surtout du fer.

V. A côté des avantages dus à l'absorption lente du verdet se placent les inconvénients de l'action topique de ce produit à l'état pulvérulent. Ces poussières irritent les muqueuses des yeux et des voies respiratoires, et amènent de légères ophthalmies, des angines sans gravité, de la toux, etc. Ces accidents, d'ordinaire très-bénins, peuvent devenir dangereux chez les personnes irritables, nerveuses, prédisposées à la phthisie pulmonaire, à l'asthme ou à quelque maladie chronique des voies respiratoires.

VI. L'hygiène exige qu'on écarte des ateliers les femmes qui seraient prédisposées à quelques-unes des maladies ci-dessus, comme elle peut engager les médecins à conseiller la profession à des jeunes filles chlorotiques.

VII. Dans le cas où, sans porter sérieusement atteinte à la santé, l'action des poussières produirait quelques-uns des légers accidents que nous avons relatés, on devra engager les ouvrières à tamiser l'air qu'elles respirent en plaçant au-devant des ouvertures des voies respiratoires un simple mouchoir attaché à la manière d'un cache-nez.

VIII. Au point de vue de l'hygiène publique, la fabrication du verdet est absolument sans inconvénient. (Commissaires, MM. Payen, Bernard, Balard.)

— M. EDM. BECQUEREL présente, au nom de M. A. Claudet, l'extrait suivant d'une *Note sur quelques phénomènes produits par la puissance de réfraction de l'œil.*

Un des résultats curieux de la structure de l'œil humain est le vaste champ de vision qu'il embrasse. Les objets extérieurs qui se peignent sur la rétine sont compris dans un angle beaucoup plus grand que la moitié de la sphère au centre de laquelle se trouve l'observateur, et de ce point de vue un seul regard embrasse un vaste et splendide panorama, se développant horizontalement et verticalement sous un angle de 200 degrés.

Pour l'expliquer, il faut supposer que les rayons de lumière passant à travers la cornée et le cristallin sont de plus en plus réfractés, suivant l'angle sous lequel ils frappent la surface sphérique de la cornée. Par suite de cette réfraction, les rayons qui entrent dans les yeux sous un angle de 90 degrés sont brisés de 10 degrés et paraissent sous un angle de 80 degrés environ.

Ce curieux phénomène donne lieu à plusieurs illusions qui sont indiquées dans notre mémoire; il prouve évidemment que la vision est affectée par la loi ordinaire de réfraction, et que les seuls objets qui paraissent dans leur vraie position sont ceux dont l'image, frappant l'œil dans la direction de l'axe optique, ne subissent aucune réfraction. De sorte que, mathématiquement, nous ne voyons à leur place exacte que les objets qui réfléchissent leur lumière sur le centre de la rétine, et tous les autres objets sont de plus en plus réfractés à mesure qu'ils frappent l'œil dans une direction de plus en plus oblique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Rayer a donné sa démission des fonctions de doyen de la Faculté de médecine de Paris. Le *Moniteur* d'hier nous apprend qu'il vient d'être élevé, en récompense de ses éminents services, au grade de grand officier de la Légion d'honneur.

Cette démission est, comme on le pense bien, l'objet des conversations du corps médical, qui ne manque pas de chercher tout d'abord le successeur probable de M. Rayer. Sans vouloir nous faire ici l'écho de tout ce qui se dit à cet égard, nous croyons cependant pouvoir mentionner les noms de MM. Denonvilliers, Tardieu et Jarjavay comme ayant le plus de chances d'arriver au décanat.

— M. Milne Edwards, membre de l'Académie des sciences et professeur de zoologie au Muséum d'histoire naturelle, vient d'être nommé, par arrêté ministériel du 9 janvier, directeur suppléant du Muséum.

— L'importante commune de Walincourt (Nord) demande un médecin. Résidence agréable ; clientèle immédiate assurée.

S'adresser au maire de Walincourt.

— M. Adolphe Richard reprend aujourd'hui 12 janvier, à l'hôpital Cochin, ses leçons de chirurgie pratique et clinique à neuf heures, et les continuera, à la même heure, les mardis et samedis suivants. Il traitera d'abord des hernies.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 JANVIER 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une lecture de M. Dutrouleau, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, sur les modifications introduites dans l'hygiène navale par l'application de la vapeur à la navigation, et deux discours de MM. Reynal et Magne sur l'origine de la vaccine ont rempli cette séance. On trouvera dans le Compte rendu un résumé du travail de M. Dutrouleau, qui a posé sa candidature comme représentant de la médecine navale, laquelle n'a point d'organe en ce moment à l'Académie. Quant aux discours des deux honorables professeurs d'Alfort, — l'un, quoique jeune encore dans l'Académie, a déjà fait ses preuves dans plusieurs discussions, l'autre faisait ses débuts, — ils renferment l'un et l'autre des détails de médecine vétérinaire qui ne nous sont pas assez familiers pour que nous puissions, sur une simple audition, en apprécier toute la portée.

On trouvera à la suite du Compte rendu un exposé de nouvelles expériences d'inoculation du *grease* pustuleux faites par MM. Auzias-Turenne et Mathieu. Il en résulterait, d'après ces deux expérimentateurs, que le grease pustuleux (cowpox, vaccine) n'est pas infectieux, c'est-à-dire communicable par l'atmosphère; que la fièvre aphtheuse des ruminants (stomatite aphtheuse cocotte) est distincte du grease pustuleux.

Nous reviendrons plus tard sur la signification de ces expériences, ainsi que sur les faits apportés au débat par MM. Reynal et Magne.

La démission de M. Rayer de ses fonctions de doyen et de celles de professeur de médecine comparée, et la double succession que laisse sa retraite, est l'événement qui préoccupe le plus en ce moment le corps médical. Lors de la promulgation des décrets qui donnaient du même coup à M. Rayer la double investiture du professorat et du décanat, nous n'avons dissimulé ni le sentiment général de surprise qui s'était manifesté autour de nous, ni les appréhensions qu'avait fait naître dans beaucoup d'esprits la pesante charge qu'assumait notre éminent confrère. Nous comptions cependant sur une activité et un dévouement auxquels l'âge n'avait rien enlevé, ainsi que sur la légitime autorité que lui donnaient ses antécédents et sa haute position scientifique. Nous étions-nous trompés? La courte durée de son exercice administratif ne nous permet pas d'en juger complétement. Mais si malgré les résistances ou tout au moins le défaut de concours que M. Rayer a rencontrés autour de lui, il a pu dans ce court espace de temps élargir le champ de l'enseignement donné par la Faculté, élever et assurer par le concours la position des chefs de clinique, rendre plus efficace et plus fructueux le stage des élèves dans les hôpitaux, et introduire plusieurs améliorations dans les divers services de la bibliothèque et des amphithéâtres, on regrettera certainement que les bonnes intentions dont il était animé pour le bien de la Faculté et pour les progrès des études, aient été ainsi en partie paralysés dans leur essor.

Nous ne savons rien de positif encore relativement à la succession qu'ouvre la retraite de M. Rayer. Les bruits qui courent dans les corridors de l'Académie et aux avenues de l'École sont trop contradictoires pour que nous nous hasardions à nous en faire aujourd'hui les échos. Nous aimons mieux attendre l'événement. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Des indications et du mode d'application de la lithotritie [1].

(Leçon recueillie par M. de GAULJAC, interne du service.)

Il y a quelques jours, à l'occasion d'un enfant de douze ans à qui nous avons pratiqué l'opération de la taille, j'ai développé et motivé devant vous mon opinion sur la valeur de la lithotritie appliquée chez les enfants. Cette opération ne doit être faite chez eux que dans les rares circonstances où la petitesse du calcul et la tolérance du sujet permettront d'opérer, et lorsque d'ailleurs une ou deux séances suffiront pour débarrasser le malade. Je ne reproduirai pas ici les arguments que j'ai fait valoir en faveur du précepte que je viens d'énoncer.

Chez les adultes et les vieillards atteints de calculs, la détermination du choix de la méthode opératoire présente souvent de grandes difficultés.

L'état des voies urinaires et les conditions du calcul doivent surtout être consultés. Un canal libre, une prostate moyenne, une vessie d'une ampleur normale, un calcul petit, telles sont, si l'on y ajoute une certaine tolérance des voies urinaires, les conditions les plus favorables que l'on puisse rencontrer. Mais il n'est pas rare de trouver un urèthre rétréci, une prostate volumineuse et déformée, une vessie à parois épaissies et indurées, les reins enflammés, un calcul volumineux, etc., toutes circonstances qui, en même temps qu'elles rendent la manœuvre plus difficile, en augmentent notablement les dangers.

La lithotritie, pourrait-on dire, est indiquée dans le premier cas, elle doit être proscrite dans le second; mais une indication aussi sommaire serait insuffisante; il est indispensable de préciser davantage, et c'est là qu'est la difficulté.

Si je ne consultais que mon expérience propre, je dirais que tout calcul dur, dont le diamètre dépasse 4 centimètres, exclut la lithotritie. Cette proposition trouvera certainement des contradicteurs. On citera des observations tendant à démontrer que des calculs de 5, 6, 8 centimètres ont été heureusement broyés. Mais n'est-il pas supposable que dans cette appréciation du volume, faite le plus souvent d'après la masse des fragments recueillis, les observateurs désireux de voir s'agrandir le champ de la lithotritie auront dépassé les limites du vrai? Pour moi, chaque fois que j'ai vu opérer des calculs durs de dimensions supérieures à celles que j'ai indiqués, j'ai été témoin des accidents les plus graves. Sans nier la possibilité des succès dans ces circonstances, je les crois trop rares pour infirmer la règle que je viens de poser.

On rencontre certains sujets dont la vessie conserve à peine quelques gouttes d'urine ou des liquides injectés pour faciliter l'exploration et la manœuvre opératoire. Une contraction spasmodique et douloureuse, qui se produit au moindre contact des instruments, ne permet pas de les faire agir dans la vessie avec précision et sécurité. Une semblable complication, si l'on n'en peut triompher par les moyens que nous indiquerons plus tard, constitue une contre-indication formelle. Inutile de dire qu'une inflammation aiguë de la vessie, de la prostate, une orchite intense, une néphrite, un abcès périvésical, doivent pour le moins faire ajourner toute manœuvre de lithotritie.

Préparation du malade. — Tout sujet chez qui on se dispose à pratiquer la lithotritie, doit être soumis à une préparation préalable. Le méat urinaire est-il très-étroit, il est bon de le débrider; le canal présente-t-il un rétrécissement, il faudra le dilater ou l'inciser suivant les cas; la vessie est-elle enflammée, le traitement de la cystite doit être institué; toutes ces complications étant éloignées, on prépare les voies urinaires au contact des instruments lithotriteurs, on explore leur susceptibilité, et on apprécie l'influence de ces manœuvres sur tout l'organisme. Pour ce traitement préparatoire, on emploie tantôt les bougies de cire, introduites avec lenteur jusque dans la vessie et laissées à demeure pendant huit à dix minutes; tantôt les bougies dites en gomme élastique, de forme conique, et terminées par une extrémité olivaire. Nous préférons les mandrins en étain, connus sous le nom de mandrins de Béniqué, dont l'introduction est toujours facile, et le contact avec la muqueuse uréthrale mieux supporté que celui des bougies dont nous venons de parler. Un des jeunes chirurgiens les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. le docteur Cusco, a préconisé l'usage du bromure de potassium, qui suivant lui aurait pour effet d'émousser la sensibilité des voies urinaires.

Ce traitement préparatoire dure huit à quinze jours. Il est

[1] Voir le numéro du 5 janvier.

QUERELLES DES MÉDECINS ET DES CHIRURGIENS
AU DIX-SEPTIÈME SIÈCLE.

Nous n'entrerons point dans les détails du dernier procès qui se termina par le triomphe définitif de la Faculté; les disciples de Saint-Côme furent complétement battus. Les chirurgiens avaient eux-mêmes eu le tort de se joindre aux barbiers. L'arrêt du Parlement imposa et souda définitivement cette association, dont les chirurgiens de Saint-Côme avaient été les premiers à gémir. Voici le texte de cet arrêt célèbre :

« LA COUR a mis et met l'appellation de ce dont a été appel à » néant; émendant, sans s'arrêter à l'intervention des parties de Danez, sur l'opposition, met les parties hors de Cour et de procès, à » la charge que les deux communautés des chirurgiens et barbiers » unies demeureront soumises à la Faculté de médecine, suivant les » contrats des années 1577 et 1644. Et faisant droit sur la requête » des parties de Chenvot, ayant égard à l'intervention du recteur de » l'Université, fait inhibitions et défenses auxdits chirurgiens-barbiers » de prendre la qualité de bacheliers, licenciés, docteurs et collége, mais » seulement celle d'aspirants, maîtres, communauté, comme aussi » leur fait défense de faire aucune lecture et actes publics; et pourront seulement faire des exercices particuliers pour l'examen des » aspirants, même des démonstrations anatomiques à portes ouvertes, » suivant la sentence du prévôt de Paris, du 7 novembre 1612, sans » que pas un desdits chirurgiens-barbiers puissent porter la robe et » le bonnet, que ceux qui ont été et seront reçus maîtres ès arts. Et » néanmoins pourront ceux qui ont été reçus avec la robe et le bonnet jusqu'à ce jour, les porter pendant leur vie. — Fait en Parlement, le 7e jour de février 1660. »

On comprend quel dut être le désespoir des chirurgiens de Saint-Côme; la joie de leurs adversaires fut sans bornes, et, si nous en jugeons par les lettres de Guy Patin, elle eut un véritable caractère de cruauté. Ces mêmes lettres vont nous montrer également quelle était la haine acharnée que les docteurs avaient vouée aux malheureux chirurgiens, « la plupart de grands coquins, *putidissimi nebulones, iniquissimi ardeliones.* »

« Je vous assure que nous haïssons à Paris les chirurgiens à l'égal et peut-être plus que les apotbicaires, vu qu'ils sont également insolents, joint que ce sont des compagnons du pays d'Adieusias, qui promettent merveilles de leurs secrets à ces pauvres jeunes gens. » (Lettre à Spon.)

« Aujourd'hui, au matin, nos avocats ont continué de plaider contre les chirurgiens-barbiers. Le nôtre, nommé Chenuot, a tout à fait achevé par une belle récapitulation de tous nos droits et nos griefs contre cette misérable engeance... Tout ce que nous demandons n'est qu'un règlement de police pour contenir ces glorieux officiers de la médecine et qu'ils se souviennent qu'ils sont *ministri artis*, obligés à reconnaître une supériorité de la part de notre Faculté..... » (Lettre à Falconnet.)

Qu'on nous permette de citer le passage suivant; quoiqu'un peu long, il est tout à la fois curieux et instructif :

« Nous sommes ici en procès avec nos chirurgiens-barbiers, qui » ont voulu faire une union avec les chirurgiens de Saint-Côme, nos » anciens ennemis; *cosmiani illi* étaient des misérables coquins » presque tous arracheurs de dents et fort ignorants, qui ont attiré » les chirurgiens-barbiers à leur cordelle en les faisant participants » de leurs maisons et de leurs prétendus priviléges, et entre autres » d'avoir dans leur salle en leurs examens une longue robe noire et » un bonnet carré, et en ce cas-là ils nous demandent que nous assistions à leurs actes, j'entends notre doyen, qui y va accompagné » de deux docteurs, *quos tanquam fidos comites sibi deligit ad libitum.* Ils parlent des degrés de bacheliers et de licences et autres » telles cérémonies et vanités tout à fait indécentes à tels laquais » bottés. La cause s'en plaidera pendant un mois, et je crois que les » desseins audacieux de cette superbe racaille seront bridés et réglés, et, en attendant, notre doyen n'assiste à aucun de leurs actes. » Ces chirurgiens de Saint-Côme ne sont-ils pas plaisants? Ils ont » une permission du roi d'environ trois cents ans dans laquelle il » leur est fait *licence*, qu'il leur est permis de faire des licenciés en » chirurgie, ce qu'ils n'ont pourtant jamais entrepris par ci-devant, » *quod si illis concederetur, statim convolarent ad doctoratum*, et » nous feraient des docteurs *pas latins* qui ne sauraient ni lire ni » écrire. Nous ne prétendons pas empêcher qu'il y ait à Saint-Côme » des chirurgiens ni que les autres s'unissent avec eux, mais seulement nous voulons avoir une compagnie de chirurgiens-barbiers » comme nous avons eu jusqu'ici, laquelle relève de notre Faculté, » qui prête tous les ans serment de fidélité dans nos écoles entre les » mains de notre doyen, *in magnis comitiis Facultatis*, et nous paye » tous les ans une certaine somme de redevance sans le droit que » nous avons sur leurs actes. Mais nous ne voulons ni robes, ni bonnets, ni licences, ni tels autres abus : *natio comœda est*, ils sont » déjà assez glorieux et assez sots sans se fournir de tel apparat. »

Toute la correspondance de Guy Patin concernant les chirurgiens de Saint-Côme et les chirurgiens-barbiers est sur le même ton; quand enfin la Faculté a triomphé, sa joie est au comble, mais il n'en devient ni plus doux ni plus indulgent. L'avocat des chirurgiens avait prié la Cour de permettre à ses clients de porter la robe et le bonnet.

d'une extrême simplicité, et je ne sache pas qu'aucun chirurgien des hôpitaux de Paris se dispense d'y avoir recours. M. Civiale aura été mal renseigné lorsqu'il a affirmé le contraire.

Position du malade. — Le malade est placé sur un lit peu élevé, dans le décubitus dorsal, les jambes médiocrement fléchies sur les cuisses, et les cuisses sur le bassin. Un rouleau assez ferme et assez volumineux, une couverture par exemple, est glissé sous le sacrum. Le tronc est alors complétement horizontal, ou même légèrement incliné du bassin vers les épaules. Telle est la position qu'on donne habituellement au sujet, et M. Heurteloup a inventé un lit qui, en vertu d'un mécanisme d'un maniement facile, peut s'élever, s'abaisser, s'incliner des pieds vers la tête ou latéralement. Le malade est non-seulement posé, mais fixé sur ce lit par un système de liens parfaitement combiné. A ce lit est adapté un étau destiné à recevoir le lithoclaste, quand il est introduit dans la vessie, à le fixer solidement, de manière qu'il peut être soumis à la percussion la plus énergique sans que la vessie en éprouve un ébranlement dangereux. — Bien que le lit de M. Heurteloup ne soit pas entré dans la pratique ordinaire, nous croyons qu'il est propre à rendre des services réels dans certains cas exceptionnels, et en particulier dans les cas de calculs de petit ou de moyen volume et d'une dureté excessive.

Choix de l'instrument. — Le choix de l'instrument doit nous arrêter quelques instants. C'est là, en effet, un des points les plus importants de la question.

M. Civiale s'exprime ainsi :

Je me suis trouvé en position de donner aux instruments dont je me sers toute la précision et la sûreté désirables. J'ai même été assez heureux, dans un grand nombre de cas graves et exceptionnels, pour donner à ces instruments des dispositions particulières, qui ont permis de les appliquer utilement.

Mes principaux instruments sont le trilabe et ses accessoires, le lithoclaste à mors plats et à écrou brisé, le lithoclaste explorateur, et accidentellement le forceps fenêtré.

J'ai suivi avec soin, depuis 1824, ce qui s'est passé dans les services publics au sujet du broiement de la pierre, et je n'ai pas appris qu'une seule de ces opérations y ait été effectuée sans qu'au préalable on ait changé quelque chose soit aux instruments, soit à la manière de les appliquer.

Quelques mots sur l'évolution de la lithotritie sont indispensables pour faire apprécier à leur juste valeur les citations qu'on vient de lire :

L'histoire de cette découverte se résume dans l'invention de trois, on pourrait même dire de deux instruments, la pince à trois branches ou trilabe, inventée par Le Roy d'Etiolles, et le percuteur courbe, que nous connaissons sous le nom de percuteur de M. Heurteloup [1]. L'instrument que je vous présente est le trilabe. Il suffit de le voir même à distance pour être frappé de ses imperfections. Instrument volumineux et droit, exigeant pour se développer un espace assez considérable, ne pouvant saisir que les calculs placés en arrière du bas-fond de la vessie, prenant difficilement les petits calculs, lâchant difficilement les gros lorsqu'ils ont été bien saisis, surtout quand la vessie se contracte et expulse le liquide qu'elle contient, pinçant et déchirant les parois vésicales déprimées par la pression des organes voisins, exigeant pour la destruction de la pierre une manœuvre, celle de l'archet, longue, pénible et peu efficace, laissant des éclats que l'on ne peut enlever, etc., etc., tel est, Messieurs, le trilabe, dont M. Civiale, le seul peut-être parmi les chirurgiens, vient encore parler aujourd'hui. C'est cependant avec cet instrument que la lithotritie a été pratiquée jusqu'en 1830 à peu près. A cette époque, un instrument nouveau vint révolutionner la pratique de cette opération. Le percuteur courbe venait d'être inventé. Vous voyez cet instrument.

Les premiers modèles présentaient des dents destinées à agir sur la pierre à la manière de coins. Mais ces dentelures aiguës exposaient à blesser les parois de la vessie. Aussi M. Heurteloup ne tarda-t-il pas à les faire disparaître et à disposer les mors de l'instrument en forme de cuillers. C'est cet instrument que je vous présente, et qui est connu sous le nom de brise-pierre à cuillers ou à mors plats. Il est aujourd'hui entre les mains de tous les chirurgiens.

Celui-ci est certainement l'instrument le plus parfait que nous possédions. Il se manie bien; l'introduction en est facile. Il offre des mors qui saisissent bien le calcul sans offenser la vessie. Sa puissance, sans être égale à celle du brise-pierre à dents, est suffisante dans la plupart des cas pour briser les calculs de petit et de moyen volume. Il présente en outre cet immense avantage, de réduire la pierre non pas seulement en éclats, mais en un détritus pulvérulent qui peut être extrait immédiatement.

Pour terminer ce qui est relatif à cet instrument, j'ajouterai que celui qui est le plus généralement employé est celui qui est muni d'un écrou brisé, de l'invention de M. Charrière.

En lisant l'article de la *Gazette des Hôpitaux* de M. Civiale, on pourrait croire qu'il se sert d'instruments autres que ceux que je viens de décrire; il n'en est rien cependant. Je n'ai pas eu l'avantage de voir M. Civiale dans son hôpital, pas plus, je crois, qu'il n'a vu dans leur service les chirurgiens des hôpitaux qu'il traite si sévèrement; mais j'ai eu trois fois l'occasion de lui voir pratiquer en ville, sous mes yeux, la lithotritie.

Dans le premier cas, M. X..., rue Bellechasse, âgé de 60 ans environ, éprouvait depuis un an les premiers symptômes de son mal. Le calcul était petit (2 centimètres environ), le canal, et la vessie étaient sains et parfaitement tolérants, la santé générale bonne. Après quelques jours d'introduction des bougies, M. Civiale procéda en ma présence à la lithotritie. Cette opération fut faite avec le lithotriteur à mors plats muni de l'écrou brisé. L'opérateur ne se servit pas de l'écrou, préférant la pression exercée avec la paume de la main sur la tête de la branche mâle. L'opération ne présenta, du reste, aucun incident fâcheux. Quelques séances suffirent pour briser le calcul, et le malade fut parfaitement guéri.

Dans le second cas, il s'agissait d'un malade qui fut opéré dans l'établissement de Tivoli; M. Rayer assistait à cette opération. Les conditions étaient peu favorables. La vessie était le siége de contractions douloureuses; l'urine, légèrement purulente, ne pouvait être conservée qu'en très-petite quantité. Le calcul était petit et mesurait à peine 2 centimètres et demi. Ce fut encore le brise-pierre à mors plats qui fut choisi par l'opérateur. L'introduction en fut difficile, accompagnée de l'émission d'une certaine quantité de sang. Le calcul ne put être saisi qu'après des recherches prolongées, et fut à peine entamé par l'instrument. Des accidents formidables se déclarèrent, et le malade fut emporté quarante-huit heures après l'opération. Je le répète, dans ce cas comme dans le précédent, ce fut le brise-pierre à mors plats qui fut employé.

Le troisième cas présente une particularité assez curieuse. Il s'agissait d'un malade que je traitais depuis quelque temps rue Saint-Ambroise. J'avais fait déjà cinq séances de lithotritie, dans lesquelles tout s'était passé régulièrement. Il ne restait plus qu'un seul fragment, et je croyais pouvoir terminer la cure dans une sixième séance. Une grosse sonde à grande courbure est introduite dans la vessie, dans laquelle on injecte une certaine quantité d'eau. Le brise-pierre à mors plats est ensuite présenté; mais son bec vient s'arrêter dans la région prostatique, sans qu'il me soit possible d'arriver jusqu'à la vessie. Au bout de huit et quinze jours, nouvelles séances, avec la même particularité et le même insuccès, malgré une certaine insistance.

En présence d'un cas aussi insolite, je crus devoir faire appel à l'expérience de M. Civiale. Je lui fis le récit de ce qui s'était passé; il l'écouta en donnant quelques marques d'incrédulité; il introduisit une grosse sonde à grande courbure sans difficulté, mais ne fut pas plus heureux que moi dans l'introduction du brise-pierre à mors plats, qui vint arc-bouter dans la région prostatique. Après des tentatives assez prolongées, il crut devoir s'arrêter, et les choses en restèrent là. Quelques semaines plus tard, je fus assez heureux pour introduire dans la vessie un brise-pierre courbe à courbure d'un grand rayon, ce qui me permit de saisir le calcul et de le détruire en une seule séance.

Ainsi, dans les cas simples comme dans les cas les plus graves, c'est toujours le brise-pierre à mors plats qui a été employé par M. Civiale. Je ne comprends donc pas l'insistance que met ce chirurgien à déclarer que, « *en ce qui le concerne, tous les chirurgiens éclairés savent qu'il n'a pas adopté et qu'il n'emploie pas dans ses opérations les moyens qu'on veut absolument placer dans ses mains.* »

Je suis donc autorisé à dire que les instruments dont il se sert sont les mêmes que ceux employés par tous les chirurgiens des hôpitaux. Ce sont les brise-pierres à mors plats. Aussi j'ai été fort surpris de voir reparaître parmi les instruments mentionnés par M. Civiale le trilabe, qui ne figure plus maintenant que dans nos musées comme document historique.

Ce n'est sans doute pas sans quelques résistances que M. Civiale a accepté le percuteur courbe. Dans son *Traité de l'affection calculeuse* publié en 1838, l'auteur consacre un bon nombre de pages à démontrer la supériorité du trilabe sur les instruments courbes. Il a fallu l'exemple des Leroy (d'Etiolles), Velpeau, Ségalas, Bérard, Sanson, Blandin, qui avaient adopté le percuteur courbe, pour décider M. Civiale à faire usage de l'instrument dont il se sert aujourd'hui avec tant de bonheur.

Il me reste maintenant à vous exposer le manuel opératoire.

(1) Le percuteur courbe, le brise-pierre à écrou brisé, tel qu'il a été modifié successivement par M. Charrière, est un instrument de premier ordre. Commode à manier, solide, l'expérience a démontré qu'il était supérieur à tous les autres. Il ne serait peut-être pas sans importance de savoir qui en est le véritable auteur. Mais sur ce point il y a beaucoup d'incertitude. Un instrument construit pour Le Roy d'Etiolles vers 1825 et 1826, et connu sous le nom de lithomètre, était composé de deux tiges recourbées, glissant l'une dans l'autre, comme les brise-pierres actuels, de façon que le bec de la sonde se divise en deux mors, et dont les deux parties rapprochées constituaient une simple sonde. Certes l'idée du percuteur a dû être empruntée au lithomètre de Le Roy d'Etiolles.

Entre le *screw lithotrite* de Weiss en 1827, les instruments de Le Roy d'Etiolles exécutés par Grening vers 1832, les percuteurs que M. Heurteloup fabriquait lui-même, a-t-on dit, en même temps que les précédents auteurs, qui a le droit de priorité? A qui appartient ce qu'on pourrait appeler la première déduction du lithomètre de Le Roy d'Etiolles? On ne saurait rien affirmer de précis. (*Note de la Rédaction.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 janvier 1864. — Présidence de M. Malgaigne (vice-président).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports finaux de MM. les docteurs Faton et Tuefer sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Vendôme et de Montbéliard en 1863 ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département de la Lozère, par M. le docteur Monteils (commission des épidémies) ;

3° Une observation rédigée par M. le docteur Chevreuse, de Charmes (Vosges), au sujet d'une jeune fille de la commune de Socourt, qui vivrait sans avoir pris de nourriture depuis cinq ans et demi. (M. Béclard, commissaire.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Lamarre-Picquot, qui sollicite le titre de correspondant national ;

2° Une note de M. le docteur Chabassu sur un cas de colique sèche observé à l'hôpital militaire de Brest ;

3° Une lettre de MM. Auzias-Turenne et Mathieu sur des expériences relatives au *grease* pustuleux ;

Là-dessus notre homme s'écrie : « Ne voilà-t-il pas une demande bien ridicule et une conclusion bien extravagante? Avez-vous jamais vu doctrine sans littérature?... Si on leur permettait des robes et des bonnets pour leur prétendue doctrine en chirurgie, il faudrait en accorder autant aux apothicaires pour leur doctrine en pharmacie, et ceux-ci n'auraient-ils pas bonne grâce, quand il faudrait donner des lavements ou faire l'onguent rosat ou diapalme, d'être ainsi équipés? Enfin Saint-Luc a été plus fort que Saint-Côme. »

Un peu plus tard, quand les chirurgiens ont l'intention non réalisée d'intenter un procès aux barbiers pour les empêcher d'entrer à Saint-Côme, écoutez le cruel railleur, et voyez avec quelle joie il se prépare à assister à cette nouvelle lutte dont, cette fois, il ne sera que simple spectateur :

« Les chirurgiens de Saint-Côme ont obtenu des lettres de rescision, pour empêcher que les chirurgiens-barbiers n'entrent dans » Saint-Côme et qu'ils ne prennent possession de leur maison ; bref, » ils veulent casser l'union qui a été faite entre eux. Ce procès va à » les voir plaider les uns contre les autres ; nous serons les specta» teurs. L'arrêt que nous avons obtenu ne laissera point de demeurer » en son entier : robes coupées et abattues, bonnets écornés et ren» versés. Ils se mangeront les uns les autres, et il n'y aura jamais » grande perte ; néanmoins je crois que l'union subsistera, et que » ceux de Saint-Côme perdront encore une fois. Il ne m'importe » point du tout qui perdra ou gagnera ; car les uns et les autres ne » valent rien, et nous haïssent également, comme des laquais bottés, » fort ignorants, qui ne savent ce qu'ils doivent aimer, et qui ne » savent ce que c'est que philosophie. *Ingenui nil habet officina* : » l'intérêt les gouverne, sans aucun égard à la vertu et à l'honneur, » qu'ils ne connaissent que de nom. »

Détournons nos regards de ces scènes plus faites pour attrister que pour égayer l'esprit. Après tout, nous sommes les descendants de ces hommes et les héritiers de leurs erreurs comme de leur gloire. N'imitons pas ces fils impies qui au lieu de voiler les fautes de leurs pères les étalent à tous les yeux. Il vaut mieux, pensons-nous, étudier l'organisation du collége de Saint-Côme, ce sera un spectacle moins pénible et beaucoup plus instructif.

ORGANISATION DU COLLÉGE DE CHIRURGIE.

La position des chirurgiens fut, nous l'avons vu, toujours inférieure à celle des médecins ; aussi trouve-t-on dans leurs statuts beaucoup plus de modestie et de simplicité que dans ceux de la Faculté ; on chercherait aussi vainement dans leurs examens, dans leur réception, tout ce grand attirail, cette pompe superbe que nous avons vu présider aux réceptions doctorales. Les pauvres chirurgiens font bien tout ce qu'ils peuvent pour donner de l'éclat à leur profession ; ils essayent bien d'imiter des modèles qui leur font si grande envie, mais ils sont forcés de demeurer à une distance infinie de cette noble orgueilleuse qu'on appelle la Faculté. Pour être moins brillante, l'organisation du collége de Saint-Louis est toutefois fort digne d'intérêt, et nous devons nous y arrêter un instant, car elle est généralement peu connue. La Faculté (et ce fut plus qu'une faute) eut toujours l'air d'oublier qu'il existait à côté d'elle autre chose que des barbiers ignorants ; elle fit tant et si bien qu'elle finit par faire disparaître et les chirurgiens de robe longue et le collége de Saint-Côme, et aujourd'hui peu de personnes, même parmi les médecins, savent au juste la différence, énorme cependant, qui sépare les chirurgiens de Saint-Côme des barbiers et des chirurgiens-barbiers.

Les élèves chirurgiens avaient une organisation toute différente de celle des élèves en médecine ; chacun d'eux était attaché à un maître ou patron qui l'employait comme aide et faisait son éducation chirurgicale. Ces jeunes gens devaient suivre quelques cours officiels d'anatomie et de médecine qui se faisaient à la Faculté. Le collége de Saint-Côme n'avait le droit de faire qu'un cours d'opération et des conférences, ordinairement fort négligées, sur quelques autres branches de la chirurgie. Le collége était donc presque uniquement institué comme corps d'état et comme jury d'examen et d'admission.

Selon les statuts, le chef de la communauté s'appelait prévôt. Il était élu au scrutin secret le premier lundi d'octobre, après la messe et la consultation gratuite des pauvres ; nommé pour deux ans, il avait pour principales fonctions de soutenir les droits, les priviléges, la liberté et l'honneur de l'école ; de poursuivre en justice les empiriques et tous autres exerçant la chirurgie sans qualité et ceux des chirurgiens qui auront contrevenu aux statuts ; de garder et de gérer les deniers de l'école, et enfin de tenir note exacte des noms des maîtres qui pourront mourir pendant son temps d'exercice, avec le jour de leur réception, celui de leur décès et leurs actions notables. Et comme nos ancêtres n'oubliaient jamais la part du ciel, le prévôt, « vers la fête de saint Côme et saint Damien, devait faire faire deux » cierges de cire blanche, dorés, du poids de deux livres, et quatre » autres de même poids, lesquels il fera porter à l'église la veille de » la fête. »

Les clercs ou écoliers n'avaient pas d'autre mission que de jurer les statuts, garder les secrets de la compagnie, être zélés, affectionnés envers leurs maîtres, assister autant que possible aux consultations, ne pas voir de malades sans appeler un maître à leur aide, fuir la compagnie des gens de mauvaise vie, des barbiers et des charlatans. Ils étudiaient comme et où ils pouvaient, un peu à la Faculté de médecine, un peu au collége de Saint-Côme, un peu sous le maître qu'ils avaient comme patron ; et pour la plupart, malheureusement,

4° Une lettre de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, accompagnant l'envoi d'une pince qu'il croit destinée à faciliter la réduction des luxations des doigts.

— M. LARREY présente, au nom de M. Tigri (de Sienne), une brochure *sur la transformation du sang en substance graisseuse ;* et au nom de M. le docteur Leroy de Méricourt, une notice *sur la chromidrose.*

— M. BOUILLAUD dépose sur le bureau, au nom de M. Ingo Alfieri, médecin sicilien, une observation d'*angine de poitrine* guérie depuis deux ans.

— M. H. BOULEY demande à l'Académie la permission de dire en peu de mots les résultats des expériences consignées dans la lettre de MM. Auzias-Turenne et Mathieu (*voir* plus loin le texte de cette lettre).

LECTURE.

Hygiène navale. — M. DUTROULEAU, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit un travail ayant pour titre : *Des modifications introduites dans l'hygiène navale par l'application de la vapeur à la navigation.*

Ce travail se résume dans les propositions suivantes :

La marine à vapeur présente aujourd'hui trois espèces principales de navires : le bâtiment à roues, le bâtiment à hélice, le bâtiment cuirassé.

Le premier, inférieur pour la force et l'encombrement, est supérieur pour les oscillations et pour la marche ; le second, conservant les avantages des anciens navires, présente au plus haut degré les inconvénients du bruit de la machine et des mouvements oscillatoires ; le troisième, destiné uniquement à la guerre, a la supériorité de la défense et de l'emplacement.

Les caractères de l'atmosphère nautique paraissent plutôt atténués qu'aggravés sur les nouveaux navires.

La machine forme un compartiment à part, et a une atmosphère propre dont la température moyenne est de 20° supérieure à celle de l'air extérieur.

Le personnel de la machine se distingue du reste de l'équipage autant par le genre de service que par les caractères physiques et moraux des hommes qui le composent.

La salubrité s'est modifiée sur les nouveaux navires. Par le fait de la machine, elle s'est compliquée d'indispositions plus nombreuses et d'accidents graves heureusement rares ; mais, par suite des traversées plus courtes et des relâches plus fréquentes que procure la vapeur, elle a gagné notablement pour toutes les maladies d'influence nautique, surtout pendant les expéditions et les campagnes lointaines.

Les maladies endémiques des pays chauds, qui se font sentir aux navires de toute espèce pendant leurs longues stations, ne paraissent pas s'aggraver par l'effet du nouveau système de navigation.

Les principes épidémiques susceptibles de se transporter au loin doivent trouver une prophylaxie efficace dans le renouvellement plus facile de l'air intérieur, sous l'influence des machines à vapeur.

Le travail de M. Dutrouleau est renvoyé à la section d'hygiène constituée en commission d'élection.

Suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

La parole est à M. Reynal.

M. REYNAL. Un hasard heureux a fait découvrir l'exanthème général vaccinogène du cheval, et a permis d'en étudier les caractères. Cette démonstration devait satisfaire les esprits scientifiques. Si M. Depaul s'était contenté d'énoncer ce fait, il n'aurait pas rencontré d'opposition ; mais il ne s'est pas borné à ce simple énoncé, il a voulu établir sur ce fait une doctrine à lui. Le peu de fondement des prétentions de M. Depaul a été suffisamment démontré par les deux orateurs qui ont parlé dans les précédentes séances, M. Bouley et M. Guérin. J'aurais volontiers renoncé pour ma part à la parole après ces deux discours, si M. Depaul ne m'avait directement mis en cause en citant quelques-uns de mes articles. Je me propose à mon tour de démontrer que les faits que M. Depaul a empruntés à la médecine comparée sont inexacts.

Vous savez quelle est la doctrine de M. Depaul ; je n'examinerai pas si elle est de lui, mais je vais essayer d'en déterminer la valeur en elle-même.

M. Reynal commence par déclarer que, malgré les vives critiques dont son article sur la maladie aphtheuse du cheval a été l'objet de la part de M. Depaul, il n'en persiste pas moins à lui conserver ce nom, et à la considérer comme une éruption vésiculeuse et non une éruption pustuleuse. Il se fonde en cela sur l'opinion de M. Rayer et sur celle de Toggia, qui ont également combattu l'identité de la maladie aphtheuse avec le cowpox. Il montre que M. Rayer s'est efforcé dans son mémoire de montrer que l'éruption dont il s'agit n'a aucune analogie avec la variole et le cowpox, et il rapporte une expérience qui lui paraît démonstrative pour la non-identité.

M. Depaul ne s'en est pas tenu là ; il a voulu encore établir une certaine identité entre la clavelée et la variole. Il a été combattu déjà dans le temps sur ce terrain par M. Huzard et par M. Bousquet. On comprend d'autant plus difficilement sa persistance dans cette manière de voir, qu'il n'a pas devers lui une seule expérience à citer en sa faveur. Il s'en rapporte uniquement aux expériences de Sacco. Mais il faut savoir une fois pour toutes ce que valent ces expériences. Ici M. Reynal entre, au sujet des expériences de Sacco, dans des détails historiques desquels il résulte qu'il est infiniment probable que le virus inoculé par cette expérimentation n'était pas pur, qu'il avait subi quelques mélanges à son insu, et que par conséquent les résultats sont frappés de nullité.

En résumé, dit M. Reynal, s'il y a quelque analogie entre les diverses affections éruptives que l'on a voulu rapprocher pour les faire procéder d'une origine commune, il n'y a réellement pas entre elles la moindre identité.

La parole est à M. Magne.

M. MAGNE fait une argumentation qui nous paraît conclure dans le même sens que celles de MM. Bouley et Reynal. Les détails techniques de médecine vétérinaire dans lesquels il entre ne nous permettent pas de reproduire ce discours de souvenir. Nous attendrons qu'il ait été publié dans le *Bulletin de l'Académie* pour en extraire les points principaux.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Lettre adressée à M. le président de l'Académie par MM. AUZIAS-TURENNE *et* MATHIEU.

Monsieur le Président,

Nous avons l'honneur de communiquer à l'Académie le résultat de quelques-unes de nos expériences sur l'inoculation du *grease pustuleux*, objet de la discussion actuelle.

Ces expériences démontrent, croyons-nous, l'exactitude des deux propositions suivantes :

1° Le *grease* pustuleux (*cowpox, vaccin*) n'est pas infectieux, c'est-à-dire communicable par l'atmosphère ;

2° La fièvre aphtheuse des ruminants (*stomatite aphtheuse, cocotte*) est distincte du grease pustuleux.

1° *Expériences démontrant que le grease pustuleux n'est pas infectieux.*

Un cheval âgé de cinq ans, de la race du Lincolnshire, est amené d'Angleterre dans les premiers jours d'octobre 1863, par Moïse Isidore, marchand de chevaux, à Paris. Le 10 du même mois, il est vendu à M. D...; qui le fait conduire dans sa propriété de Billancourt. A son arrivée chez son nouveau propriétaire, l'animal est en santé, et ce n'est que six jours après que se montrent sur lui les symptômes du grease pustuleux.

Chez M. D..., ce cheval fut logé dans une très-bonne écurie, avec trois autres chevaux anglais parfaitement sains et ne portant aucune cicatrice du grease.

Chaque stalle de cette écurie est séparée de sa voisine par une cloison haute de 2 mètres, laquelle est continuée antérieurement par des barreaux de fer verticaux espacés de 7 centimètres environ. Notre malade n'était donc pas complétement isolé de ses voisins et vivait dans la même atmosphère qu'eux. Pendant toute la durée de son affection, il est resté dans l'écurie avec les autres chevaux. Malgré ces diverses circonstances, *aucun de ces derniers n'a cessé d'être en santé*, et cependant bien des fois les chevaux sains ont dû respirer l'air expulsé des poumons du malade et l'air vicié par les émanations diverses produites par l'état morbide de ce dernier. Les mêmes palefreniers leur ont donné des soins, et ce n'est qu'à une époque déjà avancée de l'affection que nous sommes intervenus pour empêcher que le malade ne soit pansé avec les brosses et les éponges communes.

Du 20 octobre 1863 au 10 janvier 1864, vingt-huit animaux, vaches et chevaux, ont été inoculés avec le virus fourni par le cheval de M. D... Vingt-cinq d'entre eux ont présenté, au lieu de l'inoculation, des pustules caractéristiques de grease pustuleux.

Ces vingt-cinq animaux ont été, pendant toute la durée de ces expériences, laissés au milieu d'un grand nombre de chevaux et de vaches, côte à côte, sans séparation aucune. *Pas un seul cas de contagion ne s'est manifesté.*

Le petit cheval de Java amené à l'Académie a paru faire exception ; mais ce cheval était placé, dans son écurie, à côté de la jument inoculée quelques jours avant à la lèvre supérieure, et pendant tout le temps qu'a duré l'expérience, il n'a cessé de prodiguer à cette jument un grand nombre de caresses buccales. Nous laissons dès lors à MM. les membres de l'Académie le soin d'apprécier la valeur de cette exception.

2° *Expériences démontrant que la fièvre aphtheuse est distincte du grease pustuleux.*

Nous nous abstenons, dans cette courte lettre, de rien dire des caractères différentiels des deux maladies. Nous nous bornons à donner les résultats sommaires de nos expériences.

Il y a quelques mois, toutes les vaches, au nombre de vingt-deux, du sieur B..., laitier à Auteuil, étaient affectées de la fièvre aphtheuse.

Le 3 décembre dernier, deux d'entre elles ont été inoculées du grease pustuleux : aux oreilles, à l'aide de la lancette ; sur la muqueuse buccale, par une légère friction exécutée pendant quelques secondes avec le doigt chargé de sérosité virulente.

Le 9, de magnifiques pustules existaient aux oreilles de ces deux vaches et sur la muqueuse de la bouche de l'une d'elles.

Le 27 décembre 1863 et le 2 janvier 1864, deux vaches affectées de la fièvre aphtheuse à la période de cicatrisation, ont été, chez le sieur G. P..., nourrisseur à Boulogne, inoculées à l'oreille du grease pustuleux.

Le 2 janvier pour l'inoculation du 27 décembre, et le 8 janvier pour l'inoculation du 2 de ce mois, nous avons constaté l'existence de pustules très-caractéristiques sur les parties inoculées.

Or, il résulte de nos expériences qu'un même animal ne peut pas avoir deux fois le grease pustuleux ; donc la stomatite aphtheuse et le grease pustuleux ne sont pas la même maladie.

Nous avons l'honneur, etc.

Nous recevons de M. le docteur Ribes, chirurgien-major en retraite, la lettre suivante, dictée par un sentiment de justice et de piété filiale que tout le monde comprendra, et auquel nous nous associons d'autant plus volontiers pour notre part, qu'il nous fournit l'occasion de réparer par cette courte page d'histoire une omission sans doute involontaire à l'égard d'un des anatomistes les plus distingués et d'un des hommes qui ont le plus honoré la médecine militaire :

Monsieur le Rédacteur,

Après avoir lu dans la *Revue des cours scientifiques* (n° 1, p. 8, colonne 2) un extrait de la leçon de M. le professeur Robin, ainsi conçu :

« Cet examen fait voir que l'organisme ne se compose pas de solides seulement, et qu'un certain nombre de systèmes n'existent pas sans humeurs (sang, lymphe, etc.), qui en font partie essentielle, que les systèmes ne sauraient être considérés comme connus si l'on ne tient compte des humeurs, sans lesquelles leurs usages ne pourraient être remplis ; il faut donc, à côté de l'histologie, mais sur le même plan, ranger l'hygrologie ou étude de la constitution des humeurs, car tout ce qui est étude de l'organisme est anatomie. »

Je vous demanderai l'autorisation de mettre sous les yeux de vos lecteurs ce que dit sur les humeurs le savant docteur Ribes, un des premiers anatomistes du commencement de ce siècle :

« En 1813, j'avais terminé un mémoire dans lequel j'exposais mes idées sur l'humorisme. Je communiquai ce mémoire à un confrère (le professeur Richerand) ; j'ignorais qu'il fût solidiste absolu. Au seul mot d'humorisme qu'il entendit prononcer, il ne voulut plus rien écouter ; il me dit : Si vous pouvez démontrer les maladies des humeurs comme on peut démontrer les maladies des solides, mettez au jour votre mémoire, sans quoi je vous engage à ne le pas faire.

» Cependant la maladie ne consiste-t-elle pas plutôt dans le trouble des fonctions que dans la lésion des solides ? D'ailleurs un organe, quel qu'il soit, n'est-il pas composé de solides et de fluides ? De plus, on peut démontrer que les solides animaux passent d'une manière insensible de leur état à l'état fluide, et d'un autre côté que les fluides passent peu à peu à l'état solide. Les membranes accidentelles se

---

tous ces peu réunis ne constituaient presque rien. — Après un certain temps ils devenaient candidats et pouvaient assister au cours de chirurgie ou plutôt, l'expression est bien plus juste, au cours d'opérations.

Les clercs passaient bacheliers. Ceux-ci devaient (art. 59), tous les premiers lundis du mois, à dix heures du matin, se rendre à l'église de Saint-Côme et Saint-Damien, pour servir à la visite des pauvres malades, en se tenant à côté de leurs maîtres, écoutant leurs avis et les donnant par écrit aux malades, et ce à peine de deux sols parisis d'amende. — Ils n'ont pas le droit d'exercer ni même d'avoir des clercs ou écoliers.

Voici l'article unique qui concerne les licenciés. — Les licenciés, avant que de recevoir ce titre honorable, promettront par écrit et avec serment [1] de continuer d'observer les statuts des bacheliers et d'exécuter ce qui leur sera prescrit. Ils remettront cet écrit au prévôt avant le jour de la réception du bonnet, et ils promettront encore par exprès de ne tenir ni exercer en leur nom aucune juridiction, soit avant, soit après la réception du bonnet, qu'après quatre ans entiers de réceptions, à moins qu'ils n'en aient la permission de la Compagnie, à peine d'être chassés comme enfants illégitimes de l'école et de perdre tous leurs grades. Ils pourront même être poursuivis en justice pour subir les peines et payer l'amende auxquelles la Compagnie aura jugé à propos de les condamner.

Voyons à présent ce qu'étaient, à proprement parler, les études et les examens. Nous avons déjà appris dans le programme des leçons de la Faculté que celle-ci faisait un cours de chirurgie. Il faut voir avec quel sans-façon ou plutôt avec quel mépris Quesnay parle de ce prétendu cours professé par des hommes qui connaissent à peine la théorie et qui se croiraient déshonorés s'ils descendaient à la pratique ; bien plus même, qui n'ont pas le droit de faire des opérations. « En vain, dit-il, nos docteurs ont-ils voulu partager l'estime qu'on » a pour les chirurgiens ; en vain, dans cette idée, ont-ils écrit sur » notre art : *toute la Faculté n'a pu produire que des copistes.* » — Si l'on en croit encore Quesnay, « Paris a été pour la chirurgie ce » qu'Athènes a été pour la philosophie ; nos Ecoles sont les Ecoles de » toutes les nations. Si un jeune chirurgien étranger n'y venait puiser » les préceptes de son art, il croirait qu'il lui manque quelque chose. » Plusieurs même de ceux qui, sans nos leçons, ont acquis de la ré- » putation, sont enfin venus rendre hommage à la chirurgie française ; » ils ont voulu voir s'ils ressemblaient à nos grands maîtres ; ils s'en » sont retournés dans leur pays, plus sûrs de leur habileté quand ils » ont remporté notre approbation. »

Décidément les Français sont et seront toujours les mêmes : aucune hyperbole ne leur fit jamais peur, et pourvu qu'ils puissent se vanter d'être en tout les premiers hommes du monde, ils sont aussi satisfaits que si cela était bien réellement. De plus, Quesnay est ici l'avocat d'une cause qui le passionne vivement et à fort juste titre. Je pense donc qu'il faut un peu rabattre de ce magnifique tableau qui, dans tous les cas, n'aurait pu être vrai que dans quelques rares circonstances.

D'ailleurs notre chirurgien-philosophe ne s'en tient pas là ; selon lui, les disciples de Saint-Côme sont en tout supérieurs aux docteurs de la Faculté. Ecoutez encore : — « Après de telles instructions, les » malades n'étaient pas le jouet des premières tentatives de leurs » chirurgiens ; des fautes meurtrières n'étaient pas les prémices de la » pratique des jeunes maîtres, fautes inévitables à ceux qui des » exercices purement scolastiques passent à l'exercice de l'art..... » En sortant du cabinet ou de la poussière des classes, les médecins » entrent dans une école de spéculation ; ils en sortent sans guides » pour chercher des malades qui les forment à leurs dépens, et ils » en trouvent toujours d'assez patients et d'assez crédules [1]. » Et dans les discussions, dans les thèses, à qui pensez-vous que reste l'avantage ? Je cite encore ce passage ; il ne manque d'ailleurs ni de sel ni de charme ! — « On ne décrivait pas galamment dans nos thèses » (comme chez les médecins) la chaussure des femmes qui vont à la » chasse ; on n'y peignait pas les feux de l'amour ni le danger qu'il » y a de les éteindre par la raison ; on ne transportait pas dans le » cerveau le mécanisme du clavecin ; on n'y décidait pas par les sens » de la nature de l'âme ; on n'y étalait pas dans une peinture lubri- » que les marques de la virginité ; nos chirurgiens se renfermaient » dans les questions qui intéressaient leur art... ils n'exposaient aux » disputes que les matières douteuses sur lesquelles on pouvait con- » sulter l'expérience : on y soumettait à l'examen les nouvelles re- » cherches ou les nouvelles découvertes pour y répandre des éclair- » cissements. » — Nos lecteurs sont impatients de savoir comment se réalisait un si magnifique programme. Ce sera l'objet d'un prochain article.

H. MONTANIER.

(1) On se fait difficilement idée de tous les serments que prononçaient nos ancêtres. Ainsi, chez les chirurgiens, serment du prévôt, serment des maîtres, serment de l'écolier, du bachelier, du licencié. On jure sur tout et sans cesse. Etait-ce manie ? ou nos ancêtres, dans le bon vieux temps, se méfiaient-ils à ce point d'eux-mêmes et des autres qu'ils n'eussent de confiance qu'en un bon serment ? De pareils serments avaient plus d'une fois, il n'en faut pas douter, le sort du billet de Ninon à la Châtre.

(1) Ceci n'est pas trop mal trouvé, mais toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire. On ne rencontre pas un Molière à toutes les portes, mais enfin il s'en est rencontré un qui a tiré un rude parti de semblables indiscrétions.

forment au moyen de la lymphe ou sérosité épanchée dans une cavité splanchnique. Cette sérosité s'organise avec une grande promptitude ; des vaisseaux s'y forment et se remplissent de sang. Ces parties de nouvelle formation ne doivent donc leur naissance qu'à elles-mêmes.

» La fonction organique d'un tissu animal consiste dans la transformation continuelle d'un fluide organique en solide organique et de ce solide en fluide.

» Très-jeune encore, je suivais les cours de clinique faits à l'hôpital de la Charité par Corvisart. Je sentis dès lors la nécessité de connaître non-seulement la cause, mais aussi le siége du mal. Je pensais qu'il y avait quelque chose de plus que les solides qui devait être le siége primitif de la maladie et la cause de la mort, et que les fluides animaux pouvaient ne pas être exempts d'altération ; c'est ce qui me détermina à porter mes recherches sur les humeurs. Je reconnus bientôt qu'il y avait dans les humeurs des globules organiques, que ces globules formaient les solides ; ensuite je remarquai que ces solides redevenaient peu à peu des fluides. Si donc les solides et les fluides sont ainsi solidaires les uns des autres, la maladie doit aussi bien être produite par l'altération des solides ou des fluides.

» Les causes qui altèrent les fluides sont nombreuses. Parmi elles, il faut ranger l'altération de l'air atmosphérique par des miasmes, la mauvaise qualité des aliments, les émotions vives. Les solides eux-mêmes, qui sont soumis à une transformation liquide et qui se mêlent au sang veineux et à la lymphe, peuvent réagir d'une façon nuisible et devenir une cause de maladie par le trouble qu'ils portent dans les fonctions vitales s'ils sont altérés dans leur texture. Si l'on considère dans son ensemble la circulation de la masse entière des fluides animaux, on voit que le sang artériel laisse une partie de ses matériaux dans les organes sécréteurs pour y être changé en fluide de sécrétion et d'excrétion, et une autre partie dans les tissus pour réparer les pertes que ces tissus éprouvent à chaque instant. C'est ce que l'on nomme nutrition. Ensuite, sous forme de sang veineux, il rapporte au centre circulatoire l'excédant des sécrétions, le produit de la digestion et les parties de tissus passées à l'état fluide.

» Les pertes que font les organes sont réparées promptement tant que le sujet est jeune et en santé ; mais si le sujet est malade ou vieux, le corps fait des pertes continuelles que la nutrition ne répare qu'en partie. Alors tout l'organisme décroît, se dégrade insensiblement jusqu'au marasme et à la mort.

» Pour bien étudier les principaux phénomènes vitaux, il faut porter son attention sur les fonctions de nutrition, de sécrétion et d'excrétion, fonctions qui s'opèrent dans les vaisseaux capillaires.

» D'après ce que je viens d'exposer, on voit que je regarde le solidisme et l'humorisme comme deux choses inséparables, car le sang, le principal fluide vital, n'est pas homogène, il est composé des molécules qui doivent former des solides et des molécules qui doivent se changer en fluides de sécrétion, tels que la salive, les larmes, la bile ; et les fluides d'excrétion tels que les urines et la sueur. »

Mon intention, Monsieur le Rédacteur, en vous faisant connaître l'opinion du docteur Ribes sur l'humorisme, n'est pas d'élever un droit de priorité, car le savant professeur, M. Robin, par ses beaux travaux, a ouvert une nouvelle route à l'anatomie générale et surtout à l'anatomie pathologique, mais pour établir que le docteur Ribes avait depuis très-longtemps indiqué le rôle que jouent les humeurs dans l'organisme.

Cette opinion du docteur Ribes sur les humeurs, communiquée en 1813 au professeur Richerand, publiée ensuite en 1829 dans la *Revue médicale*, et insérée en 1841 dans ses Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie, cette opinion, dis-je, avait été développée chaque année par le professeur Ribes dans les cours de physiologie qu'il a faits pendant douze ans lorsqu'il était professeur de la Faculté de médecine de Paris et préparateur du professeur Chaussier.

Agréez, etc.

RIBES,
chirurgien-major en retraite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés ministériels, en date des 23, 25, 28 et 29 décembre dernier, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Schimper, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, et Prez-Regnier, secrétaire de la Faculté des sciences de Paris.

Officiers d'Académie. — MM. Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris ; Regnault, professeur de pharmacologie à la même Faculté ; Riche, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ; Vigne, médecin du lycée de Tarbes.

— MM. Michel Lévy et Trébuchet viennent d'être installés, le premier comme président, le second comme secrétaire annuel du comité d'hygiène publique et de salubrité.

Les affaires traitées à ce conseil pendant l'année 1863 ont atteint le chiffre de 820.

— Le typhus vient de faire deux nouvelles victimes parmi les officiers de santé de notre corps d'expédition au Mexique.

MM. les docteurs Guéneau, aide-major de 1re classe, et Seyer, aide-major au 62e de ligne, ont succombé aux atteintes du terrible fléau.

M. le docteur Guéneau, déjà connu par des travaux importants, avait été décoré pendant le siége de Puebla, et M. Seyer, qui succombait le même jour que lui, avait été envoyé pour le seconder.

— On nous apprend la mort de M. le docteur Crosilhes (de Crépy). M. Crosilhes, âgé de cinquante-trois ans, a succombé à un cruel accident. Il est tombé dans un puits pendant les fortes gelées de la semaine dernière.

— La Société médicale du Panthéon, dans sa dernière séance tenue à l'hôtel de ville, a élu son bureau pour l'année 1864. Ont été nommés :

Président, M. Coursserant ; *vice-présidents*, MM. Caudemont, Dupré ; *secrétaire général*, M. Domerc ; *secrétaires annuels*, MM. Morin, Quantin ; *trésorier archiviste*, M. Girault.

— La Société médicale du Xe arrondissement a renouvelé dans sa dernière séance son bureau pour 1864. Ont été nommés ;

Président, M. Dicharry ; *vice-président*, M. Baudin ; *secrétaire général*, M. Courot ; *secrétaire annuel*, M. Coizeau ; *trésorier*, M. A. Vée ; *membres du conseil d'administration*, MM. Fano, Manget et Thiou.

— Le bureau de la Société médicale de Montmartre (XVIIIe arrondissement) est formé, pour l'année 1864, ainsi qu'il suit :

MM. Bigot, *président ;* Lefeuvre, *vice-président ;* Hullin, *secrétaire ;* Regnault, *secrétaire archiviste ;* Lecomte, *trésorier.*

— La Société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1864 :

Président, M. A. Ramond ; *vice-présidents*, MM. Brongniart, Cordier, Decaisne, Le Maout ; *secrétaire général*, M. de Schœnefeld ; *secrétaires*, MM. Eug. Fournier, A. Gris ; *vice-secrétaires*, MM. Bureau, Prillieux ; *trésorier*, M. Fr. Delessert ; *archiviste*, M. Duchartre ; *membres du conseil*, MM. E. Bescherelle, P. de Bretagne, Chatin, Cosson, J. Gay, Gubler, Hénon, comte Jaubert, Lasègue, Le Dien, A. Passy, T. Puel.

— Le dimanche 17 janvier, à une heure, M. le docteur Auzoux, auteur de l'anatomie clastique, commencera son cours d'anatomie humaine et comparée, rue Antoine Dubois, 2.

De nouvelles préparations concernant le règne végétal et le *gorille*, le plus grand de tous les singes, seront l'objet d'une attention spéciale.

— M. le docteur Desormeaux, chirurgien à l'hôpital Necker, ouvrira des conférences de clinique chirurgicale jeudi 21, à neuf heures et demie, et les continuera les mardi et jeudi de chaque semaine.

La conférence du jeudi sera consacrée aux voies urinaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Journal des Savants contient dans les numéros d'octobre, novembre et décembre :

MM. E. CHEVREUL. Histoire naturelle générale des règnes organiques.
MIGNET. Histoire de la lutte des papes et des empereurs de la maison de Souabe, de ses causes et de ses effets.
FLOURENS. De l'origine des espèces, ou des lois du progrès chez les êtres organisés.
HASE. Voyage archéologique dans la régence de Tunis.
É. LITTRÉ. Histoire et glossaire du normand, de l'anglais t de la langue française.
BARTHÉLEMY SAINT-HILAIRE. La vie de Mahomet.
PATIN. Tragicorum latinorum reliquiæ.
NOUVELLES LITTÉRAIRES. — LIVRES NOUVEAUX.

Le *Journal des Savants* paraît par cahiers mensuels. Prix de l'abonnement : Pour Paris,36 francs par an ; pour les départements, 40 francs. — Librairie académique Didier et Cie, 35, quai des Augustins.

Leçons sur la scrofule considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis ; par M. le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Un vol. in-8o, 2e édition. Prix : *franco*, 7 fr. 80. — Chez Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires, par M. le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Un vol. in-8o, 2e édition, avec 5 planches sur acier. Prix : 5 fr. — Chez Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur les syphilides, par M. le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in-8o. Prix : 4 fr. — Chez Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles et sur la lèpre, les diathèses, le purpura, les difformités de la peau, etc. ; par M. le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Un vol. in-8o. Prix : 6 fr. — Chez Delahaye.

Leçons sur les affections génériques de la peau, par M. le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in-8o. Prix : 5 fr. Chez Delahaye.

Guérison de la phthisie pulmonaire, et moyens de prévenir cette maladie à l'aide d'un traitement nouveau ; par M. le docteur Jules BOYER, ancien chef des travaux anatomiques, etc. Broch. in-8o, 2e édit. Prix : 1 fr. 50 c. *franco*. — Paris, 1863. Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 6. — SAMEDI 16 JANVIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 6. — SAMEDI 16 JANVIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Le rapport sur les maladies régnantes du mois de novembre, dont M. le docteur Lailler a donné communication à la Société médicale des hôpitaux, dans l'une des dernières séances, ne signale aucune prédominance marquée, aucun caractère spécial qui soit de nature à fixer l'attention. « Un peu de tout, » est le mot par lequel le rapporteur a résumé l'etat nosocomial de ce mois.

Cependant on verra par l'énumération qui suit que quelques-unes des constatations faites n'étaient pas sans intérêt.

Parmi les maladies qui se sont montrées avec une plus grande fréquence relative, figurent les varioles déjà constatées comme assez communes dans les hôpitaux pendant les mois de septembre et octobre. Une circonstance a été remarquée dans la plupart des services, c'est que les cas de variole venus du dehors ont été le point de départ du développement de la maladie dans les salles. Le rapport cite, en particulier, un malade du service de M. Boucher, à l'hôpital St-Antoine, convalescent d'une fièvre typhoïde grave, qui a succombé à une variole contractée dans la salle. Par contre, dans le même service, une phthisie pulmonaire a été notablement améliorée à la suite d'une varioloïde également communiquée par le voisinage de malades venus du dehors. Il est regrettable que dans les divers cas de variole communiquée on n'ait pas cherché ou indiqué, du moins, si les malades avaient été vaccinés ou non, s'ils avaient ou non eu déjà la variole. Quoi qu'il en soit, ces faits répétés de contagion ont avec raison arrêté l'attention du rapporteur, qui a exprimé à cette occasion le regret que la Société n'ait pas poursuivi l'étude des moyens à opposer à cette propagation de la variole dans les hôpitaux. Nous nous y associons d'autant plus que nous avons déjà plusieurs fois insisté nous-mêmes sur la nécessité de parer aux graves inconvénients qui résultent de cette promiscuité des varioleux avec les autres malades.

Après la variole, la maladie qui a été le plus souvent constatée, est le rhumatisme articulaire aigu, qui a présenté dans quelques circonstances des complications graves. M. Hérard, notamment, a observé à l'hôpital de Lariboisière un cas de rhumatisme cérébral promptement mortel; une seule articulation était prise quand survinrent les accidents cérébraux. (Il n'avait été institué aucune médication interne qu'on put rendre passible de cette complication.) A l'autopsie, on a trouvé un liquide purulent en assez grande abondance dans l'articulation du genou, et une congestion généralisée des méninges avec suffusion sanguine des parties latérales.

Parmi les cas de rhumatisme articulaire que nous avons eu l'occasion d'observer en ville pendant cette période, nous avons remarqué plusieurs fois une complication gastrique. Il y avait en même temps une fièvre intense qui ne semblait pas en rapport avec le degré d'intensité de l'affection articulaire. Ces cas nous ont paru se rapprocher beaucoup de ceux qu'on désignait autrefois sous le nom de fièvre rhumatismale. C'est dans ces cas surtout, où la fièvre a d'ordinaire le type rémittent assez marqué, que le sulfate de quinine a son utilité. Il ne paraît pas en avoir été ainsi de quelques-uns des cas de rhumatisme signalés dans les hôpitaux, notamment à l'hôpital Saint-Antoine, où d'après M. Boucher le sulfate de quinine n'aurait pas donné les résultats qu'il donne ordinairement.

Il s'est montré encore un certain nombre d'érysipèles. M. Vidal a remarqué, au Bureau central, surtout vers la fin du mois, un assez bon nombre de cas d'ictère.

Le rapport signale enfin, comme étant plus particulièrement sous la dépendance de la saison, les angines simples, quelques cas de croup dans les hôpitaux d'enfants, des bronchites et des pneumonies auxquelles quelques médecins ont reconnu le caractère adynamique.

Si aux rhumatismes articulaires, aux angines, aux bronchites et aux pneumonies, nous joignons la grippe qui, dès les derniers jours de decembre, a fait son invasion périodique, nous aurons à peu près l'expression générale des maladies qui règnent en ce moment.

Nous ne disons rien des fièvres typhoïdes, qui sont depuis longtemps rentrées dans les proportions de fréquence ordinaire. Nous saisirons toutefois cette occasion pour annoncer l'insertion prochaine d'un petit travail sur la fièvre, qui nous a été communiqué par M. le docteur Pascal, à l'occasion de notre dernier compte rendu des maladies régnantes.

Tumeur érectile veineuse. — Cautérisation sous-cutanée avec le fer rouge.

Un enfant âgé d'un an a été amené il y a quelques semaines à l'hôpital de la Pitié, avec une tumeur érectile placée à la partie antéro-supérieure du crâne, vers le tiers antérieur du pariétal droit.

M. Gosselin, après l'avoir examiné, reconnut qu'il s'agissait d'une tumeur érectile veineuse, large comme une pièce de deux francs, et que cette tumeur, tout en présentant la couleur bleu foncé des productions de ce genre développées dans l'épaisseur même de la peau, était en même temps assez proéminente et assez difficile à limiter profondément, pour qu'il ne fût pas douteux que la trame érectile, veineuse, occupait en partie le tissu cellulaire sous-jacent; qu'en un mot, elle était tout à la fois cutanée et sous-cutanée.

Dès lors, M. Gosselin a cru devoir laisser de côté ceux des procédés opératoires qui s'adressent à la surface de la tumeur, pour choisir un de ceux qui ont pour but de modifier les couches profondes ou sous-cutanées en même temps que la couche superficielle elle-même.

Il y avait ici à hésiter entre les sétons multiples, les aiguilles chauffées de Lallemand et la cautérisation profonde, ou des couches sous-cutanées, avec le fer rouge.

Les deux premiers de ces moyens auraient certainement pu réussir; mais M. Gosselin a craint qu'il fallût un temps très-long, et que d'autre part un insuccès complet eût lieu, comme cela est arrivé quelquefois. Il a donné la préférence à la cautérisation sous-cutanée avec le fer rouge; d'abord parce que ce mode de traitement lui a réussi plusieurs fois; ensuite, parce qu'il lui a semblé que l'inflammation suppurative développée sur le trajet profond de chacune des lignes de la cautérisation devait amener plus sûrement et plus vite l'oblitération des lacis veineux abondants et leur transformation en tissu fibreux, en même temps qu'il provoquerait par l'élimination consécutive la chute d'une partie de la production morbide.

Le procédé d'A. Bérard et Lenoir, celui dans lequel une tige pointue de platine est chauffée à une lampe analogue à la lampe d'émailleur, et est conduite un certain nombre de fois avec une grande quantité de calorique dans l'épaisseur de la tumeur, est celui que le chirurgien a mis en usage. Le cautère a été chauffé six fois, et chaque fois introduit profondément, pendant que la tête de l'enfant était solidement maintenue par un aide.

L'enfant a été ramené plusieurs fois à la consultation. Sa santé est restée bonne. Les eschares superficielles résultant de la cautérisation sont en partie éliminées, et remplacées par des bourgeons charnus. Les divers trajets suppurent, mais ne paraissent pas encore debarrassés de leurs eschares, et tout fait espérer que la suppuration, établie dans les divers trajets, sera suivie de guérison, comme dans les cas analogues observés par M. Gosselin. Il n'est cependant pas impossible que, certaines portions de la trame érectile persistant, une deuxième séance de cautérisation devienne nécessaire.

Ectropion. Blépharoplastie. Récidive. Nouvelle opération.

Au n° 34 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, un jeune homme de vingt-sept ans vient d'être soumis pour la seconde fois à la blépharoplastie. Un ectropion cicatriciel consécutif à une brûlure de la paupière et du sourcil s'était produit dans la jeunesse du malade. Il lui restait un renversement de la paupière supérieure qui occasionnait des souffrances et altérait la régularité de la vision.

Le jeune homme a d'abord été opéré il y a un an, à Lyon, par un procédé autoplastique ayant pour effet de reconstituer une paupière supérieure à l'aide de lambeaux pris sur la région orbitaire externe et la tempe. Un lambeau avait été probablement disséqué et appliqué, après destruction du tissu cicatriciel, d'après la méthode indienne, et suivant le procédé décrit sous le nom de procédé de Fricke, qui a été très-employé en France par M. Velpeau, Gerdy, Blandin et M. Jobert. Mais il ne paraît pas que les modifications apportées à cette opération par M. Denonvilliers aient été employées. La combinaison d'un lambeau à large pédicule déplacé par glissement et la suture des paupières, de Mirault (d'Angers), n'a pas été jugée opportune par le chirurgien.

Le résultat immédiat de l'opération a été assez bon; l'œil a été recouvert, mais le lambeau s'est sphacélé partiellement et l'ectropion a récidivé.

Le 16 décembre dernier, M. Laugier a eu recours à une nouvelle opération : la blépharoplastie par la méthode de Wharton

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'Anatomie pathologique générale et spéciale ou Description iconographique pathologique des altérations morbides tant liquides que solides observées dans le corps humain, par M. le docteur H. LEBERT (1).

Cet ouvrage est le fruit de plus de douze années d'observations dans les hôpitaux de Paris.

C'est au milieu de notre génération, aidé du bienveillant concours des médecins et des chirurgiens de ces établissements que M. Lebert réunissait tous les éléments pour entreprendre un travail aussi considérable. Il a trouvé aussi des matériaux précieux et une source féconde de renseignements dans les communications et les discussions des Sociétés anatomique, de biologie, de chirurgie, et médicale d'observation. Placé depuis à la tête du service médical d'un grand hôpital (à Zurich d'abord, puis à Breslau) où il avait constamment cent malades à observer, l'auteur continuait à recueillir des faits pour cet ouvrage; il vérifiait ainsi et contrôlait les résultats de ses observations antérieures par celles de faits nouveaux placés sous ses yeux dans d'autres conditions non moins favorables que les premières.

Cet ouvrage est donc un résumé longuement élaboré, remarquable autant par la simplicité de l'exposition que par la richesse de l'érudition; des observations, si nombreuses qu'elles effrayent d'abord le travailleur le plus acharné, s'y trouvent condensées en de courtes descriptions dont la netteté cadre avec la perfection des dessins destinés à en rendre l'intelligence nette et rapide. Ces dessins, du reste, sont tellement parfaits au point de vue de l'exactitude et de la précision, sous le rapport du pinceau et du burin, tellement vrais de couleur, qu'on doit dire qu'ils dépassent tout ce qui a été fait en ce genre : c'est après l'examen des planches de M. Lebert qu'un des professeurs les plus compétents et les plus illustres de la Faculté de Paris écrivait :

« J'ai admiré l'exactitude, la beauté, la nouveauté des planches qui » composent la majeure partie de cet ouvrage; j'ai été frappé de » l'immensité des recherches originales et toutes propres à l'auteur » qu'il a dû exiger. Cet ouvrage n'a pas d'analogue en France ni dans » aucun pays. »

Ce livre, qui paraît au premier coup d'œil faire double emploi, bien que sous des formes plus parfaites, avec les ouvrages analogues qui l'ont précédé, conduit pourtant le lecteur à reconnaître bien vite que sans rendre inutiles les beaux traités de M. Cruveilhier (*Anatomie pathologique du corps humain, ou Description, avec figures lithographiées et coloriées, des diverses altérations morbides dont le corps humain est susceptible*; Paris, 1830-1842; 2 vol. in-folio avec 233 planches coloriées), de Carswell, etc., il marque pourtant une phase importante dans les progrès de l'anatomie pathologique. Ce progrès est notable non-seulement au point de vue du nombre des figures se rapportant à chaque altération, mais au point de vue des ordres d'altérations négligées ou omises jusqu'à présent, et qui s'y trouvent représentées et décrites.

A la suite d'une description dogmatique des tumeurs mélaniques ou épithéliales, par exemple, se trouvent des observations tellement disposées qu'elles montrent au praticien, par l'examen de la série des dessins qui s'y rapportent, la lésion à ses diverses phases d'évolution. Elles montrent quels sont les caractères qui permettent de porter sur celles-ci un diagnostic précis; elles permettent à l'homme de science, comme au chirurgien, de suivre pas à pas l'analyse de tous les caractères les plus minutieux propres à chaque espèce de produit morbide. Elles permettent de reconnaître que l'anatomie pathologique opère actuellement une analyse laborieuse qui porte de bien plus près sur la matière réellement altérée que celle qui consistait à ne tenir compte que des changements de forme, de volume, de couleur et de consistance des organes ou de leurs parties visibles à l'œil nu. Cette analyse est poussée depuis l'examen des caractères les plus grossiers, les plus saillants, jusqu'aux plus minutieux, aux plus élémentaires qui dénotent la nature réelle du mal, jusqu'aux modifications dont résultent les changements de volume, de consistance, etc., dont je parlais plus haut. A l'aide des réactifs, cette analyse va jusqu'à dénoter la présence des principales especes de principes immédiats qui par leur réunion en nombre considérable constituent la substance même de ces éléments anatomiques.

(1) J. B. Baillière et fils. Paris, 1855-1861; 2 vol. in-folio de texte et 2 vol. in-folio de 200 planches dessinées d'après nature et la plupart coloriées.

Jones, qui depuis 1839 a joui de la confiance des chirurgiens, quoiqu'elle eût échoué entre les mains d'A. Bérard, a été tentée. Une incision double en forme de V renversé, étendue du bord libre de la paupière à 2 centimètres au-dessus du sourcil, a circonscrit un lambeau triangulaire qui a été abaissé avec la paupière. L'angle du lambeau a été réséqué. M. Laugier a remarqué que cette pointe de peau se sphacélait souvent. Le chirurgien n'a pas décollé le lambeau pour le faire glisser, parce qu'il ne voulait pas qu'il se formât du tissu inodulaire sous le lambeau. Un point de suture enchevillée a réuni l'angle de la plaie, dans une étendue d'un centimètre.

Le résultat a été et est encore relativement très-bon. Les incisions se sont promptement cicatrisées. Le malade ferme l'œil, et pendant le sommeil les paupières sont rapprochées. Le jeune homme se trouve très-bien ; sa vision n'est plus gênée. Mais les choses resteront-elles dans cet état? c'est ce qu'il est difficile d'affirmer. Déjà, à la suite de la première opération, une amélioration avait été observée ; malgré le sphacèle du lambeau, il y avait un certain allongement de la paupière, et le malade pouvait fermer l'œil ; mais cet état avait peu duré.

M. Laugier conserve le malade dans son service, afin de surveiller la rétraction consécutive. Des bandelettes de diachylon compriment la cicatrice et abaissent la paupière.

Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu ne se dissimule pas qu'une seconde récidive est possible ; qu'il faudra peut être en venir à tailler de grands lambeaux et à faire une suture des paupières.

Il y a dans les recueils périodiques plus d'une observation où, malgré tous les soins les plus attentifs, l'ectropion ne guérit complètement que quand il a été successivement opéré plusieurs fois. Il est des cas où l'on gagne à peine quelque chose dans les premières tentatives, et où l'on n'arrive à un résultat complet que par une série de tentatives, peu productives en elles-mêmes, mais dont la somme des résultats finit par donner une guérison complète.

De l'unicité du virus chancreux démontrée par la syphilisation.

Nous avons annoncé dans la dernière *Revue* que nous exposerions les idées de M. Boeck sur la question tant débattue dans ces derniers temps de l'unicité ou de la multiplicité du virus chancreux. Les nombreuses inoculations que M. Boeck a pratiquées, soit comme moyen de diagnostic, soit comme moyen curatif, donnent sans contredit à son opinion une valeur considérable.

Voici ce que nous trouvons à cet égard dans l'important ouvrage de ce savant syphiliographe.

L'opinion de M. Boeck sur les différents chancres, est qu'ils sont tous le produit du même virus ; mais l'intensité de ce virus étant on ne peut plus différente, il provoque, suivant cet observateur, les différentes formes de chancre et la durée différente de l'incubation. M. Boeck considère comme vraie, mais sujette à un grand nombre d'exceptions, la grande règle de M. Ricord, que le chancre mou avec ou sans bubon suppurant reste local, et que le chancre induré avec sa pléiade donne la syphilis constitutionnelle.

Il arrive assez souvent, dit-il, en citant des exemples à l'appui, que les femmes contractent la syphilis constitutionnelle à la suite d'un chancre mou. D'un autre côté, M. Boeck a vu plusieurs exemples d'individus ayant eu un chancre manifestement induré et qui sont restés plus d'une année sans être affectés de syphilis constitutionnelle.

Voici comment le syphiliographe de Christiania explique les résultats contradictoires des expériences à cet égard :

En suivant exactement, dit-il, depuis le premier stade la marche d'un certain nombre de chancres, on découvrira qu'au début ils sont assez identiques et présentent des ulcères à suppuration abondante. Si pendant ce stade on fait une inoculation, elle réussira presque toujours. Mais peu à peu quelques-uns des ulcères (en général le plus petit nombre) commencent à s'indurer, et à mesure des progrès de l'induration la suppuration diminue, la sécrétion de l'ulcère devenant de plus en plus séreuse. Les inoculations faites pendant ce stade donneront dans beaucoup et peut-être dans la plupart des cas un résultat négatif, et plus l'induration a fait de progrès, plus on réussira rarement à provoquer des pustules avec la lancette, jusqu'à ce qu'il arrive une époque où toute inoculation sera sans effet. En couvrant alors le chancre de charpie qu'on ne renouvelle pas, au bout de vingt-quatre heures ou plus tôt, on trouvera une abondante sécrétion de matière plus épaisse et purulente, dont l'inoculation, dans la plupart des cas, donnera des résultats positifs, même lorsque l'induration est arrivée à un grand degré de développement.

On vient de voir en peu de mots ce que M. Boeck a cru pouvoir déduire des observations cliniques aidées de l'inoculation diagnostique.

Voici maintenant ce que les inoculations faites comme méthode curative lui ont enseigné :

Le différent degré d'inflammation qu'on voit se déclarer chez les différents individus comme l'effet du virus syphilitique, a été attribué à l'individualité seule du malade. La syphilisation a démontré que c'était une erreur, que la matière possède une intensité fort différente. C'est là un point capital quand il s'agit de porter un jugement sur les différentes espèces de chancres, ainsi que pour résoudre la question de l'unité et de la dualité du virus syphilitique. Or, voici les preuves que donne M. Boeck de ce que l'intensité du virus syphilitique est capable de s'affaiblir comme d'augmenter.

L'inoculation constamment répétée du même individu avec la même matière syphilitique, et en prenant toujours pour l'inoculation suivante la matière des pustules produites par la dernière inoculation, aboutit enfin à l'immunité, eu égard à cette matière, les pustules et les ulcères produits devenant de plus en plus petits. Peu importe qu'on emploie la matière d'un chancre mou ou celle d'un chancre induré, on obtient toujours la même série décroissante en arrivant enfin à un résultat négatif. Mais le temps du procès, en supposant que les inoculations se font avec des intervalles égaux, est excessivement variable.

Dans un cas, M. Boeck a pu continuer l'inoculation du même individu avec la même matière à travers 83 générations, et les inoculations se faisant avec trois jours d'intervalle, la matière continuait à rendre pendant 243 jours. Une autre fois, la matière ne se laisse inoculer qu'à travers quelques générations, et, en faisant simultanément des inoculations de la même matière sur plusieurs individus, on trouve qu'elle est à peu près inoculable dans le même nombre de générations sur tous ceux qui n'ont pas déjà été syphilisés pendant quelque temps. On a là tout de suite la preuve de la différence d'intensité de la matière.

Dans sa première série d'expériences sur la syphilisation, M. Boeck n'a employé la matière que d'un seul chancre mou. Les deux individus inoculés les premiers de la matière de ce chancre étaient en traitement pendant plus de six mois avant d'atteindre l'immunité et la guérison. L'un de ces malades a eu 222, l'autre 290 chancres. Les deux individus suivants, pour lesquels la matière fut empruntée aux deux premiers, qui, à cette époque, étaient soumis à la syphilisation depuis quatre mois, devinrent indemnes au bout de trois mois, l'un après avoir eu 133 et l'autre 152 chancres. Le cinquième, dont la syphilisation commença cinq mois après le commencement de la syphilisation des deux premiers, et qui fut inoculé avec une matière empruntée à ceux ci, devint indemne avant l'expiration de deux mois et après n'avoir eu que 71 chancres.

Comme l'intensité de la matière syphilitique peut diminuer, elle peut également augmenter dans certains rapports.

On peut observer clairement cet accroissement de force en inoculant la matière d'un chancre arrivé à la période de réparation, opération qui ne produit que de petites pustules, lesquelles disparaissent en peu de temps. En inoculant de nouveau la matière de ces pustules, il peut arriver que l'on obtienne des pustules plus grandes dans les générations suivantes. M. Boeck en cite un exemple remarquable observé avec la plus minutieuse exactitude.

Un homme, souffrant d'un commencement de syphilis constitutionnelle et chez lequel le chancre induré n'était pas encore entièrement cicatrisé, fut inoculé de la matière de ce chancre âgé de deux mois ; l'inoculation produisit des pustules qui disparurent sans pour ainsi dire laisser de trace ; toutefois tous les trois jours l'inoculation fut continuée avec la matière de ces petites pustules produites par l'inoculation précédente, et enfin il se développa à la sixième génération de petits ulcères. Dès ce moment l'action fut toujours plus forte, de sorte que des chancres parfaitement caractéristiques se développèrent dans quelques générations suivantes.

Dans tous les cas où la matière syphilitique a pu être inoculée dans un grand nombre de générations, elle a été prise d'un chancre mou. Mais on ne peut guère poser comme thèse que le chancre mou fournisse toujours un pus inoculable dans un grand nombre de générations. Le pus du chancre induré n'a jamais été inoculable dans beaucoup de générations ; il a pu aller jusqu'à vingt-cinq ou un peu plus, mais jamais il n'a atteint les grands chiffres de cinquante et au-dessus. Pendant deux ans M. Boeck a employé toujours pour la syphilisation la matière des chancres indurés, et le traitement qui a pris moins de temps a eu lieu avec plus de régularité que jamais. Dans ces derniers temps, il a essayé sur une personne près que indemne par suite d'inoculations avec la matière de chancres indurés d'inoculer le virus d'un chancre mou qui chez un autre individu avait provoqué des pustules très-grandes, mais cette matière ne produisit chez ce syphilisé que trois générations de très-petites pustules, et pour ainsi dire point d'ulcères.

En résumé, les expériences de M. Boeck l'ont conduit, quant aux différentes formes des chancres, au résultat suivant :

Le chancre mou, comme le chancre induré, est le produit du même virus, mais l'intensité différente de ce virus fait les deux formes. Les chancres mous sont le produit du virus le plus énergique qui par son intensité développe dans sa circonférence une inflammation qui met obstacle à l'absorption. Les chancres indurés sont produits par un virus moins intense qui ne développe point une inflammation assez forte pour empêcher l'absorption. Lorsque la matière est très-intense, on obtient un chancre mou distinct ; si elle est peu intense, on obtient un chancre induré distinct. C'est avec du pus d'intensité différente qu'on provoque les formes intermédiaires de chancres, qui laissent toujours dans l'incertitude de savoir si l'affection primitive sera suivie ou non d'une syphilis constitutionnelle.

OBSERVATION D'UN CAS D'ICTÈRE GRAVE

consécutif au vomissement nerveux.

Par M. le Dr Matton, de Bouzonville (Moselle).

Georges P..., âgé de vingt-quatre ans, bien constitué en apparence, a eu des convulsions dans son enfance, plus tard la fièvre typhoïde, et plusieurs fois la blennorrhagie. Il n'a jamais eu de chancre et ne porte sur le corps aucune trace de l'infection syphilitique. Deux ou trois fois par an, il est atteint d'une angine simple, compliquée de vomissement qui ne cesse qu'avec l'angine.

Le vomissement paraît ne lui causer aucun malaise : la moindre indisposition, l'émotion la plus légère, suffisent pour faire éclater les convulsions du diaphragme. Ce vice d'organisation ne l'a pas empêché d'acquérir un embonpoint remarquable, et n'a nullement modifié son caractère, toujours gai et sociable.

Du côté de l'estomac, il n'a jamais accusé que des aigreurs, quelquefois de légers tiraillements, se faisant sentir surtout après l'usage d'aliments maigres.

Pendant les accès de vomissement de longue durée, courbature, fatigue dans la région épigastrique, amertume dans les premières voies digestives, parfois des crampes dans les membres inférieurs, sont les seules sensations qu'il ait éprouvées. Il n'a jamais rien ressenti dans l'hypochondre droit.

Le 16 août dernier, P... accuse de la céphalalgie, des douleurs dans les lombes, du brisement des membres, de la constipation et des vomissements. Pouls accéléré, un peu de chaleur à la peau.

Un purgatif salin calme sa céphalalgie et procure plusieurs selles. Les autres symptômes persistent.

Du 17 au 20, au vomissement des aliments succède celui des boissons. Tisanes, potions antivomitives, sont rendues immédiatement

---

Cette analyse montre très souvent qu'une description seule et unique et un même nom sont couramment appliqués à des lésions diverses. On sent à la lecture du livre de M. Lebert que par la voie savante et laborieuse qu'il suit avec tant de persévérance se trouvent minés peu à peu les systèmes pathologiques actuels, auxquels plus tard il suffira de toucher très-légèrement pour en montrer le néant et les faire crouler. Mais si cette méthode scientifique détruit, elle ne le fait précisément que parce qu'elle amasse des matériaux nombreux et solides à la place de ce qu'elle annule.

Aussi, lorsque cette analyse anatomo-pathologique aura été suffisamment poursuivie, des éléments anatomiques eux-mêmes jusqu'aux substances organiques coagulables qui composent la substance de ceux-ci ainsi que des humeurs, une nouvelle synthèse se fera jour facilement. Cette synthèse jettera dans le chaos pathologique actuel une lumière dont ne soupçonnent pas l'existence ceux qui en sont encore au seul genre d'observation anatomo-pathologique et même chimique, qui était la base de notre éducation médicale il y a quinze ans à peine. Épars dans les recueils scientifiques, les matériaux que nos moyens actuels d'investigation accumulent, restent perdus et coûtent autant à aller chercher dans la foule des publications de tous les pays, qu'à observer d'après nature. C'est même là un des inconvénients de notre littérature médicale comparée à celle d'autrefois ; c'est que de nos jours les grands tableaux scientifiques sur telle ou telle partie de la science deviennent de plus en plus rares, parce que le temps gaspillé en publications mensuelles est autant de perdu pour les travaux les plus utiles, ceux qui exigent de longs et persévérants efforts.

C'est donc un ouvrage d'une utilité incontestable que celui qui vient donner, avec une perfection non encore atteinte, l'état actuel des connaissances anatomo-pathologiques ; qui, je le répète, permet de placer en face l'une de l'autre l'exposition dogmatique, la description analytique et la représentation graphique la plus fidèle et la plus belle qu'on puisse concevoir de nos jours. Il permet aux observateurs qui n'ont pas encore abordé ce genre d'études d'attendre en peu de temps le niveau qu'elles ont atteint, sans passer par les phases d'essais et d'hésitations longues et pénibles qui entravent toujours les débuts de toute recherche nouvelle.

Il est certainement incontestable que les médecins ne sauraient voir sans le plus vif intérêt qu'ils peuvent, texte et planches en main, constater que l'aspect extérieur qui nous est offert par beaucoup de produits morbides, n'est que la *résultante*, si l'on peut ainsi dire, d'un dérangement survenu dans la disposition de parties élémentaires du corps que l'œil nu ne peut apercevoir. Du reste, ce dérangement de certains éléments anatomiques est presque toujours causé par une modification de structure de ces éléments même ou de ceux qui les avoisinent, par leur atrophie, leur hypertrophie, la multiplication exagérée de leur nombre, ou hypergénèse, en un point donné de l'économie ; par la production dans leur épaisseur de granulations graisseuses ou autres, ou quelquefois par la production entre eux d'éléments d'autres espèces, etc.

Ainsi, la plupart des altérations morbides des tissus, souvent même celles qui, par leur aspect extérieur, s'éloignent le plus de celui des organes normaux, dérivent d'une hypergénèse ou d'une diminution de nombre d'un ou de plusieurs des éléments anatomiques normaux, avec ou sans modifications de volume ou de structure de chacun d'eux. Ce que l'on nomme communément une *dégénérescence* ou une *transformation*, soit d'un organe, soit même d'une tumeur, n'est également qu'une modification d'aspect extérieur due à un changement survenu dans l'intimité du tissu ; en général, ce changement consiste en ce que l'une des espèces d'éléments anatomiques ayant une forme caractéristique, ou à l'état de matière amorphe, continue à se multiplier plus que les autres ; par son accumulation, elle change ainsi l'aspect extérieur de ces parties, et même quelquefois en modifie l'action sur les parties voisines, la marche clinique en un mot.

A l'aide d'une série de figures, depuis celles qui représentent l'aspect extérieur d'une tumeur ou de toute autre lésion d'un organe, jusqu'à celles qui montrent les éléments qui entrent dans la structure intime, le chirurgien et le médecin pourront désormais reconnaître quelle est la nature réelle ou élémentaire de tous les cas analogues qui pourront s'offrir à eux. Ils peuvent, qui plus est, à l'aide de ces moyens, reconnaître cette nature avant l'opération, s'il s'agit d'une tumeur, et en tirer d'utiles indications sur l'opportunité de celle-là ; c'est déjà ce qu'on voit faire couramment dans les hôpitaux et dans la pratique civile par des hommes qui n'ont pas cru qu'une ponction exploratrice, suivie de l'examen au microscope des fragments ou des gouttes de matière qu'elle a fournis, dût mériter plus d'être tournée en ridicule que la même ponction exploratrice employée seule par les auteurs mêmes de ces plaisanteries, pour le diagnostic d'un kyste, etc.

verrées par verrées ou cuillerées par cuillerées, telles qu'elles ont été administrées, quelquefois teintes en vert par la bile. Le malade ne demande plus à manger, mais une grande soif le tourmente.

Le moindre mouvement dans son lit, aussi bien que la boisson, provoque à la fois le vomissement, les renvois gazeux et le hoquet.

La soif va en augmentant, et avec elle la sécheresse de la bouche et la constipation; les urines deviennent rares et épaisses. Point de garde-robe sans lavement. Par l'usage de la glace, les vomissements diminuent de fréquence, mais l'eau résultant de sa fusion est rendue en totalité, quoique à des intervalles plus éloignés. L'acte du vomissement redevient moins fatigant; il exige des efforts moins violents, et peu à peu la bile cesse de paraître dans les matières vomies.

Grande agitation toutes les nuits. Vers dix heures du soir, mouvement fébrile avec crampes dans tous les membres; ce paroxysme dure près d'une heure. Insomnie. De temps en temps de la somnolence troublée par des rêves et des frayeurs. On combat ces symptômes nocturnes par des lavements laudanisés additionnés de 0,40 de sulfate de quinine.

Tous les matins la prostration des forces paraît plus grande; le pouls est misérable, irrégulier (100 à 120), par moments insensible à la radiale. Vers midi, le pouls reprend un peu d'ampleur et de régularité.

Dans la nuit du 20 au 21 août toute cette scène change. Il n'a plus eu son paroxysme fébrile, il a été moins agité. Un peu de repos.

Le 21, à la visite du matin, le malade nous présente une coloration jaune de tout le corps, plus intense sur le tronc et sur les membres que sur la face. Démangeaisons à la peau. Pouls à 90, régulier, plus sensible à la radiale. Faiblesse générale plus grande.

La palpation et la percussion ne réveillent aucune douleur dans les régions épigastrique et hypochondriaque. Sentiment de gêne et de fatigue seulement à l'épigastre. Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes et ne paraît augmenté de volume dans aucun sens.

Le 22, la nuit a été meilleure. Etat moral un peu rassuré. Après un lavement laxatif et diurétique, une selle décolorée, d'un gris terreux, et des urines jaune rougeâtre très-épaisses. L'ictère est encore plus intense.

Dans la nuit du 22 au 23 une seconde épistaxis se déclare, et le vomissement et le hoquet reviennent avec plus de violence. — Vésicatoire sur le trajet du nerf phrénique.

La couleur de tout le corps est d'un jaune de curcuma. Pouls à 80. Gémissements continuels durant toute la journée.

Parois du pharynx gonflées, parsemées de petites taches rondes d'un rouge foncé, paraissant de nature pétéchiale.

Dans la nuit le malade éprouve le besoin de calmer le feu interne qui le dévore. Anxiété très-grande jusqu'au jour.

Le 24, débilité extrême; voix éteinte; regard fixe, sans expression. Pouls à 60, régulier, mais dépressible. Le vomissement et le hoquet ont cessé. Le malade s'assoupit et tombe dans le coma. La respiration s'accélère de plus en plus, le ventre se ballonne; il expire dans la nuit du 24 au 25, vers une heure du matin.

Nous n'avons pu examiner les organes internes de notre sujet, mais les données que nous possédons nous suffisent pour nous prononcer sinon avec une certitude complète, au moins avec des probabilités très-grandes sur les causes de cet ictère.

L'embonpoint de ce jeune homme, ses digestions toujours faciles, l'absence de douleur dans les régions du foie et de l'estomac, même pendant l'acte du vomissement; la nature des matières vomies font justice à nos yeux de toute hypothèse de lésion organique de quelque partie de l'appareil digestif ou de ses annexes.

Le hoquet et le vomissement, qui naissent à la vue d'un objet dégoûtant, sous l'influence d'un sentiment de joie ou de tristesse, comme dans le cas spécial, ne peuvent dépendre que d'un mouvement réflexe.

L'estomac et le foie puisant leur innervation à la même source, nous concevons qu'un trouble de l'innervation de l'un de ces organes entraîne le trouble de l'innervation de l'autre, et que le spasme des rameaux nerveux qui président à la sécrétion de la bile puisse succéder au spasme des nerfs de l'estomac, et donner lieu d'abord à une hypersécrétion de bile, ensuite à la suspension des fonctions sécrétoires du foie, lorsque cet état pathologique des nerfs a acquis une certaine intensité.

L'ictère grave, dit M. Monneret, est dû à l'arrêt de la sécrétion biliaire. Nous avons ici des preuves de cet arrêt de sécrétion dans la décoloration des selles et des vomissements à partir du moment où l'ictère s'est manifesté, et dans l'absence des signes d'obstruction des canaux excréteurs de la glande hépatique.

L'atrophie du foie qu'a trouvée Rokitanski, la déformation et la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques qu'ont constatées MM. Budd et Robin, ne seraient-elles pas des effets plutôt que des causes de l'ictère grave?

La malignité de l'ictère grave, que MM. Monneret et Bouchut rattachent à une cause générale altérant le sang, ne dépendrait-elle pas, au moins en partie, de la présence dans le sang des matériaux de la bile, d'une cholétoxémie? Les épistaxis et les pétéchies, invoquées comme une preuve de l'altération du sang, ne s'étant montrées qu'après l'ictère, sembleraient le prouver.

Des préoccupations tristes depuis quelques jours, un violent accès de colère, un long voyage par les grandes chaleurs du 14 août, nous paraissent avoir été les causes prochaines de cette maladie, et une vie un peu déréglée en a été la cause prédisposante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 janvier 1864. — Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance se compose des journaux de la semaine.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. Broca. Je présente une pièce à l'appui de ce que j'ai dit dans l'avant-dernière séance sur des caillots vasculaires qu'on a considérés à tort comme emboliques; la preuve de l'erreur se tire de ce que ces caillots sont tubulaires, qu'ils sont percés dans toute leur longueur par un conduit plus ou moins fin (suivant leur âge) qui permet le passage du sang. Cette disposition peut être observée sur l'artère de la scissure de Sylvius de ce cerveau que j'ai recueilli sur une femme âgée qui a succombé dans mon service à la Salpêtrière. Je tenais à mettre cette pièce sous les yeux des membres de la Société pour montrer comment, faute d'une recherche suffisante, on avait pu souvent donner une interprétation erronée à l'existence de caillots des artères cérébrales.

RAPPORTS.

M. Dolbeau lit un rapport sur trois observations de M. Bouyer (de Saintes), et conclut à la publication dans le *Bulletin* de la première observation.

M. Dolbeau lit un second rapport sur une note de M. Hurel, élève des hôpitaux, relative à un cas d'ostéo-périostite du fémur chez un enfant de trois ans, et conclut à la publication de cette note.

La Société adopte ces conclusions.

Tumeur sous-maxillaire (côté droit); ligature préalable de la carotide primitive; ablation de la tumeur douze jours après par l'écrasement linéaire; mort; par M. le docteur Bouyer (de Saintes).

M. A. M... (de Cognac), cinquante-six ans, bonne constitution, tempérament sanguin, n'a jamais eu d'affection syphilitique ni strumeuse; père de trois garçons, mariés eux-mêmes et bien portants; homme de peine au service du draguage de la Charente, profession qu'il exerçait encore il y a peu de temps.

Cet homme a vu commencer, il y a quinze mois environ, à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde droite, une tumeur qui, grosse d'abord comme une noisette, acquit bientôt le volume d'une forte noix, pour rester longtemps à ces dimensions; alors, elle était libre d'adhérences avec les parties voisines, très-régulièrement arrondie, et roulait sous la peau. Ne souffrant nullement alors, il ne consulta personne.

Il y a quatre mois, à l'état stationnaire de la tumeur succéda un développement très-rapide. Depuis cette époque, M. A. M... reçut de divers médecins, à Angoulême et à Cognac, le conseil de subir une opération chirurgicale, et il se présenta à moi le 30 mai 1860.

Voici ce que je puis constater:

Cet homme porte au côté droit du cou une tumeur qui commence à la partie supérieure et postérieure de l'apophyse mastoïde, où elle soulève considérablement l'oreille et s'étend obliquement jusque vers la symphyse du menton. En haut et en dedans, elle commence à l'arcade dentaire inférieure pour se terminer en bas et en dehors à la partie moyenne du cou. Elle mesure 30 centimètres dans son grand diamètre et 21 dans son plus petit; elle est assez régulière, sans bosselures et sans changement marqué de couleur à la peau.

Elle n'offre ni souffle ni battements par expansion; mais les artères qui s'y rendent sont volumineuses, et leurs battements sont très-énergiques.

L'articulation temporo-maxillaire est libre.

Dans l'intérieur de la bouche, on ne perçoit la tumeur que dans le sillon labio-dentaire, dans une étendue de 6 centimètres.

Si l'on comprime les gros vaisseaux du cou, la tumeur devient violacée.

L'idée d'un anévrysme étant mise de côté par l'absence de battements et de souffle; d'autre part, le malade éprouvant depuis plusieurs mois des douleurs lancinantes très-manifestes, je songeai immédiatement à une maladie cancéreuse. Toutefois l'aspect général du sujet, son embonpoint me laissaient quelques doutes.

Je pratiquai une ponction exploratrice qui ne donna pas de sang, et le stylet plongé dans l'ouverture de la ponction se promena sans trop de résistance dans un tissu aréolaire et comme poreux, qui acheva de me convaincre que j'avais affaire à une tumeur encéphaloïde.

Je proposai alors au malade une opération, qui fut acceptée.

Redoutant beaucoup l'hémorrhagie, vu le calibre des artères qui rampaient autour de la tumeur, et ne pouvant constater la profondeur à laquelle allaient les ramifications du mal au milieu des muscles et des nerfs du cou, je résolus de pratiquer d'abord la ligature de la carotide primitive, pensant avoir ultérieurement plus de facilités à faire l'extraction du produit morbide, et pensant surtout me donner des chances sérieuses contre les dangers de l'hémorrhagie immédiate.

Cette première opération fut pratiquée le 31 mai 1860, avec l'aide des docteurs Bouyer père, Bargignac, Dissez et Viauld.

L'opération dura quelques minutes; il s'écoula à peine quelques gouttes de sang, et l'artère, saisie et isolée parfaitement, fut liée sur-le-champ avec un fil ciré en quatre doubles. Pansement avec des bandelettes agglutinatives. Le soir, bonne réaction; le malade se plaint de difficulté à avaler.

Le 1er juin, trois soupes légères; pas de fièvre. Expectoration catarrhale abondante; toux légère. Douleurs dans la moitié droite de la tête.

Le 2, douleurs hémicrâniennes et expectoration persistantes.

Les 3, 4 et 5, cet état continue; pourtant l'expectoration s'amende sous l'influence d'une potion au perchlorure de fer. Persistance de la douleur hémicrânienne. Le malade reprend peu à peu les aliments solides; les forces lui reviennent, et je songeai alors à pratiquer l'ablation de la tumeur.

Mais les anastomoses ont rétabli le calibre des artères, qui battent avec force; aussi me décidai-je à pratiquer l'opération par l'écrasement linéaire. Elle fut faite le 13 juin 1863, en présence des confrères désignés ci-dessus, et j'y procédai de la manière suivante:

Deux incisions elliptiques se rejoignant aux extrémités du plus grand diamètre et comprenant entre elles un lambeau cutané de 6 centimètres dans sa plus grande largeur; dissection de la peau jusqu'à la base de la tumeur.

Cela fait, j'enfonce à la base, à la réunion de son tiers postérieur avec son tiers moyen, une longue aiguille courbe entraînant avec elle deux fils, l'un isolé, l'autre attaché à la chaîne de l'écraseur linéaire. J'introduis alors à la partie postérieure de la tumeur une autre aiguille courbe, destinée à maintenir le trajet du fil; alors, avec le fil isolé, je pédiculise la partie postérieure de la tumeur, qui se sectionne de suite avec la chaîne. J'obtiens ainsi une plaie sèche.

Même manœuvre pour la partie inférieure et interne. Je la pédiculise d'abord en passant vers sa base un fil qui est guidé dans sa voie par une série d'aiguilles courbes enfoncées à la base de la tumeur. Le pédicule obtenu, je le saisis avec la chaîne de l'écraseur et je le sectionne. Cette seconde portion, beaucoup plus volumineuse que la première, demande un temps considérable pour être détachée.

Le résultat en est néanmoins satisfaisant, car en deux heures j'enlève en un seul bloc cette énorme tumeur, qui pèse environ 800 grammes.

Une fois la tumeur enlevée, la plaie très-vaste qui en résulte sèche d'abord, laisse bientôt écouler une assez grande quantité de sang qui sort en nappe; mais cette hémorrhagie cède immédiatement à un badigeonnage de perchlorure de fer.

Le malade, qui a supporté avec calme cette douloureuse épreuve, quoique ayant refusé des anesthésiques, a le pouls régulier et bon. — Pansement, compresses d'eau froide. — Le soir, bonne réaction.

Le 14, insomnie; continuation d'une réaction modérée. — Soupe légère. Laudanum le soir.

Ce n'est pas non plus sans intérêt que les médecins et chirurgiens reconnaîtront qu'ils peuvent à l'avenir, en suivant les descriptions et la série des dessins de l'ouvrage de M. Lebert, constater par eux-mêmes que l'aspect extérieur de certains produits morbides a d'autres causes encore que les particularités indiquées dans quelques-unes des lignes précédentes.

Enfin l'ouvrage de M. Lebert permet, à qui en aura comparé les divers chapitres et les planches correspondantes, de comprendre comment on peut arriver à un certain degré de fixité et d'uniformité dans la détermination des produits morbides, en se basant sur l'examen de leurs éléments anatomiques plutôt que sur leur consistance, leur couleur, etc...; pourquoi comparativement les déterminations autrefois ou actuellement faites à l'œil nu, sont à peu près sans valeur et offrent des variations d'un observateur à l'autre qui sont devenues proverbiales; pourquoi ces variations d'un observateur à l'autre sont en quelque sorte devenues la règle dans cette espèce d'anatomie pathologique, ce qui permet à chacun d'avoir sa classification et de la pouvoir défendre avec autant de force que toute classification diamétralement opposée.

J'ai cru devoir m'attacher à faire voir ce qui ressort de la lecture de l'ouvrage de M. Lebert, après avoir indiqué dans quel esprit de sage réserve il est écrit, bien plus qu'à dire ce qu'il renferme ou si ce qu'il contient me plaît ou ne me plaît pas. Dans un sujet aussi vaste et dans lequel il faut coordonner des matériaux si complexes, le meilleur juge est celui qui les a recueillis, examinés sous toutes les faces et les a tous à la fois sous les yeux.

L'introduction est certainement le meilleur abrégé d'histoire de l'anatomie pathologique du seizième siècle jusqu'à nos jours.

L'ouvrage se divise en deux parties: la première intitulée l'anatomie pathologique générale, s'ouvre par un chapitre sur l'hyperémie et l'inflammation, le plus complet que nous possédions sans aucun doute, et où la nature des changements survenus dans les capillaires se trouve décrite et figurée comme elle ne l'a jamais été.

Les hémorrhagies, l'ulcération, la gangrène, l'atrophie, l'hypertrophie en général, puis et en particulier l'hypertrophie glandulaire dans tous les organes successivement.

Les tumeurs (qu'il divise en productions hypertrophiques, homœomorphes, hétérotopiques, hétéromorphes et parasitiques); enfin les modifications congénitales de conformation.

La deuxième partie, sous le nom d'anatomie pathologique spéciale, traite des lésions considérées dans chaque organe en particulier. M. Lebert étudie successivement, dans le livre Ier, les maladies du cœur, des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Dans le livre II, les maladies du larynx, de la trachée, des bronches, de la plèvre, de la glande thyroïde et du thymus.

Avec le tome II commence le livre III, qui comprend les maladies du système nerveux, de l'encéphale et de ses membranes, de la moelle épinière et de ses enveloppes, des nerfs, etc.

Le livre IV est consacré aux maladies du tube digestif et de ses annexes: maladies du foie, de la rate, du pancréas, du péritoine, altérations qui frappent le tissu cellulaire rétro-péritonéal (hémorrhoïdes).

Le livre V traite des maladies des voies urinaires: maladies des reins, des capsules surrénales, altérations de la vessie, altérations de l'urèthre.

Le livre VI, sous le titre de *Maladies des organes génitaux*, comprend deux sections:

1° Altérations anatomiques des organes génitaux de l'homme: altérations du pénis et du scrotum, maladies de la prostate, maladies des glandes de Méry et des vésicules séminales, altérations du testicule et de ses enveloppes.

2° Maladies des organes génitaux de la femme: maladies de la vulve et du vagin, etc.

Le livre VII traite *des maladies des os et des articulations*.

Le livre VIII: *Anatomie pathologique de la peau*.

Le livre IX: *Changements moléculaires que les maladies produisent dans les tissus des organes du corps humain*.

Une table générale alphabétique forme le complément.

Le traité de M. Lebert est le monument élevé à la science de l'anatomie pathologique le plus beau qui ait paru jusqu'à ce jour. C'est aussi le plus utile, parce qu'il est le plus complet, parce qu'il ne néglige ni les changements de volume ni ceux de couleur, ni les particularités que le microscope fait seul reconnaître, auxquelles sont dus ces changements; parce qu'il rend facile l'étude de ces éléments microscopiques, dont en France l'observation est jugée avec tant de frayeur par les uns, avec tant de mépris par les autres.

Ch. Robin,
professeur d'histologie à la Faculté de médecine.

Le 15, nuit bonne. Les soupes sont trouvées bonnes; commencement de suppuration. Pas de fièvre.

Dans la nuit du 15 au 16, vers deux heures, la garde-malade s'aperçoit que cet homme ronfle d'une manière insolite et me fait appeler.

Je trouve le malade sans connaissance et faisant entendre ce ronflement stertoreux qui accompagne les hémorrhagies cérébrales. Résolution complète des membres.

J'applique des sinapismes et je donne une potion au bicarbonate de soude; mais c'est à peine si la déglutition est possible.

Le mal va en empirant dans la matinée. Mort à midi.

Je n'ai pu faire l'autopsie. Quelle a pu être la cause de la mort? Songeant à la douleur hémicrânienne qui n'avait pas disparu depuis la ligature de la carotide primitive, il est difficile de ne pas trouver entre ces deux faits une relation de cause à effet. Pourtant les anastomoses s'étaient rétablies, comme le prouvent l'hémorrhagie et la grande vascularité de la tumeur.

Je croirais plutôt à un épanchement intracrânien dû à la difficulté qu'éprouvait le reflux du sang par suite de la suppression de gros troncs veineux compris dans la chaîne de l'écraseur. Et me fondant sur ce fait et sur cette explication, je crois plus avantageux pour les tumeurs profondes du cou une dissection attentive qui permette de suivre de l'œil les parties que l'on sectionne qu'un écrasement en masse qui peut intéresser des parties qu'il serait avantageux d'épargner. C'est, du reste, la pratique que j'ai suivie plus tard, et dont j'ai eu lieu de m'applaudir.

— La tumeur, enlevée et fendue avec le bistouri, était formée d'une matière pulpeuse et rougeâtre avec des bosselures plus dures offrant l'aspect des cancers encéphaloïdes dans cette période qui précède leur ulcération.

Ostéo-périostite du fémur, par M. HUREL.

Alexandrine Ch..., jeune enfant de trois ans, a été élevée au sein. Au retour de nourrice, elle présentait une tuméfaction douloureuse de la partie supérieure de la jambe gauche, qui s'ulcéra trois mois avant son entrée à l'hôpital. En même temps que l'affection de la jambe, s'est déclarée à l'œil gauche une ophthalmie qui a détruit une partie de la cornée et laissé un albugo assez considérable.

La mère, Italienne, âgée de vingt-trois ans, habitant Paris depuis quatre ans, s'est toujours bien portée, ainsi que son mari.

Le 15 juillet 1863, l'enfant est admise au nº 28 de la salle Sainte-Geneviève, service de M. le docteur Triboulet. Elle présente les symptômes suivants :

La jambe est fortement fléchie, au point que sa face postérieure est appliquée sur celle de la cuisse. Le genou présente une tumeur considérable, arrondie, sans coloration de la peau, mais avec dilatation de quelques veines. La jambe est atrophiée, la cuisse tuméfiée. Cette tuméfaction remonte sur la face antérieure de la cuisse jusqu'au niveau de la limite du tiers supérieur. Une pression exercée de haut en bas sur cette tuméfaction fait sourdre une très-grande quantité de pus par une fistule ulcéreuse située au niveau de la tubérosité interne du fémur. Ce pus est séreux, trouble, d'un aspect un peu crémeux, abondant; les linges du pansement en sont inondés tous les jours. Au niveau de la tête du péroné est une ulcération large d'au moins 2 centimètres en tous sens, d'un gris rougeâtre, sans bourgeons charnus, à bords minces et décollés. Les mouvements volontaires sont nuls. Les mouvements provoqués déterminent une vive douleur.

La malade a un teint terne, l'aspect général débilité. Fièvre hectique légère, pas de diarrhée. A l'auscultation, on trouve les sommets des poumons sains.

Après un traitement inutile par la teinture de ciguë à haute dose, on a recours à la pression méthodique par une bande roulée sur une feuille de ouate, qui semble amener à la longue une amélioration, si bien que vers le mois de septembre et jusqu'en novembre, la pression sur le foyer ne fournit plus qu'une petite quantité de sérosité. Mais à partir du 15 novembre, le pus séreux redevient abondant, puis à la fin de novembre se prononcent des accidents d'infection putride, à laquelle la malade succomba le 6 décembre.

Autopsie. — On trouve à l'autopsie un vaste foyer grisâtre remontant jusqu'au tiers supérieur du fémur, dans l'épaisseur du triceps fémoral, sous le vaste interne et sous le vaste externe. Ce foyer communique par un large pertuis situé au milieu du vaste externe avec une fistule du périoste. Il s'ouvre en bas dans l'articulation du genou et par elle dans les fistules.

Le périoste épaissi s'est ossifié, comme on peut le voir sur la pièce que j'ai l'honneur de soumettre à la Société; il forme une gangue qui entoure le fémur réduit à une lamelle externe très-mince et au tissu spongieux très-raréfié.

Des filaments osseux nombreux rattachent le périoste à l'os. On voit l'artère nourricière volumineuse s'enfoncer dans son trou dilaté. L'os est facile à couper, spongieux, fragile et flexible; le cartilage de l'articulation est en partie résorbé, en partie détruit; l'articulation est imbibée de pus, les surfaces articulaires érodées; les ligaments croisés sont sains.

Il y a en haut et en bas de l'articulation deux larges ouvertures. La partie postérieure de la rotule présente un commencement d'altération.

Tels sont, Messieurs, les renseignements rapidement résumés que j'ai cru devoir vous apporter sur les pièces que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

ÉLECTIONS.

La Société est appelée à voter, sur la demande de MM. Bouvier et Guersant, qui désirent devenir membres honoraires.

Sur 21 votants, MM. Bouvier et Guersant obtiennent chacun 20 voix. Ils sont en conséquence nommés membres honoraires.

Election de membres correspondants nationaux.

La Société doit nommer trois membres correspondants nationaux.

Nombre de votants : 28; majorité : 15.

M. Duboué (de Pau), obtient 28 voix; M. Azéma (de la Réunion), 20 voix; M. Isnard (de Metz), 16 voix; M. Oré (de Bordeaux), 11 voix; MM. Courty et Delore, chacun 2 voix; MM. Dubois, Hergott, Ehrmann, Delacour et Bœckel, chacun 1 voix,

En conséquence, MM. Duboué, Azéma et Isnard sont nommés membres correspondants de la Société de chirurgie de Paris.

Election de membres associés étrangers.

Trois places sont vacantes.

Sur 27 votants, M. James Paget (de Londres) obtient 26 voix. MM. Hodgson (de Londres) et Robert Adams (de Dublin), chacun 25 voix; M. Constantini, 1 voix; un bulletin nul.

MM. Paget, Adams et Hodgson sont nommés membres associés étrangers de la Société de chirurgie.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport sur le prix Duval et le rapport de la commission des correspondants étrangers.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Josat vient d'être nommé inspecteur du service de la vérification des décès de la ville de Paris (place créée).

— Un concours pour cinq places d'élèves internes (deux chirurgiens et trois pharmaciens) s'ouvrira à Alger, pour les internes-chirurgiens, le vendredi 12 février 1864, et, pour les internes-pharmaciens, le mardi 16 de ce mois.

Les internes en chirurgie et pharmacie reçoivent un traitement annuel de 1,000 francs, qui pourra ultérieurement être porté à 1,200 fr. pour ceux qui auront mérité cette faveur par leurs services. Ils sont nourris à l'hôpital les jours de garde.

— Une mule appartenant à un propriétaire d'Hennaya (Algérie) fut amenée dernièrement à M. Santrot, vétérinaire civil à Alger, qui lui reconnut aussitôt les symptômes de la rage. Son diagnostic fut d'autant plus certain que, de l'aveu du propriétaire, cette bête avait été mordue, ainsi qu'un cheval, par un chien qu'il possédait il y a deux mois, et qu'il a fait abattre depuis. La séquestration de la mule fut immédiatement ordonnée. M. Rousseau, vétérinaire militaire, invité par M. Santrot à se rendre témoin d'un fait qui intéressait la science, reconnut également les symptômes manifestes de la maladie. Ils se proposaient d'en étudier toutes les phases, lorsque les accès d'hydrophobie devinrent plus fréquents et arrivèrent à un tel paroxysme, que la mort s'ensuivit le même jour, vers neuf heures du soir.

L'autopsie a fourni à MM. Santrot et Rousseau certains renseignements utiles à la science; ils se proposent de les adresser à l'observation de leurs collègues. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

— On lit dans la *Revue maritime et coloniale* la note suivante de M. Aubry-Le-Comte, conservateur de l'exposition coloniale, sur le *coca du Pérou :*

« Le coca du Pérou (*Œrythroxycon coca*) possède au plus haut degré des facultés stimulantes. Les feuilles mâchées à doses modérées, un drachme péruvien, de trois heures en trois heures, mettent un homme à même de se passer de nourriture pendant trois jours, tout en le rendant capable d'un développement extraordinaire de forces musculaires, le garantissant contre l'insalubrité du climat et lui procurant un grand sentiment de bien-être et de gaieté. Son principe excitant dépasse trois fois celui du café et quatre fois celui du thé. Il y a donc lieu de penser que son usage pourrait être avantageusement étendu à toute l'armée, surtout dans le cas de marche forcée, devant être immédiatement suivie d'une lutte corps à corps. Les mineurs et les voyageurs s'en servent pour faire des travaux et des marches de quatre jours sans aucun autre soutien, et Tschudi cite un Indien de soixante-deux ans qui, après avoir été employé cinq jours à des corvées très-pénibles sans autre nourriture, fit encore un voyage de cent milles en deux jours, soutenu seulement par le coca.

» M. de Castelneau cite également des faits extraordinaires résultant de son emploi; mais il est difficile de croire que les Européens, non habitués à cet usage, puissent accomplir les mêmes prodiges. Cependant, le docteur Mantegazzi (de Milan) constate que, quoique d'une complexion faible, il a pu rester plus de quarante heures sous l'influence du coca sans prendre d'autres aliments, et que pendant cette expérience il n'a ressenti aucun malaise. Il y a là un fait curieux, dont le département de la marine songe à tirer parti. Des graines de coca viennent d'être demandées au consul général chargé des affaires de France au Pérou, en vue de naturaliser cette plante dans nos colonies.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 7. — MARDI 19 JANVIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 7. — MARDI 19 JANVIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JANVIER 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans celte séance qu'une seule communication dont nous ayons à faire mention ici, c'est une note de M. le docteur Tripier, relative à l'usage de l'eau-de-vie dans la phthisie. C'est d'après des données physiologiques que l'auteur a été conduit à préconiser ce moyen, dont l'expérience aurait dans tous les cas à régler l'usage avec beaucoup de prudence.

Le *Moniteur* d'aujourd'hui annonce que par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 16 janvier, M. le docteur Tardieu, professeur de la Faculté de médecine, a été nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Rayer, démissionnaire.

Cette nomination, à laquelle nous applaudissons de tout cœur, sera accueillie avec la même faveur, nous n'en doutons pas, par la Faculté, par les élèves, et par le corps médical tout entier.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'aphasie, maladie décrite récemment sous le nom impropre d'aphémie.

(Deuxième leçon).

(Il s'est glissé dans le compte rendu de la première leçon de M. le professeur Trousseau sur l'aphasie (numéro du 12 janvier 1864), quelques erreurs qu'il importe de rectifier. Elles se trouvent dans le quatrième alinéa qui est relatif à l'étymologie du mot aphémie. *Aphémie* est dérivé de ἀ privatif et de φημί et non de φεμω, comme on l'a imprimé par erreur. Aphasie vient de ἀ privatif et de φάσις (parole) et non φασια.)

Nous vous avons montré par des exemples déjà assez nombreux des aphasies exemptes de toute lésion apparente du côté de l'encéphale, c'est-à-dire sans troubles de la sensibilité ni de la motilité; d'autres qui étaient compliquées de phénomènes paralytiques légers et passagers. Une troisième catégorie de malades nous a présenté des paralysies plus prononcées, mais également passagères. Nous arrivons maintenant à une quatrième catégorie, aux cas d'aphasie persistante compliquée de paralysie également persistante, mais offrant ceci de particulier qu'elle frappe presque exclusivement le côté droit. Nous ne connaissons encore, en effet, qu'un seul cas, qui est celui de notre malade Marcou, dans lequel la paralysie existe à gauche. Etudions ces cas plus complets; vous allez voir que ce sont encore les mêmes accidents, à part leur persistance.

Notre malade du n° 20 de la salle Sainte-Agnès est âgé de quarante ans. Ce n'est pas un ouvrier, comme les autres; celui-ci a étudié pour le sacerdoce, il a été au séminaire et est arrivé jusqu'aux ordres mineurs, ce qui suppose une éducation assez élevée et une instruction assez avancée.

J'insiste sur ce renseignement, parce que j'aurai à vous faire remarquer que malgré la culture intellectuelle qu'il a reçue, ce malade est cependant au-dessous d'un autre qui appartient à la classe commune des ouvriers sans instruction. Il s'est marié il y a quelques années, mais il n'a pas eu toujours une vie fort régulière; il était ivrogne, faisait mauvais ménage, rentrait souvent pris de vin. Ceci vous explique de suite comment un premier accident qui lui advint fut méconnu par sa femme, car elle le confondit avec un des accidents qui lui étaient ordinaires.

Cette femme a un enfant, un petit garçon qu'elle couche avec elle, ce qui lui sert d'excellent prétexte pour envoyer son mari coucher dans un autre lit. Or, un beau soir, le mari rentra assez tard; en arrivant, il trébucha et tomba; sa femme, qui était couchée, ne s'en inquiéta pas autrement; il se releva, et alla s'étendre sur son lit. Pendant la nuit elle fut réveillée par un bruit insolite, et finalement par la chute d'un corps lourd. C'était son mari qui faisait une seconde chute sur le plancher, puis se relevait encore.

Dès le matin, la femme se leva, examina l'état des choses, et trouva que son ivrogne avait brisé sa couchette et l'avait inondée, ainsi que le sol, de déjections de toutes sortes, chose qui lui était du reste quelque peu habituelle. Alors elle va pour faire à son mari une de ces objurgations que les bonnes ménagères dispensent si volontiers aux ivrognes après qu'ils ont cuvé leur vin. Elle commence la scène, et elle le voit qui la regarde avec des yeux hébétés et qui ne répond mot; elle insiste sans plus de succès, et enfin elle s'aperçoit qu'il est paralysé du côté droit et qu'il ne peut plus parler. Il est donc probable que dans le courant de la nuit il s'est levé, a eu un accident de paralysie, mais non pas tel qu'il n'ait encore pu regagner sa couche, et que dans la matinée seulement l'hémiplégie était devenue complète. A partir de ce moment, cet homme n'a plus dit autre chose que *couci couci ci... ci*. Depuis un mois qu'il est dans notre service, jamais son intelligence ne s'est manifestée que par l'éternel *couci couci ;* c'est tout ce que les sœurs, les infirmiers, les voisins et nous-même avons pu obtenir de lui. Cependant l'affaiblissement du côté droit a diminué. Il commence à se tenir sur sa jambe droite et il remue son bras droit, mais il ne peut encore s'en servir pour écrire. Avant de venir ici, il avait été dans un antre hôpital, où il avait eu une ou deux attaques éclamptiques; il en a éprouvé une ici également. Il est donc probable que quand il s'est levé dans la nuit, il y a cinq mois, pour s'affaisser aussitôt, il avait eu alors une attaque épileptiforme du même genre. Toujours est-il qu'il a eu depuis plusieurs attaques, nous ne dirons pas d'épilepsie précisément, mais d'éclampsie symptomatique d'une lésion cérébrale.

Voyons maintenant quelles sont les manifestations intellectuelles qu'il nous donne. Quoi que nous lui disions et demandions, il répond invariablement par le mot *couci ci*. Nous avons essayé de l'habituer à répondre par oui et non; mais c'est avec une peine extrême que nous arrivons à lui faire exécuter les mouvements de tête qui, dans toutes les langues, signifient oui ou non. Assurément il connaît comme tout le monde cette mimique naturelle de l'affirmation et de la dénégation. Eh bien, nous ne pouvons obtenir qu'il l'exécute d'une manière régulière et intelligente. Il est impuissant à la faire. Après cette première épreuve, nous lui demandâmes s'il savait écrire, et, sur sa réponse à peu près affirmative, nous lui fîmes donner papier, plume et encre. Sa main droite étant paralysée, il a appris à se servir de sa main gauche. Nous lui disons d'écrire son nom; il trace le mot *Paqué*, qui est effectivement son nom; nous lui demandons d'écrire le mot cuiller, et c'est encore son nom *Paqué* qui vient sous sa plume. Pour fourchette, il écrit encore *Paqué*. Nous lui signifions que cela est absurde, que *Paqué* n'est ni fourchette ni cuiller; il s'arrête étonné, confus, et il se remet à faire des bousillages sur le papier : ce n'est plus ni *Paqué* ni cuiller ni fourchette, ce n'est rien que des traits confus.

Ainsi donc cet homme sait écrire son nom; mais quand on lui demande autre chose, c'est encore et toujours son nom qu'il inscrit, et si l'on insiste, si on le tourmente, il se trouble complétement. Cependant nous lui avons demandé d'écrire le nom de sa femme; il a mis quelque temps à se remémorer, il a cherché et fini par écrire *Julie ;* c'est en effet ainsi qu'elle s'appelle; et alors, quand nous avons sollicité autre chose, il a continué d'écrire *Julie* comme auparavant il écrivait *Paqué*. Vous voyez que sous ce rapport son intelligence est considérablement troublée.

Nous lui demandâmes s'il connaissait le jeu de dames et de dominos; il nous fit le signe affirmatif. Son voisin, qui se piquait d'être fort à ces deux jeux, l'attaqua sur le casier des dames, et il nous rapporta le lendemain que Paqué jouait bien et que même il faisait des combinaisons et des coups, de ceux qui consistent à tendre un piége à l'adversaire pour prendre une série de ses pions. Ceci était déjà assez singulier. Mais voici quelque chose qui l'est plus, c'est que Paqué triche au jeu; or, tricher indique de la ruse, une certaine finesse d'intelligence que nous ne conseillerions à personne de cultiver, mais enfin qui se décelait au sein des troubles, des faiblesses morales que nous avions constatées chez ce malade. Voici ce qui se passait : quand l'adversaire avait mené à bonne fin un de ces coups qui consistent à forcer l'autre à prendre une dame pour se trouver ensuite à découvert de deux, trois ou quatre, dès que Paqué s'apercevait du traquenard devenu inévitable, il refusait de prendre la dame qui lui était offerte, que même il était obligé de prendre, car il ne voulait pas permettre à son adversaire de l'enfiler; et si ce dernier tenait à son coup et voulait le forcer à s'exécuter, Paqué, pris au piége, devenait furieux et donnait des coups de poing sur le casier. D'autre part, on engagea des parties de dominos; Paqué y jouait aussi bien qu'un étudiant en médecine. Les combinaisons du domino sont, vous le savez, multiples, accidentelles, toujours nouvelles, et à coup sûr il doit paraître étrange que notre malade ait pu plier son esprit à suivre ces combinaisons, si bien qu'assez souvent il gagnait la partie avec les plus forts de la salle.

Voilà donc un homme qui ne sait dire que son nom, qui ne sait pas ce que c'est qu'une cuiller et qui exécute des calculs très-multiples. Il sait si peu distinguer que quand nous affirmons qu'une fourchette n'est autre chose qu'une tabatière, il reste indécis entre notre affirmation et le vague souvenir du nom réel de l'objet; et pour peu que nous insistions sur notre affirmation, il cède tout à fait, l'hésitation pénible au premier moment s'efface, et il fait signe qu'en effet la fourchette n'est pas autre chose qu'une tabatière. Quand nous avons voulu, tout à l'heure encore, en compagnie de M. Duchenne, l'exercer à la mimique, il nous en a donné une tout à fait inintelligente; il ne peut exprimer sa pensée ni par la parole, ni par l'écriture, ni par la mimique, et pourtant il joue d'une manière suivie à des jeux compliqués.

Nous avons pu saisir une autre manifestation intellectuelle chez ce pauvre homme qui en a si peu. Nous avions prié sa femme de nous venir voir, afin qu'elle nous renseignât sur des choses que nous désirions savoir. Elle céda à notre désir, vint, et profita de cette occasion pour nous amener son enfant qui avait une hydarthrose du genou, et nous demander un conseil. Nous plaçâmes le petit garçon sur le lit de son père et nous découvrîmes son genou. L'enfant a dix ou douze ans, et il devait quelque respect à un homme de mon âge. Son père sentit cela; car s'étant aperçu, alors que pour notre part nous n'y songions guère, que l'enfant avait conservé sa casquette sur la tête, il lui fit signe de l'ôter, trouvant que le garçon ne témoignait pas une révérence suffisante pour le médecin qui l'examinait. Vous voyez d'après cet incident qu'il restait au père quelque présence d'esprit.

Et maintenant passons à une autre observation fort importante que nous voulons vous raconter avec détail, car elle a une grande valeur parmi toutes les autres.

Dans le courant du mois de mai dernier je fus appelé dans le fond du département des Landes pour voir un monsieur atteint d'aphasie.

C'était un homme de cinquante-huit ans, riche propriétaire, ayant reçu une excellente éducation. Voici son histoire :

Parmi ses ascendants, quatre personnes avaient succombé à des accidents cérébraux, et la dernière, une de ses tantes, était morte récemment à la suite d'une hémorrhagie cérébrale et de crises épileptiformes. Lui-même avait toute sa vie été sujet à des migraines d'une violence extrême, qui le prenaient deux ou trois fois par mois et duraient de dix à quinze heures.

En 1852, après une de ses migraines, il eut un trouble notable de la vue, qui disparut seulement au bout de six semaines.

En 1855, étant un jour, après dîner, appuyé sur le chambranle d'une cheminée, il ressentit un vertige, faillit tomber, se cramponna, parvint à se retenir, et à la suite de ce court accident il garda un léger affaiblissement dans le côté droit.

A trois ans de là il eut un matin, pendant qu'il était occupé aux soins de sa toilette, un accident de même genre dans le côté droit, qui dura trois ou quatre mois, plus longtemps que le premier. On l'envoya successivement aux eaux de Dax, aux eaux d'Ems, à Bourbonne-les-Bains, et sa santé se rétablit complétement, à cela près de quelques attaques de goutte qui avaient été peut-être un peu imprudemment traitées par les eaux de Vichy.

En février 1860, après son dîner, comme il était assis, survint le curé de l'endroit, qui était un habitué de la maison. Il se leva pour le recevoir et s'avança vers lui. Tout à coup il fut pris d'une défaillance et il s'affaissa entre les bras du prêtre, qui s'était élancé pour le recevoir. On le posa d'abord dans un fauteuil, puis on le mit au lit. Cette fois, il en arriva jusqu'à la stupeur apoplectique la plus complète, dans laquelle il resta plongé pendant quatre ou cinq jours. Il avait une paralysie complète du côté droit. Au bout de ces quelques jours, la stupeur se dissipa, la fièvre cessa, l'œil redevint intelligent, mais le malade ne répondit plus aux questions qu'on lui adressait que par le mot *oui*.

Au bout de deux mois la jambe avait repris quelques forces, le bras droit réussissait à faire quelques mouvements, et le malade put s'établir sur un fauteuil.

Ce fut avec son consentement que je fus appelé auprès de lui. Son fils le prévint de ma prochaine arrivée. Lorsque je descendis de voiture, à la porte de son habitation, le malade vint au-devant de moi avec un visage et une attitude remplis de bonne grâce. C'était un homme d'une tenue et d'une propreté recherchées, contrairement à l'habitude des paralytiques; sa

bouche et ses yeux me souriaient; il me tendit la main et me dirigea vers le salon. Sa femme et son médecin s'y trouvaient. Il faut vous dire que le confrère qui le soignait depuis longtemps m'avait adressé à Paris même la relation très-détaillée, très-exacte de la maladie, ou plutôt des phases multiples et diverses de la maladie de son client. Je savais donc à quoi m'en tenir sur son état, et mon opinion était pour ainsi dire toute faite d'avance.

Après les salutations d'usage, je demandai à ce monsieur son âge, il me répondit *oui*; comment il s'appelait, il me répondit *oui*. Etes-vous souffrant? *Oui*. Depuis quand êtes-vous malade? *Oui*. Je ne pus obtenir autre chose que ce *oui*, et chacune de ses réponses était accompagnée d'un geste d'impatience.

On dîne de bonne heure dans ce pays. A cinq heures du soir le dîner fut annoncé, chacun se leva; il se dirigea jusqu'à la porte de la salle à manger et s'y arrêta, nous faisant à chacun une invitation gracieuse de passer, et ne souffrant pas que parmi les invités personne restât en arrière. Quand ce fut le tour de ses enfants, il passa avant eux, respectant ainsi les usages de la meilleure compagnie, et témoignant qu'il conservait tout son savoir-vivre et l'habitude des bonnes traditions.

A table, la préoccupation de l'état du malade, qui en définitive n'offrait rien d'alarmant, s'effaça peu à peu au sein d'une réunion affable; la conversation s'anima, et, entre autres choses, on parla de la cuisine landaise. On servit de l'agneau, et au moment où un domestique me passait le plat, le malade me fit signe de la main d'en prendre ma part, me témoignant par des gestes faciles à comprendre qu'il était certain que je le trouverais excellent. Son fils, qui remarqua ces signes, s'éleva un peu contre l'opinion favorable que son père professait pour l'agneau, et exprima qu'il préférait le chevreau. Alors le père sembla pris d'un véritable étonnement; et comme son fils insistait sur sa préférence, que partageaient plusieurs autres personnes, il manifesta une étrange indignation, ne comprenant pas que qui que ce soit pût faire passer le chevreau avant l'agneau.

Je vous rapporte à dessein ces détails minutieux et comme puérils, afin que vous puissiez comme moi juger de l'état intellectuel de cet homme. Continuons.

Il n'avait pas seulement de l'amour-propre pour l'agneau de son pays, il en avait aussi pour sa cave, et il s'était proposé de me faire goûter ses meilleurs crus. Chaque fois qu'il en apparaissait un de son choix, il m'invitait à boire. Mais sous ce rapport je suis un fort mauvais convive; le vin me fait mal, et je m'abstiens rigoureusement de tout ce qui ne va pas à mon tempérament. C'était donc peine perdue de sa part, et l'on voyait que, bon connaiseur et galant amphitryon, il était peiné de ma sobriété. Au sortir de table, il fit encore les mêmes actes de politesse qu'il avait faits en entrant dans la salle du repas. Et alors, comme nous nous retrouvions plus librement avec lui, nous voulûmes savoir jusqu'où allait son intelligence, et jusqu'à quel point elle était troublée.

Nous fîmes apporter de quoi écrire, et nous demandâmes au malade de tracer le mot *oui*; il n'y réussit pas. Nous prîmes un grand livre d'étrennes intitulé *Histoire des deux Amériques*, titre écrit en lettres de 1 centimètre de hauteur, et nous lui dîmes de nous montrer du doigt, parmi les lettres formant ce titre, celles au moyen desquelles on composerait le mot oui. L'*o* d'abord; il fut deux ou trois minutes à le chercher et à le trouver, et quand il l'eut reconnu et signalé, il témoigna une grande joie. Il chercha alors la seconde lettre, l'*u* (il y en a deux dans le titre); il mit plus de temps à le trouver qu'il n'en avait employé à trouver l'*o* unique qui entre dans le mot histoire; mais encore il le montra avec le même contentement que tout à l'heure. Il restait l'*i* (il y en a trois dans le titre); il le rencontra assez vite, peut-être parce que le point qui le surmonte frappait plus particulièrement ses yeux. Il se montra de plus en plus satisfait. Nous le priâmes alors d'écrire le mot *oui*. Il y tâcha, fit longtemps des efforts, mais n'y réussissant pas, il se prit de rage et jeta par terre l'*Histoire des deux Amériques*, en prononçant incomplétement le juron f... f..., qui lui était habituel.

Mais cet homme, avec ces apparences d'affaiblissement intellectuel, et malgré cet affaiblissement évident, gérait d'immenses propriétés et faisait de nombreuses affaires, ou plutôt il les faisait gérer par son fils aîné; mais il voulait être tenu au courant des baux, actes, contrats, marchés qui relèvent d'une exploitation étendue. J'interrogeai son fils sur le degré d'intelligence que son père déployait dans l'appréciation de ces affaires complexes; il me répondit: « Evidemment, mon père n'est plus très-intelligent, et cependant il a conservé un certain sens des affaires. Quelquefois il me témoigne que certaines clauses de tel contrat ne lui conviennent pas, et les motifs qu'il peut avoir de les repousser ne sont pas déraisonnables. » Je voulus savoir s'il jouait. Oui, me répondit-on, il joue à l'impériale. Dès qu'il se met à la table de jeu, il se fait un rempart de livres derrière lequel il étale ses cartes et les cache à son adversaire. Son médecin, qui fait souvent sa partie, m'assura que le malade jouait ce jeu aussi bien qu'avant sa maladie; et son fils, qui se tient quelquefois derrière lui, me dit que lorsqu'il lui donne des conseils il les comprend fort bien, mais n'en tient compte qu'autant que la modification proposée lui paraît utile. Tantôt il a tort, mais tantôt il a raison, comme tous les joueurs, ni plus ni moins. Si son fils insiste sur le conseil qui a été refusé, le père se fâche.

Nous lui demandâmes son âge, il nous ouvrit la main un certain nombre de fois, qui nous parut insuffisant pour exprimer le nombre 58; nous lui témoignâmes que ce n'était pas cela. Mais, s'obstinant dans sa manière de chiffrer avec ses doigts, il nous expliqua par une mimique facile que son pouce exprimait une dizaine, et lorsqu'il vit que nous le comprenions et que nous étions de son avis, il se mit à rire de contentement et un peu aussi d'un air narquois, ayant l'air de dire que c'était moi qui étais la bête.

Voilà un homme qui combine des coups de cartes, qui compte bien et qui a, quoique aphasique, des manifestations intellectuelles très-curieuses encore. Il a quelque chose de commun avec notre malade qui dit toujours *couci*, en ce sens que depuis sa dernière attaque il a eu trois accès épileptiformes. Et à ce propos, disons que dans les diverses relations d'aphasie que nous trouvons dans les journaux de médecine, un certain nombre de malades sont morts avec des accidents épileptiques.

Nous avions dans notre service une fille nommée Adèle Amelin, qui était aphasique; elle avait eu une affection cardiaque à la suite d'un rhumatisme articulaire; depuis deux ans elle avait une hémiplégie droite, elle était complétement aphasique, et quelques efforts que nous ayons faits pour obtenir d'elle des manifestations intellectuelles, nous n'avons pu y réussir.

Nous avons encore un homme tout à fait aphasique et hémiplégique du côté droit: les manifestations intellectuelles étaient chez lui encore plus limitées que chez ceux dont nous avons fait l'histoire. Il ne pouvait dire que af... af...; il avait fini par ne plus pouvoir que souffler f... f...; quoi que nous lui disions, il répondait af...; c'était af... quand il avait faim, af... quand il demandait à boire. Il mourut, et c'est chez lui que nous eûmes l'occasion de constater la lésion anatomique sur laquelle nous reviendrons avec un grand soin dans la prochaine leçon. Cette lésion était bien celle que M. Broca, convié du reste à cette autopsie, avait signalée dans son mémoire comme étant commune à tous les aphasiques.

MALADIES DES OREILLES. — Dispensaire de M. Triquet.

Des écoulements de sang qui ont lieu par l'oreille.

L'écoulement de sang par l'oreille est un symptôme si commun dans la pratique; les causes qui le produisent sont si nombreuses et si variées; la difficulté de les distinguer les unes des autres est si grande; le pronostic, toujours grave, commande parfois tant de réserve; le traitement lui-même exige des soins si particuliers de la part du chirurgien, qu'il nous a semblé utile de résumer en quelques pages ce que l'expérience nous a appris sur ce sujet.

Peu d'auteurs en ont parlé, et il n'est pas connu.

Causes. — Les causes de l'otorrhagie sont:

A. Traumatiques. — Les causes traumatiques sont elles-mêmes:

I. Traumatiques accidentelles.

II. Traumatiques chirurgicales.

Par causes traumatiques accidentelles, nous entendons:

1° La fracture du rocher;

2° Les plaies du conduit auditif:

a. Par des instruments ou des corps piquants, tranchants, contondants; par exemple, tous les corps étrangers de l'oreille, ainsi: les aiguilles, épingles, les cure-oreilles, les ongles, les fragments de bois, de pipe, d'allumettes, de perles, de verre, un grain de chapelet; et aussi les corps étrangers animés, tels que: mouches, puces, fourmis, grillons, vers de toutes sortes, perce-oreilles, qui, par leurs suçoirs ou leurs tarières, font une plaie aux membranes des conduits, du tympan même, et déterminent un écoulement de sang.

b. Les plaies par rupture de la membrane du tympan; cette rupture peut être causée:

Par les quintes de toux de la coqueluche;

De la bronchite simple;

De l'asthme;

Par un éternument violent et répété;

Par l'action de se moucher;

Par le cathétérisme des trompes d'Eustache;

Par la strangulation et la pendaison;

Par un coup de poing sur le côté correspondant du crâne, ainsi que cela arrive chez les boxeurs [1].

II. *Causes traumatiques chirurgicales.* — Dans ce cas, l'écoulement de sang est provoqué, dans un but thérapeutique:

a. Par les scarifications de la membrane du conduit auditif externe;

b. Par la ponction ou la perforation de la membrane du tympan;

c. Par l'ouverture des abcès de la membrane du conduit, du tympan même, spontanée ou artificielle;

d. Enfin, par les tentatives malheureuses d'extraction de corps étrangers, et aussi de cathétérisme, comme nous l'avons vu tout à l'heure.

B. Causes pathologiques. — L'écoulement de sang par l'oreille accompagne:

1° Les granulations du conduit auditif, suite d'otorrhée;

2° Les concrétions cérumineuses vieilles et durcies, qui ont exfolié l'épiderme du conduit;

3° Les otites chroniques avec destruction partielle ou totale de la cloison, et fongosités de la membrane muqueuse de la caisse;

4° L'épanchement de sang à la base du crâne, à la suite de l'apoplexie. Le sang filtre par le trou auditif interne, le long du nerf acoustique, rompt le cul-de-sac arachnoïdien, pénètre dans l'oreille interne et moyenne, et s'écoule par le conduit auditif externe, à travers la cloison déchirée. J'en ai rapporté un exemple remarquable [2].

5° L'otorrhagie se montre encore pendant l'évolution des polypes de l'oreille, des fongus du rocher et de la dure-mère.

6° Dans la carie, la nécrose du rocher, les abcès et ulcères scrofuleux qui leur succèdent.

Enfin, nous étudierons:

C. L'otorrhagie substitutive ou supplémentaire des règles (par ex.)

Description. — *A.* Hémorrhagie traumatique accidentelle:

1° Fracture du rocher. Tous les praticiens savent que dans les fractures de tête par cause indirecte ou par contre-coup, le rocher peut être brisé transversalement; si dans ce cas les sinus pétreux sont ouverts et la membrane du tympan rompue, un écoulement sanguin a lieu par l'oreille du côté lésé, immédiatement après l'accident et peut durer plusieurs jours. — Dans un cas rapporté par Lazare Rivière, il s'écoula un kilogramme et demi de sang. — Si la fracture est double, l'otorrhagie a lieu des deux côtés. La nature et la soudaineté de l'accident, par exemple: un coup, une chute sur la tête ou les pieds, l'instantanéité surtout du flux sanguin par l'oreille, ne permettent pas le moindre doute. En effet, on peut affirmer que l'otorrhagie dans ce cas est un symptôme de fracture du rocher. C'est là une des vérités les moins contestées en chirurgie.

A. Cooper a cependant rapporté l'observation d'un boxeur qui perdit une quantité considérable de sang par l'oreille, à la suite d'un violent coup de poing appliqué sur le côté correspondant de la tête; la membrane du tympan seule était rompue.

2° On observe souvent aussi, à la suite de violences exercées sur le maxillaire inférieur, sur le *menton*, par exemple, des fractures du temporal avec écoulement de sang par l'une ou l'autre oreille; les cas de ce genre seraient sans doute plus fréquents si le cartilage inter-articulaire de l'articulation temporo-maxillaire n'amortissait pas l'effet des coups et des chutes sur le menton. Chez les personnes âgées, chez lesquelles la paroi antérieure du conduit auditif est amincie et trouée; un coup, une chute sur le menton peuvent causer très-facilement une fracture en cet endroit et une hémorrhagie par l'oreille [1].

M. le docteur Morvan [2] a rapporté cinq cas d'hémorrhagie par l'oreille, à la suite de violences exercées sur le menton. D'après lui, il y aurait eu chaque fois fracture de la cavité glénoïde. Quatre malades ayant guéri, on ne put que soupçonner la fracture; mais le cinquième malade ayant succombé à des accidents cérébraux, on constata l'existence d'une fracture de la cavité glénoïde, s'étendant au rocher et au sphénoïde.

De son côté, Voltolini, de Dresde [3], a rapporté une observation fort intéressante d'hémorrhagie par l'oreille, déterminée par une fracture du maxillaire inférieur, avec fissure de la base du crâne, constatée à l'autopsie.

3° Plaies et blessures du conduit auditif et du tympan.

a. Les corps étrangers de l'oreille, animés ou inanimés, peuvent blesser les membranes de cet organe délicat et donner lieu à un écoulement de sang. Dans cette catégorie se rangent les blessures produites par les aiguilles, épingles, fragments de verre, de perles, de cailloux, etc.

L'examen des commémoratifs d'abord et ensuite l'inspection directe du conduit auditif feront aisément reconnaître le lieu d'où vient l'écoulement de sang, la cause qui l'a produit et les symptômes qui l'accompagnent. Quand l'otorrhagie est déterminée par la piqûre d'un insecte, les commémoratifs ont encore une grande valeur; ainsi, dans les observations que l'on connaît, le malade était atteint d'otorrhée depuis longtemps; il habitait la campagne pendant l'été, même il s'était endormi au milieu des champs; il avait été réveillé par une violente douleur d'oreille, et un écoulement sanguin n'avait pas tardé à paraître.

Tels sont les points les plus remarquables consignés dans les observations de Fabrice de Hilden, de Ravaton, d'Itard, et que j'ai rapportées ailleurs [4]. Puis, si l'on vient à examiner le conduit auditif à l'aide du spéculum, du réflecteur et de la loupe, on constate facilement la présence d'une épingle, d'une fourmi, d'une mouche, etc., attachées aux parois du conduit ou à la membrane du tympan, et ayant produit une ou plusieurs piqûres, d'où l'on voit sortir le sang.

b. L'otorrhagie est encore plus souvent produite par la rupture de la cloison tympanique; dans les circonstances suivantes:

1° Pendant les quintes de toux, de la coqueluche [5], de l'asthme, ainsi que Tulpius en a cité deux exemples [6]; 2° pendant l'éternument [7]; 3° pendant la strangulation ou la pendaison; 4° pendant le cathétérisme des trompes d'Eustache; 5° quand on s'élève sur les hautes montagnes ou en descendant dans les vallées profondes.

Dans tous ces cas, le mécanisme de la rupture du tympan est facile à comprendre; ainsi, pendant les quintes de toux de la coqueluche, de l'asthme, etc., l'air chassé avec violence dans la trompe d'Eustache, pénètre brusquement dans la caisse de l'oreille et vient faire effort contre la membrane du tympan; celle-ci ne pouvant opposer qu'une faible résistance, en raison de la délicatesse de son tissu, se rompt et se déchire dans le point le plus mince de sa surface, c'est-à-dire dans le voisinage de l'insertion du manche du marteau. Cette déchirure était triangulaire une fois, linéaire sept fois dans les huit cas que j'ai rapportés.

Fabrice de Hilden avait déjà vu [8] et j'ai observé aussi moi-même une rupture de la membrane du tympan gauche avec otorrhagie considérable, survenues pendant les vomissements de l'ivresse. L'ouïe resta fort dure de ce côté. J'ai vu aussi le même accident chez les baigneurs qui, dans la saison des bains froids, se jettent dans l'eau d'une grande hauteur.

Chez les artilleurs, la membrane du tympan est également brisée de la même manière, c'est-à-dire par la colonne d'air qui s'engouffre avec violence dans le conduit auditif pendant la détonation des pièces de gros calibre [9]. J'ai vu aussi la rupture du tympan et l'otorrhagie déterminées par un violent coup de tonnerre.

c. L'écoulement de sang se montre également par les oreilles chez les pendus et chez les individus qui ont subi la strangulation. W. Wilde et le professeur Geoghegan, de Dublin [10], qui les premiers ont appelé l'attention sur ce fait remarquable, attribuent encore ici l'hémorrhagie à la rupture tout à la fois de la membrane muqueuse, de la caisse et de celle du tympan. La figure que Wilde a jointe à son texte nous a paru très-démonstrative, et nous la reproduisons sous le n° 4. Comme on le voit par cet exemple, la déchirure est cordiforme et située immédiatement à côté et en avant du manche du marteau.

[1] R. Wilde, *Injuries of the tympanum*, p. 225.
[2] Voyez *Traité pratique des maladies de l'oreille*, p. 443, obs. CXLVI.

[1] Van Troëltch, *Anat. de l'oreille*, p. 28.
[2] *Arch. gén. de méd.*, décembre 1856.
[3] *In* Arch. de Virchow, t. XVIII, p. 49.
[4] *Traité pratique des maladies de l'oreille*, avec fig. Paris, 1857.
[5] *Gaz. des Hôpitaux*, janvier 1863, et *Leçons cliniques*, p. 186.
[6] Itard, t. I, p. 313.
[7] *Ephem. nat. cur.* Déc., 2, ann. 9, obs. XXVI.
[8] Cent., 5, obs. XII.
[9] Voy. *Leçons cliniques*, p. 188 et suivantes.
[10] *Practical observation on aural surgery*, p. 324.

Voici ce que dit Wilde [1] : « Towards its posterior attachement, a little behind and below the tubercule of the mallens, the membrane was red, and presented the triangular aperture shown in the accompanying representation. »

La source de l'hémorrhagie, ainsi que je l'ai déjà dit, venait de la membrane muqueuse de l'oreille moyenne : le sang échappé aux bouches béantes des vaisseaux rompus de la muqueuse, après avoir distendu les cavités de l'oreille, s'était fait jour au dehors par le conduit auditif, en brisant la cloison du côté gauche seulement.

Le même auteur ajoute : Qu'on ne voit jamais d'écoulement de sang par l'oreille chez les sujets qui accomplissent volontairement leur projet de suicide à l'aide de la corde, mais seulement chez ceux qui sont pendus par la main du bourreau.

Telle était aussi probablement la source de l'hémorrhagie qui se fit par l'oreille chez ce paysan âgé de vingt ans dont parle Littre [2] : « Il avait été violemment étranglé par un de ses camarades dans une rixe après boire : un jet de sang jaillit à l'instant par les deux conduits auditifs ; il se rétablit, mais une surdité complète persista avec mutisme. »

C'est encore dans cette catégorie que l'on doit ranger l'otorrhagie présentée par les voyageurs qui s'élèvent à de grandes hauteurs, sur les montagnes, par exemple, et chez ceux qui descendent rapidement dans les vallées profondes : la diminution ou l'augmentation brusque de la pression atmosphérique à la surface de la membrane du tympan peuvent en déterminer la rupture, ou bien permettre au sang d'échapper à l'action des capillaires ténus et sans paroi.



Ces figures sont tirées des dessins de ma collection particulière.
Fig. 1. Déchirure linéaire et verticale dans la coqueluche.
Fig. 2. Déchirure triangulaire oblique, à lambeaux, dans la coqueluche chez les enfants strumeux.
Fig. 3. Déchirure en étoile ou en éventail chez les artilleurs.
Fig. 4. Déchirure cordiforme chez les pendus.

II. La main du chirurgien peut aussi être la cause directe de l'otorrhagie : ainsi, quand vous sondez la trompe d'Eustache, pour peu que la membrane du tympan soit ramollie à l'avance par une phlegmasie chronique, strumeuse le plus souvent, la moindre insufflation brisera la cloison, et donnera lieu à un écoulement sanguin immédiat et abondant [3].

D'autres fois, c'est dans un but thérapeutique que le chirurgien produira une perte de sang : ainsi, dans les ponctions de la cloison destinées à évacuer les collections muqueuses ou purulentes de la caisse ; ainsi, pendant les scarifications de la membrane du conduit ; enfin, pendant les tentatives malheureuses pratiquées pour extraire un corps étranger de l'oreille, un écoulement de sang peut venir tout à coup arrêter le chirurgien, soit que l'instrument dont sa main est armée ait éraillé la membrane ténue du conduit, ou bien, ce qui est plus fréquent, qu'en cherchant à saisir le corps étranger (quand il existe), on l'ait brusquement refoulé dans la caisse, à travers la cloison tympanique déchirée ou détruite, durant ces efforts d'extraction par le chirurgien lui-même et presque toujours à son insu.

B. *Otorrhagies pathologiques.* — Nous trouvons en premier lieu :

1° L'écoulement sanguin, souvent mêlé de pus, qui a lieu par le conduit auditif pendant la durée des fièvres graves, telles que la fièvre typhoïde, la variole, etc., et dont j'ai rapporté un grand nombre d'exemples [4].

2° Les granulations du conduit auditif. Ces excroissances morbides, qui accompagnent presque toujours le catarrhe chronique, donnent souvent lieu à des écoulements sanguins quelquefois assez abondants, chez les sujets débiles, lymphatiques ou strumeux. J'ai été consulté ces jours derniers par un étudiant qui avait perdu ainsi un verre et demi de sang en une seule fois.

Le simple examen au spéculum suffit pour lever tous les doutes à cet égard, surtout quand on peut y joindre un excellent éclairage.

3° Quand de vieilles concrétions cérumineuses, condensées et devenues presque aussi dures qu'un silex, ont longtemps comprimé les parois du conduit auditif, sur lequel elles se moulent, l'épithélium, ramolli et adhérent à la masse morbide, se détache ordinairement avec elles d'un seul bloc ou par fragments, sous l'influence des divers moyens employés à cet effet ; mais le corps papillaire du derme du conduit hypertrophié et soudain mis à nu fournit très-souvent une petite hémorrhagie, sans importance, il est vrai, mais qui effraye le patient, et lui fait perdre tout ou partie de sa confiance envers son chirurgien.

Sachons bien que dans ces circonstances l'écoulement de sang était inévitable, même en usant de toutes les précautions possibles ; seulement le malade s'imagine avoir été opéré par une main maladroite ou mal exercée, et il est douteux qu'il revienne vous demander de nouveaux soins. Il faut accepter ces tribulations avec une calme résignation.

4° Dans les otites chroniques, scrofuleuses le plus souvent, accompagnées de destruction de la cloison, avec granulations de la membrane muqueuse de la caisse, on remarque encore, et fréquemment, une otorrhagie quelquefois assez rebelle pendant la toux de la bronchite, de la coqueluche, pendant les accès de colère des enfants et accompagnés de cris, etc.

Le raptus sanguin qui se fait alors vers la tête détermine la congestion des granulations de la muqueuse de la caisse, y produit même la rupture de quelques vaisseaux capillaires, et consécutivement le flux sanguin.

Ce même flux sanguin se montrera encore et constamment pendant que vous chercherez à explorer à l'aide d'un stylet mousse ces mêmes granulations, afin de connaître leur nombre, d'apprécier leur consistance, leur implantation, etc.

5° C'est de la même manière que se manifeste aussi le flux sanguin pendant l'exploration des polypes ou des fongus de l'oreille à l'aide du stylet ou de la sonde, et cependant il est impossible d'avoir une idée nette de la profondeur et du nombre de leurs racines sans employer ce mode d'exploration.

[1] *Aural surgery*, p. 324-5.
[2] In *Mem. Acad. des sciences*, ann. 1705.
[3] Voy. *Leçons cliniques*, p. 151 et suiv.
[4] *Traité des maladies de l'oreille*, p. 226 et suiv.

5° La carie, la nécrose des os du rocher, les abcès scrofuleux et les otites secondaires qui accompagnent les fièvres graves, peuvent donner lieu à des hémorrhagies mortelles. Ainsi, quand la nécrose occupe le canal carotidien creusé dans le rocher, si une esquille vient à blesser ou ulcérer la carotide interne, le sang jaillit en abondance par l'oreille du côté malade : ces hémorrhagies ont toujours été suivies de mort dans les observations connues jusqu'ici et malgré toutes les ressources de la chirurgie, même la ligature du tronc carotidien. Un des exemples les plus remarquables qui aient été publiés se trouve relaté dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 juillet 1861. On trouve encore un fait semblable dans le *Traité de la suppuration* de M. Chassaignac.

Les docteurs Porter [1] et Syme [2] ont aussi rapporté chacun un cas analogue et terminé par la mort.

Dans le cas du docteur Porter, il s'agit d'un enfant de neuf ans qui, à la suite d'une scarlatine, avait présenté une otorrhée abondante et une hémiplégie faciale du côté droit malade. Vers la sixième semaine de la convalescence, l'enfant fut pris tout à coup d'une hémorrhagie foudroyante par l'oreille droite, et il succomba sous les yeux du docteur Porter. L'ouverture du corps fut refusée, mais l'auteur pense avec raison, selon nous, qu'une ulcération de la carotide a pu seule causer une mort aussi rapide.

Dans le second cas, attribué à Syme, nous voyons encore un enfant convalescent de scarlatine atteint d'otorrhée, et qui durant cinq semaines eut des hémorrhagies abondantes et répétées par l'oreille, qui finirent par amener la mort, malgré la ligature de la carotide primitive.

A l'examen cadavérique, Syme fut étrangement surpris de trouver la carotide tout à fait saine ; mais la source de l'hémorrhagie par l'oreille venait du sinus pétreux supérieur, largement ulcéré par un séquestre du rocher. Ce fait doit fixer tout particulièrement l'attention.

Dans un cas rapporté par Toynbee [3], une hémorrhagie par l'oreille, suivie de mort, reconnaissait pour cause l'érosion du golfe de la veine jugulaire. Cette érosion était déterminée par une carie de la caisse du tympan. Cet accident ne doit pas surprendre, puisque le golfe de la veine jugulaire n'est recouvert que par le plancher de l'oreille moyenne, fort mince en cet endroit.

6° Les fongus de la dure-mère peuvent aussi pénétrer dans les cavités de l'oreille, après avoir détruit les membranes et les os ; un des prolongements du fongus vient alors faire saillie dans le conduit auditif externe, donne lieu à des pertes de sang et peut induire en erreur un praticien même expérimenté, ainsi que cela est arrivé chez les trois malades de Voisin, de Versailles [4], dont Thibault nous a conservé l'histoire.

C. *Hémorrhagie supplémentaire ou substitutive.* — L'otorrhagie substitutive ou supplémentaire peut être rapportée à deux ordres de causes bien distincts :

Ou elle remplace un flux normal, comme le flux menstruel ; ou elle succède à des écoulements accidentels provenant d'hémorrhoïdes, d'anciens ulcères, etc....

Ou bien le flux sanguin par l'oreille vient suppléer à l'insuffisance de la menstruation.

On a vu aussi des hémorrhagies nasales, buccales, oculaires, se montrer pendant ou après les règles, et jouant ainsi le même rôle que l'hémorrhagie par l'oreille. Un ancien auteur, Glaser, a même écrit toute une dissertation sur ce sujet [5] dans un petit livre entièrement ignoré aujourd'hui.

J'ai moi-même été consulté une fois par une jeune demoiselle de dix-sept à dix-huit ans, demeurant rue Saint-Martin, et qui présentait un écoulement de sang par l'oreille gauche chaque fois qu'elle avait ses règles.

J'examinai avec soin les deux oreilles, et je trouvai celle du côté droit parfaitement saine. Quant à l'oreille gauche, siége de l'écoulement sanguin, coïncidant avec les menstrues, il me fut aisé de reconnaître les lésions suivantes :

La membrane du tympan était presque complétement détruite, et de grosses granulations rougeâtres occupaient l'oreille moyenne et en remplissaient la cavité. C'était même de la surface de ces granulations que suintait le sang à l'époque des règles, ainsi que j'ai pu m'en assurer directement.

La mère, interrogée sur la santé antérieure de sa fille, nous affirma qu'étant enfant, elle avait eu un écoulement purulent par la même oreille gauche, lequel existait à l'époque de la première menstruation, et s'était trouvé remplacé par le flux sanguin qu'on voyait aujourd'hui.

Dans l'intervalle des règles, l'écoulement purulent reprenait son cours. Il m'a été donné depuis lors d'observer encore deux autres faits semblables et dans des circonstances analogues. Les flux purulent et sanguin alternaient.

On pourrait appeler cette hémorrhagie par l'oreille *épistaxis auriculaire*, la rapprochant ainsi de l'*épistaxis utérine*, avec laquelle elle me paraît avoir la plus grande ressemblance dans ce cas particulier.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'écoulement de sang résulte de la vue même du sang qui s'échappe de l'oreille en plus ou moins grande abondance ; mais le diagnostic différentiel des diverses otorrhagies présente souvent de graves difficultés, et par conséquent exige quelques développements.

Ainsi, pour l'otorrhagie symptomatique d'une fracture du rocher, on est mis sur la voie par les commémoratifs, une chute, un coup, l'écoulement immédiat du sang de l'oreille, etc., et on arrive sûrement au diagnostic en scrutant avec soin tous les autres signes des plaies de tête, sur lesquels je ne dois point insister en ce moment.

Il en est de même pour les corps étrangers dont l'introduction dans le conduit auditif a déterminé un écoulement sanguin : on apprendra que le malade s'est introduit dans l'oreille une épingle, une aiguille, un fragment de verre, etc. ; ou bien qu'il s'est endormi dans les champs, à la campagne, pendant l'été, et qu'à son réveil il a éprouvé une douleur d'oreille accompagnée de flux sanguin ; dans ce cas, on peut être sûr qu'un insecte a pénétré dans le conduit auditif, et que l'écoulement de sang résulte de la piqûre faite aux membranes. D'ailleurs, un examen attentif à l'aide du spéculum et d'un éclairage convenable ne tardera pas à donner au diagnostic toute la certitude désirable.

[1] Dr Porter, in the first vol. of Dr Graves's *Clinical medicine*.
[2] Dr Syme, in *The Edinburg Monthly Journal*, n° 3.
[3] *A descriptive catalogue*, n° 812.
[4] Thibault, Thèse, Paris, 1816, p. 20 et suiv.
[5] *De aurium sanguinis fluxu*; in-4°, 1680.

Quant à l'hémorrhagie venant de la rupture de la membrane du tympan pendant les quintes de toux de la coqueluche, le cathétérisme des trompes d'Eustache, la strangulation, etc., les moindres renseignements suffiront pour lever toute incertitude.

Mais les difficultés sont bien autrement sérieuses quand il s'agit de reconnaître la cause de l'écoulement de sang qui accompagne parfois les altérations pathologiques chroniques de l'oreille. S'il s'agit d'amas de matière cérumineuse durcie, le simple examen avec le spéculum pourra suffire ; mais si l'on a devant les yeux des granulations, un fongus, un polype de l'oreille, le diagnostic différentiel ne laissera pas que d'être fort obscur dans certains cas. Cependant, si le malade est scrofuleux, qu'il soit atteint d'otorrhée chronique, l'écoulement de sang même abondant tirera sa source des granulations de la membrane muqueuse de la caisse, et il sera toujours possible de s'en assurer en explorant cette cavité profonde à l'aide du spéculum, d'un réflecteur et d'un stylet mousse. Le moindre attouchement pratiqué avec le stylet fera paraître de nouveau un suintement sanguin, et à l'instant même ; de même pour les polypes ou fongus profondément implantés sur le promontoire.

Quant aux fongus de la dure-mère, qui à une période avancée de leur évolution viennent faire saillie au fond du conduit auditif et donnent lieu à des pertes de sang, le diagnostic se présente entouré des plus grandes difficultés, et l'on ne peut en vérité soupçonner qu'on a affaire à un fongus de la dure-mère qu'à dater du moment où un relief se laisse apercevoir sur le crâne. Tous les autres symptômes, tels que la céphalalgie, les douleurs, peuvent manquer, et les autres signes sont trop incertains [1].

L'hémorrhagie résultant de la carie, de la nécrose du rocher [2], des abcès scrofuleux secondaires, sera reconnue facilement par l'inspection directe à l'aide des moyens dont j'ai parlé plus haut, surtout en employant le stylet mousse, mais avec une extrême douceur, la plus petite percussion sur un séquestre du rocher pouvant le déplacer, s'il est mobile, l'enfoncer même, et déterminer une blessure mortelle de la carotide interne.

En ce qui concerne l'otorrhagie supplémentaire des règles, la coïncidence de l'époque menstruelle avec la perte de sang par l'oreille lèvera tous les doutes à cet égard et fournira les plus certaines indications à la thérapeutique.

Pronostic. — Il est grave dans tous les cas, — grave parce que la vie du malade peut être menacée, dans les fractures du crâne, par exemple, et aussi dans les fongus, les nécroses du rocher ; et quand la vie elle-même n'est pas menacée, on peut encore craindre la perte plus ou moins complète du sens de l'ouïe, par exemple, dans les blessures du tympan, les déchirures de cette membrane importante, ou bien sa destruction complète, qui entraîne nécessairement avec elle la chute des osselets et l'abolition plus ou moins complète de la fonction auditive.

Traitement. — Il varie nécessairement selon les cas, et je n'aurais à faire ici que l'énumération des divers moyens qui se trouvent dans tous les traités et dont nous aurons à faire l'application sous vos yeux, à mesure que les lésions présentées par les malades nous en fourniront l'occasion.

NOUVEAU CAS DE PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN

avec issue de l'épiploon, traitée avec succès par la temporisation.

Par M. le Dr BIZARELLI, médecin au Grand-Serre (Drôme).

G... (Augustin), cultivateur, demeurant au Grand-Serre (Drôme), âgé de vingt-six ans, fort et robuste, reçoit dans une rixe, dans la nuit du 25 au 26 novembre 1861, entre autres blessures, un coup de couteau dans la région de l'hypochondre gauche.

Je le vois environ deux heures après l'événement ; il était venu à pied au village, éloigné de plus d'un kilomètre, par un chemin qui monte toujours. Le blessé est très-pâle, se tient assis, courbé en avant, les cuisses fléchies, se soutenant le ventre des deux mains ; il répond avec peine aux questions qui lui sont faites, et demande avec insistance à être soulagé. La peau est froide, le pouls petit et lent. Il y a eu une perte de sang abondante, provenant en partie d'une large plaie faite à la main droite, laquelle plaie, disons-le en passant, s'est très-bien réunie par première intention.

En soulevant la chemise imbibée de sérosité et de sang, on découvre sur l'abdomen comme un long appendice charnu, d'aspect rosé, conique, avec le sommet en bas, mesurant 15 centimètres environ, et se détachant de l'hypochondre gauche pour retomber sur le flanc du même côté. Cette espèce de tumeur est baignée de sérosité en quantité notable, et celle-ci découle en outre sur l'abdomen. L'extrémité adhérente ou supérieure est la plus grosse ; elle est dure et dépasse en tous sens d'un centimètre environ une plaie arrondie, de la largeur d'une pièce d'un franc. L'extrémité libre ou inférieure est mince et aplatie ; en tirant avec les deux mains sur les deux côtés, on peut l'étaler, et on reconnaît alors que la tumeur est formée par une membrane disposée comme un éventail dont les plis à une des extrémités seraient tassés de manière à ne pouvoir être ouverts. Ces manœuvres exploratrices provoquent de la douleur dans l'intérieur de la cavité abdominale, suivant une ligne transversale au niveau de la plaie. Le ventre est très-souple ; pas de hoquet ; pas de vomissements, quelques éructations, coliques légères.

Mon examen complété par d'autres investigations, je diagnostique *une plaie pénétrante de l'abdomen avec issue, puis étranglement de l'épiploon, sans lésion ni engagement probables d'aucun autre viscère intra-abdominal.* Je m'abstiens de toute opération, et je me décide à abandonner le malade aux efforts de la nature.

Le blessé est placé sur un brancard convenablement disposé et porté chez lui, dans une maison isolée, située sur une hauteur, à une très-bonne exposition. — Applications froides ; diète ; potion antispasmodique ; tilleul, puis limonade.

Le 26 novembre, à deux heures du soir, un peu de fièvre ; coliques

[1] Thibault et Voisin, *loc. cit.*
[2] Société de chirurgie, juillet 1861. Graves, *loc. cit.*, et Chassaignac, *Traité de la suppuration*, t. Ier.

légères ; augmentation du volume de la tumeur. — Mêmes prescriptions ; lavement.

Le 27, troisième jour, sommeil, coliques moins fortes, ventre toujours souple, absence de selles, langue saburrale, pas de fièvre, un vomissement hier soir, le blessé a rendu des aliments pris peu de temps avant l'accident ; tumeur rouge, dure, douloureuse. — Mêmes prescriptions ; eau de veau.

Le 28, quatrième jour, état satisfaisant ; douleurs intra-abdominales légères, suivant une ligne transversale au niveau de la plaie ; un peu de suppuration à la base de la tumeur. — Mêmes prescriptions ; 15 grammes d'huile de ricin.

Le 29, cinquième jour, même état général ; apparition de taches noires sur la tumeur, surtout à la base ; rougeur de la peau autour de la plaie. — Pommade mercurielle belladonée ; cataplasmes de farine de lin ; bouillon ; tisane d'orge.

Le 1er décembre, septième jour, le malade est triste, inquiet, ennuyé ; pas de fièvre ; pouls lent et un peu petit ; ventre souple ; la rougeur et la tension persistent autour de la plaie ; la tumeur paraît vouloir se flétrir, elle offre une coloration blanchâtre et exhale une forte odeur de décomposition ; la plaie de la main droite est guérie ; les points de suture sont enlevés. — Frictions, cataplasmes, potion, lavement ; 25 grammes d'huile de ricin pour demain.

Le 4, dixième jour, sommeil tranquille ; langue bonne ; humeur gaie ; la rougeur érysipélateuse s'est dissipée ; la tumeur se couvre de granulations d'un beau rouge ; les douleurs internes provoquées par les déplacements de la tumeur s'exercent sur une étendue beaucoup plus limitée. — Potages, bouillon, tisane ; envelopper la tumeur de toile de lin fine.

Le 6, douzième jour, état général très-satisfaisant ; pas de douleurs ; suppuration abondante dans la tumeur. — Alimentation légère.

Le 10, seizième jour, le malade se lève depuis deux jours ; il va très-bien, ne souffre pas ; la tumeur suppure beaucoup.

Le 6 janvier 1862, le malade est entièrement guéri ; il ne lui reste qu'une cicatrice de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, très-forte et très-dure, ne dépassant pas le niveau des parois abdominales. G... a repris ses occupations ordinaires, et ne se ressent pas de sa blessure.

Cette observation, vous le voyez, ressemble beaucoup à l'observation publiée dans la *Revue clinique* de la *Gazette des Hôpitaux* du 21 novembre 1863 : même âge du sujet, même lésion et dans la même partie, même traitement, même résultat final.

Je puis me demander si j'eusse mieux réussi en agissant autrement que par ce que l'on appelle la *temporisation*, en débridant et en réduisant, par exemple. Il serait trop long de rappeler ici les motifs qui m'ont fait adopter cette méthode. Je n'avais jamais vu le cas ; je me rappelais bien que l'abstention était conseillée par les classiques, notamment par Sabatier et M. Nélaton ; mais j'avoue que ce qui rendit ma décision prompte fut la lecture que j'avais faite le matin même du discours prononcé par M. Huguier sur la kélotomie ombilicale à la séance de la Société de chirurgie du 13 novembre 1861 (1). Il m'a semblé que si on devait s'abstenir de débrider dans cette région pour faire rentrer l'intestin, l'opération devenait formellement proscrite quand il s'agissait de l'épiploon seul. Un des dangers redoutés par M. Huguier, et signalé du reste par d'autres auteurs avant lui, est l'écoulement de sang dans le péritoine ; or cet inconvénient était bien à craindre pour moi, puisqu'il m'aurait fallu débrider dans la région où se trouvent les anastomoses des artères épigastrique et mammaire interne, et détruire la compression *hémostatique* exercée par l'étranglement lui-même sur les lèvres de la plaie. Je signale seulement un des dangers auxquels m'aurait exposé l'opération, mais il n'est pas seul ; il en existe bien d'autres encore et depuis longtemps connus, puisque déjà dans Sabatier nous trouvons le conseil de ne pas opérer lorsque la plaie siége à la partie supérieure de l'abdomen.

Cette méthode, que l'on appelle la temporisation, qu'on pourrait aussi appeler l'abstention, n'est en définitive qu'une application à la chirurgie de la méthode naturelle de Barthez. Elle était connue et pratiquée depuis longtemps, comme on peut le voir dans Dionis (1), Sabatier (2), S. Cooper (3), Malle (4), Nélaton (5) ; mais après les accidents signalés par Manget, Marchettis, Maréchal, Boudou, Sharp, Pouteau, après les expériences de Louis et de Pipelet, après les observations de Dupuytren, Robert, M. H. Larrey et les deux plus récentes, il me semble que la temporisation, ou traitement par la méthode naturelle, devrait constituer la seule méthode rationnelle applicable dans les cas de ce genre.

Une question secondaire est celle de savoir si, l'épiploon ayant été laissé dans la plaie, il convient de l'exciser quand il a contracté des adhérences. M. Larrey put se dispenser de pratiquer cette opération, que Robert fit au contraire plus tard ; l'excision figure également dans l'observation publiée dans la *Gazette*, elle n'a pas été faite dans le cas que je rapporte. Pour avoir été retardé de quelques jours, le résultat n'en a pas été moins satisfaisant : la cicatrice est solide, petite, ne dépasse pas le niveau des téguments. Le malade n'éprouve pas les tiraillements dont parlent quelques auteurs.

(1) *Gazette des Hôpitaux* du 23 novembre 1861.

(1) Dionis. *Cours d'opérations*, édit. de 1773, p. 90, à la note.
(2) Sabatier. *Méd. opér.*, édit. Béchet, 1832, t. II, p. 137 à 142.
(3) S. Cooper. *Path. chir.*, édit. Delahays, p. 548, note du trad., et 549, 2e colonne.
(4) Malle. *Anat. chir. et méd. opér.*, édit. Delahays, p. 924, 1re colonne.
(5) Nélaton. *Path. chir.*, t. IV, p. 116 et 117.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 janvier 1864. — Présidence de M. Morin.

Note sur l'usage de l'eau-de-vie dans la phthisie, par M. A. Tripier. — L'idée première de ce traitement est née d'expériences de M. Claude Bernard, qui, ayant fait des injections d'alcool étendu dans l'estomac de chiens au début de leur digestion, a constaté que cette digestion était arrêtée. L'hypothèse d'une anesthésie locale empêchant les phénomènes réflexes de sécrétion m'ayant paru celle qui rendait le mieux compte des faits observés, j'ai pensé que l'ingestion des liqueurs alcooliques, prises en quantité suffisamment faible pour laisser prédominer l'effet local, pouvait servir à prévenir toutes les manifestations motrices réflexes à point de départ gastrique. Les quintes de toux suivies de vomissement, qu'on observe chez les phthisiques immédiatement après les repas, étant évidemment des phénomènes de ce dernier ordre, j'ai cru pouvoir les empêcher en insensibilisant l'estomac au moyen de l'eau-de-vie, et le résultat a justifié ma tentative. Je ne prétends pas, on le pense bien, que l'ingestion des alcooliques doive guérir la phthisie ; mais je crois pouvoir affirmer que, pris après le repas, ils constituent un bon moyen d'empêcher les vomissements, et que, loin d'exercer sur l'état général des phthisiques l'influence fâcheuse qu'on leur attribue, ils diminuent la toux et les sueurs et procurent du sommeil. (Commissaires : MM. Serres, Rayer et Bernard.)

— M. Mathieu soumet au jugement de l'Académie un *instrument destiné à opérer la réduction des luxations des doigts et celle des orteils*.

« Il existe, dit M. Mathieu, plusieurs appareils construits pour pratiquer cette opération ; mais aucun d'eux ne peut remplir efficacement le but pour tous les cas, parce qu'ils ont été spécialement faits en vue de la réduction de la luxation du pouce. L'instrument que je présente est toujours applicable, quel que soit le doigt luxé. Il vient d'être employé avec succès à la clinique de M. le professeur Nélaton, dans un cas où la luxation datait de plus de quinze jours, et où les autres appareils connus avaient échoué (1). » (Renvoi à l'examen de M. Jobert (de Lamballe.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Diverses nominations viennent d'être faites à l'Université libre de Bruxelles :

M. Henri Lambotte a été chargé du cours de zoologie et d'anatomie comparée à la Faculté de médecine.

M. le docteur Toby Van Volxem, prosecteur à l'Université, a été nommé chef de service au Grand-Hospice.

M. le docteur Thirifahy a été nommé prosecteur de la Faculté de médecine à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Jean.

M. le docteur Ed. Roger a été nommé prosecteur à l'Université.

— Par délibération de la commission administrative des hospices de Marseille, M. le docteur Broquier a été promu au titre de chirurgien en chef des hôpitaux de cette ville, en remplacement de M. Melchior Robert, décédé.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a, dans sa séance du 23 décembre 1863, fondé un prix de 1,000 francs qui portera le nom de *prix Phillips* et sera décerné tous les quatre ans à l'auteur qui aura le mieux traité la question posée par la Société.

Cette question devra avoir rapport à la curabilité de la méningite tuberculeuse.

Pour la première période, la Société propose la question suivante : *Établir par des faits positifs la prophylaxie et la curabilité de la méningite dite tuberculeuse.*

Les mémoires, écrits en français, devront être inédits et adressés avant le 1er avril 1866, à M. le docteur Lailler, secrétaire général de la Société, 22, rue Caumartin.

Chaque mémoire portera une devise qui sera répétée sur un pli cacheté joint au mémoire, et contenant le nom de l'auteur, qui ne pourra se faire connaître avant la décision de la Société.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de l'érysipèle considéré comme une fièvre exanthématique essentielle, avec l'exposition d'une nouvelle méthode de traitement applicable à cette affection, soit qu'elle reconnaisse pour causes un état diathésique de l'organisme (prédisposition) ou certains agents toxiques, soit lorsqu'elle règne épidémiquement dans quelques contrées et dans les hôpitaux ; observations qui toutes, à l'aide de cette nouvelle médication, se sont terminées par la guérison ; par M. le docteur Bourgogne père, de Condé (Nord). Grand in-8°, 1863. Prix : 3 fr. — Chez l'auteur.

Étude sur l'angine de poitrine, mémoire présenté au concours pour le prix Civrieux, et récompensé par l'Académie impériale de médecine de Paris ; par M. le docteur Savalle (de Freneuse). In-8° de 87 pages. Prix : 2 fr. *franco*. — A Paris, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Guérison de la phthisie pulmonaire, et moyens de prévenir cette maladie à l'aide d'un traitement nouveau ; par M. le docteur Jules Boyer, ancien chef des travaux anatomiques, etc. Broch. in-8°, 2e édit. Prix : 1 fr. 50 c. *franco*. — Paris, 1863. Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

(1) Nous saisissons cette occasion pour faire remarquer que cette rédaction complète et rectifie l'énoncé que nous avons fait de la même présentation dans le compte rendu de l'Académie de médecine, numéro de jeudi dernier.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 8. — JEUDI 21 JANVIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 8. — JEUDI 21 JANVIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 JANVIER 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Séance de lectures. M. Bouvier, qui devait prendre la parole dans la question de l'origine de la vaccine, en ayant été empêché, la suite de la discussion a été ajournée. La tribune laissée libre par les membres de l'Académie a été occupée par ceux qui aspirent à l'honneur de lui appartenir. MM. Hillairet et Bergeron, candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, ont été successivement entendus.

M. Hillairet a traité un sujet déjà porté à la tribune par l'un de ses compétiteurs, M. Delpech, l'influence de la fabrication des préparations de chrome sur la santé des ouvriers. Il a maintenu contre les assertions contraires de plusieurs auteurs la nocuité de la préparation des composés de chrome et énuméré la série des phénomènes morbides qui en sont le résultat. Il a réservé pour une seconde lecture l'indication des moyens propres à prévenir et à traiter ces désordres.

M. Bergeron a choisi pour texte de sa lecture de candidature l'étude des moyens prophylactiques à opposer à la propagation des teignes.

L'Académie a entendu ensuite une lecture de M. Gallard sur la pustule maligne, qui, suivant lui, pourrait se développer spontanément dans l'espèce humaine, au lieu d'être toujours, comme on l'a cru généralement jusqu'à présent, le produit d'une contamination.

Enfin, M. Boinet a clos la séance par la lecture d'une observation d'un vaste kyste hydatique du foie guéri par les ponctions, les injections iodées et les sondes à demeure.

Nous allions oublier un rapport sur les remèdes secrets.

Voilà, comme on le voit, une séance bien remplie, mais bien calme.

A mardi prochain, sans doute, la reprise de la discussion.

Dr Brochin.

Nos lecteurs se souviennent qu'au mois de mars de l'année dernière, M. le docteur Jaccoud, professeur agrégé et médecin des hôpitaux de Paris, avait reçu la mission d'aller étudier l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne.

Le rapport présenté à S. E. le ministre de l'instruction publique par notre très-distingué confrère vient de nous être remis [1]. L'importance de ce travail mérite toutes les méditations des amis des bonnes et fortes études médicales; nous aurons donc à en entretenir nos lecteurs. Mais, en attendant une analyse approfondie, nous avons hâte de reproduire les conclusions du rapport de M. Jaccoud.

« Que faut-il pour compléter notre organisation et lui assurer cette supériorité que nous constatons chez nos voisins? Il faut, à leur exemple, réformer l'enseignement clinique [2]. Il faut, comme eux, créer des Instituts pratiques, dont les laboratoires seront libéralement ouverts à tous les élèves et non pas à quelques privilégiés de la fortune ou de l'amitié. L'organisation nouvelle de l'enseignement clinique substituera des études sérieuses et vraiment utiles à ce stage insuffisant qui consiste trop souvent à se promener dans les salles des hôpitaux et à signer une feuille de présence; elle permettra de donner aux élèves l'instruction pratique dont ils ont besoin et à laquelle ils ont droit. En même temps, la fondation des instituts physiologiques et pathologiques, en créant pour toutes les branches de la science un enseignement pratique, fera disparaître de nos Facultés une lacune que l'on y constate encore aujourd'hui avec un douloureux étonnement. Et, d'ailleurs, il serait injuste de l'oublier, la nécessité de ces mesures a été dès longtemps reconnue, et cette organisation ne serait que la consécration du magnifique programme contenu dans les décrets du 14 frimaire an III et du 14 messidor an IV. Que ces réformes soient accomplies, mes vœux les plus chers seront réalisés; car l'antique prééminence de notre École sera définitivement sauvegardée, et la Faculté de Paris, qui n'a dû jusqu'ici qu'à ses professeurs sa glorieuse suprématie, trouvera dans des institutions dignes d'elle les éléments d'une nouvelle supériorité. »

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Quelques cas de mort subite dans l'état puerpéral.

Parmi les dangers auxquels expose l'état puerpéral, je n'en connais pas de plus émouvant et de plus terrible que celui de la mort subite. En un clin d'œil tous les calculs de la prudence sont déjoués; la vigilance la plus assidue, l'hygiène la mieux comprise, la thérapeutique avec ses ressources les plus variées et ses combinaisons les plus ingénieuses, tout cela vient se briser contre un écueil invisible.

Une jeune femme traverse heureusement tous les périls de la grossesse et de l'accouchement; elle franchit saine et sauve les périodes les plus critiques de l'état puerpéral; quelques jours à peine la séparent du moment où elle sera rendue à ses occupations et à ses devoirs journaliers. Tout à coup les espérances joyeuses qui s'attachaient à cette existence naguère encore resplendissante de force, de santé et de jeunesse s'engloutissent dans un abîme que rien ne faisait prévoir, dont nul n'a pu mesurer l'étendue. Un exemple célèbre fera mieux comprendre toute notre pensée.

Le 28 octobre 1857, la duchesse de N..., déjà mère de trois enfants, enceinte pour la quatrième fois, et dont la santé florissante n'avait jamais été troublée par le moindre accident, accoucha à quatre heures du matin après un travail facile et régulier. Suites de couches heureuses; montée du lait normale, état aussi satisfaisant que possible; tout allait pour le mieux, lorsque dans la matinée du 10 novembre, après une nuit excellente et un sommeil paisible, la duchesse meurt subitement. Elle devait se lever le lendemain; elle se coiffait; elle dit à sa garde: « Je me trouve mal »; elle était morte.

Son rétablissement était si complet, que son accoucheur, M. Moreau père, était de retour à Paris, aucun accident ne lui ayant fait pressentir une fin si rapide. L'autopsie, faite en présence du docteur H. Guéneau de Mussy et de plusieurs médecins anglais, fit constater l'intégrité parfaite de tous les organes, et ne révéla rien qui pût expliquer la mort.

Ce fait et beaucoup d'autres semblables que je pourrais citer montrent assez combien la science est désarmée en face de cette redoutable éventualité, et font concevoir que l'Académie de médecine ait mis au concours pendant plusieurs années consécutives cette question de la mort subite dans l'état puerpéral. Malheureusement le problème attend encore une solution, et, quoique très-nombreuses, les observations publiées jusqu'à ce jour nous laissent dans la plus grande incertitude sur la cause primordiale qui préside à ces étranges catastrophes.

Lorsque en effet on parcourt ces observations, on est frappé, en premier lieu, de la diversité extrême des lésions anatomiques auxquelles a pu être attribuée la mort dans un certain nombre de cas. En second lieu, on est conduit par une analyse attentive à cette remarque, que si les lésions observées ont été maintes fois assez graves pour expliquer le dénoûment funeste, trop souvent aussi elles étaient d'une importance contestable, et ne suffisaient pas à rendre compte de ce dénoûment. Enfin, il est une dernière catégorie de cas; c'est celle dans laquelle l'autopsie n'a révélé aucune altération appréciable. C'est pour

[1] *De l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne*, rapport présenté à S. E. le ministre de l'instruction publique, le 6 octobre 1863, par M. le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et médecin des hôpitaux. Un vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50 c., *franco*. Paris, 1864. Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

[2] Cette réforme aurait pu être faite depuis longtemps, car il y a bien des années déjà que la France médicale a pu, en voyant à l'œuvre la méthode proposée, en apprécier toute la supériorité. On n'a pas oublié sans doute que Chomel et M. le professeur Rostan avaient adopté dans leur enseignement le principe de l'intervention active des élèves, et qu'ils les transformaient, eux aussi, en élèves pratiquants.

QUERELLES DES MÉDECINS ET DES CHIRURGIENS AU DIX-SEPTIÈME SIÈCLE [1].

Tous ceux qui aspireront à être reçus dans *l'Ordre royal des maîtres en chirurgie* [2] feront un cours entier qui ne pourra durer moins de deux années, *si la compagnie ne les en dispense.* (Nous croyons que cette dispense s'obtenait beaucoup trop facilement.) — Depuis le jour de son inscription jusqu'au cinquième mois, l'élève devait se préparer à *l'examen de tentative.* Il était passé par le prévôt et quatre maîtres qui interrogeaient depuis midi jusqu'à cinq heures, savoir : le prévôt, sur des matières de logique et de physique; le plus jeune maître sur les choses naturelles; un autre sur les choses non naturelles; le troisième sur les choses contre nature, et le plus ancien sur la méthode générale de la pratique.

Trois mois après venait *l'acte de baccalauréat.* Cet examen se soutenait le plus souvent à l'Hôtel-Dieu; il durait depuis six heures du matin en été, sept heures en hiver, jusqu'à midi et au delà. Neuf maîtres interrogeaient sur l'anatomie, les os, les cartilages, les ligaments, les muscles, les veines, les artères, les nerfs et sur les maladies, les quatre tumeurs contre nature et les autres tumeurs qui en dépendent, sur les plaies, les ulcères, les luxations, les fractures, etc. Pour compléter l'épreuve, les autres maîtres présents pouvaient interroger à leur volonté sur la chirurgie rationnelle et la pratique et sur l'interprétation d'un aphorisme. Le bachelier admis ne prêtait serment qu'après avoir soutenu une thèse; neuf maîtres assistaient à cet acte, présidé par le prévôt. Au quatorzième mois, le bachelier était examiné en particulier par chaque maître.

Au dix-huitième mois venait *l'examen de licence.* Le candidat y était interrogé par neuf jeunes maîtres sur les maladies, leurs causes, leurs signes, leurs pronostics, et sur leur cure tant par les médicaments que par l'opération de la main; sur les instruments de chirurgie et la manière de s'en servir; *sur les rapports qui sont à faire en justice au sujet des lépreux, des vérolez, de l'enfant mort au ventre de sa mère et autres cas semblables.* Les autres maîtres présents interrogeaient à leur volonté.

Enfin, après avoir démontré l'ostéologie tout entière et fait l'anatomie du corps humain, le licencié, dans le vingt-quatrième mois, devait adresser sa supplique pour la *prise du bonnet.*

C'était ici le grand acte de la vie du chirurgien, celui sur lequel on répandait tout l'éclat possible. On ne pouvait pas égaler la pompe de la Faculté, l'auditoire n'était ni aussi brillant ni aussi élevé dans la hiérarchie sociale, la ville et le monde, *urbs et orbis*, n'étaient pas aussi directement intéressés; malgré tout, les chirurgiens n'en faisaient pas moins les choses avec la plus grande solennité possible. Qu'on en juge.

« § 79. Deux jours avant la solennité du bonnet, à sept heures du matin, les licenciés et bacheliers, et à leur défaut les plus anciens clercs, tous en robe longue, se rendront à la maison du prévôt avec quatre jeunes maîtres, dont le plus jeune fera les paranymphes (à moins que la compagnie n'en ait ordonné autrement) au nom de toute l'Ecole et du récipiendaire qui s'y trouvera en habit de solennité, et donnera, tant à son paranymphe qu'à ceux de sa suite, chacun une paire de gands simples. Le récipiendaire invitera, par un discours préparé, tous ceux dont on lui aura donné la liste; il ira donner aux invités des thèses imprimées que le clerc portera ou, s'ils sont absents, il les laissera chez eux.

» § 80. La veille de la solennité du bonnet, ou même plus tôt, le récipiendaire portera des gands au prévôt, lequel, après en avoir fait des paquets cachetés, les distribuera, sçavoir : deux paires de gands à chaque maître, l'une garnie et l'autre simple. Outre cela, le récipiendaire donnera, le jour de sa réception, une paire de gands simples à tous les clercs, bacheliers et licenciés présens; le clerc présentera encore aux maîtres un bonnet quarré qu'ils choisiront et une autre paire de gands. Quant au prévôt et au président, on leur donnera le double de gands, de bonnets et d'honoraires.

» § 81. *Le récipiendaire fera tendre de tapisseries le lieu d'un acte si solennel, et semer le plancher de fleurs.* Après qu'il aura soutenu la thèse, il recevra le bonnet magistral et il fera son remercîment.

» § 82. Le lendemain, il prêtera serment au prévôt de Paris ou à son lieutenant, étant en robe et accompagné des jurez du prévôt, du paranymphe et de deux autres maîtres qui seront nommés à cet effet.

» § 83. Le premier lundi du mois suivant, le nouveau maître, après avoir fait sa première visite des pauvres, conduira dans sa maison les autres maîtres qu'il aura invités par billets, afin qu'après avoir offert à Dieu dans la visite des pauvres les prémices de sa profession, il demande encore à Dieu sa bénédiction pour lui et pour la compagnie qu'il aura assemblée autour de sa table; qu'il rende à Dieu et à l'École des actions de grâces, qu'il se recommande à ses confrères, et qu'après avoir entendu la lecture des statuts, il prête le serment de maître en chirurgie. Ensuite il sera salué par les assistants, comme maître, et il sera mis le dernier sur le catalogue [1]. »

Les candidats qui avaient passé par ces rudes épreuves ne devaient pas être des hommes sans valeur et sans mérite, et le Collége de chirurgie, qui posséda dans son sein les de La Noue, Héry, Ambroise Paré, Pigray, Guillemeau, Séverin Pineau, Habicot lui-même, malgré sa malheureuse discussion sur les os du géant Teutobochus, etc., avait suffisamment prouvé à tout le monde que son institution était utile et profitable à la science et au genre humain. La Faculté de mé-

[1] Voir les numéros des 26 décembre et 14 janvier.

[2] En vérité les chirurgiens aiment les grands mots presque autant que leurs rivaux de la Faculté.

[1] En vérité, nos ancêtres n'avaient pas le privilége seulement des choses pompeuses et ridicules; ce dernier paragraphe est réellement touchant, et, encore aujourd'hui, on ne peut pas le lire sans attendrissement et sans émotion.

ces cas qu'on a invoqué une série de causes plus ou moins problématiques, telles que l'ébranlement ou l'épuisement nerveux, la syncope, etc.

Si donc nous considérons d'une part la fréquence des morts subites chez les femmes grosses ou en couches, d'une autre part, l'impossibilité d'expliquer anatomiquement la mort dans un nombre considérable de cas, ne semble-t-il pas qu'il doive y avoir au-dessus de toutes les causes invoquées par les auteurs pour chaque cas particulier, une cause plus générale, indépendante peut-être de toute lésion anatomique, et qui, selon toute probabilité, réside dans les conditions physiologiques spéciales inhérentes à la puerpéralité?

Cette cause m'échappe comme elle a échappé à tous les auteurs qui se sont occupés de ce grave problème; mais, s'il ne m'a pas été donné d'en saisir la nature, d'en déterminer l'essence, du moins est-il possible de signaler certaines circonstances qui relèvent de l'observation directe, et qui serviront à éclairer un des côtés les plus intéressants de la question. Parmi ces circonstances, je signalerai la facilité extraordinaire de l'organisme chez les femmes en couches à s'affecter sous l'influence des commotions morales.

Il faut avoir été témoin comme je le suis tous les jours, de cette incroyable susceptibilité, pour en comprendre toute l'étendue et principalement toute la portée, au point de vue pathogénique.

Qu'une femme récemment accouchée et jusque-là indemne de tout accident, reçoive la visite d'une de ses parentes, mère, sœur, tante, etc., et essuie au sujet de sa conduite passée quelques reproches intempestifs, le soir même elle prend un frisson, et à dater de ce moment se déroule tout le tableau des symptômes de la phlébite utérine, de la péritonite ou de l'une quelconque des maladies propres à l'état puerpéral.

Qu'une de nos accouchées valides et déjà attachée à son enfant se décide tout à coup, cédant à de mauvais conseils ou écoutant une fâcheuse inspiration, à abandonner son nouveau-né, le jour même ou le lendemain nous voyons se développer une fièvre intense, et avec elle tout le cortége des symptômes qui appartiennent à la péritonite, soit partielle, soit généralisée, à la phlébite utérine, au phlegmon des ligaments larges, etc.

J'ai vu les mêmes effets se produire avec leurs conséquences les plus désastreuses chez certaines mères dénaturées, et qui, ayant compté pouvoir abandonner leur enfant aussitôt après sa naissance, étaient trompées dans leur attente par les règlements administratifs qui leur imposaient d'allaiter le nouveau-né jusqu'au moment de leur sortie de l'hôpital. Chose curieuse! si, en considération des accidents graves survenus tout à coup chez la malade, on se décidait à envoyer l'enfant à la crèche ou aux Enfants-Trouvés, cette satisfaction donnée aux désirs de la mère suffisait pour opérer chez elle une révolution salutaire et rétablir dans le système l'équilibre un instant dérangé.

Je pourrais multiplier à l'infini ces exemples de l'impressionnabilité excessive des femmes en couches. Les faits auxquels je fais allusion se renouvellent journellement sous mes yeux, et leur fréquence est telle que, si une pareille expérience n'était pas de celles que la morale flétrit et condamne, on pourrait presque s'engager, en faisant naître des conditions analogues à celles dont je viens de parler, à reproduire exactement des faits semblables.

Mais si cette impressionnabilité est telle qu'il suffise d'une commotion morale pour développer des accidents mortels, cela ne décèle-t-il pas chez la femme en couches une aptitude singulière à se laisser affecter par toutes les causes pathogéniques en général, et en particulier par celles qui pourraient interrompre brusquement le cours des fonctions essentielles à la vie?

Il m'est impossible de mieux définir pour le moment cette aptitude, que je qualifierais volontiers de merveilleuse si elle n'était avant tout déplorable; mais je la constate en la signalant aux méditations de ceux qui voudraient faire de cette question des morts subites dans l'état puerpéral un objet spécial de recherches.

Il n'entre point dans le plan de cet article de passer ici en revue toutes les causes qui ont été assignées à la mort subite chez les femmes grosses ou récemment accouchées. Je me contenterai de mentionner ici plusieurs faits dont j'ai été témoin dans ces derniers temps, et qui mettent en lumière quelques-unes de ces causes et vraisemblablement les plus importantes.

La syncope est peut-être parmi toutes ces causes une de celles qui ont été le plus fréquemment invoquées, tantôt parce que l'on n'avait pas fait l'autopsie, tantôt parce que l'ayant faite on n'avait rien découvert. C'est à une syncope qu'on avait attribué la mort de la duchesse de N.... Il n'est pas douteux qu'il n'y ait eu syncope dans quelques cas où la mort a succédé à une hémorrhagie abondante survenue après l'accouchement. On a pu avec quelque apparence de raison supposer qu'il y avait eu syncope chez certaines femmes qui, déjà plus ou moins complétement rétablies, avaient péri subitement, les unes en faisant des efforts pour aller à la garde-robe, les autres en s'asseyant sur leur lit ou se levant pour déjeuner, d'autres en voulant procéder à leur toilette, en un mot en passant pour la première fois de la position horizontale jusque-là rigoureusement observée à la station debout ou assise.

Dans tous ces cas, j'admets assez volontiers la syncope, quoiqu'elle n'ait pas toujours été parfaitement établie; mais je crois qu'on a été beaucoup trop prodigue de ce mode d'explication pour un grand nombre de malades trouvées mortes dans leur lit et dont l'autopsie n'a pu être faite.

Voici cependant un cas dans lequel la mort subite me paraît devoir être incontestablement rattachée à la syncope :

Une fille de vingt-six ans, Marie M..., accouche à la Maternité le 19 décembre 1863, et pendant quelques jours ne présente d'autres symptômes qu'un peu de fièvre et quelques douleurs abdominales. Chez cette femme, le travail avait duré trente-six heures, mais il n'y avait eu qu'une médiocre quantité de sang perdu (5 à 600 grammes environ). Pâleur mate, un peu de bouffissure à la face; pas d'albumine dans l'urine. Les accidents observés sont traités par le régime, les boissons émollientes, les cataplasmes, les fomentations sur le ventre avec l'onguent napolitain. Il en résulte un peu de gingivite.

Dans la journée du 23, la malade avait eu quelques défaillances; le soir, en passant près de son lit, on la trouve morte.

A l'autopsie, nous trouvons l'utérus réduit au volume du poing, et présentant au niveau de l'angle supérieur gauche une tumeur superficielle, sphérique, violacée à l'extérieur et du volume d'une noix. Un coup de scalpel porté sur cette tumeur donne issue au pus épais, jaunâtre et bien lié qui la remplissait. A l'angle supérieur droit, une section pratiquée sur l'utérus met à découvert un autre abcès presque aussi volumineux que le premier, mais profondément situé dans l'épaisseur de la paroi au lieu de faire saillie à l'extérieur de l'organe. En incisant sur plusieurs points le col utérin, on voit sourdre à travers les bouches béantes des veines divisées quelques gouttelettes purulentes. Le reste de l'utérus est sain, sauf une mollesse plus grande et une coloration violacée très-manifestes au voisinage des foyers purulents.

Rien dans les ligaments larges, les ovaires et les trompes. Aucune lésion péritonéale.

Tous les autres viscères, reins, foie, rate, cœur, poumons, cerveau, sont parfaitement sains. Pas de gaz dans les gros troncs veineux ni dans les cavités cardiaques. Pas de thrombose dans l'artère pulmonaire.

En dépit des symptômes observés pendant la vie et des lésions constatées après la mort, je crois que dans le cas particulier la soudaineté de l'issue fatale doit être rapportée à la syncope. Il n'est pas, en effet, dans les habitudes de la phlébite et de la suppuration utérines d'amener la mort d'une manière aussi brusque, aussi foudroyante. Sans doute il n'en fallait pas davantage pour donner lieu aux phénomènes de l'infection purulente, mais ces phénomènes ne s'étaient point produits. La fièvre avait été légère, les douleurs abdominales peu intenses, et dans la journée du 23 décembre l'état de la malade était très-satisfaisant, lorsque se manifestèrent les lypothymies. C'est de l'existence de ces lypothymies que nous concluons à la syncope terminale.

Est-ce à dire pour cela que la suppuration utérine soit restée étrangère à l'arrivée de la mort? Loin de là; nous pensons au contraire que les foyers purulents intra-utérins ont joué un rôle important dans ce drame pathologique, soit qu'ils aient agi, à la manière de certains agents chimiques, par la vertu de leur seule présence pour favoriser l'action sidérante de la syncope, soit que l'absorption des éléments les plus subtils du pus et leur passage dans le torrent circulatoire ait troublé l'action du cœur et suspendu brusquement ses fonctions.

Une autre cause de mort subite dans l'état puerpéral, moins bien connue, moins vulgaire que la syncope, c'est la thrombose de l'artère pulmonaire.

Les journaux anglais en ont relaté deux cas que je trouve consignés dans le travail de M. Eugène Moynier, sur les morts subites chez les femmes enceintes et récemment accouchées, en même temps qu'une observation de M. le professeur Gosselin, relative à une mort subite trois semaines après l'accouchement, par syncope et coagulation du sang dans les veines pulmonaires.

Dans les deux premiers cas, l'expulsion du placenta aurait été suivie d'une hémorrhagie abondante, circonstance qui, au dire de M. Miegs (de Philadelphie), favorise la formation de caillots dans le cœur et les veines.

Dans le troisième cas, celui de M. Gosselin, la veine saphène interne et quelques-unes de ses branches auraient été le siége d'une oblitération résultant d'une phlébite adhésive. Le savant professeur explique la coagulation sanguine survenue dans les veines pulmonaires par la modification du sang, en vertu de laquelle l'oblitération s'était déjà faite dans la saphène.

Voici maintenant l'observation qui m'est propre :

Le 19 août 1863, une jeune femme accouche à la Maternité régulièrement et à terme. Aucun accident n'est venu compliquer ses suites de couches.

Le 8 septembre, vingt jours après l'accouchement, elle se lève pour la première fois; elle se sent bien, cause avec sa sage-femme et annonce qu'elle partira le lendemain. Elle était debout depuis cinq minutes, lorsque l'élève la voit pâlir; ses traits s'altèrent, les forces lui manquent. On lui parle, elle ne répond pas; on l'assied sur une chaise, elle se laisse choir jusqu'à terre. Quelques mouvements convulsifs se manifestent du côté de la face, et au bout de quelques secondes la malade a cessé de vivre.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Le corps est très-bien conservé. Rien du côté du péritoine; l'utérus est sain et revenu sur lui-même. Plèvres intactes; poumons légèrement congestionnés à la partie postérieure.

Le cœur droit est distendu par du sang liquide et noir. Le gauche est petit, contracté, à parois épaisses. Dans l'artère pulmonaire on trouve un amas de caillots de sang noir coagulé et de fibrine en masses denses et résistantes. L'un d'eux se fait remarquer par son volume, par sa couleur grisâtre, un peu rosée, et par sa résistance aux tractions qu'on exerce sur lui. Obstruant le tronc et les deux branches de l'artère pulmonaire, ils ne se prolongent pas dans les divisions de ces derniers vaisseaux.

Les veines-caves supérieure et inférieure, les veines du cou et celles de la cuisse ne contiennent aucun caillot.

Le cerveau a son aspect normal. (Observation recueillie par M. Bouchaud, interne du service.)

Cette observation se distingue des observations analogues que j'ai citées en ce que chez notre malade il n'y a eu ni hémorrha-

---

decine seule ne voulut pas le reconnaître, et, en détruisant cette noble institution, elle fit plus qu'une faute, elle retarda les progrès d'une science utile et qui dans le siècle suivant a jeté tant d'éclat, que l'orgueilleuse Faculté en a été complétement éclipsée.

Mais l'empire des castes et leur vanité étaient alors si grands que tout cédait devant un privilége à établir, une position acquise à conserver. Il eût été sage et raisonnable de recevoir le Collége de chirurgie au sein de la Faculté, mais les mœurs ridicules d'alors s'y opposaient absolument, *la chirurgie étant un art manuel!!!* Grâce au ciel, toutes ces distinctions ont disparu; chirurgiens et médecins cultivent la même science, et les uns et les autres travaillent, en commun et dans une parfaite intelligence, au soulagement de l'humanité souffrante! — Par un singulier revirement des choses d'ici-bas, les chirurgiens seraient même disposés à se croire supérieurs aux médecins, et cela justement *à cause de leur grande habileté manuelle* et de leur supériorité incontestable en anatomie. Mais ces messieurs ne se vantant de cela qu'entre eux ou en tout petit comité, laissons-leur cette légère satisfaction, comme un bien faible dédommagement de tout ce qu'ont injustement souffert leurs prédécesseurs.

MÉDECINS ET APOTHICAIRES.

Il était sans doute écrit là-haut que la Faculté ne pourrait vivre en bonne intelligence avec personne; un mauvais génie semait sous ses pas (et il semait en terre bien plantureuse) les discussions et la discorde, car, après s'être querellés entre eux, avec les chirurgiens, avec les barbiers, nos docteurs eurent encore maille à partir avec les apothicaires; nous ne disons pas avec les pharmaciens, car, chose assez remarquable, ce dernier terme était, au dix-septième siècle, pris en fort mauvaise part, le terme noble étant celui d'apothicaire.

C'est un mémoire d'apothicaire, est un proverbe qui date, je crois, du *Malade imaginaire*. Tout le monde a présente à l'esprit cette charmante scène qui ouvre la comédie et dans laquelle Argan passe en revue la note du bon M. Fleurant. Pour bien saisir tous les détails, toutes les intentions de ce délicieux monologue, il est nécessaire de l'avoir entendu à la Comédie française. Je ne sais pas au juste comment Molière le débitait, mais il me paraît impossible qu'il y mît plus de talent que M. Provost le père. Quelle finesse! quelle interprétation juste, sensée et comique en même temps! Pas un détail n'est perdu, et comme cette bonne figure doit bien être celle d'Argan lui-même! Il est légèrement moqueur, notre malade imaginaire, mais bien peu, comme un homme qui n'ose s'attaquer à une puissance dont il dépend et qu'il craindrait de fâcher sérieusement. — « Trente sous un lavement! je suis votre serviteur, je vous l'ai déjà dit; vous ne me les avez mis dans les autres parties qu'à vingt sous; et vingt sous, en langage d'apothicaire, c'est-à-dire dix sous... Ah! monsieur Fleurant, tout doux, s'il vous plaît! Si vous en usez comme cela, on ne voudra plus être malade.... » Mais ne craignez pas que notre homme se fâche, M. Fleurant lui est bien trop nécessaire.

Ce compte de M. Fleurant est vraiment un chef-d'œuvre, et nous sommes convaincu que Molière a dû le copier sur quelque mémoire original d'un apothicaire d'alors; un mémoire adressé à lui-même, peut-être; cela ne s'invente pas, et le sublime comédien lui-même n'aurait pas trouvé ces formules incroyables : « Plus, un petit clystère insinuatif, préparatif et rémollient, pour amollir, humecter et rafraîchir les entrailles de monsieur..... Plus, un bon clystère détersif, composé avec catholicon double, rhubarbe, miel rosat et autres, suivant l'ordonnance, pour balayer, laver et nettoyer le bas-ventre de monsieur.... Plus, une bonne médecine purgative et corroborative, composée de casse récente, avec séné levantin et autres, suivant l'ordonnance de M. Purgon, pour expulser et évacuer la bile de monsieur.... » Ce qui fait dire à Argan : « Ce qui me plaît de M. Fleurant, mon apothicaire, c'est que ses parties sont toujours fort civiles. »

Eh bien, ces comptes d'apothicaires, qui nous ont valu cette charmante scène, ils furent la cause de la guerre avec les docteurs. Ces médicaments si nombreux et si variés étaient la source de fort jolis revenus; or, voilà qu'un jour les médecins s'avisent qu'on pourrait fort bien faire la médecine sans tout ce fatras pharmaceutique, et ils se mettent (je parle des docteurs orthodoxes de la Faculté) à ne prescrire que la saignée, les tisanes, le séné et le sirop de roses pâles. Il n'est nullement agréable de voir étrangler dans ses mains la poule aux œufs d'or; qui ne fut pas content? ce furent les pauvres pharmaciens. — Heureusement pour eux, d'autres docteurs, déjà assez nombreux, n'avaient pas la même foi en la saignée et continuaient à prescrire ces longues et grasses formules, dans lesquelles vingt, trente, cinquante substances étaient fort étonnées de se trouver réunies, et qui faisaient la joie et la fortune de M. Fleurant; ces médecins étaient les partisans de l'antimoine. Naturellement les apothicaires prirent fait et cause pour ceux-ci, et la guerre dut commencer.

Nous en trouvons l'histoire tout au long dans les lettres de Guy Patin, et nos lecteurs savent déjà quelle espèce de conteur est notre homme, et comment il émaille son style de grosses injures et de sanglantes plaisanteries; on comprend qu'avec lui les pharmaciens n'ont pas beau jeu, et que chaque fois qu'il en trouvera l'occasion, il ne manquera pas d'emporter le morceau.

Voici quelques-unes de ses aménités :

« Un apothicaire de Troyes a donné du poison à un de ses voisins, » pour lequel crime, dont il est convaincu, il a été condamné d'être » pendu et étranglé. Il en a appelé à Paris. Je pense qu'il viendra » ici se faire brancher à la Grève; *ainsi les apothicaires feront parler* » *d'eux en grande compagnie.* »

« ... L'antimoine est ici universellement détesté de tous les hon- » nêtes gens, n'ayant plus pour son parti que les charlatans empiri- » ques, *apothicaires et autre telle canaille.* »

Il fit tant et si bien qu'il s'attira un bon procès de la part de ses ennemis; mais, qu'on se rassure, il en sortit vainqueur et plus triomphant que jamais. Je ne me lasse pas de laisser parler cet homme si plein de verve, et je suis sûr d'obtenir l'approbation de mes lecteurs; je vais donc encore lui céder la parole :

gies utérines antécédentes, ni phlébite des membres inférieurs, ni accident d'aucune espèce. Si l'on eût négligé, comme il arrive trop souvent, d'ouvrir l'artère pulmonaire et ses divisions, on n'eût pas manqué de dire que la malade avait succombé purement et simplement à une syncope. En effet, c'est au moment où elle s'est levée pour la première fois que la mort a eu lieu. Or, chez les sujets qui ont longtemps occupé la position horizontale, tout le monde sait que la station debout devient une cause très-réelle de syncope. Je ne nie pas que dans le cas particulier, comme dans beaucoup d'autres, il n'y ait eu syncope finale. Mais je dis que la cause de cette syncope et de la mort qui en est résultée, c'est la thrombose de l'artère pulmonaire.

Une troisième cause de mort subite sur laquelle je veux appeler l'attention, c'est la présence de gaz dans le système vasculaire des femmes en couches.

Voici un résumé de l'observation que j'ai communiquée le 3 octobre 1863 sur ce sujet au congrès médico-chirurgical de Rouen :

Le 10 juillet 1863, la nommée Marie F....., enceinte pour la seconde fois, entre à la Maternité et y accouche d'un enfant du sexe masculin. Expulsion spontanée du fœtus. Délivrance naturelle. Pas le moindre accident jusqu'au 20 juillet. Cette femme, d'une bonne santé antérieure et d'une forte constitution, se proposait et avait été désignée pour remplir les fonctions de nourrice.

Le 20 juillet, les lochies ayant présenté une grande fétidité, on prescrit une injection dans l'utérus avec une infusion de camomille. La seringue est soigneusement privée d'air. L'injection ne donne lieu à aucune douleur. Le liquide revient en exhalant une odeur infecte.

Jusqu'au lendemain 21 juillet, point d'accidents ; mais la fétidité des lochies persistant, une nouvelle injection est pratiquée à sept heures du soir avec le même liquide et les mêmes précautions que la veille. Cette injection est suivie d'un frisson avec claquement de dents et d'une perte de sang liquide sans mélange aucun de caillots et dont la quantité est évaluée approximativement à 750 grammes. On administre le seigle ergoté, et l'hémorrhagie s'arrête.

Dans le cours de cette même soirée, violente colère de la malade à la suite d'une querelle avec une de ses voisines, agitation, cris effrayants. On donne l'opium en pilules ; mais ce sédatif reste sans effet, et la malade expire tout à coup vers minuit et demi, en proie au paroxysme de la fureur la plus désordonnée.

Autopsie le 23, trente heures après la mort. — Le cadavre est frais, bien conservé ; aucune trace de putréfaction. Cœur volumineux, arrondi, comme distendu, cédant facilement à la pression du doigt. Dissection attentive de tous les vaisseaux qui émanent du cœur ou qui y aboutissent, et application sur chacun d'eux de deux ligatures, dans l'intervalle desquelles nous pratiquons ensuite la section des vaisseaux.

Le cœur est ainsi détaché de la poitrine et placé dans un seau d'eau au-dessous d'une éprouvette plongeant dans le liquide. Une incision étant pratiquée sur le ventricule droit, qui est de beaucoup le plus distendu, de grosses bulles de gaz se dégagent et vont se loger dans la partie supérieure de l'éprouvette. Le ventricule gauche incisé à son tour fournit quelques bulles de gaz, mais en quantité beaucoup moindre que les cavités droites.

Ce gaz, analysé par un chimiste distingué de l'Ecole normale, M. Desléonet, renfermait sur 100 parties : oxygène, 7 ; acide carbonique, 11 ; azote, 82.

Le volume de la quantité de gaz soumise à l'analyse était à peu près celui de 40 à 50 grammes d'eau.

Poumons parfaitement sains ; nulle trace d'emphysème ou de congestion.

La masse intestinale ayant été écartée par une dissection attentive, nous découvrons le tronc de la veine-cave inférieure, qui nous apparaît distendu comme par une injection anatomique. Mais en touchant du doigt sa paroi externe, il est facile de sentir que cette distension est produite par un corps gazeux. La pointe du scalpel ayant été portée sur le vaisseau, le gaz qu'il contient s'en dégage avec un léger sifflement. Il n'a pas la moindre odeur. Après la sortie du fluide aériforme, les parois de la veine s'affaissent. Ouvert plus largement, le vaisseau laisse échapper un liquide noirâtre et spumeux, évidemment constitué par un mélange de sang et de gaz.

La distension de la veine-cave avait lieu dans toute son étendue depuis son insertion à l'oreillette droite jusqu'au point où elle reçoit les iliaques primitives. Celles-ci ne contenaient pas de gaz, non plus que les veines utéro-ovariques. La veine-cave supérieure et toutes les branches qui y aboutissent n'en présentaient également aucune trace. Les veines pulmonaires contenaient une petite quantité de fluide gazeux.

Nul vestige d'inflammation ou de suppuration du côté de l'utérus. Col un peu mou, friable et ecchymosé. A la face interne de la matrice, sur la partie de cette face qui correspond au fond de l'organe, deux petites érosions chacune du diamètre d'une tête d'épingle et auxquelles adhéraient encore de petits caillots d'un rouge vif, et par lesquelles avait dû se faire l'hémorrhagie survenue dans la soirée du 21 juillet.

Trompes et ovaires intacts. On n'a pas eu le temps d'ouvrir la boîte crânienne.

Ce n'est pas la première fois qu'on trouve des gaz dans le cœur et les gros vaisseaux des femmes en couches ; j'en ai cité beaucoup d'exemples dans le travail auquel j'emprunte cette observation ; mais c'est la première fois que ces gaz ont été recueillis et analysés. Jusqu'alors on avait raisonné sur des hypothèses concernant l'origine et la nature de ces gaz ; aujourd'hui, c'est sur des données certaines que nous nous appuierons pour apprécier le fait qui vient d'être rapporté.

Faut-il mettre le développement de ces gaz sur le compte d'une décomposition cadavérique ? Cette hypothèse, bien des fois formulée en pareil cas, n'est nullement admissible. D'une part, en effet, le cadavre de notre malade ne présentait aucune altération notable ; d'une autre part, je puis affirmer que chez les femmes qui succombent à la métro-péritonite et qui se putréfient le plus rapidement après la mort, je n'ai jamais vu le cœur et les troncs vasculaires distendus par des gaz.

Les injections pratiquées dans l'utérus la veille et l'avant-veille de la mort pourraient-elles expliquer la présence de ces gaz dans les veines et les cavités du cœur ? Pas davantage ; car toutes les précautions avaient été prises pour qu'il ne restât pas d'air dans la seringue, et, lors même qu'il en fût resté quelques molécules, cette faible quantité du fluide élastique eût-elle suffi pour distendre la veine-cave tout entière et les cavités cardiaques ? Et puis, est-il donc si facile de concevoir une injection de gaz progressant de la surface interne de l'utérus à la veine-cave inférieure par les sinus utérins et les veines iliaques internes, ou bien par les veines utéro-ovariques et les veines rénales ? D'ailleurs, pourquoi ces dernières ne contenaient-elles aucune trace de gaz ? Et pourquoi, enfin, s'il y avait injection d'air, cet air renfermerait-il 11 pour cent d'acide carbonique et 7 pour cent d'oxygène seulement.

L'hémorrhagie qui a suivi la seconde injection serait-elle pour quelque chose dans la production du gaz à l'intérieur des organes circulatoires ? Si l'on consulte les faits consignés jusqu'à ce jour dans les recueils scientifiques, on est porté à se ranger à cette opinion. Mais l'agitation extrême qu'a présentée la malade avant la mort, l'exaltation insolite du système nerveux compliquent le problème. On se demande quel rôle un accès aussi effrayant de colère a pu jouer dans ce drame pathologique. A-t-il provoqué le développement des gaz dans le système circulatoire, ou bien n'est-ce là qu'un accident secondaire, une attaque nerveuse hystériforme, par exemple, qui serait venue se greffer sur un état morbide plus grave dans lequel la métrorrhagie aurait déterminé la formation gazeuse, et celle-ci la mort subite ?

Cette dernière supposition nous paraît la plus vraisemblable : mais, en tout état de cause, nous inclinons à croire que la part d'influence la plus large en ce qui concerne la production des gaz, appartient à l'hémorrhagie utérine.

L'opinion que nous adoptons se concilie parfaitement avec les observations nombreuses, soit expérimentales, soit cliniques, dans lesquelles on a vu une hémorrhagie utérine précéder et en quelque sorte préparer la mort subite. Qui ne sait l'altération profonde que subit le sang à la suite des pertes sanguines abondantes et répétées ? Or, quand la masse du sang a été ainsi appauvrie au double point de vue de la qualité et de la quantité, répugnera-t-il beaucoup à notre raison d'admettre qu'à un moment donné ce sang ainsi altéré devienne le théâtre de quelque grave perturbation qui favorise le dégagement des gaz combinés avec le liquide nourricier ? Cette supposition se fortifierait encore de ce fait aujourd'hui bien démontré, que l'état de grossesse et l'état puerpéral amènent dans la crase du sang des modifications qui ne sont probablement pas étrangères à la création de cette imminence morbide.

Je terminerai la relation de ces divers cas de mort subite dans l'état puerpéral par la mention succincte du fait suivant, dont je n'ai pas encore trouvé l'analogue dans la science, au moins en ce qui concerne les femmes grosses ou récemment accouchées.

Il y a environ trois mois, une malade de mon service, accouchée depuis plusieurs semaines, et qui n'avait présenté d'autres symptômes que les inconvénients inhérents à l'existence d'une hypertrophie amygdalienne, m'ayant vivement sollicité pour que je lui fisse l'opération, je lui enlevai ses amygdales avec l'instrument de Fahnestock. Il ne s'écoula pas une goutte de sang. L'ablation avait été des plus simples et des plus faciles. Le lendemain, dans l'après-midi, cette femme mourut subitement. Un instant auparavant, la fille de service lui avait donné à boire.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes aucune lésion appréciable, mais les bronches étaient remplies d'un liquide qui n'était autre chose que la tisane prise par la malade quelques moments avant la mort.

S'était-il produit par le fait de la maladie amygdalienne ou de l'opération quelque paralysie des organes de la déglutition ou de la respiration, paralysie qui aurait permis le passage du liquide dans les voies aériennes ? Nous l'ignorons. Ce qu'il y a de certain, c'est que la mort paraît avoir été la conséquence de cette déviation des boissons.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 janvier 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 9 janvier, et par lequel est approuvée l'élection de M. Husson comme membre associé libre.

Après la lecture du décret, faite par M. le secrétaire perpétuel, M. Husson, sur l'invitation du président, prend place parmi ses collègues.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport sur une épidémie de petite vérole qui a régné dans l'arrondissement de Forcalquier (Basses-Alpes), en 1863 (commission des épidémies) ;

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Allard ; de Molitg (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Picon ; des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Lemonnier ; de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par M. le docteur Tellier ; d'Ussat (Ariége), par M. le docteur Ourgaud (commission des eaux minérales) ;

3° Le tableau des vaccinations pratiquées dans le canton de Bayonne, par M. le docteur d'Hoursolle (commission de vaccine)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), sur l'état

---

« M. le président de Courberin vous peut assurer du favorable jugement que j'obtins le 15 mars contre les apothicaires au parquet de MM. les gens du roi, où les compagnons furent étrillés tout du long. Tout le palais les bafoua et se moqua d'eux ; ils prétendaient des réparations contre moi pour ce que j'avais dit de leurs boîtes, de leur thériaque et confection d'alkermès, *quam campigius daemoniacam, nuncupavit, Rondeletius perniciosam et venenatam.* Leur bézoard y fut si bien secoué, qu'il ne demeura que poudre et cendre, comme l'a dit M. Hoffman, *in suis Paralipom.*, cap. 36. Je ne pris point d'avocat ; je me défendis moi-même, fort au gré de mes juges aussi bien que de mes auditeurs. *Dimissi et refecti fuere tanquam ignari nebulones, boni illi viri pharmacopei parisienses.* Ce procès ne m'a fait qu'honneur et a fait connaître ma thèse, que tout le monde demande. Ces coïons d'apothicaires ont trop pris de pouvoir sur l'honneur de la médecine ; il est grand temps de les rabattre, ou jamais on n'en viendra à bout. »

Il faut avouer que le beau rôle, dans la question qui nous occupe, était du côté des médecins, et qu'ils avaient parfaitement raison de s'en prendre à une polypharmacie plus qu'inutile, souvent dangereuse. Notre épistolier, qui parle raison aussi bien qu'homme du monde, quand il lui plaît, n'a pas manqué de traiter la question : « Les uns disant que *naturâ gaudet paucis*, que pour bien faire la médecine il ne faut guère de remèdes et encore moins de compositions, la quantité desquelles est inutile, et plus propre à entretenir la forfanterie des Arabes, au profit des apothicaires, qu'à soulager des malades, lesquels un simple purgatif opère quelquefois autant qu'une médecine où y entreront trois ou quatre compositions. Pour moi, je suis de l'avis de messieurs les Piètres, qui ne veulent *ad bene medendum quam pauca, sed selecta et probata remedia* : moi qui ai appris par maintes expériences sur moi et sur autrui *que l'infusion de trois gros de séné en un verre d'eau* purge aussi bien, voire plus sûrement, qu'un tas de compositions arabesques toutes sortes d'humeurs peccantes. Je rends la pharmacie la plus populaire qu'il m'est possible, ordonnant tous les jours chez mes malades *euporista et facile parabilia remedia*, afin d'en sauver la peine aux apothicaires, qui ne trouvent cela guère bon ; mais je ne me soucie ni d'eux ni de ce qu'ils disent de moi, m'en trouvant bien, en ne foulant pas ma conscience ni n'engageant mon honneur ni la bourse de mes malades ; joint que le peuple est tellement lassé de leur tyrannie bézoardesque et de leur forfanterie bézoardesque qu'il est toujours bien aise, à quelque prix que ce soit, d'échapper de leurs mains. »

La guerre étant bien déclarée, les apothicaires ne trouvèrent rien de mieux que de donner dans leur arrière-boutique des consultations aux malades à qui ils vendaient leurs drogues (1) ; les clients ne leur manquèrent pas d'abord. Mais les médecins mirent tout en œuvre pour détourner le peuple de cette funeste habitude, et ce qui leur réussit le mieux fut la publication d'un assez pauvre ouvrage intitulé le *Médecin charitable*. Ce livre avait surtout pour but d'enseigner aux malades à se passer du pharmacien en préparant lui-même les plus utiles médicaments. On y traitait *du prix et de la valeur des médicaments ; du choix des médicaments ; de la manière de faire les gelées et les confitures ; de la conservation de la santé* ; il contenait *une méthode agréable et facile pour se purger doucement et sans aucun dégoût*, etc. Le *Médecin charitable* eut un grand retentissement et un nombre considérable d'éditions. Nous n'affirmons pas que cet instrument de guerre fût bien loyal ni même bien digne de la Faculté, mais l'événement donna raison aux médecins. Comme toujours, ceux-ci furent les plus forts et les vainqueurs ; ils eurent la satisfaction de ruiner (2) leurs ennemis, et de voir, pour un temps au moins, les malades se déshabituer d'avoir recours à leurs préparations autrement que dans les cas graves. Est-il nécessaire d'ajouter que la joie de Guy Patin fut des plus vives et des plus bruyantes ?

Voilà donc la Faculté partout triomphante ; ses ennemis sont humiliés devant elle ; elle tient le sceptre, elle domine, elle règne, elle est seule maîtresse souveraine ! Saura-t-elle au moins user de la victoire au profit de la science et de l'humanité ? Hélas ! depuis cette époque, elle ne fait rien, et on n'entend presque plus parler d'elle dans le monde scientifique. Ces pauvres chirurgiens qu'elle a si profondément humiliés, qu'elle croit avoir couchés dans la poussière, ils vont bientôt se relever glorieux et marqués du sceau de la science. Pendant qu'elle s'éteint dans de misérables querelles, dans de puériles discussions, ils vont remplir le dix-huitième siècle des travaux les plus éclatants et les plus utiles. Heureusement pour elle, arriva la révolution française, qui, en fermant ses portes et celles de tous les corps savants, l'empêcha de mourir de vieillesse et de consomption. Mais aussi, à cette époque mémorable, tout l'ancien monde s'en allait, et la Faculté de médecine avait le sort de ces antiques institutions usées et vermoulues qui ne répondaient plus ni à un besoin actuel, ni à des aspirations nouvelles.

Qu'on nous permette, avant de la quitter définitivement, de dire quelques mots des savants qui brillèrent dans son sein à l'époque dont nous nous sommes occupé. Quand on se promène au milieu des tombeaux, on est heureux de s'arrêter quelques instants et de s'incliner avec un pieux respect devant les rares monuments qui renferment les cendres refroidies des hommes qui brillèrent parmi leurs semblables. Pour nous, médecins, c'est un devoir de relever nos morts illustres. Ne sont-ils pas de notre famille ?

Dr H. Montanier.

---

(1) Hélas ! Salomon aurait-il raison contre moi ? Il est au moins certain que les pharmaciens d'aujourd'hui ressemblent, à s'y méprendre, aux apothicaires du dix-septième siècle.

(2) « Le miel commun, le séné et le sirop de roses pâles sont les vrais et très-certains moyens de les ruiner... Les nôtres n'en peuvent plus, et se voient réduits à devenir épiciers. (Guy Patin) ». M. Fleurant, épicier ! quelle horreur !

pathologique du grand sympathique dans l'ataxie locomotrice progressive (commissaires, MM. Béclard, Trousseau et Bouvier);

2° Une lettre de M. le docteur Scoutetten, accompagnant l'envoi de deux brochures sur l'électricité du sang chez les animaux vivants.

— M. LARREY fait hommage à l'Académie de la suite de la collection des *Annali universali di medicina*, publiées à Milan par M. le docteur Griffini, et comprenant les années 1859 à 1863.

RAPPORTS.

Remèdes nouveaux et secrets. — M. ROGER, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

LECTURE.

Maladies des ouvriers chromateurs. — M. HILLAIRET, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit un travail sur les maladies des ouvriers chromateurs.

« Malgré les assertions contraires de MM. Zuber et Hermann (de Rixhein), tous les ouvriers sans exception qui fabriquent les chromates de potasse, sont, dit M. Hillairet, exposés aux accidents suivants, énumérés d'après leur ordre de fréquence :

1° Perforation et quelquefois destruction complète vers la partie supérieure du cartilage de la cloison du nez.

2° Ulcérations, tubercules ulcérés des mains, puis des cous-de-pied, et éruptions eczémateuses sur la peau de la verge, la face interne du prépuce, la face interne des cuisses; ulcérations perforantes des articulations phalangiennes des mains ou des pieds.

3° Bronchites et attaques de suffocation.

4° Céphalalgie fréquente, amaigrissement.

5° Ulcères de la gorge pouvant simuler des ulcères syphilitiques.

Les accidents se déclarent avec une très-grande rapidité. Les ouvriers ne sont pas occupés depuis quelques jours dans l'usine, qu'ils en ressentent les premiers sévices, et telle est la puissance caustique des matières pulvérulentes et des vapeurs chromatées, que les animaux qui vivent dans l'usine, en dehors même des ateliers, sont aussi atteints, et parfois à un très-haut degré. »

Dans une seconde partie de son mémoire, M. Hillairet se propose d'indiquer les moyens de prévenir et de traiter la lésion des fosses nasales. (Renvoyé à l'examen de la section d'hygiène).

Prophylaxie des teignes. — M. BERGERON, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit une note sur la prophylaxie des teignes. Ce travail se rattache à un ensemble de recherches ayant trait à l'histoire générale des *teignes vraies*. L'auteur s'y est proposé pour but d'étudier la question exclusivement au point de vue de l'hygiène publique.

Il y montre que, pour préparer la destruction radicale de la teigne, l'hygiène publique doit répondre par diverses mesures à la triple indication de chercher les teigneux, de les isoler, et de les mettre en traitement le plus promptement possible. [Nous exposerons dans un des prochains numéros les conclusions qui résument ce travail.]

(Renvoyé à la section d'hygiène).

Pustule maligne. — M. GALLARD donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *La pustule maligne peut-elle se développer spontanément dans l'espèce humaine?*

En posant la question qui sert de titre à ce travail, dit l'auteur, je n'ignore pas que j'aborde un des problèmes les plus ardus et les plus délicats de la pathologie. Mais c'est justement parce que j'en comprends toute l'importance, parce que je prévois toutes les conséquences pratiques qui, au point de vue de l'hygiène publique et de la police sanitaire, doivent découler de sa solution, que je n'ai pas hésité à en saisir l'Académie.

Loin de gêner mes propres investigations, les nouvelles et importantes recherches auxquelles les maladies charbonneuses viennent de donner lieu ne peuvent que m'être fort utiles, car elles doivent fixer la science sur plusieurs points controversés, et je ne me propose pas, comme ont dû le faire les compétiteurs du prix de l'Académie, d'écrire l'histoire complète des maladies charbonneuses chez l'homme et chez les animaux, mais seulement d'étudier la pathogénie de ces affections dans l'espèce humaine.

Il est à remarquer que si dans ces derniers temps la symptomatologie et le diagnostic de ces maladies ont fait de si manifestes progrès, c'est qu'ils ont été étudiés concurremment chez l'homme et chez les animaux. Il me semble difficile de rien ajouter aux descriptions si exactes, si complètes et si judicieuses de M. Raimbert, de M. Bourgeois, de MM. Salmon et Maunoury. Mais on peut se demander si le milieu même dans lequel ces auteurs ont exclusivement observé était bien favorable pour leur permettre d'avoir une idée parfaitement nette de la pathogénie de ces affections. En effet, en étudiant les maladies charbonneuses seulement dans les pays où elles sont endémiques, où elles sévissent en même temps sur les hommes et sur les animaux, on est exposé, et les auteurs que je viens de citer, tout comme leurs devanciers dont les travaux sont également estimés et dont les noms sont également chers à la science, ont-ils su éviter cet écueil, on est exposé, dis-je, à se laisser dominer par une idée préconçue et à voir partout la contagion, que toutes les circonstances favorisent, et qui peut toujours être soupçonnée, sinon démontrée.

Une semblable cause d'erreur n'existe pas pour les médecins qui exercent dans des localités où le charbon est plus rare, et ce sont ces derniers qui ont pu observer la pustule maligne chez l'homme, en l'absence de toute affection charbonneuse concomitante chez les animaux de la même contrée ; aussi leurs observations nous ont-elles permis d'établir la production spontanée de cette affection. Les plus remarquables et les plus concluantes de ces observations nous ont été communiquées par M. le docteur Devers, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Saint-Jean d'Angély. Les observations qui ont été présentées à la Société médicale d'émulation seront prochainement publiées. Nous y avons joint celles qui nous ont été communiquées par un grand nombre d'autres médecins des départements de la Charente-Inférieure, de la Charente, des Deux-Sèvres et de la Vendée ; et les renseignements que nous ont fournis ces honorables confrères nous ont permis d'établir que dans maintes localités on a vu survenir des cas de pustule maligne, en l'absence bien constatée de charbon dans le voisinage, et dans un rayon tellement étendu qu'il n'était pas possible d'admettre que le virus ait pu être transporté par des mouches. La plupart de ces renseignements médicaux sont confirmés par les déclarations des vétérinaires qui exercent dans les mêmes localités.

D'un autre côté, nous avons trouvé dans les recueils maintes observations de pustule maligne parfaitement spontanée, et nous avons pu en emprunter de nombreux exemples même aux ouvrages de ceux qui sont les partisans les plus ardents des idées ultra-contagionistes.

Les faits que j'ai rapportés dans mon mémoire me paraissent suffisamment démonstratifs, et, en ce qui me concerne, la question de la production spontanée du charbon chez l'homme me paraît complétement résolue. Serai-je assez heureux pour avoir fait passer la même conviction dans l'esprit de ceux qui m'écoutent ou qui me liront? Je l'espère, et je suis certain que des faits nouveaux ne tarderont pas à venir corroborer ceux que j'ai produits moi-même. C'est cet espoir qui m'a encouragé à venir porter ici le travail que je viens d'avoir l'honneur de lire devant l'Académie. J'ai compté sur les échos qui entourent cette tribune, car je les sais assez puissants pour porter au loin les plus humbles accents. L'appel que j'adresse aux praticiens qui ont pu observer des cas de pustule maligne développés en l'absence de toute contagion possible ne saurait donc, malgré la faiblesse de ma voix, manquer d'être entendu, et la commission qui voudra bien se charger d'élucider ce point de doctrine au nom de l'Académie ne tardera pas à recevoir de nombreuses et importantes communications qui lui permettront de donner une solution définitive à cette question depuis si longtemps indécise. (Commissaires : MM. Reynal, Roche et Gosselin.)

Kyste du foie. — M. BOINET donne lecture d'un travail sur un nouveau cas de guérison d'un vaste kyste hydatique du foie par les ponctions et les injections iodées et les sondes à demeure, procédé qu'il considère comme nouveau et sûr pour déterminer la formation des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale afin de s'opposer à tout épanchement dans le péritoine.

L'auteur termine la relation du fait par des réflexions sur les différents traitements des kystes du foie. (Nous donnerons plus tard un résumé de cette observation.)

Le travail de M. Boinet est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Malgaigne, Barth et Michon.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mercredi 10 février 1864 dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration de l'assistance publique.

Les élèves qui voudront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du secrétariat de l'Administration, d'une heure à trois. Le registre d'inscription sera fermé le mardi 26 janvier, à trois heures.

— L'École préparatoire de médecine de Tours a décerné, pour la première fois, dans sa séance de décembre, une médaille d'or frappée à l'effigie de Louis Tonnellé.

Ce prix annuel, fondé par Mme Riffault pour perpétuer le souvenir des éminents services rendus par son gendre, M. Tonnellé, à l'École et à l'hôpital de Tours, consiste en une médaille de 150 francs.

Les lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant :

ÉLÈVES EN MÉDECINE. — *Prix Tonnellé*, M. Meusnier.

Troisième année : Médaille de vermeil, M. Meusnier; mention honorable, M. Challier.

Deuxième année : Médaille d'argent, M. Bezard ; mention honorable, M. Delalande.

Première année : Médaille de bronze, M. Ferré; 1re mention honorable, M. Marchand ; 2e mention honorable, M. Carré.

ÉLÈVES EN PHARMACIE. — Médaille de bronze, M. Baugé.

— L'année 1864 n'a vu paraître encore, si nous sommes bien informés, qu'un seul nouveau recueil médical. C'est le *Journal de médecine de Lyon*. Ce nouveau venu parmi nous doit paraître une fois par mois, dans le format in-8°. Le premier numéro a paru. Il publie une longue liste de collaborateurs, composée de médecins et chirurgiens des hôpitaux, professeurs de l'Ecole de médecine et de confrères de la cité lyonnaise, déjà connus par d'honorables travaux.

— Dans le renouvellement du bureau de la Société médicale de Montmartre (18e arrondissement) on a désigné M. Hullin comme secrétaire ; il faut lire M. Hallu.

— M. Caudmont commencera ses leçons sur les *maladies des voies urinaires*, le samedi 23 janvier, à deux heures, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— M. Sée commencera à l'hôpital Beaujon, le dimanche 24 janvier, à neuf heures et demie, un cours sur les maladies du sang et des organes respiratoires ; ces leçons seront continuées tous les dimanches.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 9. — SAMEDI 23 JANVIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 9. — SAMEDI 23 JANVIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Atrophie musculaire graisseuse progressive.

On a pu voir depuis quelque temps, à l'avant-dernier lit de la salle Sainte-Agnès, du service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, un malade atteint d'atrophie musculaire graisseuse progressive. Ce malade a succombé il y a peu de jours, le 18, à une bronchite aiguë. M. Trousseau a saisi cette occasion pour appeler l'attention de son auditoire, dans une de ses dernières leçons cliniques, sur les particularités principales qu'il a présentées pendant sa longue maladie.

Cet homme exerçait la profession de dessinateur chez un ébéniste, occupation peu pénible et qui ne nécessite pas l'emploi d'une grande force musculaire. Il faisait d'abord les dessins de meubles et d'ornement, puis, à l'aide du burin et de la gouge, il fouillait lui-même sur bois les parties les plus délicates de ces ornements. Ce n'était pas là faire œuvre de ses muscles d'une manière bien fatigante. Cette remarque a son importance, parce qu'on sait que quelques médecins ont cherché à rattacher l'atrophie musculaire à un exercice exagéré.

L'affection a commencé chez ce malade par un affaiblissement des muscles de l'épaule, affaiblissement qui lui a cependant permis de dessiner et de sculpter jusque vers le commencement de l'année dernière. Il y a en effet un an environ qu'il s'est aperçu qu'il lui devenait impossible de faire manœuvrer ses instruments. Manquant alors de ressources, il se fit *placier*, ce qui consiste à courir Paris pour placer des domestiques, des artisans et des commis. Peu à peu il s'est trouvé privé successivement des mouvements de la main et de l'avant-bras, puis du bras, et c'est dans cet état qu'il est entré au mois de novembre à l'Hôtel-Dieu.

On constata facilement alors l'atrophie musculaire. Le malade faisait des efforts considérables et impuissants pour tendre la main lorsqu'on voulait lui tâter le pouls et pour soulever son membre. Les muscles des éminences thénar et hypothénar, tous les muscles de l'avant-bras, du bras et de l'épaule, ainsi que les pectoraux, étaient aplatis, amincis, presque complétement atrophiés. Il ne restait presque plus en quelque sorte que la peau sur les os, la tête de l'humérus était mise complétement en relief par suite de la destruction du deltoïde; on ne sentait plus de muscles dans les fosses épineuses, les reliefs des muscles pectoraux étaient entièrement effacés.

L'exploration électrique n'y produisait que des phénomènes de contractilité extrêmement faibles; quelques fibres seulement semblaient survivre et se contractaient encore, mais imparfaitement; toutes les autres restaient absolument inertes et impassibles. Il ne restait donc évidemment dans la plupart de ces muscles que quelques fibres isolées, noyées dans le tissu adipeux, fibres qui ont disparu aussi à leur tour plus tard, si bien que les mouvements avaient fini par être complétement abolis.

En considérant l'individu dans son ensemble, après cet examen local, on était frappé du contraste qui en résultait. Cet homme présentait, en effet, toutes les apparences de la meilleure santé générale, et il jouissait de toute la plénitude de son intelligence; il avait bon appétit et se nourrissait à merveille. Cependant, depuis un mois, M. Trousseau l'interrogeait souvent avec anxiété sur l'existence d'un phénomène qui est toujours un signe très-grave dans cette funeste maladie. Il lui demandait comment il respirait. Lors de son entrée dans le service, cet homme respirait avec la plus grande facilité, on lui disait de faire de grandes inspirations, et on voyait alors avec satisfaction que le jeu du diaphragme et des muscles intercostaux était parfait. Mais cet état d'intégrité des fonctions respiratoires ne s'était pas longtemps maintenu; depuis un mois le malade accusait la sensation d'un poids sur la poitrine, et il sentait qu'il ne pouvait plus soulever les parois thoraciques avec la même facilité qu'auparavant; on constatait, en effet, un affaiblissement progressif dans tous les muscles qui concourent à l'acte de la respiration; les intercostaux ne jouissaient plus que d'une très-faible contractilité; ils étaient évidemment en voie de subir la même altération que les muscles des membres thoraciques. On pouvait prévoir aisément, dès cette époque, qu'il viendrait un moment où la respiration deviendrait plus difficile encore, et que si dans ces conditions il survenait une bronchite, le malade succomberait infailliblement asphyxié.

C'est ce qui a eu lieu.

Samedi dernier, une bronchite se déclara et la respiration devint de suite très-laborieuse. Le lendemain le malade était très-oppressé. Les accidents s'aggravèrent dans la journée, et le lundi matin à la visite, cet homme était dans une semi-asphyxie; ses forces étaient éteintes; il est mort dans la journée dans une lente et douloureuse asphyxie.

C'est de cette façon que meurent habituellement les sujets atteints de cette affection. Il arrive quelquefois que les muscles du larynx et de l'œsophage se paralysent; les malades succombent alors étouffés par le bol alimentaire qui a pris la direction des voies aériennes. Quand on les étudie avec attention, on voit qu'ils sont tourmentés par une difficulté toujours croissante de respirer, et pour peu qu'il survienne, dans ces conditions, une pleurésie ou une pneumonie localisée ou même un simple catarrhe, ils sont impuissants à surmonter par l'activité respiratoire la dyspnée qui les saisit, et ils meurent par asphyxie.

L'autopsie de ce sujet présentera de l'intérêt à plusieurs points de vue. Il y aura à examiner l'état de la moelle et des racines antérieures, celui des fibres musculaires qui auront survécu à la destruction plus ou moins complète des muscles, et enfin l'état des filets nerveux distribués dans ces muscles et celui des filets ganglionnaires et des ganglions du grand sympathique. C'est ce que M. Trousseau se propose de faire avec la plus minutieuse attention.

Nous aurons le soin d'entretenir nos lecteurs des résultats de cet examen.

Paralysie diphthéritique.

Il y a en ce moment dans le même service, au n° 16 de la salle Saint-Agnès, un sujet atteint de paralysie diphthéritique, qui mérite également un instant d'attention.

C'est un jeune homme de vingt-six ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé. Le 24 septembre dernier, il fut pris d'une angine diphthéritique pour laquelle il entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Grisolle. Il était en voie de guérison vers le dixième jour, lorsqu'il lui survint un érythème noueux qui dura quarante-huit heures. Le malade fit entendre alors tout à coup une voix nasonnée, il rejeta ses aliments et ses boissons, et ne put presque plus rien avaler. On constata une paralysie du voile du palais. En même temps il survint quelques vertiges et une céphalée assez intense, qui persista pendant environ trois mois.

Le malade avait, en outre, un certain degré d'anesthésie générale, il ne sentait que très-imparfaitement quand on le chatouillait ou le pinçait, et il accusait une faiblesse générale. Il s'aperçut aussi, à cette époque, qu'il avait une anaphrodisie complète; il éprouvait enfin de la difficulté à uriner, et il était obligé de faire des efforts considérables pour vider sa vessie. Mais ces derniers symptômes de paralysie ne furent pas de longue durée; il ne tarda pas à voir reparaître ses érections, ainsi que la facilité habituelle de la miction.

Le 16 octobre, le malade quitta le service de M. Grisolle; mais après deux jours seulement de séjour chez lui, il éprouva de nouveaux troubles qui l'obligèrent à rentrer à l'hôpital, et cette fois il fut admis dans le service de la Clinique.

La première chose dont il s'est plaint en entrant a été l'affaiblissement de la vue. On a mis un livre sous ses yeux, mais il a été incapable de lire, si ce n'est les très-grosses lettres. Il a été examiné à l'ophthalmoscope; mais cet examen n'a rien fait découvrir d'anormal dans le fond de l'œil. Au bout d'un certain nombre de jours il a recouvré la vision, mais d'une manière incomplète; il est resté presbyte, si bien qu'aujourd'hui encore il ne peut lire qu'à 40 ou 45 centimètres de distance; avec des lunettes de presbyte il voit à la distance normale.

Il a en même temps une anesthésie cutanée très-remarquable, surtout du côté gauche; on peut pincer la peau, presser les muscles, tirer les poils, chatouiller la plante des pieds, sans qu'il en accuse aucune sensation; il est plus insensible que ne le sont communément les paralytiques ordinaires, qui d'habitude sentent encore le chatouillement de la plante des pieds, ou pour le moins manifestent par des actions réflexes un reste de sensibilité. La marche et la station debout sont impossibles. Une chose très-digne de remarque, c'est que bien qu'il ne sente pas le sol par la plante des pieds, bien que ses muscles soient impassibles aux pressions les plus énergiques et qu'il traîne la jambe, cependant il ne jette pas les jambes à la façon des ataxiques; il possède la coordination et la symétrie de ses mouvements. C'est là un fait caractéristique et distinctif digne d'attention, et qui montre bien que ce n'est pas à l'insensibilité de la peau et des muscles qu'il faut attribuer l'irrégularité des mouvements dans l'ataxie locomotrice. C'est là un ordre de considérations sur lequel M. Trousseau se propose de revenir quand il aura l'occasion de parler de nouveau de cette dernière affection.

De la fièvre des nouvelles accouchées.

L'esprit de l'antiquité était rationnel lorsqu'il attribuait à la lactation les phénomènes fébriles des accouchées. Il constatait une relation entre l'établissement d'une fonction et une congestion de sang ou flux vers un organe sécréteur. De là le mouvement des humeurs et un trouble fébrile. Comme fait, il n'y avait aucune objection à opposer; on constatait quelquefois la fièvre au moment de la lactation.

La lettre des livres hippocratiques a été transmise d'âge en âge, et les médecins se sont attachés de tout temps à démontrer la fièvre de lait comme une maladie essentielle, une sorte de crise fonctionnelle, sans songer que même Hippocrate n'en avait pas fait une maladie régulièrement observée, puisqu'il disait qu'elle arrivait *quibuscumque mulieribus ad mammas sanguis colligitur*.

Mauriceau, Lamotte, Monteggia, M. Velpeau, se sont successivement élevés contre la théorie de la fièvre de lait comme une maladie du sang, pendant que Sauvage attribuait la fièvre à la résorption du lait, et que Baudeloque, d'après Boerhaave, mettait les accidents fébriles sur le compte de la résorption des lochies.

Mauriceau croyait aux causes morales, à la fatigue des accouchées entourées de gens fêtant un baptême; Lamotte, Monteggia et M. Velpeau accusaient l'accumulation du lait dans les mamelles, une sorte de mammite avortée, et la fièvre devenait alors, non plus une fièvre physiologique, mais bien une fièvre nerveuse, ou la révélation d'un état inflammatoire de la mamelle. M. Cruveilhier, avec Van Swieten, déclare la fièvre de lait une fièvre traumatique; plus récemment, M. Nathalis Guillot compare la fièvre de lait à un embarras gastrique: elle est, dit-il, à la fièvre puerpérale ce que l'embarras gastrique est à la fièvre typhoïde. La fièvre de lait doit être niée suivant Levret, Moreau et M. Depaul.

Au milieu de tant d'opinions, on sent qu'il y a des faits authentiques variables, et sur lesquels les généralisations ne peuvent être faites qu'à condition de supprimer l'étiquette *fièvre de lait*, à laquelle on ne tient que par habitude.

Une bonne thèse vient d'être soutenue à ce sujet [1]; M. Charpentier, entraîné dans le courant des idées positives de notre époque, vient de soumettre à une observation rigoureuse les faits du service d'accouchement de l'hôpital de la Charité pendant l'année 1863 et en a donné un résumé heureusement désigné sous le nom d'accidents fébriles des nouvelles accouchées.

Dans ce travail, il n'y a que deux observations auxquelles on peut donner le nom de fièvre de lait. Il s'agit d'une femme qui, à toutes ses couches, a eu une fièvre intense au moment de la montée du lait; dans les deux observations prises sur la même malade, on a constaté un frisson initial intense et une élévation du pouls. Ces deux faits ont été communiqués à l'auteur par M. Blot.

Parmi les faits de l'hôpital, rien de semblable ne s'est passé, et toutes les fièvres de lait ont pu être rapportées à une fièvre nerveuse, c'est-à-dire à une excitation par une cause morale, des chagrins (ils ne sont pas rares chez les filles mères qui viennent accoucher dans nos hôpitaux; M. Hervieux, dans la clinique de notre numéro de jeudi dernier, insistait avec détail sur les faits de cette nature), à la constipation, à la rétention d'urine, à la rétention de caillots dans l'utérus, à des ulcérations du mamelon, à une sorte de contusion de l'utérus par les manœuvres obstétricales, à des lésions traumatiques du col qui sont la conséquence des applications de forceps, à un embarras gastrique fébrile.

En joignant à ces causes de fièvre celles déjà constatées par les accoucheurs de l'Académie de chirurgie, Levret et Mauriceau, et par Monteggia, on a encore la fatigue des nouvelles accouchées, les altérations de la mamelle, l'obstruction des conduits glandulaires et des lobules de la mamelle, une inflammation avortée de la mamelle. La suppression des lochies, que

[1] A. Charpentier. *Des accidents fébriles qui surviennent chez le nouvelles accouchées*; Paris, J. B. Baillière et fils, 1863.

Baudelocque, d'après Boerhaave, considérait comme une origine de fièvre, complète le tableau des lésions connues jusqu'ici et qui sont susceptibles d'engendrer la fièvre chez les nouvelles accouchées.

Les deux observations fournies par M. Blot échappent à un examen; qu'il soit permis de croire qu'elles rentreront un jour dans une classe de lésions des organes génitaux ou des organes de la lactation. La sécrétion lactée ne s'accompagne pas plus que les autres sécrétions d'un trouble de la santé, et M. Charpentier a bien discuté ce point. Il a justement fait remarquer que la sécrétion lactée est établie avant l'accouchement, que l'abondance des globules du lait et la diminution des corpuscules des colostrum ne constituent pas un changement absolu, et qu'il n'y a pas une nouvelle sécrétion.

On conçoit que dans l'ignorance où ils étaient du mode d'établissement des phénomènes physiologiques intimes de la sécrétion lactée, les anciens aient pu croire que la lactation était pour ainsi dire une révolution subite dans l'économie; mais aujourd'hui qu'on sait qu'au quatrième mois de la grossesse un travail de sécrétion est établi dans la mamelle, personne n'est en droit d'affirmer que la montée du lait est un phénomène instantané susceptible de provoquer un trouble de la circulation et une altération passagère du sang, surtout en considérant les lésions que l'attention a permis de découvrir derrière des fièvres soi-disant essentielles.

Diastasis des articulations de l'avant-bras sans trouble fonctionnel.

Un phénomène assez singulier s'observe chez un malade couché au n° 19 de la salle Sainte-Vierge, dans le service de M. Velpeau, et qui est entré pour une arthrite blennorrhagique.

On voit fréquemment chez les bateleurs des distensions des ligaments capsulaires de l'articulation de la hanche et de l'articulation de l'épaule; il y a même des individus qui jouissent d'une mobilité remarquable des articulations de la colonne vertébrale, même à la région dorsale. Mais il n'a pas été rencontré d'articulations ginglymoïdales se prêtant à des mouvements étendus, à moins d'un état pathologique.

Le jeune homme dont il est ici question présente un relâchement des deux articulations du coude. Nous avons exploré ces parties, et nous y avons trouvé des mouvements de latéralité évidents. Ce premier point n'est déjà pas sans intérêt. Ce n'est pas tout. Le malade, assis, appuie sa main à plat sur le lit, le bras étant en pronation et le tronc pesant sur le membre supérieur; puis, par un mouvement de rotation de la tête de l'humérus dans l'articulation scapulo-humérale, l'avant-bras se place en supination sans que la main ait changé de position. Le même mouvement est produit par les deux bras, et plusieurs fois de suite, sans que le malade éprouve la moindre gêne ou la moindre fatigue.

Envisagée au point de vue physiologique, cette fonction anormale suppose d'abord un relâchement du ligament latéral interne de l'articulation huméro-cubitale, ou au moins une petitesse relative de la trochlée humérale, un allongement du ligament annulaire de l'articulation radio-cubitale supérieure, et une distension exagérée des ligaments antérieurs et postérieurs de l'articulation radio-cubitale inférieure.

On pourrait se demander s'il n'y a pas là un état congénital, une sorte de prédisposition au relâchement des ligaments; mais, d'une part, le malade ne s'est pas aperçu de son état avant qu'il fît de la gymnastique; et de l'autre, il n'y a que les articulations du coude qui présentent ces dispositions anormales. Seulement, comme certains individus jouissant d'une faculté d'extension de l'avant-bras qui va jusqu'à la flexion en arrière, laquelle tient à une disposition originelle sans doute, la perforation du fond de la cavité olécrânienne de l'humérus, ce jeune homme possède cette extension exagérée au plus haut degré.

Malgré ce diastasis des deux articulations du coude, qui est complètement anormal puisque cette articulation passe pour un type de gynglime parfait, les deux bras n'ont rien perdu de leur force, et ont toujours permis au malade d'exécuter les plus forts exercices de la gymnastique.

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE,

par M. le Dr Pascal, ancien médecin principal de 1re classe.

Dans la *Revue clinique* du 19 décembre 1863, la *Gazette des Hôpitaux*, en exposant les faits cliniques de la semaine, signale la diversité de vues des praticiens les plus distingués de la capitale concernant la fièvre typhoïde. La diversité et même l'opposition des traitements préconisés par MM. les professeurs Bouillaud, Trousseau, Monneret, par les médecins de l'hôpital du Gros-Caillou et par tant d'autres, lui arrache un précieux aveu qui résume très-bien le jugement qu'il faut porter sur cette confusion, je dirais presque sur cette cacophonie des doctrines médicales à l'endroit de l'affection la plus dangereuse et la plus fréquente.

Elle dit qu'il faut bien se garder de faire de l'expectation! — Elle n'admet pas « qu'on reste désarmé en présence d'une maladie dont la marche est si souvent insidieuse et la fin si peu » en rapport parfois avec le commencement, que l'on doit toujours se tenir en défiance et réserver son pronostic! »

« Aucune des médications usitées, ajoute-t-elle, ne répond » d'une manière complète à l'ensemble des indications; *l'indication fondamentale nous échappe;* mais chacune d'elles s'attaque » avec plus ou moins de propriété à quelques-unes des indications subsidiaires. »

On ne peut pas préciser avec plus de lucidité la confusion des doctrines dont je parlais tout à l'heure; et cependant, cette confusion existerait-elle aujourd'hui si certaines publications, faites il y a bien longtemps, avaient obtenu des lecteurs judicieux toute l'attention qu'elles semblaient comporter? On va en juger.

En 1844, je crus devoir publier dans une mince brochure (depuis bien longtemps épuisée) le résumé des observations nombreuses que j'avais eu occasion de faire à Metz pendant quatorze ans, à Strasbourg pendant cinq ans, relativement à cette affection si commune et si cruelle qui décimait tant de soldats et d'ouvriers dans les hôpitaux. — Professeur de pathologie médicale à l'École de médecine de Metz; — professeur de clinique médicale à l'École de médecine militaire de Strasbourg, j'ai exposé bien souvent devant un nombreux auditoire les résultats des faits qui s'offraient aux yeux de tous; et ces résultats ne laissaient point de place à l'incertitude ni à la divagation. Qu'on me permette, en raison de leur importance, de les rappeler succinctement, en les résumant en quelques propositions.

I. L'affection typhoïde résulte de l'action combinée ou successive de quatre causes principales, savoir :

1° La fatigue, l'énervation qui résulte d'un travail excessif, immodéré ou intempestif.

2° Le froid qui succède à l'épuisement, au manque de réaction dû à la faiblesse acquise par les excès.

3° La mauvaise alimentation qui résulte d'aliments grossiers ou seulement d'aliments de bonne qualité mais mal préparés, non mâchés, non insalivés, *avalés gloutonnement et à heures irrégulières.*

4° Enfin, la respiration d'un air renfermé, stagnant, non renouvelé, vicié, étouffé, chargé de toutes parts d'émanations insalubres.

Ce sont ces causes de troubles organiques qui sévissent chez les ouvriers des manufactures réunis en trop grand nombre dans des salles étroites, livrés à un travail excessif, incessant, mal nourris, mal vêtus, et respirant un air vicié.

Ce sont ces mêmes causes qui s'attaquent, dans les casernes, dans les écoles, dans les pensionnats, dans les séminaires, alors même qu'ils sont en apparence bien tenus, à la population de ces établissements toujours plus ou moins concentrée ou entassée dans des locaux exigus, et livrée quelquefois à des exercices, à une nourriture ou à des privations défavorables.

Tous les caractères, tous les tempéraments ne s'accommodent pas toujours de la règle commune qui est imposée dans ces maisons. Les constitutions faibles ou impressionnables sont quelquefois très-vivement saisies par l'action des causes, et tout aussitôt alors se révèle l'affection typhoïde.

Quelle école, quel pensionnat, quelle caserne, quelle fabrique n'a pas eu la fièvre typhoïde? Dans toutes les villes que j'ai parcourues, Paris, Metz, Strasbourg, Bayonne, etc., de temps à autre la population s'est émue de ces sortes d'épidémies typhoïdes éclatant tout à coup au sein d'une agglomération d'individus.

II. Maintenant arrivons à l'effet des causes si manifestes qui viennent d'être signalées. Que se passe-t-il dans ces cas? Quelles lésions se produisent?

L'affection dite typhoïde se présente toujours avec les lésions suivantes :

1° Eruption folliculeuse intestinale : 1er *degré.*

2° Phlegmasie intestinale de la muqueuse, entée sur l'affection folliculeuse et suivie de l'ulcération des follicules : 2me *degré.*

3° Méningite subaiguë ou chronique, plus ou moins latente, consécutive aux lésions précédentes : 3me *degré.*

Tant que l'affection typhoïde ne consiste que dans une sorte de semi-infection miasmatique, avec troubles digestifs dus aux mauvaises digestions du sujet et à la concentration des fluides périphériques vers le canal intestinal, on ne voit survenir alors que la diarrhée, la faiblesse, la maigreur et le dégoût. C'est le premier degré de l'affection, souvent qualifié *d'embarras gastrique* ou *intestinal*, et traité comme tel.

La diarrhée paraît, cesse, revient, se renouvelle ou s'aggrave par périodes irrégulières. C'est l'état folliculaire, si souvent rencontré comme complication des affections les plus diverses.

Mais dès qu'à cet état folliculaire s'ajoute, par l'effet des excès, *l'entérite, la phlegmasie muqueuse,* alors la fièvre s'allume, la prostration, l'altération des sécrétions se montrent, et en même temps une influence morbide fâcheuse est exercée sur l'encéphale affaibli par l'intestin malade. Bientôt alors, sous l'influence des causes qui ont miné la constitution du sujet, quelquefois très-forte en apparence, les enveloppes du cerveau, les méninges, s'irritent, et c'est alors que l'affection typhoïde, arrivée à son troisième degré, devient complète par l'addition aux éléments folliculaire et phlegmasique de l'intestin, de l'élément dit *nerveux*, c'est-à-dire de la phlegmasie méningienne. C'est alors que l'hébétude, le trouble des sens et de l'intelligence se montrent avec la fuliginosité de la bouche et la pulvérulence des narines et de la peau, qui devient rugueuse ou se couvre quelquefois de taches de mauvais caractère.

La difficulté qu'éprouve alors le sujet à entendre les questions du médecin et à y répondre, l'embarras de la langue à se mouvoir, l'immobilité de la bouche une fois ouverte ou l'immobilité de la langue une fois tirée à grand'peine, ne disent qu'une chose : *la lésion des centres nerveux*, c'est-à-dire la *naissance d'une méningite chronique ou subaiguë quand il y a délire ou coma un peu plus tard*, méningite toujours constatée, toujours notée, toujours démontrée à ma clinique par mille autopsies, dans lesquelles je faisais remarquer la coïncidence constante de l'épaississement des méninges, de leur injection, de leurs adhérences avec l'affection intestinale qu'elles avaient compliquée. L'encéphale, enveloppé par les méninges épaissies, était comme enserré, comme étouffé durant la vie par cette enveloppe. Ainsi s'expliquent l'espèce d'obturation des sens et des facultés, et la mort si rapide dans ces cas.

Ce sont ces lésions que nous avons si souvent et si publiquement démontrées à tous les yeux pendant tant d'années à Metz et Strasbourg, qui nous ont fait donner à l'affection dite typhoïde le nom organique d'*entéro-méningite*. C'est sous ce nom que l'affection typhoïde devrait, ce nous semble, être connue dans la science, en raison des lésions qui la constituent bien réellement.

L'influence miasmatique, qui est en général faible dans la généralité des cas, prend quelquefois une véritable prédominance, et alors les sujets sont dans quelques circonstances comme enivrés ou empoisonnés, plutôt que lésés organiquement parlant. C'est le cas du typhus proprement dit, qu'il faut véritablement séparer de l'affection typhoïde proprement dite.

En effet, dans le typhus, l'empoisonnement du sujet est le seul observable; les organes n'ont quelquefois point de trace de lésions organiques. Mais dans la fièvre typhoïde proprement dite, l'affection ayant marché avec plus de lenteur, la gradation des symptômes a permis de reconnaître la succession des éléments qui complètent l'affection : d'abord troubles digestifs : *état folliculaire ;* puis entérite : *état inflammatoire ;* enfin méningite : c'est-à-dire formation du voile qui va couvrir l'intelligence du sujet et le séparer bientôt pour toujours du monde extérieur.

La méningite est donc toujours la lésion qui, en s'ajoutant à l'affection intestinale, donne à l'affection typhoïde le caractère funeste qui la rend si redoutable. Après cela, dire que le trouble nerveux qui en résulte est un signe nouveau de l'affection et permet de la faire reconnaître tout d'abord, ce n'est point dire là un fait nouveau, mais consacrer par une observation plus attentive ce que depuis si longtemps nombre de praticiens ont vu et ce que nous avons professé vingt ans dans nos écoles de médecine militaire.

III. J'ajoute un mot sur le traitement :

Dans son premier degré, lors de l'entérorrhée et des troubles digestifs, les purgatifs, les toniques, mais surtout une alimentation choisie, conviennent. C'est ce que préconisent quelques médecins.

Mais au deuxième degré de l'affection, quand l'entérite ulcère les follicules, le traitement antiphlogistique est de rigueur.

Enfin, au troisième degré, quand la méningite chronique ou subaiguë éclate, nous l'avouerons avec franchise, les antiphlogistiques ne conviennent presque plus, les purgatifs sont nuisibles. Il n'y a plus alors d'espoir que dans les révulsifs aux membres et à l'extérieur du corps. Heureux alors si l'on peut arrêter ou enchaîner les progrès de cette méningite *latente*, *si insidieuse*, qui fait la désolation des parents et des médecins quand elle est parvenue à s'établir.

HYDROPISIE DU SINUS MAXILLAIRE.

Corps étranger introduit dans le sinus. — Extirpation à l'aide d'injections.

Par M. Jules Dubois, médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville.

Mme B..., âgée de vingt-huit ans, de constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, a dû dans sa jeunesse réclamer les secours de l'orthopédie; néanmoins, sa santé n'a été troublée que par des indispositions légères. Depuis longtemps elle a des dents cariées, ce qui ne l'a jamais tourmentée et n'a jamais été pour elle l'objet de quelques soins. Sous l'influence de cette cause, elle a souffert à diverses reprises de fluxions dentaires suivies ou non d'abcès.

Vers le commencement de l'année 1860, il lui survint un gonflement de la joue gauche, dur, rénitent, sans changement de couleur à la peau, sans douleur à la pression; les cataplasmes, les fumigations émollientes employés d'ordinaire n'y faisaient rien. Le gonflement persistait et durait depuis plusieurs mois, augmentant lentement sans éveiller de douleurs, lorsque un soir, Mme B..., tenant un de ses enfants sur ses genoux, reçoit en ce point un coup de tête violent. Aussitôt elle rend par le nez des mucosités filantes en abondance et s'aperçoit que le gonflement de la joue a disparu. Quelques semaines après, l'ancien état de choses était revenu.

La joue gauche est assez fortement distendue pour attirer l'attention; la peau n'est ni rouge ni douloureuse. Le doigt, introduit dans la bouche, constate le long de l'arcade dentaire supérieure, immédiatement au-dessous des petites molaires, une tumeur molle, fluctuante, réductible en partie; il est facile de s'assurer que la paroi antérieure du sinus maxillaire a disparu entièrement. On trouve en effet, à l'aide d'une pression lente et continue, une ouverture à peu près exactement ronde, circonscrite par un rebord osseux très-facile à percevoir. Les deux petites molaires de ce côté sont cariées, il ne reste plus que des racines plus ou moins altérées. La voûte palatine n'a subi aucune déformation; elle a conservé sa résistance normale.

Renseigné sur les précédents, j'applique les deux pouces sur la saillie de la joue, et pressant brusquement, je détermine l'expulsion par la narine gauche de mucosités épaisses. Mme B... me fait observer que lors de la pression elle a senti dans la bouche l'irruption d'une certaine quantité de liquide. En déprimant, en effet, la paroi antérieure du sinus maxillaire, on parvient à faire sourdre quelques gouttes d'humeur visqueuse à l'endroit occupé par la racine de la seconde molaire gauche. J'invite Mme B... à se moucher fortement; l'air, expulsé par cet effort, entre dans la cavité du sinus, ce dont il est fa-

cile de s'assurer, car la couche membraneuse qui tient actuellement la place de la paroi osseuse est soulevée et tendue à chaque expiration violente, mais il ne peut en sortir que très-difficilement.

Le diagnostic était tout porté : il ne s'agissait que du traitement. Fallait-il tenter le cathétérisme et les injections détersives? C'est une opération délicate, pénible pour le patient, quand elle ne l'est pas pour le chirurgien; il faut la répéter souvent si l'on veut modifier suffisamment la muquense, et braver chaque fois la répugnance du malade et les difficultés du manuel opératoire. Le moyen le plus simple et le plus rationnel, le plus pratique surtout, me paraissait nettement indiqué : profiter de la communication directe existant déjà avec la cavité buccale par l'alvéole de la seconde petite molaire pour établir en ce point une ouverture assez large qni permît aux sécrétions de la muqueuse du sinus de se déverser librement dans la bouche. La carie dentaire était probablement la cause déterminante de l'hydropisie; c'était une seconde raison pour faire enlever toutes les racines des dents cariées de ce côté.

Le 3 juillet 1860, ces racines enlevées, il me fut facile d'introduire dans l'alvéole de la seconde petite molaire un stylet qui pénétrait librement dans l'antre d'Hygmore. Mais le pertuis était étroit, et ne tarderait pas à s'oblitérer si l'on n'y prenait garde. Le bouchon de bois préconisé par Bell me parut un excellent moyen de dilatation continue, à la condition d'employer une fiche en bois poreux bien sec dont on augmenterait graduellement le volume. J'ordonnai en même temps des injections d'orge miellée deux fois par jour.

Tout allait à souhait, et au bout de quinze jours nous étions arrivé à introduire une ficbe du volume d'une plume d'oie, lorsqu'un beau jour la tige introduite, trop courte, disparut tout entière dans le sinus. Je l'y retrouvai facilement immédiatement au-dessus de l'orifice artificiel, et occupant une direction verticale; mais il m'était impossible de l'amener au dehors avec quelque pince que ce fût; l'ouverture d'entrée était trop étroite pour permettre un écartement suffisant des branches de la pince.

Désappointé par cet incident quand je me félicitais du succès obtenu, j'allais inciser la paroi membraneuse du sinus et chercher à extraire par cette voie nouvelle la fiche malencontreuse. Je me souvins alors que dans le cas de corps étrangers introduits dans le conduit auditif externe, des injections vivement poussées suffisaient souvent à débarrasser les malades. Il me sembla rationnel d'employer le même procédé, d'autant que le corps étranger était là, placé devant l'ouverture de sortie, dans une bonne direction. La seringue de M. Charrière me suffit pour cela, et l'injection ramena rapidement dans la bouche le morceau de bois, objet de nos recherches.

Néanmoins cette petite aventure me fit songer à trouver un autre moyen. Je continuai quelques jours encore la dilatation à l'aide de fiches en bois suffisamment longues. Pendant ce temps, je faisais établir une pièce prothétique portant une canule destinée à maintenir d'une façon permanente une libre communication de la cavité du sinus avec celle de la bouche. — Les injections d'orge miellée furent continuées.

Six mois environ après l'application de cet appareil, il n'existe aucune trace de difformité appréciable à la vue ou au toucher. La paroi antérieure du sinus maxillaire, explorée aussi scrupuleusement que possible, paraît reconstituée. Les injections le plus violemment poussées ne refluent pas par la fosse nasale correspondante. Je propose d'enlever la pièce prothétique; mais M[me] B..., craignant de nouvelles fluxions, comme elle le dit, ne prétend pas s'en séparer.

Aujourd'hui, c'est-à-dire trois ans après les phénomènes que je viens de raconter, la guérison est définitive.

L'observation qui précède a trait à un fait des plus ordinaires. Je ne l'aurais pas rapporté si je n'avais éprouvé ici un mécompte qui, pendant un moment, m'a causé quelque embarras, et si ce fait lui-même ne portait pas avec lui son enseignement. Je ne sais si le mode opératoire auquel j'ai fait appel a déjà été employé dans des conditions identiques, mais c'est un moyen tellement simple, tellement inoffensif, qu'on ne saurait hésiter à le mettre en usage tout d'abord, sauf à réserver une intervention plus énergique.

M. Malgaigne a posé en principe que quand il n'y a qu'une seule dent molaire cariée, c'est celle-là, quelle qu'elle soit, qu'il faut arracher, tandis que si au contraire on a le choix, c'est la seconde petite molaire qu'il faut préférer. Nous n'avions pas le choix; c'était bien la racine de la seconde petite molaire qu'il nous fallait enlever, puisque du fond de son alvéole suintaient quelques gouttes de mucosité venant, à n'en pas douter, du sinus lui-même. L'introduction du stylet, une fois l'avulsion faite, nous démontra que l'opinion de M. Malgaigne avait sa raison d'être. En effet, le stylet entrait sans encombre au milieu même du sinus, et de quelque côté qu'on l'inclinât, il était facile de lui imprimer des mouvements étendus.

Une dernière remarque, qui n'est pas sans avoir son degré d'importance. Nous avons constaté et rappelé dans le courant de l'observation que la paroi antérieure du sinus était constituée par unc couche membraneuse résistantc, mais dépressible, et que le toucher permettait de circonscrire les limites de la brèche osseuse. Jusqu'ici rien de bien extraordinaire : l'expérience a surabondamment démontré que la compression, lorsqu'elle est continue, est, surtout pour le système osseux, un moyen de résorption des plus puissants. Nous avions ici un liquide incessamment sécrété par la muqueuse du sinus, et par le fait de l'accumulation de ce liquide, une pression excentrique permanente exercée sur les parois. Il en est résulté une disparition graduelle du tissu osseux, travail lent de résorption qui s'effectue sans que le malade en ait conscience. L'ouverture artificielle, en créant un libre écoulement aux humeurs qui remplissaient le kyste accidentel, a dès lors supprimé toute cause de compression et rendu au périoste resté intact toute sa puissance d'action. Aussi l'os a-t-il été reproduit si bien qu'il serait difficile maintenant de préciser les limites de cette reproduction.

DE LA DISPARITION DES CHLORURES

et de la diminution des phosphates dans les urines comme signes pathognomoniques de la fièvre typhoïde,

par M. le D[r] H Seré, médecin de l'hôpital militaire de Maubeuge.

Au moment même où la *Gazette des Hôpitaux* rendait compte d'un mémoire qui posait la disparition des chlorures et la diminution des phosphates dans les urines comme signes pathognomoniques de la fièvre typhoïde, je traitais dans mon hôpital deux hommes atteints de cette maladie.

Le premier, au trente-cinquième jour de l'invasion, entrait déjà en pleine convalescence.

Le second, au treizième jour seulement, était dans toute l'acuité de son affection.

Voulant m'éclairer sur l'existence et la valeur du signe annoncé, j'analysai les urines de ces deux sujets, avec le concours de mon collègue M. le pharmacien aide-major Berquié, et voici quel fut le résultat de cette analyse :

Les urines du premier malade contenaient des chlorures en abondance.

Celles du second, au contraire, n'en offraient que peu ou point de traces.

Il était impossible de se prononcer d'une manière absolue entre ces deux dernières hypothèses, à cause de l'impureté des réactifs employés et de l'imperfection des moyens de calcination.

En tout cas, la diversité des deux produits était énorme.

La réaction des phosphates fut moins nette, et la différence entre les deux urines moins tranchée; cependant, les premières nous parurent contenir plus de phosphates que les secondes.

Trois jours après, les chlorures n'avaient pas encore reparu dans les urines du deuxième malade, et il mourait dans la nuit.

Tels qu'ils sont, ces deux faits ne suffisent certainement pas pour affirmer la thèse soutenue par le mémoire en question, mais ils sont conformes du moins à ses conclusions, et, joints à d'autres expériences, ils peuvent lui donner plus d'autorité.

Par exemple, un signe qui n'a pas fait défaut à l'explosion de la maladie de mes deux hommes, c'est :

D'une part, la difficulté de la parole, provenant, comme le dit très-bien M. Boys de Loury, d'un certain degré d'obtusion des sens et de l'intelligence, et d'un état semi-paralytique de la langue et des muscles du larynx.

D'autre part, l'immobilité ou le frémissement léger du muscle orbiculaire de la lèvre supérieure, tandis que les muscles releveurs des angles de cette lèvre et les transversaux du nez vibraient et se contractaient parfois même avec exagération.

Une simple observation en finissant : l'affection de mon premier malade a débuté par une hémorrhagie, — épistaxis presque incoercible, — et s'est jugée par une autre hémorrhagie, — hématurie très-intense aussi.

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ

par la cautérisation.

Par M. le docteur JOUNIA-RAYMOND.

M[lle] Th..., âgée de dix ans, demeurant boulevard Maritime, à Marseille, offrait au gros orteil un ongle dont la difformité avait fini par amener l'ulcération des chairs latérales environnantes; l'extrémité libre était courte, tranchante, dirigée de baut en bas; elle labourait les tissus situés au-dessous d'elle; l'ongle avait dans sa partie moyenne une épaisseur qui égalait celle du gros orteil même; la marche était difficile et nécessitait des chaussures spéciales.

L'examen de la partie me fit rejeter les moyens palliatifs comme non applicables au cas présent; je m'arrêtai à l'arracbement, qui fut rejeté par les parents, et à la destruction de la matrice par la pâte de Vienne (nouveau procédé).

Le gros orteil fut recouvert d'un morceau de sparadrap offrant une ouverture en demi-lune sur laquelle j'appliquai la pâte de Vienne, qui fut laissée en place douze minutes environ.

Cette première application ne réussit pas; l'eschare fut éliminée; il y eut cicatrisation, et l'ongle ne bougea pas. L'insuccès tenait évidemment à la non-mortification de la matrice; je recommençai donc. Cette fois, j'appliquai simplement avec une spatule une forte couche de pâte de Vienne n'ayant que la largeur de la matrice, mais empiétant un peu sur le bord postérieur de l'ongle. L'application fut maintenue vingt-deux ou vingt-cinq minutes Le pansement a consisté en une mouche de sparadrap renouvelée tous les jours.

Au bout de quatre ou cinq jours, toute douleur avait disparu dans la marche; l'enfant jouait et courait malgré mes recommandations. L'ongle était évidemment mobile au bout de huit jours, et pourtant sa cbute spontanée n'eut lieu qu'un mois et demi après; elle eût été bien plus précoce si l'on m'eût permis d'aider un tant soit peu la nature. La surface laissée nue par l'ongle était lisse et blancbe.

Malgré la fréquence de l'ongle incarné, je n'entends plus parler de ce procédé, qui me paraît excellent; la crainte de le voir tomber dans l'oubli m'a engagé à publier cette observation.

SUR LES MOTS APHÉMIE, APHASIE ET APHRASIE.

Lettre à M. le professeur TROUSSEAU.

Mon cher maître,

En apprenant, il y a quelques jours, que vous vous proposiez de faire à l'Hôtel-Dieu une série de leçons sur l'affection que j'ai désignée sous le nom d'*aphémie*, j'ai vivement regretté d'être privé du plaisir d'aller vous entendre. Si mon service d'hôpital ne m'en avait pas empêché, j'aurais été un de vos auditeurs les plus assidus. Je me dédommage de cette privation en lisant vos leçons dans la *Gazette des Hôpitaux*; et j'ai trouvé dans votre première leçon une sorto de préambule philologique à l'occasion duquel je vous demande la permission de vous présenter quelques réflexions.

Lorsque j'ai éprouvé le besoin de chercher un nom particulier pour désigner l'une des affections qui privent l'homme de l'usage de la parole, j'ai dû me résigner à faire un mot nouveau, et, afin d'innover le moins possible, j'ai d'abord essayé de donner une terminaison française à l'un des substantifs que les Grecs employaient pour exprimer la perte ou l'absence de la parole. Mais ils n'ont pu me servir, parce qu'ils ont des significations précises dont on ne peut les détourner. Le mot *aphonie* est employé pour désigner la perte de la *voix*; il implique l'idée d'une affection des organes vocaux. Le mot *alalie* signifie mutisme, et plns spécialement surdi-mutité. Le mot *aphasie*, enfin, exprime l'état d'un individu qui s'exprime comme tout le monde, mais que la timidité ou la confusion empêchent momentanément de parler. Rien de tout cela ne pouvait me convenir.

Il fallait donc faire un mot avec l'ἀ privatif et l'un des trois substantifs qui rendent l'idée de la parole, savoir λόγος, φράσις et φήμη ou φῆμις. Je pouvais donc choisir entre *alogie*, *aphrasie* et *aphémie*. Pour me diriger dans mon choix, je me dis qu'il ne suffisait pas de mettre du grec dans un mot, qu'il fallait encore que ce mot fût immédiatement compréhensible, et que tout lecteur pût au premier coup d'œil, sans erreur et sans confusion possible, découvrir aussitôt le véritable sens. Certains mots grecs, en passant dans la langue française, ont reçu une acception particulière, désormais consacrée par un usage qui doit être respecté. Ainsi λόγος, qui signifie en grec parole, puis discours, raisonnement, etc., est employé dans les langues modernes pour rendre l'idée de logique ou l'idée de science. Le mot *alogie* aurait fait naître inévitablement l'idée d'*absurdité*; je ne m'y arrêterai pas.

Restaient deux autres mots, *aphrasie* et *aphémie*, tous deux également faits pour être compris immédiatement par tout le monde. Personne n'ignore en effet ce que c'est qu'une phrase, et il n'est pas un seul bachelier qui ne sache que φημί veut dire *je parle*.

Le mot aphrasie me séduisait d'autant plus qu'il caractérisait parfaitement, et qu'il caractérisait seul rigoureusement la maladie que je voulais désigner. Le verbe φράζω ne veut pas dire seulement *je parle*, mais *je parle clairement*. De là est venu en grec, en latin, en français, et dans presque toutes les langues modernes, le mot phrase, qui signifie une série de mots formant un sens complet. Or, ce qui manque aux aphémiques (souffrez que, provisoirement du moins, je leur donne encore ce nom), ce n'est pas la faculté de prononcer un certain nombre de mots. Presque tous, vous le savez, ont un petit vocabulaire, mais ils ont perdu la faculté de combiner leurs mots pour construire de véritables phrases. Aphrasie me convenait donc mieux que tout autre terme, et je l'avais même adopté dans la rédaction de mon premier manuscrit. Ce qui m'y fit renoncer, au moment de l'impression, ce fut le désir de m'écarter le moins possible des mots usités dans la langue grecque; — je parle du grec ancien et non du grec moderne, qui n'a pas voix au cbapitre. — Le mot ἄφημος existe en grec. C'est un adjectif dont le masculin et le féminin sont semblables. Il a deux sens; il signifie : 1° dont on ne parle pas; 2° qui ne parle pas. L'adverbe ἀφήμως, qui veut dire *sans parler* ou *en se taisant*, correspond exclusivement à ce second sens. Le mot ἄφημος étant encore vierge d'application scientifique, il m'était permis de le prendre dans l'acception qui me convenait. Je le traduisis en français par l'adjectif *aphémique*, d'où le substantif *aphémie* se dégagea naturellement. Obligé de faire un néologisme, je l'avais fait aussi bénin que possible. Je m'étais borné à donner une terminaison française à un mot de la langue grecque classique. J'ajoute que ce mot eut l'avantage d'être compris sans aucune bésitation, et la facilité avec laquelle il s'est répandu le prouve suffisamment.

Permettez-moi maintenant, cber et savant maître, d'examiner les arguments que vous invoquez contre ce nom d'aphémie. Un Grec moderne vous a dit qu'il avait été choqué de voir appliquer à d'honnêtes malades une expression déshonorante. Aphémie pour lui est synonyme d'infamie. Je ne le conteste pas; ce ne serait pas la première fois qu'un mot aurait changé de sens pendant l'évolution ascendante ou rétrograde d'une langue. Ἄφημος voulait dire, entre autres choses, un individu dont on ne parle pas. Pour une femme, c'était sans doute un éloge; mais un bomme aime qu'on parle de lui, et je conçois très-bien qu'à la longue, dans un pays qui a gardé le souvenir de tant d'hommes illustres, l'épithète d'ἄφημος ait fini par être prise en mauvaise part. Si le mot aphémie survivait à votre critique, et s'il produisait chez les Athéniens modernes quelque étonnement, ils en seraient quittes pour faire un petit retour sur leurs étymologies, et ce ne serait certes pas un grand malheur.

Une autre objection a été dirigée contre le mot aphémie par un de vos auditeurs qui connaît parfaitement la règle de l'esprit rude, et qui, appliquant cette règle à la dissection de ce mot, a découvert qu'aphémie voulait dire sécrétion, ἀπὸ-αἷμα, hors du sang. Cela prouve que le grec, comme le français, peut prêter au calembour, pour peu qu'on ait non pas l'esprit rude, mais l'esprit gaulois. Je pourrais aisément soumettre à de semblables dissections et donner des interprétations multiples à un grand nombre de termes scientifiques dérivés du grec. Je m'en garderai bien; je me bornerai à vous rappeler qu'il est entré dans nos usages d'éliminer l'*h* de la terminaison *hémie* lorsque la lettre précédente est une consonne. Ainsi on peut dire *leucohémie*, mais lorsqu'on a voulu élider l'o pour abréger le mot, on a écrit *leucémie* et non *leuchémie*; de même on écrit *hypohémie* ou *hypémie* et non *hyphémie*; *hydrohémie* ou *hydrémie* et non *hydrhémie*; de sorte que si l'on éprouve jamais le besoin de désigner la sécrétion sous un nom grec, on pourra dire *apohémie* ou *apémie*, mais non *aphémie*.

Votre dernière objection me touche beaucoup plus, car elle émane d'un de nos hellénistes les plus éminents, de M. Littré, qui, comme vous le dites, « sait le grec aussi bien que le français, » et j'ajoute que ce n'est pas peu dire. M. Littré se base sur une loi de dérivation en vertu de laquelle les mots composés qui renferment un verbe doivent être faits avec la racine de ce verbe et non avec la forme particulière du présent de l'indicatif. Aphémie venant de ἀ privatif, et de φημί, je parle, serait donc un mauvais mot.

Ici, mon cher maître, je crains que M. Littré, consulté dans une simple conversation, n'ait pas eu le temps de rassembler tous ses souvenirs. S'il avait songé qu'il y a un substantif φῆμις, génitif φῆμιος,

qui veut dire discours, un verbe φημίζω, qui veut dire je parle, que φῆμα veut dire parole, que φήμη, enfin, avant de signifier renommée, ou oracle, signifiait mot et parole, il aurait, je n'en doute pas, reconnu que ces mots, qui expriment la même idée, et qui commencent par φημ, pouvaient aussi bien que φημί servir à composer le mot apbémie. Si surtout il avait considéré que le mot ἄφημος *est* un adjectif grec, que l'adjectif ἀφήμων, synonyme du précédent, se trouve dans les anciens glossaires, et que l'adverbe ἀφήμως, qui veut dire *en se taisant*, est usité par les poëtes, il se serait gardé de déclarer inacceptable un mot qui n'est pas de mon crû, et qui a été composé par les vrais Grecs il y a plusieurs milliers d'années. J'ose donc, sur ce point, en appeler de M. Littré à M. Littré lui-même. Et ce qu me donne cette confiance, c'est que M. Renan, mon savant collègue de la Société d'anthropologie, et le collègue de M. Littré à l'Institut, a bien voulu me dire que le mot aphémie était à ses yeux parfaitement correct.

Ainsi, mon cher maître, nous pouvons, sans craindre de passer pour des béotiens, désigner comme par le passé sous le nom d'aphémie la maladie qui est actuellement le sujet de vos intéressantes leçons. Mais nous restons libres de choisir un autre nom, si nous trouvons que cela soit réellement utile pour la science. Je vous ferai seulement remarquer que la langue scientifique est déjà bien assez chargée, et que, pour changer un nom qui est déjà en circulation, il faut invoquer des motifs tout à fait péremptoires. Si un mot, par exemple, rend d'une manière très-inexacte l'idée qu'on veut exprimer, ou s'il est complice d'une tbéorie fausse, l'avantage qu'on trouve à le remplacer par un mot plus exact l'emporte sur l'inconvénient de compliquer la synonymie, et on se décide alors à faire un néologisme. Examinons donc à ce point de vue le nouveau nom d'*aphasie* proposé par M. Littré.

Mais auparavant, permettez-moi de vous faire remarquer que les mots sont faits pour être compris, et qu'un mot nouveau doit être choisi de manière à ne faire naître aucune confusion dans l'esprit du lecteur. J'ai rejeté *alogie* parce que le mot λόγος, en fournissant aux langues modernes la terminaison *logie*, a pris une acception que tout le monde connaît, et que je ne devais pas cbanger. *Aphasie*, sous ce rapport, est tout aussi défectueux. Il ne dérive pas de φάσια, qui ne se trouve pas dans les dictionnaires, mais de φάσις, qui a un double sens parce qu'il a une double racine. Lorsqu'il dérive du verbe poétique φάω, je brille (racine de φῶς, lumière, et de φαίνω, je fais voir), il veut dire apparition, apparence, phase. Il signifie au contraire mot, ou parole, lorsqu'il dérive du verbe inusité φάω, je parle, verbe fossile, qui disparut avec l'organisation de la langue grecque, mais dont les grammairiens ont retrouvé la trace dans certaines formes de la conjugaison du verbe φημί. C'est ainsi que le substantif français *son* a deux acceptions différentes, suivant qu'il dérive de *sonus*, bruit, ou de *summum*, qui, dans la basse latinité, désignait l'épiderme du grain de blé. En grec, le sens le plus ordinaire de φάσις est celui qui dérive de φάω, je parle ; mais ce mot a passé dans le latin, et de là, *sans exception*, dans toutes les langues modernes de l'Europe, avec le sens dérivé de φάω, je brille. Les astronomes s'en sont d'abord servis pour désigner les *diverses* apparences de la lune et de quelques autres astres ; puis les médecins pour désigner les aspects *successifs* d'une maladie ; puis on a dit les phases du développement, les phases d'une discussion, les phases de l'histoire, etc. ; si bien que ce mot, dans le langage ordinaire, a fini par devenir à peu près synonyme de changement. Interrogez qui vous voudrez, hors les hellénistes ; ouvrez n'importe quel vocabulaire moderne, français, allemand ou autre, et vous trouverez partout, à la définition du mot phase, l'idée de plusieurs cboses diverses qui se succèdent. Les bellénistes peuvent protester ; mais c'est là une situation toute faite devant laquelle il faut s'incliner. Dites à un médecin qu'il y a une chose qui s'appelle *l'aphasie*, il se creusera la tête sans pouvoir deviner s'il s'agit d'une maladie, d'un symptôme, d'une lésion ou d'une fonction, et il y a bien quelque chance pour qu'il songe à l'arrêt de développement, qui est la suppression d'un certain nombre de phases embryonnaires, et qui, par parenthèse, n'a pas encore de nom grec. Certes, ce mot n'est pas fait pour embarrasser les membres de l'Académie des inscriptions e belles-lettres, qui tous probablement savent Platon par cœur ; mais il sera fort obscur pour les simples mortels, babitués à donner au mot *phase* une certaine acception, qui n'a rien de commun avec l'idée de langage.

Maintenant, ce mot aphasie, qui pèche contre la clarté, caractérise-t-il du moins exactement la maladie qui nous occupe ? Nullement. Vous l'avez dit vous-même, l'aphasie, ἀφασία, est l'état d'un bomme à bout d'argument, et qui n'a rien à répondre. On prétend que Platon aimait à mettre ses contradicteurs dans cet état ; c'est même pour y avoir mis un jour Denys le Tyran, qu'il faillit être livré au bourreau, et qu'il fut vendu comme esclave. Par suite des progrès de la dialectique, l'aphasie est assez rare de nos jours, excepté pourtant aux examens. Ce qui manque à l'aphasique, ce n'est pas la parole, c'est l'idée. Il pourrait parler sans rien dire, il se tait : c'est une preuve de bon sens. Soufflez-lui l'idée qu'il cherche, il parlera aussitôt, et peut-être fatiguera-t-il vos oreilles. L'aphémique, au contraire, a des idées à exprimer, mais la parole lui fait défaut. Vous savez comment l'ingénieux Desgenettes s'y prit, dans un examen, pour démontrer à ses collègues qu'un candidat aphasique n'était pas apbémique. Il lui demanda son nom, son âge, le lieu de sa naissance, la profession de son père ; et se retournant alors vers les deux autres juges : « Vous vous trompez, dit-il, il parle fort bien ; mais comment voulez-vous qu'il vous réponde ? Vous lui demandez des choses qu'il ne sait pas ! » Je me trompe fort, mon cher maître, ou c'est de vous que je tiens cette bistoire, et il est impossible d'établir plus nettement la distinction de l'aphasie et de l'aphémie. Vous voyez bien que le même nom ne peut s'appliquer à ces deux cboses différentes ; et comme il ne dépend plus de nous de changer l'acception du mot ἀφασία, consacré par Platon, nous devons cbercber un autre mot pour désigner la perte de la faculté de la parole.

J'avais choisi apbémie : je crois avoir réfuté victorieusement les diverses objections auxquelles ce mot a donné lieu ; mais il en est une que je lui fais moi-même et que je veux soumettre à votre appréciation. Pris dans un sens absolu, l'α privatif implique l'absence totale d'une chose. Le nom d'aphémie pourrait donc à la rigueur faire supposer que le malade ne prononce pas même un seul mot, et comme il y a effectivement un degré d'aphémie où le mutisme est absolu, on pourrait être tenté de croire que l'aphémie est le nom particulier de l'abolition *complète* de toute espèce de parole. L'usage permet, il est vrai, de ne donner à l'α privatif qu'une signification relative, de s'en servir pour exprimer simplement l'idée de diminution. Ainsi, anémie ne veut pas dire qu'il ne reste plus une goutte de sang dans les vaisseaux ; atrophie ne veut pas dire suppression de la nutrition ; l'adynamie, l'ataxie, l'aphonie sont plus ou moins complètes, etc. Le nom d'apbémique peut donc s'appliquer de la même manière aux individus qui prononcent encore quelques mots ; mais j'ai déjà dit que le mot *aphrasie*, indiquant l'impossibilité de *construire des phrases*, caractériserait mieux que tout autre la maladie en question.

Il est aussi compréhensible, aussi clair qu'on puisse le désirer, car le radical *phrase* est devenu latin, français, anglais, italien, etc., en conservant partout et toujours une acception uniforme. — Aphrasie est donc un mot excellent, et le petit motif pour lequel je l'ai écarté est d'un ordre tout à fait secondaire. Voyez maintenant, mon cher maître, s'il vaut la peine de le substituer au mot aphémie, qui n'est pas encore assez ancien pour être devenu respectable. Je m'en rapporterai pour ma part à votre décision. J'ai bésité entre ces deux mots ; ma balance a penché vers l'aphémie, mais il dépend de vous de faire descendre l'autre plateau. C'est à vous de mettre à votre tour en balance le tout petit avantage qui résulterait de ce cbangement de nom, avec la toute petite perturbation que cela apporterait dans le langage.

J'avais pris la plume pour ne vous écrire que quelques lignes, et voilà que j'ai presque fait une dissertation. Vous me pardonnerez, je l'espère, mon cher maître, la longueur de cette lettre, et vous n'y verrez qu'une preuve de l'importance que j'attache à tout ce qui vient de vous.

Agréez, etc. Paul BROCA.

18 janvier 1864.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le lundi 15 février 1864, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie dans les hôpitaux et bospices pour l'année 1863-1864.

MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au bureau du secrétariat de l'Administration, de midi à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 18 janvier, et fermé le samedi 30 du même mois, à trois heures.

— M. le docteur Beyran reprendra son cours sur les maladies des voies urinaires aujourd'hui samedi à trois heures, à l'Ecole pratique.

— Le banquet annuel de l'internat aura lieu le samedi gras 6 février, au Grand-Hôtel, à sept heures. Le prix de la cotisation est de 16 francs.

On est prié de verser le montant de la souscription entre les mains de l'interne en médecine économe de la salle de garde dans chaque bôpital, ou de le remettre à M. le docteur Emile Tillot, rue Fontaine Saint-Georges, 42.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveau dictionnaire lexicographique et descriptif des sciences médicales et vétérinaires, avec planches intercalées dans le texte ; par MM. RAIGE-DELORME, Ch. DAREMBERG, H. BOULEY, J. MIGNON et Ch. LAMY. Un très-fort vol. grand in-8° de plus de 1,500 pages à deux colonnes, texte compacte, avec figures intercalées et contenant la matière de dix vol. in-8°. 1863. Prix, rendu *franc de port* dans toute la France : broché, 18 fr. ; cartonné à l'anglaise, 19 fr. 50 ; relié, dos en maroquin, 20 fr. 50. — La cinquième et dernière livraison, avec supplément, vient de paraître ; elle est donnée gratuitement aux souscripteurs et expédiée *franco* dans toute la France, moyennant 50 centimes. — A Paris, chez P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 10. — MARDI 26 JANVIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 10. — MARDI 26 JANVIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JANVIER 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Je crains les physiciens et les dons qu'ils nous font. Ceci soit dit, bien entendu, en matière de thérapeutique seulement. Et encore cette défiance ne va-t-elle pas au point de nous faire repousser sans examen le concours qui nous est offert, surtout quand il s'agit d'une de ces maladies contre lesquelles nos ressources habituelles ne sont que trop souvent impuissantes. Aussi prenons-nous acte, sous bénéfice d'inventaire, du bienfait que l'éminent électrographe M. Matteucci nous promet, dans la note qu'il vient de communiquer à l'Académie, de l'application de l'électricité au traitement du tétanos.

Nous avons à enregistrer comme contingent physiologique et médical de cette séance : une suite des recherches de M. Foltz sur l'homologie des membres pelviens et thoraciques de l'homme ; des recherches cliniques de M. le docteur Duchenne (de Boulogne) sur l'état pathologique du grand sympathique dans l'ataxie locomotrice progressive ; et une communication de M. le docteur Ancelon, de Dieuze, sur la question des alliances consanguines.

Nous nous sommes bornés jusqu'ici, à propos de cette question, à enregistrer simplement, sans contrôle ni commentaires, les faits contradictoires qui ont passé sous nos yeux. Nous nous proposons de faire connaître prochainement l'état où elle en est. En attendant, nous recommandons à tous ceux qu'elle intéresse la lecture d'une brochure que vient de publier tout récemment sur ce sujet M. le docteur Dally, secrétaire de la Société d'anthropologie [1]. On y trouvera une critique très-habile des faits qui ont été invoqués en faveur de la thèse des dangers de l'alliance consanguine. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'aphasie, maladie décrite récemment sous le nom impropre d'aphémie [2].

Toutes les personnes atteintes d'aphasie ne sont pas, comme celles qui font l'objet de nos deux dernières observations, affaiblies dans leurs facultés intellectuelles, ni privées de la capacité d'écrire et d'exprimer leurs pensées par l'écriture.

En 1862, nous avons vu un aphasique, un facteur de la Halle, qui ne gardait plus dans la mémoire que quelques mots, et qui cependant conservait une entière lucidité de pensée et la faculté d'écrire correctement tout ce qui lui venait à l'esprit, de faire les calculs les plus compliqués et de continuer son service à la Halle. M. Duchenne (de Boulogne) voyait à la même époque, dans son cabinet, une femme qui était dans les mêmes conditions ; elle pouvait aligner ses pensées au moyen de l'écriture, malgré qu'elle fût, comme ce facteur, complétement aphasique. D'autre part, M. Duchenne nous a raconté que pendant de longues années tout le monde avait connu à Boulogne-sur-Mer une dame qui avait toujours été d'humeur assez acariâtre, et qui à cause de cela était peu aimée de son entourage. Un beau matin, elle se trouva sans voix, ce qui ne tarda pas à être connu dans le pays et à faire dire que c'était une espèce de punition divine. Ses domestiques en particulier n'en furent pas trop fâchés. Cette dame, qui avait tant juré et si fort tempêté pendant de longues années, en était réduite à ne pouvoir presque plus rien dire.

Mais voyez la force de la nature, les seuls mots qu'elle eût conservés étaient le plus énergique de ses jurons habituels, s... n... de D. Quoi qu'elle voulût dire, fût-ce même une chose gracieuse, ce qui était rare de sa part, c'était toujours s... n... de D. qui sortait de sa bouche. La ville entière ne la connaissait plus que sous le sobriquet de Mme S... n... de D. Cette aphasie dura longtemps, mais la malade ne cessa pas un instant de gérer ses affaires et de conduire sa maison avec la même intelligence qu'autrefois. Il y a là la démonstration péremptoire de ce fait, que des individus absolument aphasiques peuvent conserver l'aptitude à exprimer leurs pensées par la mimique et par l'écriture. C'est une forme très-rare de cette maladie, mais, puisqu'il en existe des observations, je ne devais pas les passer sous silence.

Il est une troisième forme que je n'ai observée qu'une seule fois, et j'étais encore si jeune, que mes souvenirs ne sont pas très-complets à cet égard. Ceux que je vais vous faire connaître sont cependant exacts.

Il s'agit d'une dame, maintenant très-âgée si elle vit encore, ayant alors vingt-six ans, instruite et très-spirituelle. Pendant un érysipèle du visage, elle eut un délire violent et des symptômes nerveux graves. La maladie entra en résolution, et, à la grande stupéfaction de la famille, elle sortit de son délire avec l'impossibilité absolue de prononcer un seul mot. Elle avait complétement perdu la mémoire de tous les termes de la langue, et cet accident ne prit fin que d'une manière assez étrange. Lorsqu'on lui demandait : Voulez-vous boire? elle répondait : Voulez-vous boire? Elle répétait ainsi toutes les questions qu'on lui adressait, et ce qu'on lui disait réveillait dans son esprit la mémoire du mot entendu, et rouvrait en quelque sorte le sillon dans lequel étaient blottis les termes de sa langue naturelle. Alors une sienne amie, femme très-intelligente, se mit à lui rappeler avec une patience extrême les mots les uns après les autres, les mots les plus usuels, et la malade les retint à mesure ; de sorte que bientôt elle eut un vocabulaire à son service, et elle put manifester ses pensées par quelques phrases. Alors le sillon s'ouvrit plus largement, l'intelligence se réveilla de plus en plus, et, pour aider au travail de sa mémoire, elle demanda un gros cahier sur lequel elle se mit pendant près de six semaines à recueillir avec une merveilleuse constance non-seulement les mots qu'elle entendait prononcer, mais encore tous ceux que sa mémoire évoquait. Elle recomposa ainsi et son langage et son intelligence.

J'ai eu ce cahier à ma disposition, et je regrette fort de n'en avoir pas conservé au moins quelques extraits. Il était rédigé d'une manière fort bizarre pour nous, très-logique pour elle. Voici un exemple de la manière dont les mots s'enchevêtraient et les phrases se composaient : elle avait, supposons, une écritoire et d'autres objets sur sa table ; elle écrivait sur son cahier : Ecritoire, qui lui rappelait le mot plume, celui-ci lui rappelait oiseau, oiseau conduisait à volaille, volaille à foie gras. C'est-à-dire qu'un premier mot, soit à cause de sa consonnance, soit à cause de la rime ou d'un sens particulier qu'il pouvait contenir, lui rappelait une filiation étrange d'autres mots ayant des rapports avec celui-là. C'est ainsi qu'elle reconstitua sa langue.

Sans doute ce n'est pas là, à proprement parler, de l'aphasie, et j'aurais quelque peine, pour mon compte, à l'appeler ainsi ; mais cela en approche beaucoup et doit nous servir à rapprocher l'aphasie proprement dite de quelques accidents que nous observons parfois à la suite des maladies graves. Rappelons-nous cette femme que nous avons eue dans notre service, laquelle, après une dothienentérie grave, ne savait plus demander du pain, ni du potage, ni rien de ce dont elle avait besoin. Elle avait perdu à peu près complétement la mémoire, qui s'est peu à peu rétablie, à mesure que la santé elle-même revenait. Appeler cela de l'aphasie, je le répète, ce ne serait certainement pas rigoureux ni même exact ; mais enfin c'est un état qui s'en approche, et je devais vous signaler ces faits pour dessiner un tableau aussi complet que possible de la maladie.

Mettons de côté cette dernière forme douteuse, et occupons-nous maintenant de distinguer l'aphasie véritable de cette impossibilité de parler qui dépend de la paralysie labio-glosso-laryngée et de celle qui accompagne la stupeur apoplectique. Commençons par cette dernière : un individu est frappé d'épilepsie ; il tombe foudroyé et reste dans la stupeur, qui dure un quart d'heure, une, deux, trois heures, plus ou moins, selon la gravité de l'attaque. Quand il commence à se réveiller, vous le pincez et l'excitez : il répond par un grognement. Est-ce de l'aphasie? Non, c'est de la stupeur : le malade n'a plus sa mémoire ; il a perdu la faculté de mouvoir ses muscles, et jusqu'au moment où cet engourdissement général aura cessé, il restera non dans l'aphasie, mais dans l'impossibilité de manifester son intelligence. Il en sera de même de celui qui est atteint d'une lésion grave de l'encéphale ; vous l'interrogerez, le solliciterez

(1) *Recherches sur les mariages consanguins et sur les races pures*, par M. le docteur Dally, secrétaire de la Société d'anthropologie. Broch. in-8° de 68 pages. Paris, 1864, chez Victor Masson.
(2) Voir les numéros des 12 et 19 janvier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Formulaire raisonné des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, par M. O. REVEIL [1].

Il a été précédemment question dans ce journal, mais en quelques mots seulement, de l'ouvrage que vient de publier M. O. Reveil sous le titre de *Formulaire raisonné des médicaments nouveaux et des médications nouvelles*. Une simple mention, ce n'est pas assez pour l'importance d'un livre dont l'auteur définit ainsi l'objet : Par médicaments nouveaux, nous entendons, dit-il, tous les remèdes qui ont été introduits dans la pratique depuis 1836, époque de la dernière édition du Codex ; par médications nouvelles, les applications récentes de la physique et de la chimie, de l'électricité, de l'hydrologie, etc., à l'art de guérir.

On a publié déjà un certain nombre de recueils analogues ; mais celui-ci diffère de ceux qui l'ont précédé, en ce qu'il n'est pas seulement un inventaire méthodique et complet des acquisitions nouvelles de la pharmacopée, mais aussi un guide très-propre à diriger les jeunes praticiens au milieu des incertitudes de la thérapeutique ; il me semble même que chaque érudit ou chaque curieux, selon son besoin ou son caprice, pourrait y butiner à son tour.

Quiconque n'a point tenté une fois en sa vie de débrouiller et de classer, pour une fin quelconque, les archives éparses et confuses de la science médico-pharmaceutique, ignorera toujours ce qu'il a fallu à M. Reveil de patience et d'intrépidité pour ne point se rebuter des difficultés de la tâche qu'il a entreprise. Que de mécomptes et de dégoûts même se trouvent, en effet, attachés à un travail de ce genre ! Aussi l'écrivain qui s'adonne à ces études rétrospectives doit-il apprendre d'abord à manger de tout, à se familiariser avec toutes les saveurs, car souvent on croit, sur les apparences, mettre la dent dans une orange, et l'on mord dans la cendre.

La récolte une fois achevée, il faut procéder attentivement au triage des objets recueillis, rejeter ce qui est sans valeur, ranger suivant l'ordre naturel tout ce qui offre un certain intérêt ; opérations qui demandent nécessairement de la sagacité et de la décision. Or, eu égard à la variété bien connue de ses aptitudes, M. Reveil était certainement l'un des hommes les plus heureusement doués pour ce genre de travail.

Le dessein de l'auteur a été de n'admettre dans le cadre de son *Formulaire* que ce qui porte le signe du progrès. Mais « selon nous, dit-il dans sa préface, le progrès ne consiste pas seulement à ajouter des médicaments nouveaux à ceux déjà connus ; il consiste tout aussi bien à démontrer l'inefficacité des remèdes proposés. » Conformément à ce principe, toute innovation thérapeutique, avant d'être acceptée comme découverte utile, a dû être soumise à un contrôle minutieux, que M. Reveil a su maintenir sévère contre tout ce qui peut paraître équivoque, impitoyable surtout pour ce qui tient de l'imposture ; bien qu'il se montre quelquefois dur, amer dans ses appréciations, pourtant son langage est toujours exempt de violence, même lorsqu'il s'anime à flétrir les prévaricateurs de la profession.

Il y a dans le livre un chapitre très-curieux, consacré aux spécialités pharmaceutiques et aux remèdes secrets : M. Reveil a pris à cœur de montrer au public et aux médecins tout ce que ces petits mystères renferment de roueries mercantiles et de déceptions. Ainsi, il nous informe que la célèbre revalescière, par exemple, vendue comme remède *infaillible* contre trente-quatre maladies, est tout uniment un mélange de farine de lentilles, de farine d'orge et de sel marin ; que le fameux sirop de *lactucarium* contient de l'opium et probablement de la jusquiame. « Cette préparation a été, dit M. Reveil, la cause d'un dissentiment fâcheux parmi les membres de la commission du Codex. C'est là un fait d'autant plus regrettable, qu'à notre avis ce n'est pas devant la commission du Codex, mais bien devant les tribunaux, qu'aurait dû être portée la question du lactucarium. » Voilà donc les praticiens désormais prévenus de ce que vaut ce calmant tant prôné [1].

Ceux qui font cas de la probité scientifique goûteront certainement ce chapitre, où l'on apprend du neuf à chaque page ; mais les trafiquants ne manqueront point de réagir comme victimes des révélations qu'il contient. Je pourrais même dire d'avance quelle sorte de stratégie ils emploieront pour se défendre.

L'un, prenant le langage et la posture d'un malheureux en quête de vieux habits, simulera la ruine de sa lucrative industrie. Au lieu de geindre en place publique, l'autre, la tête haute, l'œil superbe, tentera effrontément sa réhabilitation par quelque libelle révoltant de duplicité ; et pour se faire absoudre il n'hésitera pas même à produire de faux témoignages. Celui-ci, brutal dans ses façons, se cabrant sous l'aiguillon de la critique, lancera des ruades d'autant plus dangereuses qu'il a les sabots ferrés. Celui-là, en fonds d'audace, prendra les choses sur le ton du persiflage, malgré qu'il soit plus entamé qu'il ne

(1) Un vol. in-12. Paris, 1864. Chez J. B. Baillière et fils, éditeurs.

(1) Je saisis cette occasion pour repousser les insinuations mensongères dirigées contre moi dans un opuscule ayant pour titre : *Le dernier mot sur le lactucarium.*

de toutes les façons, et vous n'obtiendrez rien de lui. Ce n'est pas non plus de l'aphasie, mais bien de la stupeur. C'est un homme dont toutes les manifestations intellectuelles et dont tous les mouvements volontaires sont abolis.

Comparez-le à nos aphasiques, à Marcou et à Paqué : ils ont l'air éveillé, intelligent, les yeux expressifs, la langue mobile ; ils peuvent marcher ; rien en eux ne ressemble à la stupeur apoplectique. Il n'y a pas possibilité de confondre deux états aussi dissemblables. Et, cependant, on ne les a que trop confondus quand, sous le prétexte de faire des localisations de la parole, on a attribué à une lésion des lobes frontaux la stupeur apoplectique qui empêche de parler.

Quant à la paralysie glosso-laryngée, c'est autre chose encore. Il n'y a pas de jour où nons ne nous arrêtions aux lits de Marcou, de Paqué et du malade qui a une paralysie glosso-laryngée, pour vous faire voir la différence qui existe entre eux. Vous avez vu encore aujourd'hui combien elle est sensible, énorme même. Chez ce dernier, les muscles phonateurs sont paralysés ; la langue, les lèvres, les muscles du pharynx se meuvent difficilement ; il ne peut se servir que de ce qui lui reste de mouvements, mais il s'en sert complétement, comme celui qui est frappé d'atrophie musculaire graisseuse progressive et qui se sert merveilleusement de ce qui lui reste de fibres musculaires non atrophiées, non détruites.

La portion de l'organe cérébral qui préside aux mouvements de la parole et aux idées à exprimer est intacte ; il comprend très-bien ce qu'on lui demande, il essaye de répondre, mais il ne le fait qu'avec une extrême difficulté et d'une manière presque inintelligible.

Il est clair qu'il n'a perdu la faculté de s'exprimer exactement que parce que les muscles phonateurs manquent à leur service. Au contraire, Paqué et Marcou ont les lèvres et la langue très-mobiles, très-agiles ; ils avalent comme tout le monde, ils respirent dans la perfection, et ils ont les instruments de vocalise parfaits. Ne confondons pas celui qui ne peut plus manifester sa pensée parce qu'il a le cerveau malade avec celui qui a perdu l'intégrité des muscles phonateurs, des instruments de la pensée.

Passons maintenant à une autre question. Il n'est pas toujours facile d'apprécier d'une manière très-nette l'étendue de l'intelligence d'un homme qui ne parle plus, n'écrit plus, ne gesticule plus. Voyons où en est cette intelligence obscurcie par le manque de moyens expressifs. Les médecins qui se sont occupés de ce que nous nommons l'aphasie n'ont pas mis en doute la conservation de l'intelligence de ces malades. Vous lirez dans le travail de M. Charcot, dans celui de M. Broca surtout, que la physionomie des malades est parfaitement expressive, qu'ils ont conservé toute leur intelligence. C'est là une opinion qui ne nous paraît pas très-exacte. En réalité, ce Marcou que vous voyez tous les jours a l'air assez bête ; il rit d'une façon assez niaise et avec assez peu d'à-propos, et quoique en définitive il n'ait l'air ni idiot ni dément, on ne peut cependant pas dire qu'il ait la physionomie bien intelligente. Paqué semble plus éveillé : mais quittez-les tous deux un instant et examinez les autres malades ; comparez nos deux aphasiques à leurs voisins, même à celui qui est affecté d'atrophie progressive. Celui-là a la figure très-expressive et beaucoup plus intelligente assurément que celle de Paqué, bien que le niveau d'éducation soit à peu près le même. Poussez plus loin cette comparaison, voyez l'homme lui-même, éprouvez-le, tâchez d'obtenir des expressions animées, justes, et vous verrez que vous n'obtiendrez pas grand'chose, moins peut-être que chez certains animaux. Vous n'ignorez pas, d'ailleurs, que l'expression de la physionomie ne donne pas toujours une mesure bien exacte et bien complète de l'étendue de l'intelligence. Elle est souvent plus vive que ne l'est l'intelligence elle-même, et si nos aphasiques en sont encore doués à un degré notable, il ne faut pas pour cela en inférer qu'un degré semblable de capacité intellectuelle y correspond. Si vous voulez bien apprécier celle qu'offrent Marcou et Paqué, comparez-la à celle de leurs voisins, et vous reconnaîtrez bien certainement que, parfaite chez ces derniers, elle est incomplète, inexacte chez nos deux aphasiques.

Maintenant étudions un à un les divers moyens d'expression ; voyons d'abord ce qui concerne la parole. L'aphasie est caractérisée, avons-nous dit, par l'impossibilité d'exprimer la pensée par la parole, impossibilité absolue et complète, ou relative et incomplète ; c'est-à-dire que tantôt tous les mots, tantôt un certain nombre de mots seulement se sont effacés de la mémoire. Marcou nous est arrivé ne pouvant dire que deux mots : Haute-Loire (le nom de son département), et : s... n... d'un sort ! Depuis qu'il est en traitement il a quelques éclairs de mémoire ; il retrouve quelques mots. Mais son intelligence en est encore à un degré de stupidité extrême si vous la comparez à celle des autres malades. Il n'a pas plus de cinquante mots dans son vocabulaire, pas un verbe correctement placé, pas quatre mots rigoureusement assemblés. Sa manière de s'exprimer ne fournit donc pas une mesure bien favorable de son intelligence.

L'autre aphasique, Paqué, n'a encore dit que *couci, couci, ci, ci*, depuis six mois qu'il est dans notre service. Sa manière de parler ne témoigne donc pas non plus d'une bonne dose d'intelligence.

Voyons l'écriture.

Les aphasiques peuvent-ils écrire ? Il en est qui le peuvent, nous l'avons dit. Mais laissons ceux-là, et ne considérons que les véritables asphasiques. Ceux-ci n'écrivent pas, non-seulement parce que beaucoup d'entre eux sont paralysés du bras droit, mais parce que, en réalité, ils ne peuvent pas manifester leur pensée par les signes conventionnels de l'écriture. S'il y avait une localisation organique pour la parole, on voit qu'il faudrait en admettre une aussi pour l'écriture. Vous vous rappelez que Paqué peut écrire son nom et celui de sa femme, mais que si l'on veut lui faire écrire le nom des objets qu'on lui présente, il écrit encore ou *Paqué* ou *Julie*.

Il y a deux mois et demi qu'on nous amena ici un jeune garçon qui avait été pris d'une attaque subite avec paralysie du côté droit datant d'un an. Sa mère nous raconta son histoire et nous certifia qu'il était parfaitement intelligent. Nous voulûmes le faire parler, et nous lui dîmes : Comment vous portez-vous ? Il répondit ; *Oui*. Quel est votre âge ? *Maman*. Dites-moi votre nom ? *Oui*. Avez-vous mal quelque part ? *Maman*. Quoi que nous lui demandassions, c'était tantôt *oui*, tantôt *maman*. Nous voulûmes lui faire écrire son nom, il écrivit fort bien *Henri Denier*. C'était, en effet, son nom. Alors nous le priâmes d'écrire : *Oui*, *maman*. Il traça de nouveau son nom.

Voilà donc un malade qui avait pour tout bagage deux mots à son service, pas plus, du côté de la parole, et comme expression écrite, son nom, qu'on lui avait appris à écrire. Pendant plus d'une demi-heure que nous nous sommes attaché à lui pour faire jaillir quelque éclair d'intelligence, nous n'avons rien pu obtenir de plus.

Rappelez-vous ce confrère dont nous vous avons raconté l'histoire au commencement de ces leçons. Il est pris subitement d'aphasie ; il constate qu'il n'a aucune paralysie ni dans la main droite ni dans la langue. Il s'étonne de ne pouvoir parler ; il veut écrire, et il se trouve aussi impuissant à tracer un caractère qu'à prononcer un mot ; et cependant il jouissait de toute son intelligence, et il s'interrogeait, s'examinait, raisonnait, calculait, et faisait des supputations sur son état.

Aujourd'hui encore, vous êtes restés avec nous auprès du lit de nos aphasiques et du malade atteint de paralysie glosso-laryngée. Nous avons dit à Paqué : Vous allez faire le geste d'un homme qui joue du violon. Cela n'est certes pas difficile. Eh bien, Paqué n'a su comment s'y prendre. Alors nous lui avons montré ce qu'il fallait faire ; il a exécuté le geste tant bien que mal. Nous lui avons dit de faire le geste d'une personne qui joue du piano ; il a frappé des pieds par terre. Il a fallu encore lui montrer comment cela se fait, et il l'a fait à son tour. Nous lui avons demandé alors de battre le tambour ; il a continué à faire la mimique du jeu de piano.

Marcou est un ancien terrassier ; il doit par conséquent connaître les gestes de son métier, entre autres, celui de donner des coups de pioche. Nous lui avons demandé ce geste ; il n'a jamais pu nous montrer comment on pioche la terre, ni comment on la ramasse à la pelle.

Paqué est un liseur ; il a toujours à la main un livre dans lequel il s'absorbe. Nous nous sommes mis à lire à la page qui était devant ses yeux, lui recommandant de la tourner quand nous arriverions à la fin : il l'a tournée avant que nous fussions au bout. Il ne nous avait donc pas suivi. En réalité, Paqué ne lit pas, ou du moins ne comprend pas ce qu'il lit, et ne sait jamais où il en est. Il est probable qu'il reste toujours sur la même page.

Nous venons de faire l'analyse des faits de l'entendement chez les aphasiques, et vous avez vu que la parole, l'écriture et les gestes par lesquels les hommes manifestent leur intelligence, que ces divers moyens d'expression ne sont pas, chez les aphasiques comme chez les autres hommes, je dirai même chez les autres aliénés ; disposé que je suis à classer ce genre de malades parmi ceux dont l'état mental est profondément troublé. En effet, le peu d'intelligence qui reste aux déments, ils l'utilisent pour la production de la parole, du geste et de l'écriture ; capacité qui survit chez eux à la dégradation intellectuelle dont ils sont frappés. Il y a par conséquent chez les aphasiques quelque chose de capital ; à savoir, que leur encéphale est dans des conditions très-spéciales, que leur intellect est frappé d'une manière particulière qui permet d'établir une classe spéciale de déments sous le nom de déments aphasiques.

La faculté qui se trouve particulièrement atteinte chez eux, c'est très-certainement la mémoire. La mémoire de ces hommes est en effet profondément altérée, si altérée, que non-seulement ils ne savent plus le nom des objets, mais que même alors qu'on vient de le leur dire, ils en perdent aussitôt le souvenir. C'est au point qu'on peut se demander si ce n'est pas cette perturbation de la mémoire qui constitue véritablement l'aphasie. Chez certains d'entre eux, il en est certainement ainsi ; ils vont vous répétant tout ce que vous leur dites, témoignant ainsi que la faculté d'articulation leur reste intacte ; mais ils ne trouvent rien à dire d'eux-mêmes. Mais il en est, et c'est le plus grand nombre, qui sont dans l'impossibilité d'articuler, lors même qu'on leur fait entendre un mot vingt fois de suite. J'en ai cité plusieurs exemples. C'est en particulier le cas de Paqué, répondant invariablement à tout ce qu'on lui dit : *couci-ci*. En résumé, chez tous, la mémoire fait plus ou moins défaut.

Etudions maintenant la nature des rapports sociaux des aphasiques avec les autres hommes. Si l'aphasique est un homme du monde, auparavant distingué et intelligent, on est très-surpris de le voir passer des journées entières avec un domestique, lui parlant de choses fort insignifiantes et parfois très-ennuyeuses.

Les aphasiques, bien certainement, entendent, mais ils n'écoutent pas ; ils ne témoignent ni aucune impatience ni aucun ennui des propos les plus absurdes qu'on peut tenir autour d'eux ; ils sont donc, en réalité, incapables de se mettre en rapport d'échanges d'idées avec leurs semblables ; ils ne le peuvent pas davantage par la lecture que par la parole. Vous l'avez vu par l'exemple de Paqué, lisant une partie de la journée et toujours à la même page. Nous avons eu l'année dernière dans notre service une jeune fille aphasique qui est maintenant à la Salpêtrière, Marie-Adèle A... Elle lisait avec une attention très-édifiante toujours la même page. Il est bien évident qu'ils ne comprenaient pas un mot, ni l'un ni l'autre, à leur lecture.

Mais il y a plus que des présomptions rationnelles à cet égard. On a pu obtenir des aphasiques qui ont guéri, l'aveu de la perte momentanée de leur mémoire et de l'affaiblissement de leur intelligence. Vous n'avez oublié ni l'exemple de notre éminent confrère qui, lisant les *Entretiens* de M. de Lamartine au moment où il se sentit pris, ne saisissait plus bien le sens de sa lecture, bien qu'il eût conservé cependant la haute faculté de supputer la nature de son mal ; ni celui de la femme Keller, qui

---

veut le paraître. La spéculation a d'autres procédés, quand elle se fait anonyme ; elle prend alors à ses gages un mercenaire quelconque pour le boniment et pour la réplique. Tout le monde connaît le jargon pittoresque de ces virtuoses enfarinés.

Que M. Reveil ne s'émeuve ni des doléances ni de la fureur de ces faux martyrs ; que sa conscience ne s'en inquiète point, car les épines auxquelles ils se piquent viennent de l'arbre qu'ils ont eux-mêmes planté.

Les gens timorés et les indifférents s'étonnent quelquefois qu'un homme de bien se risque à dénoncer les fantaisies dépravées de la fraude ; suivant eux, c'est se commettre inutilement, puisqu'il plaît au public d'être trompé, absolument comme il plaît à la femme de Sganarelle d'être battue. Que ceux-là s'abstiennent, c'est leur droit ; mais qu'il soit permis aussi d'avoir un autre avis et de suivre une inclination contraire.

Je reviens au *Formulaire*. Je donnerais une bien fausse idée de ce livre, si j'en résumais le sens et le texte dans le chapitre que je viens de citer. L'œuvre de M. Reveil n'est pas un pamphlet ; la critique avec ou sans amertume s'y montre quelquefois, il est vrai, mais toujours incidemment et jamais hors de propos. Partout l'auteur s'attache à la description et à l'analyse des choses de sa compétence, c'est-à-dire qui sont du ressort de la matière médicale et de l'hygiène thérapeutique. C'est en suivant cette voie qu'il a réussi à produire un ouvrage auquel je puis, sans flatterie, prédire une heureuse longévité.

Dr Champouillon.

Traité pratique des accouchements, des maladies des femmes et des enfants, par M. le docteur Delattre (de Brest).

M. Delattre adresse son traité aux élèves sages-femmes et aux étudiants en médecine, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un livre tout à fait élémentaire ; mais le titre de *Traité pratique* et l'engagement que l'auteur prend de traiter en détail ce qui touche à l'application, fait que ce livre est aussi adressé aux praticiens. Voyons rapidement comment M. Delattre a rempli sa tâche.

Dans une partie préliminaire, il se livre à des considérations générales sur la manière d'étudier et de pratiquer la médecine puerpérale. Sans entrer dans des détails historiques, il prépare brièvement son lecteur, si nouveau qu'il soit, à l'étendue et à l'importance du sujet qu'il va étudier, puis il passe à la partie anatomique et physiologique de ce qui concerne la femme et le fœtus.

Fidèle au but qu'il s'est proposé, l'auteur commence toujours par des idées générales, même sur l'anatomie et la physiologie, avant d'arriver aux organes génitaux de la mère et à l'étude du fœtus. Dans cette étude il n'a rien apporté de nouveau sans doute, mais il a exposé avec ordre et simplicité ce qui est écrit dans les livres classiques. La pathologie de la grossesse et le diagnostic de cet état y sont représentés sommairement, et les emprunts que fait M. Delattre, les travaux importants qu'il n'a pas étudiés, laissent cette partie un peu faible.

Il n'en est pas de même de l'accouchement. L'extension que l'auteur a donnée à la partie mécanique du travail et aux classifications prouve qu'il en a approfondi la théorie ; mais les détails surtout dans lesquels il est entré sur l'assistance du travail, sur l'énumération de ses difficultés et sur les moyens de les corriger, ces détails prouvent qu'il a mis souvent les mains à la pâte, comme on dit vulgairement. Ce soin l'a porté aussi à insister sur les opérations obstétricales ; enfin il a terminé son travail par l'hygiène, la thérapeutique et la matière médicale qui concernent l'état puerpéral.

Ces dernières parties, lors même qu'elles laisseraient à désirer sur quelques points, font honneur à M. Delattre en ce qu'elles ne figurent guère dans les traités élémentaires d'obstétrique, ce qui est un tort. En un mot, l'élève et le praticien ordinaire trouveront dans ce livre un ouvrage qui embrasse toute la médecine et la chirurgie puerpérales.

Quant aux hommes spéciaux, ils n'y trouveront pas des recherches bibliographiques ou statistiques, il n'y a même pas d'observations isolées ; mais ils y trouveront un sens droit, une diction facile, enfin quelques aperçus théoriques ou pratiques qui ont de l'importance et de l'originalité.

Nous signalerons comme un des mérites de ce livre les tableaux considérables et les figures qui l'accompagnent. Ces moyens d'exposition rendent l'intelligence du sujet facile même aux personnes les plus neuves sur la matière.

Dr Mattei.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Précis d'histologie humaine d'après les travaux de l'école française, par M. Georges Pouchet. Un vol. in-8° de VII-379 pages, avec figures dans le texte. Prix : 6 fr. — Paris, 1864, chez Victor Masson et fils.

Des associations et des corporations en France, nouvelle édition, augmentée d'un appendice sur les associations médicales ; par M. le docteur Mettais. Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1863, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine, 23.

Guérison de la phthisie pulmonaire, et moyens de prévenir cette maladie à l'aide d'un traitement nouveau ; par M. le docteur Jules Boyer, ancien chef des travaux anatomiques, etc. Broch. in-8°, 2e édit. Prix : 1 fr. 50 c. *franco*. — Paris, 1863. Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

nous déclara que pendant sa maladie elle lisait avec ses yeux et non avec son esprit, c'est-à-dire comme on lit une langue étrangère, assemblant des mots dont elle ne comprenait pas le sens.

Il en est de même pour ceux qui se font faire la lecture. Le malade du département des Landes essayait aussi de lire son journal; mais n'y comprenant rien ou peu de chose, il le jetait ou le passait à son fils, qui lui proposait d'en continuer la lecture à haute voix. Il semblait s'intéresser d'abord à ce qu'on lui lisait; il écoutait pendant quelque temps avec un peu d'attention; mais dès que son lecteur passait des *faits divers* à un article sérieux de politique ou de discussion littéraire ou administrative, il paraissait n'y plus rien comprendre et s'endormait.

Il semblerait donc que la lecture faite à haute voix à un aphasique soit absolument pour lui comme celle qu'il fait lui-même; son entendement n'y prend pas plus de part. Il n'entend guère que le bruit de la lecture, comme tout à l'heure il ne voyait que les caractères, ou tout au plus des groupes de mots sans signification.

Mais d'autre part, chose étrange, les aphasiques conservent une aptitude tout à fait singulière pour les jeux, aptitude incompréhensible, que vous retrouverez également chez beaucoup de déments ordinaires. A l'époque où j'étais interne à Charenton, j'allais assez souvent au salon où se réunissent les fous paisibles. Le jeu de trictrac était alors très à la mode; c'était celui qu'on y jouait de préférence. Parmi les joueurs, il y en avait qui étaient des déments renforcés, qui ne savaient pas dire deux mots raisonnables de suite; eh bien, il leur arrivait quelquefois de me gagner, ce dont j'étais profondément humilié. S'il ne se fût agi là que de répéter un de ces actes mécaniques que l'on a faits mille fois, j'aurais bien compris qu'un dément le fît une mille et unième fois; mais non, il s'agissait de combinaisons multiples, de coups imprévus et inattendus, qui devaient instantanément changer ces combinaisons ou en susciter de nouvelles. Eh bien, ces déments comprenaient parfaitement ces coups, ils en calculaient les conséquences, et saisissaient les occasions favorables de tourner les chances de leur côté.

Je vous ai déjà dit que celui de nos malades que nous désignons sous le nom de *Couci*, joue non-seulement assez bien aux dames, aux cartes et aux dominos, mais encore qu'il triche; pour tricher, il faut encore que l'intelligence intervienne d'une manière assez active.

M. Broca soutient que les vieillards aphasiques de Bicêtre sont intelligents et capables de calculer assez bien. Ils comprennent, dit-il, jusqu'aux deuxièmes unités. Je suis disposé à croire qu'il a mis un peu de complaisance dans l'appréciation de leur intelligence. Compter jusqu'aux deuxièmes unités, est-ce là une preuve d'intelligence? En général, on est assez mauvais appréciateur du degré d'intelligence d'autrui, et nous sommes assez portés, soit par prévention, soit par indulgence, à juger sous un faux jour. Vous verrez, dans l'exercice de la clientèle, à quel point les parents se méprennent souvent et se font illusion sur l'intelligence de leurs enfants. Ne nous arrive-t-il pas à nous-mêmes, tous les jours, à propos de ce pauvre Marcou, de nous féliciter des progrès qu'il fait, parce qu'il gagne de temps en temps quelques mots, et n'allons-nous pas jusqu'à nous flatter de lui avoir rendu l'intelligence, quand il a encore à peine une trentaine de mots à son service?

Convenons donc que les aphasiques sont généralement privés d'une grande partie de leur intelligence, à l'exception toutefois d'un petit nombre d'entre eux, qui, malgré l'impossibilité où ils sont de dire un seul mot, offrent cependant chaque jour la démonstration rigoureuse que leurs facultés sont intactes : ceux-là ont conservé la mémoire, ils peuvent écrire toutes leurs pensées, et ces pensées sont justes et raisonnables.

En résumé, nous établissons deux grandes classes d'aphasiques :

1° L'une, la plus restreinte, comprenant les sujets qui ont conservé leur intelligence, mais qui ont perdu la faculté de s'exprimer par la parole;

2° La seconde, beaucoup plus nombreuse, composée de ceux qui ont perdu tout à la fois la faculté de s'exprimer par la parole et par l'écriture; ceux-là n'ont ni langage, ni mémoire, ni pensées, et ils portent, comme point d'origine de ces tristes accidents morbides, une grosse lésion dans le cerveau.

OBSERVATION DE DISJONCTION ÉPIPHYSAIRE

de l'extrémité inférieure du fémur gauche avec sortie considérable de l'os par une vaste déchirure faite à la partie externe et postérieure des téguments chez un enfant de neuf ans et demi. Résection forcée de la partie sus-épiphysaire.

Par M. le Dr Chassaniol, médecin en chef de la marine en retraite.

Bien que M. Bouchut décrive le décollement épiphysaire, à l'article Fracture, dans son *Traité des maladies des enfants*, il n'en fait pas moins ressortir que dans ce cas il n'y a aucune rupture des éléments osseux; mais, contrairement à cette opinion, M. Malgaigne déclare que, pour lui, dans latrès-grande majorité des cas, il y a séparation d'une portion d'os plus ou moins considérable des extrémités osseuses; cependant, chez le petit blessé, dont nous allons parler le décollement épiphysaire a été complet; aussi pensons-nous que Rognetta, en appelant divulsion des épiphyses ces sortes d'accidents, a pu avec raison les différencier des fractures proprement dites, divulsion étant synonyme de détache- ment ou d'arrachement.

Sans avoir la prétention d'exposer tout le bilan de la science à l'endroit des disjonctions, ou mieux des divulsions épiphysaires, nous citerons cependant quelques faits se rapprochant du nôtre. Ainsi Anthony White a réséqué les deux condyles du fémur, et a conservé au malade un membre très-utile (M. Malgaigne, *Luxations*). Nous ne pouvons ignorer que le fait de White est un cas de luxation et non de décollement épiphysaire, mais nous pensons devoir le citer comme le cas de résection le plus heureux, puisqu'ici l'articulation était largement ouverte. Cependant, à côté de ce succès, nous trouvons que Coural, dans un cas semblable au nôtre, fut obligé de pratiquer l'amputation de la cuisse chez un enfant de onze ans. Champion cite également deux cas de décollement des épiphyses arrivés chez des garçons de onze à treize ans, l'un ayant eu le bras engagé dans les rayons d'une roue, l'autre, l'avant-bras saisi par une machine à carder; il en résulta pour le premier un décollement de l'épiphyse supérieure; pour l'autre, de l'épiphyse inférieure de l'humérus. Enfin, le cas le plus heureux et le plus remarquable est celui que rapporte M. Maisonneuve dans son ouvrage de clinique chirurgicale. Il s'agit d'un enfant de sept ans chez lequel l'épiphyse inférieure de l'humérus resta en place, pendant que la portion épiphysaire de l'os, comme chez notre petit blessé, traversa les chairs; mais ici la réduction fut faite avec succès; de plus, dans ce cas, la partie osseuse qui faisait saillie, dépouillée de son périoste dans une hauteur de 4 centimètres, aurait été rétablie dans sa gaine périostique. Nous devons avouer que nous ne pouvons nous expliquer comment M. Maisonneuve a pu s'assurer de la rentrée de l'os dans son périoste.

Quoi qu'il en soit, les décollements épiphysaires étant peu nombreux, nous devons penser que cette observation offrira sous plus d'un rapport quelque intérêt. Ainsi il existait chez notre petit blessé, comme complication, sinon une subluxation latérale interne (division de Bell, adoptée par M. Malgaigne) de l'articulation fémoro-tibiale, du moins un diastasis considérable. Pour nous, la violence qui avait décollé l'épiphyse a dû agir tout d'abord dans le sens propre à effectuer une subluxation latérale interne pour cesser par l'arrachement de l'épiphyse.

Appelé en consultation le 11 mai par deux de mes collègues, M. le docteur Le Do et M. Delattre, ancien chirurgien-major de la marine, nous nous rendîmes au bourg de Lambezellec, distant de Brest de 3 kilomètres; là nous trouvâmes couché sur un lit le fils du sieur B..., enfant de neuf ans et demi, jouissant au moment de l'accident d'une santé parfaite, et présentant au côté externe et postérieur de l'articulation fémoro-tibiale l'extrémité du fémur sortie entièrement dépourvue de son épiphyse et de son périoste. La jambe, légèrement fléchie, offrait au côté externe, et s'étendant dans le creux poplité, une vaste déchirure des téguments produite par l'extrémité de l'os, qui formait un angle très-ouvert avec la direction de la plaie.

La cause de ce grave accident était le résultat de la chute d'un des deux battants d'une porte-cochère. L'enfant, à cheval sur la traverse en bois qui servait de fermeture à cette porte, étant en manière d'amusement ouverte et fermée avec violence par ses petits camarades, échappa par la rupture du gond supérieur; l'enfant, jeté à terre, reçut de champ sur la partie interne et inférieure de la cuisse le battant de cette vaste porte. La plaie faite aux téguments avait 4 centimètres, et malgré sa grande étendue elle ne pouvait par sa direction très-oblique nous venir en aide pour la rentrée de l'os. Cependant, après avoir soumis notre blessé à l'action du chloroforme, nous dûmes faire des efforts de réduction; mais ces essais, déjà tentés avant mon arrivée, le furent encore sans succès. Nous crûmes alors devoir proposer aux parents, comme moyen plus rationnel bien qu'extrême, l'amputation du membre; cette proposition fut rejetée; restaient donc dans cette occurrence ou la résection, ou mieux, une incision profonde et très-étendue dans le creux poplité, et, malgré la crainte de la lésion de l'artère ou de la veine, nous n'eussions pas reculé devant ce danger, si la portion osseuse qui faisait saillie avait pu permettre d'opérer un léger déplacement afin de pouvoir agir avec quelque chance de réussite. Aussi pensâmes-nous qu'en présence de ces difficultés il fallait forcément pratiquer la section de la portion sus-condylienne, dont la longueur de 3 centimètres et demi se présentait en travers de l'ouverture de sortie.

A cet effet, M. Delattre surveillant les effets du chloroforme, M. Le Do passa sous l'os, non sans quelque effort, une feuille de carton, et avec une scie ordinaire je fis la résection de la portion osseuse; aussitôt le fémur, par l'extension du membre, se cacha dans les chairs, et l'articulation, manifestement déformée et d'une mobilité anormale, parut alors reprendre sa configuration naturelle.

De même que dans le cas rapporté par M. Maisonneuve, l'épiphyse étant restée en place, nous pensons que l'articulation n'a pas été ouverte, et que les ligaments latéraux n'ont pas été rompus; seulement le diastasis a dû être considérable. Enfin le membre fut placé dans l'extension, la plaie fut pansée avec cérat et charpie; puis un bandage de Scultet, deux coussins et deux longues attelles, constituèrent tout l'appareil.

La réaction traumatique fut modérée, et pendant les premiers quinze jours les pansements furent très-simples; mais l'emploi d'un bandage dextriné devenait urgent pour maîtriser les mouvements fâcheux; cependant il ne put être appliqué, l'œdème du membre étant trop considérable; aussi avons-nous vu avec peine, vingt-deux jours après l'accident, l'extrémité du fémur se montrer de nouveau dans la plaie.

Craignant alors une nouvelle sortie, nous essayâmes une seconde résection. L'enfant fut donc soumis, comme la première fois, à l'influence du chloroforme; mais ayant trouvé une consolidation très-grande de la partie du diamètre de l'os qui était en contact avec l'épiphyse, nous crûmes prudent de respecter ce travail, et, bien que l'extrémité du fémur ne porte pas au centre de l'épiphyse, la soudure n'en est pas moins depuis longtemps assez grande pour qu'un jour cet enfant puisse à l'aide d'un talon, qui, il est vrai, sera très-élevé, se servir avec avantage de son membre.

Ce fait ne prouve-t-il pas une fois de plus que la chirurgie conservatrice produit des résultats souvent inespérés, particulièrement chez les enfants?

Mon ami M. Ange Duval, chirurgien en chef, a conservé la pièce réséquée et l'a déposée au musée d'anatomie de l'Ecole.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 janvier 1864. — Présidence de M. Morin.

Emploi du courant électrique continu dans les cas de tétanos. Note de M. Matteucci (1). — Une communication faite aux journaux américains par un médecin dont j'ignore le nom, et qui a pour but de montrer les avantages du courant électrique dans un cas d'hydrophobie, me rappelle une observation que j'ai faite il y a vingt-cinq ans, et qui a été publiée premièrement dans le cahier de mai 1838 de la *Bibliothèque universelle*, fondée sur les résultats des recherches électro-physiologiques de Nobili et de moi.

Une des expériences les plus nettes et les plus obscures encore en électro physiologie est celle qui montre l'état de contraction tétanique qui saisit une grenouille ou un animal quelconque en deux circonstances bien déterminées : l'une, c'est le passage interrompu, et à des intervalles très-rapprochés, sans dépasser certaines limites, du courant électrique dans les nerfs et les muscles d'un animal vivant ou récemment tué; l'autre circonstance, c'est le passage continu d'un courant dans le nerf, en sens contraire à ses ramifications. Ce dernier fait, découvert d'abord par Ritter, a été étudié minutieusement dans un de mes mémoires d'électro-physiologie publiés dans les *Philosophical Transactions*. Il est bien prouvé que la contraction tétanique très-forte et prolongée qui saisit le membre dans lequel ce nerf se ramifie au moment de l'ouverture du circuit, n'est pas due à de l'électricité qu'on pourrait supposer condensée dans ce nerf. Ce n'est pas le muscle qui est le siége de l'altération; car si l'on interrompt le circuit en coupant le nerf, on n'a plus la contraction tétanique si le nerf est coupé au point de son entrée dans le muscle, tandis qu'on obtient cette contraction en coupant le nerf plus haut. Je crois avoir été dans le vrai (et je considère comme un des progrès notables de l'électro-physiologie moderne d'avoir introduit un principe de physique dans l'application de phénomènes si obscurs), je crois, dis-je, avoir été dans le vrai en montrant que les nerfs prennent sous le passage du courant des polarités secondaires très-fortes, comme font les lames de platine ou certains solides poreux et imbibés de liquide. Ces polarités secondaires, à l'ouverture du circuit, se déchargent et donnent lieu à des courants en direction inverse des courants primitifs. Or, dans les conditions de l'expérience que nous considérons ici, ces courants secondaires sont justement dirigés de manière à exciter le plus vivement possible les nerfs qui, par le phénomène bien connu des alternatives voltaïques, avaient cessé d'être sensibles au passage du courant primitif ou excitateur.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il est certain qu'un nerf qui a acquis, ou par des courants interrompus, ou par le courant inverse continu, la propriété d'éveiller des contractions tétaniques, perd immédiatement cette propriété aussitôt qu'on le soumet de nouveau à un courant continu. C'est donc l'analogie qui nous a conduits, Nobili et moi, à penser que le tétanos pouvait être assimilé, pour l'état de ces nerfs, à un animal sur lequel on a fait passer ou des courants interrompus, ou un courant *inverse* continu, et par conséquent à espérer que le passage continu d'un courant *direct* dans un malade de tétanos aurait produit, comme dans l'animal, la cessation ou la diminution des contractions.

C'est là précisément ce qui est arrivé dans le cas que j'ai décrit en 1838. Le malade de tétanos, pendant qu'il était soumis au courant électrique d'une pile à colonne de 30 ou 40 couples, n'éprouvait plus de secousses violentes comme auparavant; il pouvait ouvrir et fermer la bouche; la circulation et la transpiration paraissaient se rétablir. Cette amélioration dura pendant plusieurs minutes; les contractions reparurent malgré le passage du courant. On cessa de faire passer le courant, et après quelque temps on le rétablit avec une pile de 50 à 60 éléments. L'amélioration se présenta de nouveau, et ces alternatives se reproduisirent pendant plusieurs heures, tout en voyant malheureusement diminuer peu à peu et à la fin cesser les effets salutaires du courant. Le médecin, qui était un homme très-distingué, devenu depuis célèbre en Italie par son patriotisme et par les malheurs dont la Providence l'a frappé, M. Farini, me disait que la maladie était occasionnée et entretenue par la présence de corps étrangers dans les muscles de la jambe du malade. Le cas dont parle le journal américain me paraît avoir d'autant plus d'importance, que la maladie a une origine toute différente, et que l'analogie ou l'identité n'existe que dans l'état des nerfs et des muscles sur lequel le courant agit.

Cette note me paraît mériter toute l'attention des médecins physiologistes; il y a certainement dans cela une étude longue et importante à faire, et peut-être un peu de soulagement à porter dans des maladies si affreuses.

Homologie des membres pelviens et thoraciques de l'homme, par M. Foltz. (Deuxième partie).

L'extrait suivant de la lettre d'envoi donnera une idée de cette seconde partie, dont la première a été présentée dans la séance du 13 avril 1863.

« Les dispositions soit normales, soit anormales des artères et des nerfs des membres que j'examine dans ce nouveau travail confirment la théorie homologique des membres, et particulièrement celle que j'ai donnée du pied et de la main, dans laquelle le pouce répond aux deux derniers orteils et le gros orteil aux deux derniers doigts. C'est ainsi que je démontre l'homologie de l'artère radiale avec la péronière, et celle de l'inter-osseuse avec la tibiale antérieure, homologies qui ont été complétement méconnues par tous les anatomistes, bien qu'elles soient indiquées par Vicq d'Azyr. »

(Commissaires précédemment nommés, MM. Serres, Flourens, Milne Edwards).

Valeur de la statistique appliquée aux mariages consanguins. Extrait d'une note de M. Angelon.

---

(1) Cette note, adressée par l'auteur à M. Flourens, était accompagnée de la lettre suivante :

« Turin, 10 janvier 1864.

» Je vous prie de vouloir bien communiquer à l'Académie la note ci-jointe, et de vouloir en même temps appuyer de toute votre autorité auprès de nos confrères de la section de médecine un sujet qui mérite certainement leur attention, et duquel, je crois fermement, on pourra tirer, je ne dis pas un procédé thérapeutique amenant des guérisons, mais bien sûrement un vrai soulagement dans certaines maladies, ce qui est souvent tout ce que la médecine peut obtenir, et toujours un grand bienfait. »

On a fait grand bruit, dans ces derniers temps, à propos des mariages consanguins. Pourquoi cela ? Sont-ils, de nos jours, favorisés par quelque raison sociale nouvelle, inconnue, partant plus fréquents qu'autrefois ? Qu'on le dise et qu'on le démontre.

Ce qui étonne, ce n'est pas le nombre des méfaits imputés aux mariages consanguins, mais l'énorme quantité de ces mariages relevés depuis le peu de temps que l'on s'en occupe, et surtout la longue observation que l'on prétend leur avoir accordée.

N'est-il pas surprenant, par exemple, que l'on ait rencontré tout à coup, dans une petite circonscription rurale de la Meurthe, 54 mariages consanguins décomposés de la manière suivante :

Mariages demeurés stériles.	14
Mariages qui ont produit des enfants morts avant l'âge adulte.	7
Mariages qui ont donné des enfants scrofuleux ou rachitiques, tuberculeux ou dartreux, sourds-muets ou idiots.	18
Mariages dont la descendance ne donne lieu à aucune observation.	15
Total.	54

Que veut-on inférer de là ?

Assurément ces données seraient fort alarmantes si l'on ne devait les envisager qu'à un seul point de vue, et négliger la multiplicité des causes de dégénérescence introduites dans la société depuis la fin du siècle dernier. Mais messieurs les condensateurs de chiffres se sont-ils demandé ce qu'il adviendrait de leur échafaudage statistique en retournant la question ? Se sont-ils inquiétés de ce qu'ils trouveraient en interrogeant les mariages *non consanguins ?* En attendant que l'on fasse, s'il est possible, une statistique des mariages consanguins contractés antérieurement à 1800, nous nous sommes livré à une enquête sur les mariages non consanguins contemporains, dont voici les résultats.

Dieuze, sur une population de 3,700 âmes, agglomérée en 800 feux, compte seulement 4 mariages consanguins, dont nous examinerons les conséquences un peu plus loin ; quant aux mariages non consanguins, ils se répartissent de la manière suivante :

	Pour 100.
Mariages stériles.	7,50
Mariages ayant donné des enfants scrofuleux, etc.	47,33
Mariages ayant produit des enfants tous morts avant l'âge adulte.	0,69
Mariages n'ayant donné lieu à aucune observation.	44,93

La balance ici n'est pas favorable aux mariages non consanguins, et pour que rien ne manque à la démonstration de notre manière de voir, faisons une contre-épreuve en analysant nos quatre mariages consanguins.

Le premier de ces mariages, entre cousins germains, qui date de trente et quelques années, est demeuré stérile. Les trois autres, qui ont eu lieu également entre cousins germains, sortent d'une même souche. D'un premier mariage consanguin naquirent 5 enfants : 3 garçons et 2 filles. L'aîné des garçons a épousé sa cousine germaine, dont il a eu 2 enfants très-vigoureux ; le second, âgé de vingt-cinq ans, est encore célibataire ; le troisième est mort épileptique à vingt ans. Le mariage de l'aînée des filles est non consanguin, et depuis trois ans n'a encore produit qu'un enfant. Quant à la fille cadette, mariée à son cousin germain peu avant sa sœur aînée, elle a déjà 3 enfants vigoureux. A part l'épileptique dont il est fait mention plus haut, tous les autres membres de cette nombreuse famille consanguine ont joui de la plus florissante santé jusqu'ici, à part deux ascendants qui ont accidentellement succombé à une pneumonie aiguë.

D'après ce qui précède, et jusqu'à ce qu'on se soit livré avec soin à la double statistique dont nous venons de présenter le spécimen, nous nous croyons en droit de conclure qu'il faut chercher ailleurs les causes de dégénérescence dont on s'ingénie à charger les mariages consanguins.

Cette note est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour les diverses communications relatives à cette question, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer, Bernard et Bienaymé.

— M. LE D[r] DUCHENNE (de Boulogne) communique le résumé d'un mémoire intitulé : *Recherches cliniques sur l'état pathologique du grand sympathique dans l'ataxie locomotrice.*

La portion cervicale du grand sympathique est quelquefois le siége d'un travail morbide dans l'ataxie locomotrice progressive.

L'état pathologique du sympathique cervical s'est manifesté, dans les cas relatés précédemment, d'une manière plus ou moins complète, en raison du degré ou de l'étendue de la lésion de ce nerf, tantôt par le resserrement de la pupille avec augmentation de la vascularisation et de la calorification de l'œil, et par l'agrandissement de cette pupille pendant les crises douloureuses de l'ataxie locomotrice, tantôt par le resserrement et l'agrandissement alternatifs de la pupille, sans augmentation de vascularisation de l'œil ; tantôt, enfin, seulement par le resserrement bilatéral ou unilatéral de la pupille.

Ces symptômes ressemblent aux phénomènes dits *oculo-pupillaires* et aux troubles de la vascularisation et de la calorification de l'œil que l'on produit dans les expériences physiologiques en agissant sur la portion cervicale du grand sympathique, et qui sont plus complets parce que tous les tubes nerveux de ce *nerf* sont alors divisés ou excités à la fois.

L'affection dynamique du sympathique cervical, observée dans l'ataxie locomotrice, produit peut-être une altération anatomique de ce nerf. Si toutefois les nécropsies n'en révélaient aucune trace appréciable à l'œil nu ou à l'examen microscopique, cela prouverait que la lésion matérielle du grand sympathique n'est pas nécessaire à la production des phénomènes symptomatiques d'un état pathologique de ce nerf, de même que la symptomatologie de l'ataxie locomotrice peut, ainsi que je l'ai démontré dans ce travail par des faits irrécusables, exister sans la dégénérescence gélatineuse des cordons postérieurs et des racines postérieures de la moelle, et sans l'atrophie de leurs tubes nerveux.

Il importe, pour l'étude de la localisation de l'ataxie locomotrice, de rechercher si la même lésion dynamique ne siége pas dans les portions du grand sympathique, qui se trouvent en rapport d'innervation avec les régions spinales habituellement atteintes par la dégénérescence gélatineuse. La symptomatologie n'en est malheureusement pas aussi facile à observer que celle qui appartient à la lésion du sympathique cervical. Néanmoins, certains désordres morbides qui dans l'ataxie locomotrice affectent l'intestin, la vessie et les fonctions génésiques de l'homme, peuvent être attribuées à la lésion dynamique des portions du sympathique abdominal qui les innervent.

Un état pathologique du grand sympathique, s'il était constant, pourrait expliquer l'étrange symptomatologie de cette maladie, dont la marche rémittente, quoique lentement progressive, fait croire à l'existence de névroses ou de névralgies. Il dominerait les autres lésions locales, parce qu'il en serait la cause productrice ; ainsi l'hyperémie des cordons postérieurs et des racines postérieures de la moelle serait une hyperémie dite *neuro-paralytique ;* en d'autres termes, elle serait produite par la lésion de la portion correspondante du grand sympathique ; et l'hyperplasie du tissu fondamental, ainsi que l'atrophie des tubes nerveux, n'en seraient que la conséquence. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Bernard et J. Cloquet.)

— M. FRÉD. LE CLERC, dans une lettre adressée à M. Flourens, annonce l'envoi d'un opuscule de M. Rodrigues Barraut, médecin à Port-Louis (île Maurice). « Ce médecin, dit M. le Clerc, a constaté sur une large échelle les propriétés éminemment curatives de la belladone dans le choléra-morbus. »

— M. BOUSSINGAULT présente en comité secret, au nom de la section d'économie rurale, la liste suivante de candidats pour la place de correspondant vacante par suite du décès de M. Renault :

En première ligne, M. PARADE, à Nancy.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. CORENWINDER, à Lille ; M. HENRI MARÈS, à Montpellier.

Les titres de ces candidats sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

M. le docteur Sichel nous prie d'insérer la lettre suivante :

A Monsieur le docteur P. BROCA.

Mon cher et savant confrère,

J'ai lu avec le plus vif intérêt votre plaidoyer en faveur des mots *aphrasie* et *aphémie ;* je reste néanmoins dans la conviction que les Grecs ne se seraient jamais servis de ces mots pour désigner l'*impossibilité de parler*. Φημί et φράζω signifient *dire* et non *parler*. Le mot λαλέω, *rendre des sons articulés*, *parler*, dont l'adjectif ἄλαλος (*qui ne sait parler*) est tout formé, se prête parfaitement à la formation du substantif ἀλαλία, *alalie*, *impossibilité de parler*, *absence de la faculté de parler*.

Voyez si ce mot ne vaut pas mieux que ceux qu'on a proposés jusqu'ici.

Tout à vous, etc. SICHEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le vent est aux réorganisations de l'enseignement. On dit qu'il est ou qu'il a été question de placer dans les attributions des agrégés de faire des répétitions des cours de la Faculté.

— Le banquet annuel de l'internat aura lieu le 6 février, au Grand-Hôtel, à sept heures. Le prix de la cotisation est de 16 francs.

On est prié de verser le montant de la souscription entre les mains de l'interne en médecine économe de la salle de garde, dans chaque hôpital, ou de le remettre à M. le docteur Emile Tillot, rue Fontaine Saint-Georges, 42.

— L'importante commune de Walincourt (Nord) demande un médecin. — Résidence agréable. — Clientèle immédiate assurée.

S'adresser au maire de Walincourt.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 JANVIER 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a repris dans cette séance la discussion sur l'origine de la vaccine, interrompue par les lectures de candidature de la séance précédente. Elle a entendu deux orateurs, M. Bouillaud et M. Leblanc.

M. Bouillaud s'est attaché surtout, et avec raison, à dégager de l'objet de la discussion le fait même de l'action préservatrice de la vaccine, qui n'est point en cause, quelle que soit d'ailleurs la doctrine qui vienne à prévaloir sur l'origine du vaccin. Sous ce point de vue, en effet, il n'y a rien d'aussi révolutionnaire qu'on avait paru le croire tout d'abord dans les faits qui ont donné naissance à cette discussion. La pratique de la vaccine n'en éprouvera aucun ébranlement, et elle n'aura rien à perdre ni à gagner peut-être aux conclusions de ce débat, si ce n'est toutefois au point de vue de la régénération du vaccin, à laquelle elle peut ouvrir des sources nouvelles.

On a pu croire un instant peut-être, aux tendances du raisonnement de M. Depaul, qu'il s'agissait dans son esprit d'abandonner le cowpox pour revenir à la pratique de l'inoculation; mais on sait qu'il s'est arrêté à temps sur cette pente, et il se défendra probablement du reproche que lui a fait M. Bouillaud d'entrer en quelque sorte en connivence avec les adversaires systématiques de la vaccine. Les *droits* de la vaccine, au milieu de ce conflit, avaient été déjà très-nettement définis et parfaitement maintenus d'ailleurs par l'argumentation de M. Guérin. Nous ne croyons pas qu'il y ait à y revenir.

Reste comme objet très-précis du débat la question de communauté ou de diversité d'origine du cowpox et des diverses affections équines récemment mises en cause. C'est sur ce terrain déjà habilement parcouru par MM. Reynal et Magne, que M. Leblanc a exclusivement renfermé la discussion. L'honorable académicien étayé sur sa longue expérience clinique et sur quelques expériences récentes, s'est cru fondé à contester l'identité de ces diverses affections entre elles et avec la variole de l'homme; et prenant une à une toutes les propositions de M. Depaul, il s'est proposé de les réfuter et d'établir à leur place une série de conclusions qui se résument par cette conclusion générale, savoir : Que la variole, maladie propre à l'homme, ne se transmet pas aux animaux; que plusieurs de nos animaux domestiques sont sujets à des maladies analogues à la variole de l'homme, mais non identiques; que la varioloïde du cheval, ou le *horse-pox* de M. Bouley, inoculée à la vache, y produit une maladie de même nature, mais non encore complétement identique, qui est le cowpox ou vaccine; enfin que les diverses maladies varioloïdes des animaux, autres que le horse-pox et le cowpox, ne se transmettent ni à l'homme ni à des animaux d'une espèce différente de celles chez lesquelles elles se sont développées.

La discussion continuera mardi.

— L'Académie a entendu à la fin de la séance la lecture d'un Mémoire de M. Lancereaux sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle. Nous donnerons prochainement un résumé analytique de cet intéressant travail d'anatomie pathologique. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MATICE.

Ataxie locomotrice. — Emploi des émissions sanguines locales et de larges vésicatoires volants; guérison rapide et persistante.

(Observation recueillie par M. A. de MONTMÉJA, interne provisoire.)

Le 9 avril 1863 il est entré à la salle Saint-Raphaël, n° 11, un homme vigoureux et sanguin, O... (Pierre), marchand de chevaux, âgé de trente-sept ans, de taille moyenne; il est né à Paris, où il a toujours habité. Sa famille n'a rien présenté de particulier : lui-même, ayant toujours joui d'une bonne santé, n'a jamais été affecté de rhumatisme ni de vérole; il prétend n'avoir fait d'excès d'aucun genre.

Le 24 mars, ayant conduit un cheval à l'hôpital d'Alfort, O... séjourna longtemps dans les cours et eut froid. Huit jours après, sans autres causes connues, frissons dans le dos, faiblesse et engourdissements dans les membres inférieurs, ayant leur maximum d'intensité au niveau des genoux; marche possible, mais chancelante et accompagnée d'étourdissements légers; absence de douleurs lombaires et de troubles du côté du rectum ou de la vessie.

Ces symptômes durèrent quelques jours, et leur aggravation, jointe à un léger état pyrétique, nécessita l'appel d'un médecin, qui prescrivit pendant plusieurs jours et à des intervalles irréguliers des éméto-cathartiques, puis de l'eau-de-vie allemande.

Sous l'influence de ce traitement, aucun mieux ne survint, et à la persistance des symptômes ci-dessus vinrent s'ajouter des tremblements dans les membres inférieurs et supérieurs, se montrant quand le malade voulait marcher ou quand il voulait saisir un objet.

Le 4 avril, en sortant d'un bain, cet homme se laissa choir; mais il put se relever seul et marcher, appuyé sur un bâton ou sur les objets environnants : les engourdissements, la faiblesse et le tremblement des jambes l'empêchaient de marcher autrement.

Le 9, il fut présenté à la consultation, fortement supporté par les aisselles.

Le 10 au matin, face pâle, intelligence saine, céphalalgie modérée, diplopie sans strabisme, anorexie, soif légère, chaleur normale de la peau, pouls dur (80 pulsations). Les fonctions de la vessie et du rectum s'accomplissent bien pendant le décubitus dorsal. La motilité est conservée : le malade a cependant beaucoup de peine à se retourner dans son lit (il n'avait pu, la veille, y monter seul); quand on l'en fait descendre, il glisse et tombe lourdement sur le plancher; relevé dans la station verticale, il se tient ferme; on peut même s'appuyer fortement sur son dos sans le faire fléchir.

Si on lui commande de marcher, étant soutenu et ayant les yeux ouverts, ses jambes tremblotent et il tomberait s'il n'était retenu; les mêmes phénomènes ont lieu, mais plus marqués quand les yeux sont fermés.

Les mains serrent faiblement les objets, la droite un peu moins bien que la gauche : toutes deux tremblent et décrivent des courbes avant d'atteindre les objets convoités; le tact est conservé.

A certains moments, les quatre membres sont parcourus par des douleurs semblables à des commotions électriques. Par l'action de pincer, on constate, principalement sur les cuisses, une grande exaltation de la sensibilité générale; la palpation de la région dorso-lombaire ne produit aucune douleur, et il n'y a rien à noter dans les grands appareils.

M. Matice diagnostique une myélite légère ou une forte congestion sthénique des méninges spinales.

Prescription : 30 ventouses scarifiées au niveau des apophyses transverses de la colonne dorso-lombaire; boisson acidule, bouillon.

Jusqu'au 18 avril, les ventouses scarifiées alternèrent avec les ventouses sèches, le ventre fut tenu libre et l'alimentation peu considérable.

La céphalalgie et la diplopie disparurent, les douleurs diminuèrent, ainsi que l'exaltation de la sensibilité générale.

Les engourdissements, qui remontaient jusqu'aux hanches, se localisèrent dans les pieds; l'appétit revint, et le malade mangeait trois portions.

Mais la persistance de la faiblesse et de l'ataxie nécessitèrent l'application successive de larges vésicatoires volants sur le trajet du rachis et l'usage de grands bains.

L'amélioration était progressive et manifeste, lorsque le 7 mai le malade fut pris de céphalalgie et de frissons; puis, les jours suivants, des épistaxis, une fièvre intense, de la diarrhée avec ballonnement du ventre, et tous les signes d'une broncho-pneumonie généralisée, ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'une fièvre typhoïde.

Celle-ci combattue par des minoratifs et des révulsifs sur la poitrine, se termina le 22 par un abcès critique de l'aisselle gauche.

Le 1er juin, la diarrhée a cessé; il y a encore quelques râles sonores, le malade se tient debout et marche en chancelant, mais l'ataxie des mouvements a complétement disparu. — Limonade, bouillons, potages.

Le 9, frissons, insomnie, retour de râles crépitants fins à la base du poumon droit, état pyrétique. — Julep kermès, 0 gr. 15; ventouses sèches à la base des poumons; bouillons et potages.

Cette médication fut continuée jusqu'au 17, époque à laquelle la disparition complète des accidents thoraciques et la convalescence bien nette permirent de l'examiner au point de vue de son affection primitive.

Voici donc ce qui frappe le plus l'attention : la face du malade est pâle, amaigrie comme tout le reste du corps; un petit trajet fistuleux, traité par les injections iodées, persiste au niveau du creux axillaire gauche. La sensibilité générale et les sens sont à l'état normal; la myotilité est très-bonne, le malade marche très-bien; le retour à la santé, sous ce point de vue, semble avoir été plus rapide depuis l'invasion de la fièvre typhoïde.

Le 22, le malade sort entièrement guéri.

Cet homme, que nous avons revu pour la dernière fois vers le 15 décembre, s'est toujours bien porté depuis sa sortie de l'hôpital. Il a commencé à vaquer à ses occupations, marchant à l'aide d'une canne et supportant avec peine les cahots d'une carriole; mais à l'époque que nous indiquons, il est aussi robuste qu'avant sa maladie.

L'observation que nous venons de donner est remarquable à plus d'un titre.

Elle indique d'abord la possibilité de voir guérir une variété de maladie de la moelle ou des méninges spinales, dans laquelle l'ataxie des mouvements volontaires était le phénomène prédominant, et dont on a essayé de faire une maladie distincte à issue toujours fatale.

Faudrait-il donc admettre une ataxie locomotrice idiopathique et une ataxie locomotrice symptomatique? Cette opinion, qu'on ne pourrait appuyer que par un petit nombre de nécropsies, est peu probable, puisque dans presque tous les cas on a rencontré à l'œil nu l'aspect ramolli et tomenteux de la substance de la moelle, aspect qu'on reconnaît même dans les photographies faites par M. Duchenne (de Boulogne).

Nous savons bien que dans un ou deux cas il n'a été trouvé en apparence aucune lésion, et que le microscope n'a pu faire découvrir l'altération ou la disparition des tubes nerveux signalés avec l'aspect coté plus haut. Mais ce n'est pas la première fois que des malades meurent en quelque sorte guéris, et un résultat négatif ne saurait détruire un bon nombre de faits positifs. C'est donc encore chose à voir, et nous pensons que notre observation pourra servir à ranger l'ataxie locomotrice dans le cadre connu des maladies de la moelle, dont elle n'aurait peut-être jamais dû sortir que comme variété symptomatique.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Injection iodée dans l'arthrite aiguë avec épanchement;

Par M. le docteur ABEILLE,

ancien médecin de l'hôpital militaire du Roule.

L'injection iodée est devenue un traitement presque classique dans l'hydarthrose chronique. Des insuccès, quelques accidents ont été signalés dès les premiers moments de cette pratique, dont l'initiative revient à MM. Velpeau et Bonnet (de Lyon) (1). Des insuccès se montrent encore de temps à autre; ils ne sont point le résultat de la méthode, mais bien le fait de cas plus ou moins compliqués qui se présentent. Les accidents n'ont plus reparu, au moins que je sache, depuis que le manuel opératoire a été généralement mieux compris et mieux exécuté. Dans l'hydarthrose chronique, on obtient toujours une guérison radicale, quand la maladie est simple, sans complications; quand la cavité articulaire n'est le siége ni de brides ni de fongosités de la synoviale, etc. Dans ces derniers cas, si la méthode ne guérit pas, elle améliore encore. La récidive de l'épanchement a été notée quelquefois. Je ne l'ai jamais observée sur une soixantaine de cas d'hydarthrose que j'ai opérés depuis quinze ans.

Dans les premiers temps où l'on pratiquait cette opération, les chirurgiens prétendaient que l'injection iodée déterminait dans l'articulation un coagulum suivi d'adhérences du double feuillet synovial, et que ces adhérences se détruisaient ensuite par les mouvements de l'articulation. C'est là une erreur contre laquelle je me suis élevé le premier à la suite d'une observation clinique attentive. M. Hutin est venu plus tard corroborer ma manière de voir par l'examen cadavérique. L'injection iodée ne provoque aucune exsudation plastique capable de produire des soudures, des adhérences au sein de l'articulation. Elle modifie simplement le travail morbide articulaire, elle modifie la surface sécrétante; elle opère, si l'on veut, une substitution. En effet, quand le liquide injecté commence à être résorbé, les mouvements articulaires deviennent de jour en jour plus faciles, plus libres; en quinze jours, quelquefois, le malade peut marcher comme dans l'état normal, chose qui serait évidemment impossible si des adhérences existaient dans le double feuillet synovial.

De cette observation clinique découlait une conséquence que je ne tardai pas à tirer.

Si l'injection iodée guérit aussi sûrement l'hydarthrose chronique simple, pourquoi ne pas y recourir dans ces cas d'arthrites aiguës qui se montrent réfractaires aux traitements ordinaires,

(1) Nous devons ajouter que M. Jobert (de Lamballe) a pratiqué le premier ou l'un des premiers en France, vers 1830, pour les articulations atteintes d'hydarthrose aiguë ou chronique avec épanchement, les injections iodées, dont M. Velpeau avait propagé chez nous l'usage dans plusieurs autres affections. (*Note de la Rédaction.*)

et qui aboutissent finalement à des altérations de texture, en même temps qu'elles suscitent un épanchement plus ou moins considérable? Ces cas sont ceux qui fournissent les hydarthroses compliquées dont nous parlions tout à l'heure, qui laissent à leur suite de fausses ankyloses, qui conduisent quelquefois à la tumeur blanche. Il y a évidemment quelque idiosyncrasie, quelque diathèse, quelque vice constitutionnel ou acquis qui domine alors l'évolution de l'arthrite.

Quoi qu'il en soit, du moment que l'arthrite avec épanchement résiste à tous nos moyens de traitement généralement admis, ne devient-il pas rationnel de recourir à une thérapeutique plus hardie pour obtenir justice et empêcher des désordres articulaires ultérieurs? C'est la question que je m'étais posée et que j'avais résolue par l'affirmative.

C'est presque par le même raisonnement qu'en 1853 je pratiquai pour la première fois la thoracentèse dans la pleurésie aiguë avec épanchement.

L'évacuation de l'épanchement articulaire aigu par une ponction est déjà un puissant moyen d'alléger les douleurs articulaires en faisant cesser la pression que le liquide exerce sur une membrane endolorie; mais elle ne me parut pas devoir être suffisante pour faire cesser la supersécrétion de la synoviale. Fort de ce qui se passe dans l'hydarthrose chronique, je crus que sans plus de danger on pourrait porter la solution iodée dans l'articulation et arrêter le travail morbide. Quoique cette idée fût bien arrêtée, je reculai cependant quelque temps encore avant de la mettre en pratique, tant on hésite devant une tentative qui peut soulever des récriminations, et qui, à tout prendre, ne paraît pas sans quelque danger.

Cependant, en 1854, un cas se présenta qui mit fin à mon hésitation. Le voici brièvement raconté et de souvenir :

Il était entré dans mon service, à l'hôpital du Roule, un militaire d'une trentaine d'années, qui avait été atteint à diverses reprises de rhumatisme articulaire, et qui avait dû à ce sujet entrer plusieurs fois dans les hôpitaux.

Ce militaire n'était malade alors que depuis quelques jours. Il avait le genou fortement tuméfié et très-douloureux, sans rougeur à la peau. L'articulation distendue était le siége d'une fluctuation très-évidente; le moindre mouvement déterminait une vive exaspération des douleurs, qui se faisaient du reste ressentir constamment, même pendant le repos au lit. Cette arthrite s'accompagnait de fièvre et d'insomnie. La constitution de ce malade était d'ailleurs excellente. Nous avons vu que le commémoratif énonçait plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire. Il faut ajouter qu'il avait eu plusieurs gonorrhées et une fois des accidents primaires de syphilis, dont il prétendait avoir été parfaitement guéri à l'hôpital de Toulouse. Au reste, il ne présentait aucune trace de syphilis constitutionnelle.

Je prescrivis plusieurs applications de sangsues sur l'articulation, des cataplasmes laudanisés; puis deux larges vésicatoires coup sur coup. Le nitrate de potasse à hautes doses, le sulfate de quinine et plusieurs purgatifs avaient constitué le traitement interne.

Presque aucune amélioration n'était survenue, chose d'autant plus extraordinaire que l'arthrite rhumatismale disparaît souvent spontanément, et à plus forte raison sous l'impulsion de traitements bien dirigés. Les autres articulations restaient intactes. Le malade souffrant toujours beaucoup et surtout durant les nuits, qu'il passait sans sommeil, je résolus de ponctionner l'articulation et d'injecter la teinture d'iode. Je me rappelle encore combien cette résolution causa d'émotion parmi les aides de mon service.

Le lendemain matin, l'articulation fut ponctionnée à la base d'un pli fait à la peau, en dehors et au-dessus de la rotule, vers le cul-de-sac de la synoviale distendue. Il s'écoula environ 200 à 250 grammes de synovie. Une injection iodée au cinquième fut faite et maintenue huit minutes environ dans l'articulation, qui fut doucement malaxée tout le temps; puis les sept dixièmes environ de l'injection furent retirés. La canule précipitamment enlevée, le pli de la peau fut effacé rapidement, et un morceau de sparadrap placé sur l'ouverture cutanée, puis un tour de bande autour de l'articulation, constituèrent tout le pansement.

Je prescrivis des applications d'eau froide dans le cas où les douleurs, d'abord un peu vives, deviendraient considérables. Cette prescription devint inutile, car, très-supportables, ces douleurs ne durèrent que trois à quatre heures. Elles avaient complétement cessé le soir, et le malade put dormir la nuit.

Le lendemain, l'articulation était tendue, mais sans douleur. Le quatrième jour de l'opération, la tension diminua. Un bandage de bandelettes de diachylon imbriquées étreignit l'articulation.

Seize jours après, le bandage fut retiré. La résorption de l'épanchement était complète et l'articulation était revenue à son volume normal. Le malade, pouvant mouvoir son membre avec facilité et sans douleur, commença à marcher.

A dix jours de là, il quittait l'hôpital pour aller reprendre son service.

J'avais fait une injection iodée dans un cas d'arthrite aiguë, quelle que fût sa nature. Un succès complet en avait été la conséquence. Neuf années se sont écoulées sans que j'aie pu renouveler cette tentative.

Voici maintenant un cas récent et plus remarquable qui vient justifier de nouveau l'idée depuis longtemps conçue, et qui aidera à ouvrir une nouvelle voie à la thérapeutique quelquefois impuissante.

M. M..., 7, rue de la Pépinière, est un jeune homme de vingt-six ans, blond, grêle, ayant eu l'année dernière une dyspepsie qui le fatigua pendant trois mois. Après la guérison de cette affection, il avait repris des forces. Il n'a jamais eu d'accident syphilitique; sa constitution est faible et son tempérament évidemment lymphatique.

En juin dernier, M. M... a été atteint de blennorrhagie, qui n'était pas encore guérie complétement quand nous l'avons vu plus tard.

Vers le milieu de juillet, il ressentit des douleurs dans l'articulation du genou droit, qui rendirent d'abord la marche difficile, et qui, quatre jours après, le retinrent forcément au lit. Il appela alors un médecin, qui lui appliqua successivement quatre larges vésicatoires sur le genou malade.

Cette médication n'amena aucun résultat favorable. Loin de là, les douleurs s'étaient fortement exaspérées, et l'articulation avait acquis un volume considérable.

C'est le 3 août que ce malade m'est confié; voici sa situation : douleurs très-aiguës dans le genou droit, qui a acquis le double de volume de l'autre. Ces douleurs sont continues, incessantes, et augmentent la nuit, de telle sorte que le malade ne peut éprouver une heure de sommeil et ne fait que gémir. Il n'y a aucune rougeur à la peau, et cependant la chaleur y est plus prononcée que sur le genou opposé et sur les autres parties du corps. La cavité articulaire est fortement distendue, et l'on perçoit une fluctuation très-manifeste à la palpation. Le malade a en même temps une conjonctivite double, intense, d'autant plus inquiétante qu'à l'âge de cinq ans il a perdu la vue de l'œil droit par suite d'une violence extérieure. L'appétit est perdu. Il y a une fièvre continue avec redoublement la nuit : le pouls oscille entre 90 et 112. Il n'y a de douleur dans aucune des autres articulations ni sur aucun autre point du corps. Le frère du malade m'a prévenu secrètement qu'il a encore un reste de blennorrhagie.

Croyant franchement à une arthrite blennorrhagique et à une complication de conjonctivite de même nature, je fis appliquer dix sangsues autour de l'articulation du genou, et prescrivis en même temps l'essence de copahu à l'intérieur, des fomentations émollientes sur les yeux et sur le genou après les sangsues.

Il survient immédiatement un peu d'amélioration, mais qui est de peu de durée. Le jour, le malade a de longs moments de calme; il n'en est pas de même la nuit, où les douleurs articulaires deviennent intolérables. Des cataplasmes de farine de lin fortement laudanisés sur le genou, l'usage de l'essence de copahu à l'intérieur et les fomentations émollientes sur les yeux sont continués jusqu'au 12 octobre. A cette époque, la conjonctivite a pleinement cédé; le genou, au contraire, est absolument dans le même état où je l'ai trouvé de prime abord. Il y a encore de la fièvre tous les soirs; l'appétit est nul et le malade est découragé.

Je propose la ponction et l'injection iodée, prévenant des douleurs qui accompagneront cette opération et de quelques accidents qui pourront surgir. Mais le malade est tellement fatigué de ses souffrances, il se trouve si épuisé, qu'il accepte bardiment la proposition et entraîne l'assentiment de sa famille, qui avait résisté d'abord.

Le 13, à onze heures du matin, ponction sous-cutanée au-dessus et en dehors de la rotule, sur le cul-de-sac synovial. Issue d'environ 350 grammes de liquide synovial et sécrétant, un peu louche plutôt que citrin, moins visqueux qu'à l'état normal, se rapprochant du sérum. Injection iodée au quart, 50 de teinture d'iode pour 150 d'eau distillée, avec addition de 0,30 d'iodure de potassium.

A peine le liquide a-t-il pénétré dans l'articulation qu'un sentiment de brûlure intense est accusé par le malade. Le liquide est laissé huit minutes dans l'articulation, qu'on malaxe pendant tout ce temps. Les quatre cinquièmes environ sont ensuite retirés, et un cinquième reste. La canule est retirée rapidement, en même temps que le pli à la peau est effacé. L'ouverture cutanée est obturée avec deux morceaux de sparadrap. Les douleurs ont été portées de suite à un très-haut degré. Le malade, quoique plein de courage, s'agite, se plaint vivement, accuse une tension avec sentiment de très-forte brûlure dans l'article. Le pouls, qui était à 82 avant l'opération, a subitement monté à 110, et s'est rapetissé.

Voici ce que le malade nous raconte :

Il lui semble que le liquide iodé parcourt les muscles de la cuisse; des crampes s'emparent de ces muscles, puis des muscles de la jambe et du pied correspondant; la contracture semble effleurer tous les muscles du tronc. En trois minutes, un goût âpre vient à la gorge, indice de l'absorption rapide de l'iode; en même temps, une contraction des muscles du cou et de la mâchoire apparaît, comme s'il y avait trismus et pharyngisme. Le corps se couvre de sueur, et le malade continue à souffrir beaucoup. Je fais couvrir le genou de compresses d'eau froide. Le malade avale un peu d'eau sucrée, et je prescris une potion calmante, en recommandant qu'on me rappelle si au bout de deux heures les accidents ne sont pas calmés.

A six heures du soir, le malade conserve encore un goût d'iode à la bouche. Les crampes ont cessé sur tout le corps; il y a encore un peu de resserrement des mâchoires. Le pouls, devenu large et souple, est tombé à 90. Moiteur à la peau. Les douleurs du genou ont presque complétement cessé. Il y a un sentiment d'engourdissement qui s'étend tout le long du membre. Les compresses d'eau froide sont maintenues.

Le 14, le malade a dormi presque toute la nuit. Persistance d'engourdissement au genou, mais sans douleur. L'articulation est peu tendue, moins qu'à la suite d'autres opérations d'hydarthrose; le membre peut être mû latéralement, et le malade peut se coucher sur le côté, ce qui était impossible auparavant. Les yeux sont toujours bien. Pouls à 76, 78. Bouche pâteuse, pas d'appétit. — 30 grammes d'huile de ricin, cessation de compresses d'eau froide.

Le 16, application de bandage avec bandelettes de diachylon imbriquées. La conjonctivite a reparu. Le soir, elle est très-intense, et l'iris est endolori. Il y a photophobie, douleur aux régions frontale et pariétale gauches. — Application de 6 sangsues sous l'angle gauche de la mâchoire inférieure; instillation de solution d'atropine matin et soir dans l'œil gauche, et application continue de glace.

L'iritis cède à ce traitement au bout de deux jours, mais pour reparaître encore et céder ensuite à une nouvelle application de sangsues et à l'atropine. Ces alternatives de cessation et de réapparition de l'iritis se présentent quatre fois en une douzaine de jours. Le genou reste sans douleur, et les mouvements reviennent progressivement.

Le 29, l'iritis devenant plus menaçant, le malade étant épuisé, presque anémique, et sa position étant critique, puisqu'il n'a plus qu'un œil qui est fortement menacé, j'appelle mon confrère et ami le docteur Desmarres. Nous voyons ensemble plusieurs fois M. M... Nous continuons les instillations de sulfate d'atropine; nous donnons le sulfate de quinine pendant plusieurs jours, eu égard aux douleurs fronto-pariétales qui affectent une certaine périodicité. Nous faisons appliquer des fomentations chaudes sur l'orbite et la tempe gauche, et chaque fois on fait des frictions avec une pommade belladonée. Aucun exsudat ne s'était encore opéré, et nous avons pu empêcher des adhérences, et une synéchie postérieure. L'iris était toujours tenu dans l'obscurité.

Néanmoins, ce traitement ne provoquant pas une résolution complète, nous avons dû recourir aux toniques et aux martiaux à l'intérieur, prescrire quelques promenades en voiture, l'œil garanti par des lunettes ternes; le quinquina en décoction, un verre par jour; le phosphate de fer et un régime réparateur, tels sont les moyens employés. — Instillations d'atropine continuées.

Le 18 septembre, la vue était très-trouble, plus confuse que les jours précédents. Cependant la pupille restait fort dilatée, sans adhérences, sans exsudats dans la trame iridienne. C'était une légère desquamation de la cornée avec un reste de conjonctivite qui était la cause de ce trouble. Peu à peu, les accidents ultimes se sont dissipés, et la vue a pu être conservée dans toute son intégrité.

Depuis quinze jours, le bandage de diachylon a été enlevé, et le genou offre le même volume que celui du côté opposé. Le malade a pu marcher librement depuis ce moment; et le 30 septembre, époque où il est parti pour la campagne, il n'avait plus rien à désirer pour sa double cure. Il marchait aussi facilement et aussi longtemps qu'avant sa maladie.

J'avais d'abord pensé que cette arthrite avait quelques relations avec la gonorrhée dont le malade était atteint. Telle n'a pas été l'opinion de M. le docteur Desmarres, qui, tenant compte de l'iritis et des douleurs sus-orbitaires intermittentes, a cru pouvoir diagnostiquer une arthrite de nature rhumatismale. Quoi qu'il en soit, voilà une articulation qui paraissait sérieusement menacée, dans laquelle il se serait établi une fausse ankylose, où il se serait peut-être formé des adhérences, des fongosités synoviales, et qui, par le fait de l'injection iodée, a guéri radicalement et rapidement, tandis que l'arthrite, persistant avec acuité, avait résisté aux traitements classiques.

Que l'arthrite fût de nature rhumatismale ou non, il est évident qu'elle empruntait à la constitution du sujet, éminemment lymphatique, à ses antécédents, peut-être à une diathèse, des conditions de durée et d'aggravation dont l'injection iodée a fait promptement justice. Est-ce par une substitution de travail morbide que l'iode a provoqué la guérison? On est autorisé à le croire. Ce deuxième cas d'injection iodée sans accident, marquant à sa suite dans l'arthrite aiguë, ouvre un nouveau champ à la thérapeutique. Pour mon compte, je suis décidé à recourir à cette méthode dans des cas semblables, toutes les fois que l'arthrite résistera aux méthodes ordinaires de traitement, et cela sans tenir compte de la quantité de liquide épanché dans l'articulation, quelque minime même qu'elle soit. Mon but est d'empêcher les désordres articulaires trop fréquents qui accompagnent l'arthrite rebelle, et dont quelques-uns deviennent une cause d'impuissance définitive du membre affecté.

Les idées qui avaient conduit à injecter l'iode dans l'hydarthrose invétérée ou chronique, reposaient sur une tout autre appréciation de son action. Un épanchement articulaire de longue date existant, on voulait, en injectant l'iode, obtenir la disparition de cet épanchement et empêcher son retour. Dans l'arthrite aiguë, nous voulons enrayer la marche de la phlegmasie de la synoviale qui résiste aux moyens ordinaires; nous voulons empêcher l'inflammation de produire des désordres plus graves que ceux inhérents à un simple épanchement; et en enrayant la phlegmasie articulaire, nous arrêtons du même coup l'épanchement, qui en est une des premières conséquences. Telle est notre doctrine. Dans l'opération de l'hydrothorax chronique, on prétendait ne s'adresser qu'aux produits d'une inflammation éteinte depuis plus ou moins de temps. Dans l'arthrite aiguë, nous prétendons nous attaquer directement à la phlegmasie elle-même, et prévenir ses funestes conséquences en enrayant sa marche et obtenant sa résolution.

OBSERVATION D'EMPYÈME.

Par M. le docteur J. Picard, de Guebwiller.

J'ai publié dans le courant de l'année dernière un petit travail sur l'empyème; voici une nouvelle observation à ajouter à celles que j'ai relatées à cette époque.

Le 24 juillet 1862, je fus appelé à donner des soins à un nommé M..., domestique, demeurant dans un village des environs et malade depuis sept à huit mois. Il aurait eu, dit-il, dans ce laps de temps deux atteintes de pneumonie; il s'était toujours bien porté auparavant; mais depuis sa première maladie il n'a cessé de tousser. Il a dix frères, dont huit sont morts poitrinaires. Il y a six semaines, il s'est formé sous la clavicule droite une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf de poule, qui disparaissait à la suite d'une expectoration purulente. Il y a trois semaines, cette tumeur a reparu, donnant lieu à des douleurs extrêmement vives dans le bras droit, qui était comme paralysé, et à des fourmillements dans la main du même côté; elle a de nouveau disparu depuis quelques jours. Du reste, il a de l'appétit, toutes les fonctions s'exécutent bien; mais il a beaucoup maigri.

Etat actuel. — Constitution moyenne, tempérament lymphatique, facies pâle, anémique, amaigrissement notable, respiration facile. Le malade dit avoir des accès de toux quand il se couche sur le côté droit; il a eu des sueurs nocturnes antérieurement, mais n'en a plus aujourd'hui.

Examen de la poitrine. — Le thorax est grêle, mais bien conformé; la région sous-claviculaire du côté droit est comme déprimée, affaissée, quand on la compare avec la région correspondante du côté gauche. Submatité sous-claviculaire; entre la deuxième et la troisième côte, on perçoit un son tympanique en percutant très-légèrement avec un doigt; on sent à la palpation une mobilité et un décollement de la peau dans l'étendue d'une pièce de deux francs, et on perçoit à la pression, sans appliquer l'oreille ni le stéthoscope, un bruit aéro-humorique, une sorte de clapotement des plus manifestes. En palpant attentivement avec un doigt, au niveau du décollement, on sent à deux travers de doigt du sternum une fissure profonde, verticale, qui paraît diviser la deuxième côte; c'était là, dit le malade, le siége de la tumeur dont il a parlé, et effectivement une tumeur reparait

pendant les accès de toux, dépassant d'environ 16 millimètres le niveau de la peau; plus bas la matité se continue avec celle du foie; la vibration de la région sous-claviculaire droite est plus intense que celle du côté opposé. A l'auscultation, on entend à droite un souffle surtout sensible à l'aspiration, et au niveau du décollement un gargouillement manifeste pendant les fortes inspirations; à gauche, la respiration est puérile. Le malade s'étant assis, je constate que le côté droit est bien plus rétréci que le côté gauche, matité absolue et vibration plus faible que du côté gauche; souffle dans la région inter-scapulaire et voix ayant un timbre légèrement œgophonique; rien de particulier à gauche. Quand le malade fait une inspiration profonde, le côté droit se dilate moins que celui du côté opposé.

Expectoration purulente.

Bien à l'examen des autres organes, langue belle, pouls petit, fréquent, mais pas de chaleur anormale.

Je lui prescrivis des pilules d'iodure de fer, des frictions avec de la pommade iodée.

Je le revois le 28 juillet; les pilules ont été bien supportées, mais les symptômes généraux et locaux n'ont pas changé; tumeur sous-claviculaire plus prononcée. Nouvel examen des plus minutieux, qui donne lieu aux mêmes résultats.

Il s'agissait maintenant de déterminer le diagnostic exact des lésions.

Au sommet du poumon droit existait probablement une caverne pulmonaire résultant de la pneumonie, et il était à craindre qu'elle fût de mauvaise nature, en raison de la diathèse tuberculeuse qui avait décimé la famille du malheureux. Le pus contenu dans cette caverne avait perforé les parois thoraciques et tendait à se faire jour au dehors. Mais quel était l'état anatomique de la base du poumon? S'il y avait eu dilatation du thorax, il ne pouvait y avoir de doute au sujet du diagnostic; on aurait admis l'existence d'une collection liquide résultant d'une ancienne pleurésie, et en raison de la longue durée de la maladie, de la teinte jaunâtre, de l'expectoration purulente, on aurait eu des raisons pour croire que cette collection était constituée par du pus. Mais au lieu de dilatation, il y avait rétrécissement, c'est-à-dire un phénomène physique précisément inverse.

Toutefois, en me basant sur l'existence de la matité, qui était absolue, la diminution considérable des vibrations, l'absence complète du bruit respiratoire, je crus pouvoir diagnostiquer: épanchement pleurétique probablement purulent. Je m'expliquai le rétrécissement du thorax, soit par un commencement de résorption, soit peut-être par un retrait de la caverne, soit enfin par l'évacuation du pus par les bronches. J'annonçai au malade qu'il avait un abcès dans l'intérieur de la poitrine, et je lui proposai une opération qui fut de suite acceptée.

Je plongeai le trocart explorateur à la profondeur d'environ 2 centimètres, à un travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate; il s'écoula immédiatement un liquide purulent sans odeur; la quantité totale fut d'environ 1 litre. Je pus constater cette fois encore, comme je l'ai fait ressortir dans mon précédent travail, l'avantage qui résulte pour les malades d'employer le trocart explorateur pour l'opération de la thoracentèse; ce procédé leur épargne ces quintes de toux fatigantes qui surviennent quand on emploie un instrument d'un plus gros calibre.

En effet, l'ampliation du poumon se faisant brusquement quand le liquide s'écoule rapidement, il y a un tiraillement très-douloureux des brides pleurales qui recouvrent la surface du poumon, ces brides peuvent même se déchirer et donner lieu à des hémorrhagies; tandis que quand le liquide distille pour ainsi dire goutte par goutte, le poumon se dilate lentement, sans douleur, sans accès de toux, et vient combler le vide qui tend à se produire. Chez notre malade l'instrument fut laissé en place jusqu'au lendemain. Cette évacuation produisit un soulagement des plus remarquables, et le malade se crut guéri.

Le pus examiné au microscope offrit les globules caractéristiques; j'en abandonnai une portion dans un flacon non bouché dans un laboratoire où se trouvaient des matières animales en putréfaction, et malgré deux orages et la température élevée, au bout de six jours ce pus n'exhalait pas encore la moindre odeur fétide.

Je revois le malade le 4 août. Il m'assure qu'il va sensiblement mieux; mais la tumeur sous-claviculaire qui avait disparu après l'opération a augmenté; rougeur et sensibilité des téguments; à l'auscultation, bruit d'un timbre particulier qui décèle la membrane du tympan.

Le malade demeurant à une distance assez considérable de mon domicile, je ne pus, à mon grand regret, aller le voir aussi souvent que je l'aurais désiré. Cette tumeur sous-claviculaire augmenta et disparut successivement, à la suite d'une expectoration purulente abondante. Dans le courant d'octobre elle s'ouvrit spontanément, et il s'en écoula environ un demi-litre de pus.

Le 20 octobre, la tumeur s'est reproduite; elle est bien plus considérable, environ la dimension d'un travers de main; on entend à distance un bruit de soupape moins distinct avec le stéthoscope ou l'application directe de l'oreille.

Le malade succomba dans le courant du mois d'avril.

J'aurais été bien désireux de pratiquer la nécroscopie, mais elle me fut refusée. Il eût été très-intéressant de déterminer le rapport qui existait entre l'épanchement pleural et la lésion du poumon.

Il est probable que cet homme était phthisique, et que la caverne du sommet du poumon communiquait d'une part avec la tumeur sous-claviculaire, d'autre part avec la cavité pleurale; mais dans cette hypothèse on comprend difficilement que le pus n'ait pas été fétide et même n'ait eu aucune tendance à la putridité. On peut faire à ce sujet différentes suppositions, mais en l'absence d'autopsie, il est impossible de rien conclure.

Toutefois, cette observation, malgré ses nombreuses lacunes, présente un certain intérêt:

1° Par l'existence d'un rétrécissement notable du thorax coïncidant avec un épanchement purulent abondant;

2° Par la coïncidence d'une tumeur extérieure des parois thoraciques, qui est assez rare, soit qu'elle provienne d'une fistule pleurale, soit d'une fistule pulmonaire.

3° Elle confirme les avantages du procédé opératoire que nous préconisons, l'évacuation des épanchements pleurétiques au moyen du trocart explorateur substitué au trocart d'un plus gros calibre. La terminaison fatale a été certainement due à la tuberculisation pulmonaire.

PROPHYLAXIE DES TEIGNES.

Par M. le docteur Bergeron.

(Résumé et conclusions d'un mémoire lu à l'Académie de médecine, séance du 19 janvier.)

1° L'étude des conditions dans lesquelles naissent et se propagent plusieurs maladies transmissibles, conduit à penser que l'hygiène publique parviendra tôt ou tard à détruire le principe morbide de quelques-unes d'entre elles et à éteindre les foyers infectieux qui engendrent les autres; mais la pathogénie des maladies parasitaires et en particulier la pathogénie des teignes est aujourd'hui assez bien établie, pour que dès à présent on puisse indiquer et organiser un ensemble de mesures propres à les faire disparaître.

2° Pour être rapidement et complétement efficaces, ces mesures devront, je crois, satisfaire à la triple indication de rechercher la teigne partout où on peut soupçonner qu'elle existe, d'isoler dans une certaine mesure les individus atteints et de les mettre immédiatement en traitement.

a. Au point de vue de la recherche des teignes, la géographie médicale ne peut encore fournir à l'hygiène que des renseignements généraux et par conséquent insuffisants, parce que les documents statistiques qui ont servi à tracer la carte annexée à ce mémoire ne donnent les chiffres que par département. Mais en attendant qu'une enquête spéciale fasse connaître la distribution des teignes par canton, ne pourrait-on pas déjà obtenir des résultats sérieux, en prenant soin de remonter à l'origine de toute teigne constatée et de faire rechercher d'après les indications données, soit dans la commune, soit dans l'établissement public, salle d'asile, école, ouvroir ou fabrique, les sujets atteints du même mal, afin de les faire mettre de suite en traitement?

b. L'entrée des établissements publics consacrés à l'enfance est formellement interdite par les règlements à ceux qui sont atteints de la teigne; mais dans beaucoup de communes et même dans quelques villes, cette exclusion n'est pas rigoureusement maintenue: un rappel à l'exécution du règlement, et au besoin l'organisation générale d'un service d'inspection, suffiraient pour faire diminuer rapidement la propagation des teignes.

c. Quant à la mise en traitement immédiate, sans laquelle les mesures qui précèdent ne donneraient que des résultats incomplets, elle ne sera possible que lorsque les commissions administratives de bon nombre d'hôpitaux de provinces, dont le règlement interdit l'admission des teigneux, auront consenti à modifier cet état de choses, et lorsque les départements pourront disposer de ressources suffisantes pour organiser, d'une part, dans tous les chefs-lieux d'arrondissement, le service du traitement de la teigne sur des bases aussi libérales qu'à Paris, à Lyon, à Bordeaux et quelques autres grandes villes; et pour instituer, d'autre part, dans les chefs-lieux de canton ou dans les communes les plus considérables, un traitement externe gratuit.

Il est probable qu'une prime accordée après guérison complète, aurait le double avantage d'engager les familles pauvres à faire traiter leurs enfants, et de soutenir leur persévérance jusqu'à la fin du traitement.

3° Des deux espèces de teignes vraies ou parasitaires qu'on observe le plus communément, la teigne faveuse (*achorion schœleinii*) est de beaucoup la plus fréquente dans les campagnes; on pourrait dire, au contraire, de la teigne tondante (*trichophyton tonsurans*) qu'elle est la teigne des villes. Ce double fait, qui est en opposition avec les données de la pathologie comparée, appelle de nouvelles recherches sur l'origine du favus.

4° L'analyse des documents statistiques fournis par le *Compte rendu sur le recrutement de l'armée* démontre que la teigne faveuse tend à diminuer de fréquence dans la plupart des départements, mais que ce mouvement de décroissance est en général extrêmement lent.

5° Il ressort des mêmes documents qu'aucun de nos départements n'est complétement exempt de la teigne, mais qu'elle se répartit entre eux d'une manière très-inégale; que dans le Midi, par exemple, et autour de l'Hérault, celui de tous qui compte le plus d'exemptions pour cause de teine (vingt sur mille sujets examinés par les conseils de révision), rayonne un certain nombre de départements dont les chiffres se rapprochent du précédent; que dans le Nord-Ouest on voit également se grouper, autour de la Seine-Inférieure et de la Somme, quelques départements qui donnent autant de teigneux que plusieurs départements du Midi; qu'au centre de la France, au contraire, la teigne est assez rare, et qu'elle l'est plus encore dans toute la région du Nord-Est; dans le département du Haut-Rhin, le nombre proportionnel des exemptions pour cause de teigne tombe au-dessous de l'unité (0,85 sur mille examinés).

6° Les causes probablement complexes de cette inégale répartition de la teigne sont difficiles à déterminer d'une manière précise; mais on doit présumer que partout l'incurie, l'ignorance et la misère, impuissantes à l'engendrer, concourent du moins à l'entretenir et à la propager, ce qui ne veut pas dire toutefois que le degré de fréquence de la teigne dans un département donne toujours la mesure exacte du degré de richesse et d'instruction auquel sont arrivés ses habitants; de quelques faits consignés dans des documents manuscrits adressés à l'administration de l'Assistance publique, on peut inférer en effet que les chiffres qui, d'après les tableaux du *Compte rendu*, sembleraient être à la charge de la généralité des communes, ne sont fournis dans plusieurs départements que par quelques-unes d'entre elles dont la population est restée arriérée sous l'influence de causes qu'il n'y a pas lieu d'étudier.

OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR LE PROCÉDÉ DE SCHUFF,

par M. Workmann.

L'inconvénient de donner aux procédés le nom des auteurs, et la confusion facile qui peut en résulter d'un nom avec un autre, nous obligent à donner tout d'abord ce détail, c'est que le docteur Schuff (de Berlin) a été autorisé depuis son mariage à changer son nom en celui de Waldau; mais c'est sous le nom de Schuff que le procédé a été connu et qu'il est encore appelé en Prusse et en Angleterre. Malgré les cas de guérison déjà publiés, nous devons attendre, avant d'apprécier ce procédé, que des faits plus nombreux aient montré son innocuité et sa supériorité sur les autres méthodes connues; nous nous bornerons seulement à le décrire.

Les paupières écartées avec un ophthalmostat et l'œil fixé avec des pinces à griffes, le chirurgien, avec un couteau à iridectomie de Jæger, fait sur le bord de la cornée une incision égale au cinquième de sa circonférence. Avec des pinces il tire au dehors un morceau de l'iris et en excise un cinquième environ, mais en ménageant sa circonférence adhérente. Le bord du cristallin vient faire saillie à la plaie, le chirurgien introduit alors une petite curette et l'enfonce dans l'œil jusqu'à ce qu'elle ait dépassé l'équateur de la lentille cristalline. Inclinant le manche en arrière et poussant la pointe en avant, du côté de la chambre antérieure, il retire comme dans une cuiller la plus grande partie de la lentille. La curette réintroduite retire les autres fragments cristalliniens.

Cette opération est faite souvent en ce moment au Royal London ophthalmic Hospital; elle donne, dit M. Workmann, de beaux succès; mais nous pensons qu'il serait prématuré de se prononcer encore sur sa valeur, car *a priori* elle ne nous paraît avoir que des désavantages sur les autres méthodes. (*Med. Times and Gaz.* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 janvier 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans le département du Jura;

2° Le rapport final de M. le docteur Foucault sur une épidémie d'angines qui a régné dans la commune de Montmirail en 1862 et 1863. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Un mémoire de M. Morlière, officier de santé à Vic-sur-Aisne, sur un moyen de diminuer la fréquence des cas de rage. (Commission de la rage.)

2° Un mémoire en allemand, par M. le docteur Meyer, de Wismar (dans le Mecklenbourg-Schwerin), relatif à la fièvre jaune. (Commission de la fièvre jaune.)

3° M. Charrière adresse une note contenant le dessin et la description d'un nouvel uréthrotome caché muni d'une sonde en gomme destinée à être tenue à demeure, et à l'aide de laquelle il est possible de prévenir le contact de l'urine après la section faite sur le rétrécissement.

— M. Jolly, au nom de M. le docteur Cahen, fait hommage à l'Académie d'un mémoire sur les névroses vaso-motrices, couronné par l'Académie des sciences.

— M. Tardieu présente, au nom de M. le docteur Marco, une brochure relative à la maladie d'Addison, et un travail de M. le docteur Duchesne sur l'hygiène.

— M. le Président annonce à l'Académie qu'une vacance est ouverte dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Moquin-Tandon, décédé.

M. le président invite les candidats à présenter prochainement leurs titres.

— M. Robinet demande à l'Académie la permission de l'entretenir d'un fait dont il vient d'être témoin. Il a été appelé un de ces jours derniers auprès d'un jeune homme que l'on venait de trouver mort dans sa chambre. Il était accroupi sur son lit, tenant encore entre ses mains un verre dans lequel était un mouchoir imprégné d'une assez forte quantité d'éther. M. Robinet a fait appeler aussitôt un médecin du voisinage, M. le docteur Mathias, qui a fait tous ses efforts, mais en vain, pour le rappeler à la vie. M. Mathias a bien voulu, sur sa demande, rédiger la relation de ce fait, qu'il dépose sur le bureau.

Conformément à l'usage de l'Académie, il sera donné lecture de cette pièce dans la prochaine séance, après que le conseil d'administration en aura pris connaissance.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

En l'absence de M. Bouvier, le premier inscrit, la parole est à M. Bouillaud.

Suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

M. Bouillaud. Il en est de la vaccine comme de toutes les grandes découvertes, comme de toutes choses de ce monde, elle a eu ses vicissitudes; dans les premiers temps, les objections ne lui ont pas manqué, elle a été l'objet d'attaques plus ou moins violentes. Néanmoins, si, comme tous les inventeurs, Jenner a eu ses détracteurs, il a trouvé aussi un accueil favorable auprès d'un grand nombre de médecins de son temps, qui se sont associés à l'œuvre de vulgarisation de sa découverte. Il a trouvé en France, en particulier, des partisans nombreux. On sait les éminents services qu'a rendus à cette époque le premier comité de vaccine, sous la présidence d'un éminent philanthrope, M. de La Rochefoucauld.

En somme, après avoir été vivement discutée, la vaccine a fini par prévaloir, comme toutes les choses qui ont un fond juste et vrai. Et, en effet, quoi qu'il en soit des points encore contestables de son histoire, il est certain qu'elle n'en a pas moins rendu des services immenses à l'humanité. Aussi Jenner a-t-il aujourd'hui sa statue. Et c'est maintenant, après cette grande consécration par l'expérience, qu'on vient annoncer que la découverte du vaccin n'est qu'un fantôme, que le vaccin n'existe pas, que vaccine et variole ne sont qu'une seule et même chose. Faut-il donc revenir sur tout le passé? Faut-il abattre la statue de Jenner? Mais quelle que soit la doctrine qu'on veuille substituer aux doctrines admises jusqu'à présent, en est-il moins certain que la découverte de la vaccine a sauvé des mil-

liers d'hommes ? On ne pourra donc jamais enlever à Jenner ce mérite.

Mais Jenner n'a-t-il pas d'ailleurs vu et reconnu le premier que la variole et le cowpox n'étaient au fond que des maladies de même origine ? Aussi n'est-ce pas sans quelque surprise que j'ai vu renouveler aujourd'hui ces disputes déjà vieilles. Il est vrai que les discussions qui ont eu lieu à ce sujet dans les premiers temps de la vaccine pâlissent devant la discussion actuelle. Il ne s'agit plus, en effet, de savoir si le cowpox et la variole sont ou non des maladies de même origine, mais on va jusqu'à nier l'existence du virus-vaccin. M. Depaul s'est fait le représentant de cette doctrine nouvelle, qu'on a, à bon droit, appelée révolutionnaire.

M. Bouillaud fait ici l'historique rapide de la discussion qui s'est élevée entre MM. Bouley et Depaul. On a pu croire un instant, dit-il, après les faits exposés par M. Bouley, que tout allait être vaccin, excepté le vaccin lui-même. Tout était Dieu, excepté Dieu même. Il avait trouvé l'origine du vaccin dans la matière aphtheuse du cheval. Voilà qui était, je ne dirai pas révolutionnaire, mais miraculeux. Quant à l'opinion de M. Depaul, il résulte des citations que fait M. Bouillaud, que la même idée avait déjà été émise par les adversaires peu nombreux, il est vrai, mais assez remuants de la vaccine. Mais heureusement que tous ceux qui ont pratiqué longtemps dans les hôpitaux savent à quoi s'en tenir à cet égard, et qu'ils ont tous été à même d'apprécier les services que rend encore tous les jours la vaccine en substituant à la variole, si souvent mortelle, la varioloïde, presque toujours bénigne. Il importe peu, comme on le voit, au fond, que Jenner, en inoculant le virus-vaccin, l'ait inoculé comme un virus propre, spécial, différent de la variole, ou comme identique à la variole elle-même.

L'idée de M. Depaul ne lui appartient pas en propre d'ailleurs; deux de nos collègues, MM. Piorry et J. Guérin, en ont déjà réclamé la priorité. Je demanderai la permission à cette occasion de faire une petite observation au sujet de la manière dont M. Guérin a exposé sa découverte. M. Guérin porte, comme on le sait, assez complaisamment à cette tribune ses doctrines de philosophie médicale. Il s'est élevé au nom de la philosophie contre ceux qui ne voient que les faits. Mais il se fait une grande illusion s'il croit avoir fait cette découverte par une simple conception de l'esprit. Il est bien évident qu'il ne l'a faite que comme le commun des mortels, c'est-à-dire par voie de déduction des faits antérieurement observés.

En résumé, je ne vois pas sans quelque regret la division qui s'est établie sur ce sujet au sein de l'Académie, division qui ne peut être salutaire à la science. M. Bouley a déjà fait un premier pas vers une conciliation que j'appelle de tous mes vœux. Je désirerais qu'une commission ou l'Académie elle-même s'occupât sérieusement d'éclairer cette question, l'une des plus importantes assurément dont elle puisse s'occuper.

La parole est à M. Leblanc.

— M. LEBLANC lit un discours qu'il résume ensuite lui-même par les conclusions suivantes, dans lesquelles il s'est proposé de réfuter une à une les conclusions de M. Depaul:

1° Il existe un virus-vaccin propre à la vache.

2° Le virus-vaccin propre à la vache peut se produire spontanément et se développer par le contact ou par l'inoculation du virus provenant d'une maladie pustuleuse, spontanée du cheval. Le cowpox et le horse-pox inoculés à l'homme ne produisent pas des phénomènes semblables en tout à ceux du virus variolique.

3° La variole de l'espèce humaine n'est pas identique par sa nature au cowpox ni au horse-pox, puisqu'elle ne peut se transmettre ni par infection, ni par contact, ni par inoculation, soit au cheval, soit au bœuf.

4° La variole de l'homme ne peut pas non plus se transmettre aux autres animaux domestiques.

5° Les phénomènes généraux des varioloïdes des animaux sont analogues à ceux de la variole de l'homme, mais ils varient beaucoup d'intensité et de gravité; ils sont peu manifestes chez la vache et chez le cheval; ils sont très-prononcés chez le mouton, le chien et le cochon.

6° Les varioloïdes apparaissent sous forme sporadique ou épizootique dans toutes les espèces, mais elles ne sont pas toutes contagieuses d'une espèce à une espèce différente.

7° Il n'y a que la varioloïde du cheval qu'on puisse inoculer à la vache. On ne sait pas si le cowpox spontané de la vache peut se transmettre au cheval.

8° L'homme peut être vacciné et revacciné.

9° Le horse-pox se transmet à l'homme. On ne doit pas l'inoculer comme préservatif de la variole, parce qu'il produirait probablement des lésions graves.

10° Non-seulement la variole de l'homme ne se transmet pas aux animaux par infection, ni par contagion, ni par inoculation.

11° Il est extrêmement rare qu'une épidémie de variole coïncide avec une épizootie de horse-pox, de cowpox, de clavelée et d'autres maladies éruptives d'animaux. Le cowpox ne règne même pas quand il existe une épizootie de horse-pox.

12° Une épizootie de cowpox ou de horse-pox peut produire un assez grand nombre de cas de horse-pox ou de cowpox chez l'homme, mais pas d'épidémie. Le horse-pox spontané est très-fréquent chez le cheval, et est très-rarement communiqué à l'homme ou à la vache.

13° Les varioloïdes des animaux inoculés produisent le plus souvent une réaction générale beaucoup moins grande que les varioloïdes développées spontanément ou par simple contagion.

14° Les pustules qui résultent des varioloïdes inoculées sont souvent limitées au point même d'inoculation.

15° Les éruptions secondaires aux inoculations sont surtout rares dans la clavelée.

16° La clavelée du mouton, la petite vérole du chien et celle du cochon, sont aussi graves que la variole de l'homme.

17° Les dangers de ces varioloïdes inoculées sont moins grands que ceux des varioloïdes spontanées ou résultant de l'infection.

18° Les animaux, les chiens surtout, sont sujets à des éruptions aphtheuses limitées à la membrane buccale, et très-différentes des varioloïdes.

19° La maladie que l'on a nommée *maladie aphtheuse* et qui n'a aucune gravité, n'appartient pas à la famille nosologique des varioloïdes. C'est une affection bulleuse qui se transmet par contagion aux espèces bovine, ovine, caprine et porcine.

En résumé, dit en terminant M. Leblanc, la variole de l'homme est une maladie particulière à l'homme, qui ne se transmet pas aux animaux. Plusieurs espèces de nos animaux domestiques sont sujettes à des maladies analogues à la variole de l'homme, mais non identiques. La maladie varioloïde du cheval, appelée par M. Bouley *horse-pox* et par M. Auzias-Turenne *grease pustuleux*, inoculée sur le pis de la vache, produit une maladie de même nature, mais non encore complétement identique sous tous les rapports, c'est le cowpox ou vaccine. Les diverses maladies varioloïdes des animaux, autres que le borse-pox et le cowpox, ne se transmettent ni à l'homme ni à des animaux d'une espèce différente de celles chez lesquelles elles se sont développées.

LECTURE.

M. LANCEREAUX donne lecture d'un mémoire ayant pour titre: *Etudes sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle.* (Nous publierons dans l'un des prochains numéros un résumé de ce travail.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une des célébrités médicales de l'Allemagne, M. le docteur Luce de Schoentein, a succombé à Bamberg, en Bavière, le 23 janvier, à l'âge de soixante-dix ans, par suite d'un rétrécissement de la trachée-artère.

M. de Schoentein avait été depuis 1819 successivement professeur à l'université de Wurzbourg, de Zurich et à celle de Berlin.

Ses dernières années se sont passées dans sa ville natale, où, tout à fait retiré de l'enseignement et de la pratique, il jouissait d'une très-haute réputation acquise par la justesse de son diagnostic et par la supériorité et la clarté de son enseignement. Il est regardé en Allemagne comme le premier qui ait introduit le système nosologique naturel ayant pour base principale les altérations anatomiques.

— Une place d'interne est vacante à l'asile de Dijon. Les appointements sont de 600 fr. par an, outre le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage. — S'adresser à l'Administration.

— On nous écrit de Nice: « Depuis le commencement du mois, nous avons un temps admirable: mer bleue et calme, à 12 et 14 degrés. Un de mes amis prend tous les matins un bain de mer avec son fils. Pas un nuage, pas la moindre vapeur; aucune trace de neige. On trouve par-ci, par-là, dans quelques coins obscurs au nord et au courant du vent nocturne des Alpes, quelques fragments de glace, mais elle est très-rare, et notre soleil ne la supporte pas. Il n'en est pas de même de la poussière, qui nous couvrirait si l'on n'arrosait les rues et les routes. Le soleil brille du matin au soir.

» A une heure il donne au thermomètre de + 24 à 30° centigrades et + 10 au nord et à l'ombre. Le minimum de quelques nuits a été de — 3, 2, 1, et à présent 0; — au lever du soleil + 6, au coucher + 7. La sécheresse est extrême, l'hygromètre va de 25 à 40. La campagne est verte partout et très-fleurie dans les jardins abrités. Les orangers sont en fleurs et en fruits, les roses sont en fleurs dans les haies et les violettes abondent; on nous parle de neiges jusqu'à Fréjus, mais nous n'en avons pas vu le moindre flocon. Les pitons des Alpes, qui en étaient couverts l'an dernier, n'en ont point. On laisse les croisées ouvertes presque toute la journée, tout le monde se promène avec ombrelles et en babits de demi-saison, c'est un admirable climat. Nice est un peu méconnu pour le moment, c'est une crise nécessaire pour faire la leçon aux exploiteurs. »

— Le banquet annuel de l'internat, que nous avons déjà annoncé, aura lieu le 6 février, au Grand-Hôtel, à sept heures. Le prix de la cotisation est de 16 francs.

La liste des souscriptions sera fermée le 2 février au soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'art de l'opticien, et ses rapports avec la construction et l'application des lunettes; par M. Arthur CHEVALIER, opticien. In-8°, avec figures dans le texte. Prix: 50 c. *franco*. — Paris, chez Adrien Delahaye.

Guérison de la phthisie pulmonaire, et moyens de prévenir cette maladie à l'aide d'un traitement nouveau; par M. le docteur Jules BOYER, ancien chef des travaux anatomiques, etc. Broch. in-8°, 2e édit. Prix: 1 fr. 50 c. *franco*. — Paris, 1863. Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 12. — SAMEDI 30 JANVIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 12. — SAMEDI 30 JANVIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 JANVIER 1864.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Le mercredi 13 janvier a eu lieu la séance publique annuelle de la Société de chirurgie. Suivant le règlement, M. Jarjavay, secrétaire général, a fait le discours de rentrée. Ce discours avait pour objet, comme d'habitude, le compte rendu des travaux de l'année. Il a été très-goûté, et l'on se plaît à reconnaître le talent déployé par l'orateur dans la tâche toujours difficile de résumer des travaux scientifiques nombreux et variés.

M. Verneuil a prononcé ensuite un éloge nécrologique, celui de Robert. Le mérite oratoire, la richesse et l'abondance des idées et des termes se font remarquer dans ce travail. La mémoire de Robert a été bien servie.

Il est rare que l'éloge des morts ne soit pas une critique des vivants. Cette proposition paradoxale, c'est-à-dire vraie au fond, a été justifiée par le discours de M. Verneuil, comme par beaucoup d'autres que nous pourrions citer. L'orateur a rappelé divers épisodes de la vie de son maître et ami, où les louanges données à celui qui n'est plus semblaient un blâme pour quelques-uns de ceux qui vivent encore.

Adversus hostem æterna auctoritas esto, dit la loi des Douze Tables. La justice moderne n'a pas infirmé ce principe de revendication éternelle, écrit dans la conscience des hommes depuis bien des siècles ; ce qui est injuste est le plus grand ennemi de l'esprit humain, et partout on lutte involontairement contre ce mal. Mais on a d'autant plus de force que la raison a mieux établi les limites du juste et de l'injuste et qu'elle a écarté les personnalités. Nos lecteurs, à cet égard, apprécieront eux-mêmes le discours de M. Verneuil par les extraits que nous espérons pouvoir en donner.

Les lauréats de la Société de chirurgie ont été ensuite proclamés. Le prix Duval a été donné à M. Maurice Raynaud pour sa thèse sur *l'asphyxie locale*. Des mentions ont été accordées à la thèse de M. Colombel sur *l'arthrite sèche*, et à la thèse de M. Cazin sur *les diverticules de l'intestin*.

Dr Armand Després.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rétrécissement de la trachée-artère.

Une observation intéressante de rétrécissement de la trachée-artère communiquée par M. Bourdon à la Société médicale des hôpitaux, a soulevé au sein de cette Société une discussion qui ne peut manquer de jeter quelque jour sur l'histoire encore obscure et imparfaitement connue de cette lésion. En attendant que nous puissions résumer les faits et les enseignements qui ressortiront de cette discussion, nous allons rapporter sommairement, d'après le compte rendu des séances de la Société, les principales particularités de cette observation, qui renferme déjà à elle seule plus d'un enseignement utile, ainsi qu'on va pouvoir en juger.

La femme A..., âgée de quarante-six ans, entre le 21 avril dernier à la Maison municipale de santé. Cette femme, qui a été affectée, il y a sept ans, d'un chancre à la vulve qu'elle n'a que très-imparfaitement soigné, a eu depuis de très-fréquents maux de gorge; il y a deux ans, elle a été prise, particulièrement pendant la nuit, d'accès de suffocation s'accompagnant de toux sans expectoration.

Depuis six mois, la dyspnée allant toujours en augmentant, a fini par devenir continue. Elle obligeait la malade à rester assise dans son lit; l'inspiration, très-longue et très-pénible, s'accompagnait d'un bruit de *cornage* très-intense. La malade accusait la sensation d'un corps étranger à la partie inférieure de la trachée. L'examen de cette région ne révélait d'ailleurs l'existence d'aucune tumeur. Le larynx n'était pas abaissé, il avait sa mobilité ordinaire pendant la déglutition et pendant l'exercice de la parole; la voix était entrecoupée, légèrement enrouée; la toux peu fréquente, accompagnée de l'expectoration de crachats nummulaires jaune verdâtre et striés de sang.

La percussion du thorax ne révélait aucun changement de sonorité. A l'auscultation, on percevait des râles ronflants des deux côtés de la poitrine. Point de fièvre, pas de sueurs nocturnes; rien d'anormal au cœur.

Le traitement consista en : tisane pectorale; julep diacodé, avec extrait de belladone, 0,02 ; deux pilules de 0,025 de protoiodure de mercure; vésicatoire volant à la base de la poitrine, à gauche; inhalation d'eau de guimauve pulvérisée; une portion d'aliments.

Dès les premières séances d'inhalation, la malade a éprouvé un sentiment agréable de rafraîchissement dans la gorge et dans la poitrine; l'expectoration est devenue plus facile. La sensation de constriction de corps étranger dans la trachée est moins forte; mais le bruit de cornage, l'oppression ne paraissent pas avoir sensiblement diminué. Dans la soirée du 22, la malade est prise d'un violent accès de suffocation.

L'examen au laryngoscope, fait le 25, révèle l'existence d'une rougeur générale intense des cordes vocales, sans autre lésion du larynx. On ne peut apercevoir les parois de la trachée.

Le 26, la respiration est plus libre, la malade commence à pouvoir se coucher sur le côté; le bruit de cornage est moins intense. — Potion à la magnésie calcinée, 3 grammes.

Le 1er mai, amélioration notable; la dyspnée est très-diminuée; la malade peut dormir dans la position horizontale durant une grande partie de la nuit. Le bruit trachéal est moins fort, la sensation de corps étranger presque nulle; la parole est moins entrecoupée. — Même traitement. On augmente la portion des aliments.

L'amélioration continuant à progresser les jours suivants, le 31 mai la malade quitte la Maison de santé, ayant à peine un peu d'oppression et seulement un léger sifflement quand elle s'anime en parlant ou lorsqu'elle prend un peu d'exercice.

Le 24 juin, M. Bourdon revoit la malade en ville; elle a été reprise, depuis quelques jours, de toux quinteuse très-fatigante, d'oppression revenant par accès; la voix est naturelle, mais la respiration est redevenue sifflante; on entend quelques râles sous-crépitants des deux côtés de la poitrine en arrière.

Prévoyant un danger plus ou moins immédiat, M. Bourdon engage la malade à entrer à l'hôpital Lariboisière. Mais malheureusement le lendemain elle est tellement fatiguée qu'on n'ose pas la transporter à l'hôpital. Elle est prise dans la journée d'un accès de suffocation tellement effrayant que deux médecins mandés en toute hâte n'hésitent pas à réclamer immédiatement le concours d'un chirurgien pour pratiquer la trachéotomie. L'opération est faite vers deux heures de l'après-midi, sans aucun accident. Seulement, elle n'amène pas le soulagement qu'on en attendait. Les accès de suffocation cessent, mais l'oppression et le sifflement restent aussi prononcés qu'avant. La face ne tarde pas à devenir pâle d'abord, puis livide; les forces s'affaissent, le corps se couvre de sueur abondante et froide.

Le lendemain 26, l'asphyxie lente continue à faire des progrès, et la malade succombe environ vingt-quatre heures après l'opération.

Voici les questions principales que soulève ce fait, questions que M. Bourdon a examinées de manière à laisser peu de chose à y ajouter.

Pour le diagnostic, il n'offrait pas de difficultés sérieuses. De la dyspnée, un sifflement particulier pendant l'inspiration, conservation du timbre de la voix presque normal, et de plus sensation d'un corps étranger à la région inférieure et moyenne du cou, tout portait à penser, en effet, qu'on avait affaire à une affection de la trachée-artère et non à une maladie du larynx. L'expectoration mucoso-purulente striée de sang militait en faveur d'un rétrécissement lié à une ulcération; enfin, l'absence de signes de tuberculisation pulmonaire et la connaissance des antécédents syphilitiques firent porter à M. Bourdon le diagnostic suivant : ulcération syphilitique avec rétrécissement de la trachée-artère.

Le traitement présentait une difficulté toute particulière sur laquelle M. Bourdon appelle avec beaucoup de raison l'attention des praticiens. En administrant les antisyphilitiques et en faisant cicatriser l'ulcération, ne pouvait-on pas craindre de voir se produire, consécutivement à la rétraction du tissu cicatriciel, une augmentation des accidents qu'on se proposait de combattre? Mais, d'un autre côté, en présence d'une pareille affection diathésique, était-il permis de rester inactif, et n'avait-on pas à craindre de voir le mal empirer et l'ulcération détruire successivement les divers éléments constitutifs de la trachée? C'est après avoir mûrement calculé et pesé les chances dans l'une et l'autre alternative que notre confrère s'est décidé pour la médication spécifique, dont les avantages lui ont paru l'emporter sur les dangers. On a vu que le résultat en a été d'abord avantageux, que les principaux symptômes ont été notablement amendés au bout de peu de temps. Mais bientôt le bénéfice obtenu a été complétement perdu.

Que s'est-il passé depuis la sortie de la malade de l'hôpital, se demande M. Bourdon? Le traitement antisyphilitique ayant été suspendu, l'ulcération en voie de guérison a-t-elle repris sa marche envahissante? ou bien est-ce au fait même de la cicatrisation produite sous l'influence de ce traitement et de la plus grande coarctation du tube aérien qu'il faut attribuer cette issue fatale? On n'a pu malheureusement éclairer ce point par l'autopsie. La question, dans l'espèce, reste donc insoluble. Sans aller, comme M. Bourdon, jusqu'à accuser le traitement de cette malheureuse terminaison, il est certain qu'on peut le tenir en suspicion, et qu'il y a lieu de déduire de ce fait les motifs d'une très-grande circonspection et d'une surveillance active dans le choix et la direction de la médication; d'autant plus qu'il existe plusieurs exemples dans la science des conséquences fâcheuses en pareil cas d'une cicatrisation trop complète ou trop rapide. Nous nous rappelons notamment une malade du service de M. Rostan qui n'a échappé aux dangers imminents de la cicatrisation d'ulcérations syphilitiques du larynx que grâce à la trachéotomie et au maintien d'une canule à demeure dans la trachée.

Ceci nous conduit à la seconde question qu'il y avait à examiner ici.

Devait-on dans cette circonstance pratiquer la trachéotomie par le procédé et dans le lieu ordinaires? La trachéotomie, répond M. Bourdon, était indiquée sans aucun doute, et elle devait être tentée. Mais elle aurait dû être faite dans des conditions différentes, c'est-à-dire plus bas, d'après la connaissance que l'on pouvait avoir du siége probable du rétrécissement, et avec des instruments appropriés à la circonstance, c'est-à-dire avec des canules longues et de calibres variés, de manière à franchir le point rétréci. M. Bourdon conseillerait en pareil cas d'avoir recours à la canule à quatre valves imaginée pour un cas analogue par M. Demarquay, canule qui est susceptible de se rétrécir très-notablement après être introduite et pouvant être élargie à volonté par des mandrins creux de différents diamètres, afin de dilater graduellement le calibre de la trachée. Il serait d'avis, en outre, que pour éviter désormais que le rétrécissement n'arrive à un degré tel qu'il devienne inopérable, on pourrait pratiquer la trachéotomie un peu plus tôt, c'est-à-dire dès que le bruit de corage et la dyspnée commencent à être un peu prononcés. Cette opération permettrait d'introduire la canule dont il vient d'être parlé, de dilater la trachée, et de placer ensuite une canule ordinaire qu'on laisserait à demeure pour s'opposer au retour ou au progrès de la coarctation.

Nous reviendrons sur ce sujet.

Infiltration urineuse consécutive à une fistule urinaire. Récidive tardive d'un rétrécissement élastique.

Un homme âgé de cinquante et un ans, couché au n° 31 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, est entré récemment, portant un rétrécissement dans la portion spongieuse de l'urèthre, au lieu d'élection, c'est-à-dire vers le cul-de-sac du bulbe; une fistule urinaire uréthrale au périnée, et une infiltration urineuse des bourses et du pli de l'aine du côté gauche.

Aujourd'hui, après un traitement de quinze jours, l'inflammation phlegmoneuse des bourses et du pli de l'aine, sous l'influence de deux larges incisions, a été arrêtée; la fistule urinaire est rétrécie et ne laisse plus écouler de liquide, quoique l'urine passe autour de la sonde et sorte par le méat. Le rétrécissement, qui avait admis avec peine une sonde n° 2 au début du traitement, est dilaté et laisse passer une sonde du n° 18 de la filière Charrière. Pour toute complication, il n'y a qu'un léger état inflammatoire chronique de la vessie, qui explique l'incrustation de la sonde laissée à demeure; inflammation chronique, qui cependant n'entraîne la formation d'aucun dépôt muqueux dans l'urine. Celle-ci est à peine troublée pendant l'émission des dernières gouttes.

L'histoire du malade est assez ordinaire quant au début, mais elle est remarquable au point de vue de la marche des accidents.

Il y a vingt-huit ans, le malade a été atteint d'une blennor-

rhagie : il était alors soldat. Un traitement d'une durée de trois mois a été appliqué, et l'écoulement a fini par guérir. Les injections, le copahu, le mercure même ont été employés.

Huit ans après, une rétention d'urine est survenue. Le malade a été sondé, des cataplasmes sur le ventre et la répétition du cathétérisme ont promptement rétabli le malade, qui a continué à vaquer aux travaux de la campagne, en évitant, suivant la recommandation qui lui avait été faite, de commettre aucun excès, et en prenant fréquemment des bains.

Pendant vingt ans moins quelques mois, le malade ne s'est senti de rien ; il constatait seulement que le jet d'urine était petit et projeté à une petite distance; il ne souffrait pas d'ailleurs.

Il y a environ deux mois, il a senti une petite grosseur au périnée; celle-ci a augmenté un peu, puis elle s'est ouverte et refermée, sans que, même au moment de la miction, l'urine se fût écoulée par l'ouverture accidentelle. Mais à cet égard le malade n'affirme rien.

Il y a six semaines, le rétrécissement a récidivé, la petite tumeur a reparu, puis s'est affaissée; mais comme l'urine coulait encore un peu, comme la vessie se vidait, et comme, en un mot, il n'y avait pas de rétention d'urine, le malade n'a rien fait, et il est entré à l'hôpital pour une infiltration urineuse du scrotum et de la région inguinale.

On voit ici un exemple de rétrécissement élastique, comme on disait autrefois, avant qu'il fût question de l'uréthrotomie. Cette lésion a été compliquée des altérations consécutives habituelles qui accompagnent les rétrécissements, et s'il y a eu des exceptions, c'est dans le mode d'apparition des complications et non dans leur origine.

Et d'abord, nous voyons un rétrécissement de l'urèthre qui est complet, il y a vingt ans; après un traitement par la dilatation, l'urine reprend son cours, et pendant un temps fort long il n'y a pas de récidive. Certes, il n'est pas possible d'établir que la diminution du jet de l'urine puisse être l'indice d'un rétrécissement ; il y a beaucoup d'individus qui sont dans cet état sans qu'il y ait maladie; et tous ceux auxquels on pratique aujourd'hui l'uréthrotomie sont considérés comme guéris lorsqu'ils ne sont pas plus gênés que ne l'était ce malade. C'est seulement au bout de vingt ans que la gêne reparait, et avec elle la difficulté d'uriner.

En présence de ce fait, diverses interprétations sont possibles; ou bien le rétrécissement avait augmenté, ou bien la vessie avait perdu sa contractilité. Et dans ce cas, un autre dilemme peut être posé : ou bien la paresse de la vessie est l'effet du rétrécissement, ou bien elle est l'effet de la vieillesse. Entre toutes ces hypothèses, il est assez malaisé de prononcer un jugement; on songera seulement que la paresse de la vessie, qui survient dans le cours d'un rétrécissement, arrive, en général, après une période de temps moins longue que vingt années.

On dira sans doute qu'il y avait rétrécissement, et que celui-ci étant élastique, la vessie, en se contractant énergiquement, l'emportait sur la résistance de la partie rétrécie, et que le malade urinait ainsi par une sorte d'effort où entrait en jeu une contraction exagérée de la vessie et des muscles abdominaux, et qu'à la longue la contractilité a fini par s'épuiser. Quelle que soit la confiance que l'on accorde à cette théorie, il faut certainement faire entrer en ligne de compte l'âge du malade, autrement il serait difficile de comprendre la lenteur de la récidive de ce rétrécissement élastique, auquel, encore maintenant, on attribue plus qu'à tout autre la propriété de récidiver promptement.

Le développement d'une fistule uréthrale incomplète sans douleurs, et les alternatives de guérison et de récidive de l'ouverture accidentelle de la vessie ne sont pas moins remarquables. Il paraît extraordinaire aussi que l'infiltration urineuse ait suivi le développement de la fistule; les choses ne se passent pas ainsi dans la plupart des cas ; c'est la fistule qui suit l'infiltration urineuse. Mais c'est précisément à l'irrégularité dans la production de la fistule qu'il est possible de rapporter l'infiltration urineuse. Il est probable que l'urèthre est dilaté dans la portion membraneuse, qu'il s'est fait une éraillure de la muqueuse, un diverticule où l'urine s'est amassée, un petit abcès s'est formé et s'est ouvert, et la cicatrisation de l'urèthre a eu lieu promptement, puis il y a eu nouvelle éraillure et ainsi de suite, et l'infiltration urineuse s'est montrée à un moment où la plaie des téguments étant en voie de cicatrisation, une dernière éraillure de l'urèthre a existé. Le trajet fistuleux n'étant point organisé, l'urine n'a pu s'écouler au dehors, et l'infiltration urineuse, entrée sous la peau, a cheminé dans l'épaisseur de la couche dartoïque du scrotum et est arrivée jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané du pli de l'aine.

Comme indication thérapeutique, il ressort de ce fait que la dilatation, telle qu'elle a été appliquée par M. Laugier, était de tout temps le remède au rétrécissement porté par le malade de l'Hôtel-Dieu. Si à un âge assez avancé, et malgré les complications de fistule urinaire et d'infiltration urineuse, le chirurgien est arrivé à dilater le canal en treize jours au point d'y introduire une bougie du n° 18, n'est-on pas autorisé à conclure que dans les rétrécissements élastiques toute tentative d'uréthrotomie est contre-indiquée formellement? Ne voit-on pas aussi ce qui n'aurait pas manqué d'arriver si, suivant le précepte de Chopart et Boyer, le malade depuis vingt ans avait eu soin de passer de temps à autre une bougie dans son urèthre, cette précaution, jointe à celles qui ont été prises, eût assurément prévenu la dilatation du canal en arrière du rétrécissement et les accidents consécutifs. Contre un rétrécissement élastique aussi caractérisé que celui dont il vient d'être question, la dilatation régulière et continue est sans contredit ce que la chirurgie peut offrir de plus salutaire.

Cataracte capsulaire secondaire.

Il vient de se passer un fait intéressant, dans le service de M. Jarjavay, à l'hôpital Saint-Antoine.

Chez un malade opéré de cataracte par extraction, d'après le procédé adopté par M. Jarjavay, c'est-à-dire la ponction de la capsule en même temps que la section du lambeau, trois jours après l'opération une cataracte membraneuse existait. C'était la capsule du cristallin qui, saine au moment de l'opération, s'était opacifiée. On voyait dans le champ pupillaire une plaque nacrée circonscrivant une fente allongée constituée par la plaie faite à la capsule, et par laquelle s'était échappé le cristallin.

Il n'était pas possible de rattacher à une inflammation de l'œil cette cataracte secondaire; la conjonctive avait été à peine congestionnée, et il n'y avait pas eu de douleurs.

Aucune tentative n'a été faite par M. Jarjavay pour détruire cette opacité. Des instillations de sulfate neutre d'atropine dans un collyre ont été appliquées régulièrement pendant deux semaines, et la cataracte membraneuse a disparu.

Les accompagnements de cataracte ne sont pas rares, et leur résorption se fait d'ordinaire ; mais il y a quelque chose de singulier dans la persistance de la cristalloïde antérieure. On est habitué à la voir se rétracter après l'incision, et non à persister. Le fait du service de M. Jarjavay montre donc que même dans les cas où les accompagnements de cataracte sont dus à l'opacité de la capsule du cristallin restée intacte, il ne faut pas se presser d'agir, et que la résorption peut encore avoir lieu.

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES DES EXTRÉMITÉS

au moyen de la flexion forcée.

Par M. le docteur Ernest HART, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Londres.

(Note lue à la Société de chirurgie, dans la séance du 9 décembre 1863.)

Je me propose de vous adresser quelques mots sur le traitement des anévrysmes chirurgicaux des extrémités par la flexion, méthode de traitement que j'ai introduite en Angleterre, et qui a donné entre mes mains et entre celles de mes collègues d'assez bons résultats pour nous permettre d'espérer qu'elle pourra désormais prendre rang parmi les traitements efficaces de cette maladie.

Je prie la Société de m'accorder toute son indulgence, car je suis étranger, et je viens pour la première fois à Paris.

Vers la fin d'août 1850, un individu se présenta devant moi portant un anévrysme poplité. En fléchissant fortement le genou pour mieux examiner quelques détails, je m'aperçus que les pulsations de la tumeur diminuaient et qu'on pouvait même arriver à les faire cesser. Ce fait fut constaté par mon collègue M. Shilleto, avec qui je me trouvais en consultation. Et, comme je reçus le malade dans mon service, plusieurs de mes autres collègues furent à même de le constater de nouveau. Je leur proposai de l'essayer, comme nouvelle base de traitement.

Je ne cherchai pas à arrêter complétement la circulation, mais à la ralentir suffisamment pour permettre aux dépôts fibrineux de se former graduellement jusqu'à la solidification de la tumeur, mode de guérison que nous regardons comme le plus sûr, le plus durable, et qui a été si bien étudié par M. Broca.

Ce traitement eut un plein succès. Au bout de quatre jours, la tumeur était déjà solide, et dès lors elle marcha sans entrave vers la résolution.

Peu de temps après, M. Shaw, chirurgien en chef de l'hôpital de Middlesex, employa le même traitement dans un cas d'anévrysme poplité ; le résultat fut tout aussi satisfaisant, quoique le traitement ait duré plus longtemps.

A l'heure présente, nous comptons douze cas de succès. Dans la plupart des cas, la tumeur siégeait à la région poplitée. Dans tous, il s'agissait d'un anévrysme des extrémités. En effet, ce n'est que dans ces parties que ce traitement trouve son application. Car c'est seulement ici que la loi générale qui régit la position des grandes artères permet son application. Or les anévrysmes des extrémités siégent ordinairement sur quelques-unes des grandes artères de transmission, beaucoup plus rarement sur les artères de distribution. Les artères de transmission semblent obéir à une loi bien définie, c'est-à-dire que dans les membres elles se placent toujours sur le côté de la flexion. Dans le membre supérieur, où la flexion se fait toujours en avant, l'artère continue sa marche sur la face antérieure; mais dans le membre inférieur, où une disposition contraire existe, l'artère tourne autour de l'os pour se placer dans le pli de la jointure. Ainsi, dans ces diverses jointures, la flexion doit avoir sur les artères des effets semblables.

Qu'on me permette de dire quelques mots sur ces effets au point de vue physiologique. La flexion soutenue du bras ou de la jambe, dans l'état de santé, produit un ralentissement considérable du courant sanguin et l'affaiblissement du pouls. Pour bien étudier le mécanisme de ces phénomènes, il faut indiquer les lois physiques qui s'y rattachent. Les deux principales causes qui tendent à ralentir le courant d'un fluide dans un tube sont la diminution de la pente et l'augmentation du frottement. Le frottement se trouve toujours augmenté au point où le tube présente une courbure, et plus cette courbure sera prononcée, plus le frottement sera considérable. Voilà ce qui se passe dans un tube rigide. Mais dans le cas d'un tube flexible, il s'ajoute au point de flexion une autre cause de ralentissement ; car le cercle étant de toutes les figures celle qui contient la plus grande surface dans le plus petit périmètre, la substitution à cette figure d'une ellipse plus ou moins aplatie (cas d'une artère qu'on fléchit au niveau d'une jointure) doit diminuer proportionnellement la surface de circulation du fluide et en ralentir le courant.

Mais il y a une condition particulière des artères au niveau des jointures qui nous offre un intérêt spécial, et qui influe beaucoup sur le résultat de ce traitement. Une série d'expériences m'a démontré que les artères du corps sont dans un état de tension qui les maintient dans la position de tubes circulaires ouverts. J'ai pu démontrer cette tension de la manière suivante :

Si on dissèque une artère et qu'on la mesure sur place ; si ensuite on coupe la partie mesurée et qu'on la détache du corps, et qu'on la mesure encore *dans le relâchement;* si enfin on l'étend à ses dernières limites, on obtiendra trois mesures qui seront pour les principales artères (en pouces anglais) :

	RELACHÉES.	ETAT NATUREL.	ETENDUES.
Carotide primitive. . .	1	1 2/10	1 3/10
Fémorale, au milieu de la cuisse.	0 6/10	1	1 1/10
Aorte abdominale. . .	1 7/10	2	2 1/10
Mammaire interne. . .	1 1/10	1 4/10	1 6/10

Or si, dans la plupart des parties du corps, comme, par exemple, dans le milieu des membres, on coupe une artère, on cherchera en vain à trouver une position telle que les deux bouts puissent se toucher ; mais si, au contraire, l'artère coupée est la brachiale ou la poplitée, en face de leur articulation, alors une flexion forcée ramènera facilement les deux bouts en contact.

En dehors des causes physiques que je viens de signaler, il est encore possible que l'augmentation du volume des muscles, due à leur contraction pendant la flexion, puisse exercer quelque pression sur l'artère; mais je n'ai pu constater cette action des muscles, et, quand même elle existerait, je doute beaucoup qu'elle soit très-avantageuse.

Pour ne pas abuser de la bienveillance de la Société, je ne donnerai que l'énumération des 12 cas de guérison. Deux ont été traités par moi à l'hôpital Sainte-Marie; les dix autres ont été rapportés par M. Shaw, chirurgien de l'hôpital de Middlesex; M. Spence, chirurgien de l'infirmerie d'Edimbourg; M. Pemberton du General Hospital de Birmingham ; M. Craven, chirurgien à Hull; M. Leith Adam, chirurgien du 10e régiment de l'armée anglaise; M. W. Colles, chirurgien de Steven's Hospital à Dublin; M. Richard, chirurgien de l'infirmerie de Bristol; M. X..., chirurgien de l'armée anglaise en Chine; M. Durham, chirurgien de Guy's Hospital; M. Johnson, chirurgien de l'hôpital Saint-George.

Plusieurs de ces cas ont présenté des circonstances intéressantes. Je ne citerai que celui de M. Spence, le collègue distingué de M. Syme. Ce fut un cas d'anévrysme poplité pour lequel il avait lié l'artère fémorale un an auparavant. Dix mois après cette opération, la tumeur récidiva et le malade entra à l'hôpital. La tumeur présentait alors des battements très-forts qui tendaient toujours à augmenter. La compression fut appliquée pendant cinq mois, mais sans aucun effet favorable. On était indécis si on pratiquerait la ligature de l'artère près du sac ou celle de l'iliaque externe, lorsqu'on se décida à tenter la flexion graduelle. Ce traitement réussit parfaitement. Ce malade exerce aujourd'hui un métier pénible sans que la tumeur présente aucune tendance à récidiver.

C'est là le cas le plus brillant. Mais il y en a d'autres où la flexion a réussi quand la compression a échoué.

En terminant le compte rendu de ses cas, M. Spence dit : « D'après mon expérience de cette méthode, j'ai de grandes espérances relativement à son succès comme méthode de guérison. Je la crois beaucoup plus simple et plus efficace que toute méthode de compression que j'aie employée. Elle n'offre point de danger et n'apporte aucun obstacle, mais aide plutôt au succès de la ligature dans le cas où il serait nécessaire d'en arriver là. »

Quoique je sois heureux de citer un éloge si flatteur sur ce moyen de traitement, je n'ose émettre en sa faveur de si hautes prétentions. — C'est une méthode facile qui ne demande pas d'aides et qui a donné de bons résultats. Mais ce n'est pas une méthode universelle ou même générale. — Pour moi, la méthode universelle est la compression digitale. Mais croyant avoir trouvé dans la flexion une méthode qui n'est ni sans intérêt ni sans utilité, je me suis permis d'entrer dans ces détails.

Je dois ajouter que je ne me présente pas comme l'inventeur de cette méthode, quoique, au moment où j'ai commencé l'étude de cette question, j'ignorasse complétement que des tentatives semblables avaient déjà été faites ; c'était alors pour moi comme pour mes collègues de l'hôpital Sainte-Marie, ainsi que pour M. Shaw, une idée tout à fait nouvelle. J'ai trouvé dernièrement des faits qui donnent la priorité à M. Lenoir, chirurgien des hôpitaux de Paris, dont le nom est bien connu et fort estimé en Angleterre, et duquel, Messieurs, vous êtes mieux à même que moi d'apprécier le talent.

Cette tentative n'a pas réussi, et il paraît que l'idée est restée infructueuse. Chez nous, M. Fergusson, chirurgien de « King's College Hospital », a annoncé, à la suite de la lecture de mes cas à la Société médico-chirurgicale de Londres, qu'il avait, lui aussi, essayé la flexion du genou dans un cas d'anévrysme poplité, il y a quelques années ; mais que le traitement n'ayant pas réussi, il l'avait abandonné.

M. X..., de Genève, m'a aussi envoyé les détails très-intéressants d'un cas qu'il a guéri par la flexion et dont il a paru un rapport dans un journal suisse, *l'Echo médical,* juste au moment où je faisais mon premier essai.

La flexion a été employée par un grand nombre de chirurgiens dans les plaies des artères.

La tentative de M. Lenoir n'a pas eu de suite et est restée dans l'oubli; mais puisque, en retrouvant cette méthode, j'ai eu la satisfaction de la voir couronnée de tant de succès chez nous, je me sens heureux d'avoir, quoique à l'improviste, l'occasion de rendre hommage à la chirurgie française, tout en vous rendant compte de mes modestes études sur ce sujet.

EXTRACTION SANS OPÉRATION

d'une pierre tombée dans la trachée.

Par M. Henri POWER.

Henri N..., âgé de quarante-cinq ans, laboureur, d'une forte constitution, avait l'habitude, pour se tenir la bouche humectée de salive pendant son travail, d'y garder un petit caillou.

Le 23 juillet 1863, en faisant une inspiration brusque, il sentit que la pierre venait de tomber dans la trachée. La gêne qu'il en éprouvait

était peu considérable ; il s'adressa immédiatement cependant aux médecins de son village, et l'on essaya d'abord, mais sans succès, de l'émétique. On le fit placer ensuite la tête en bas, pendant qu'il cherchait à tousser fortement. Cette expérience fut répétée plusieurs fois sans succès, le corps étranger remontait jusqu'au larynx et redescendait aussitôt.

Le patient vint à Londres, et s'adressa à Guy's Hospital, où l'on répéta les mêmes tentatives; mais l'inutilité de ces moyens ayant fait proposer une opération, le malade alla à la consultation de Westminster Hospital. M. Power le fit coucher sur le ventre, la tête pendante, lui conseillant d'inspirer fortement et de tousser. Au moment d'une secousse de toux, un coup violent lui fut appliqué sur le dos, et à la grande joie du blessé un caillou assez gros fut lancé sur le sol après avoir séjourné quarante-cinq heures dans la trachée. Ses dimensions étaient les suivantes : longueur, 22 millimètres; largeur, 18 millimètres; épaisseur, 6 millimètres; la circonférence était celle d'une pièce de 1 franc ou à peu près. La forme discoïde du corps étranger permet de comprendre comment il avait pu passer et repasser dans l'étroite ouverture du larynx. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*)

DU CHOIX A FAIRE

parmi les préparations de quinquina,

Par M. le Dr Ch. Moreau.

Lorsqu'un médicament réputé héroïque est franchement entré dans la thérapeutique courante, il est exposé, par le fait seul de son succès, à subir des modifications capables de dérouter les praticiens. Ce médicament, en effet, devient la base d'une foule de préparations ou est associé à un grand nombre d'autres substances, et le médecin, au milieu de cette grande diversité pharmaceutique, ne sait souvent à quel composé il doit donner la préférence. On a justement surnommé le quinquina le *roi des médicaments;* mais c'est à la condition toutefois que la précieuse écorce du Pérou aura subi une préparation fixe, déterminée, identique et vraiment scientifique. Or, notre exercice médical dans des pays fréquemment visités par des fièvres paludéennes et pernicieuses, nous a donné quelque expérience sur le maniement du quinquina, et nous a conduits tout naturellement à cette conviction, que l'EXTRAIT COMPLET DE QUINQUINA présenté à l'Académie de médecine et à la Société de pharmacie par M. Laroche, pharmacien, rend de très-grands services. Aucune préparation officinale, si ce n'est cet extrait, ne présente la réunion des plus précieux alcaloïdes, des matières résineuses et du tannin, substances auxquelles le quinquina doit ses vertus fébrifuges, toniques et antiseptiques, et reste dans la thérapeutique un incomparable remède.

Depuis les beaux travaux de MM. Pelletier et Caventou, et la découverte des sels quiniques, l'expérimentation a révélé les effets propres de ces grands modificateurs, selon qu'ils sont employés purs ou associés aux autres principes.

Plus d'une fois, en présence de tentatives infructueuses, de fièvres rebelles à la quinine, on s'était pris à douter de l'efficacité souveraine du quinquina, et à craindre que cet agent si utile n'eût perdu de ses propriétés d'autrefois. Mais lorsqu'on s'aperçut qu'il ne fallait pas demander à la quinine ce qui appartient le plus souvent au quinquina, on revint aux extraits, à la poudre et au vin.

L'élixir fébrifuge composé par M. Laroche ne contient pas d'autres substances actives que celles du quinquina, et il tient en dissolution, sous la forme d'une liqueur agréable, la totalité des principes solubles que renferme ce médicament. En effet, après avoir été soumises à nos nombreuses opérations et traitées par des véhicules variés, les écorces de premier choix qui ont servi à le préparer n'offrent plus à l'analyse que de la matière ligneuse : toute la quinine et toutes les autres substances solubles ont été dissoutes.

D'après ce que nous avons observé, on a l'avantage, en faisant usage de cette liqueur concentrée, d'administrer tous les principes du quinquina; et de plus, on donne au malade un médicament commode à prendre et exempt de l'amertume persistante des préparations ordinaires; car M. Laroche est parvenu à la neutraliser entièrement. Aussi l'administrons-nous avec confiance dans les affections de l'estomac et des voies digestives, contre *les maladies de langueur*, *l'épuisement*, *la débilité* et *l'atonie des organes*, *la maigreur*, *l'inappétence*, *les convalescences longues et difficiles*, *la diarrhée chronique* et *la leucorrhée*. A l'action tonique si manifeste du quinquina Laroche s'ajoute naturellement sa grande vertu fébrifuge, qui a été souvent l'occasion de constatations si heureuses dans nos hôpitaux civils et militaires.

C'est, d'après nous, faire une œuvre utile que d'appeler l'attention de nos confrères sur un moyen thérapeutique qui tourne si utilement au profit de la santé générale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 janvier 1864. — Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Tumeur fibro-plastique du cordon spermatique. — M. VERNEUIL dépose sur le bureau une tumeur fibro-plastique du cordon spermatique et la note suivante, rédigée par M. Jules Dubois (d'Abbeville), accompagnant cet envoi :

G..., soixante-cinq ans, batelier de profession, constitution vigoureuse; maladies antérieures légères et de peu de durée, pas de traces d'affections constitutionnelles.

Entré le 25 novembre 1863 dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville pour se faire traiter d'une tumeur des bourses, il raconte que, il y a environ trois ans, il a constaté la présence, le long du cordon spermatique gauche, d'une petite tumeur dure, mobile, indolente, qui serait survenue sans cause appréciable ; quel tourmenté par cette découverte, il aurait consulté un pharmacien qui l'aurait engagé à porter un bandage herniaire, que la mobilité de la tumeur a toujours empêché l'application régulière du bandage, auque, il renonça sans chercher à appliquer d'autre remède.

La tumeur augmenta graduellement sans manifester sa présence par d'autres signes que de la gêne et un sentiment de pesanteur qui força le malade à faire usage d'un suspensoir.

Au moment de son entrée, il existe à gauche une tumeur indolente, non réductible, du volume d'un gros œuf d'oie, pyriforme, dont la plus petite extrémité s'engage dans le canal inguinal, élastique, d'une consistance identique à celle du fibrome, lourde, ne présentant ni fluctuation ni pulsations. Elle est placée sur le trajet du cordon spermatique, bien distincte de l'épididyme et du testicule, que l'on perçoit facilement, malgré la présence d'un peu de sérosité dans la tunique vaginale; elle semble se prolonger jusque dans le canal inguinal : toutefois, il est facile de s'assurer que le canal déférent a conservé son volume à peu près normal avant et après la sortie de la tumeur, dans laquelle il paraît immergé. La tumeur est lisse au toucher, non adhérente, et n'offre que quelques bosselures séparées par des sillons profonds. La coloration de la peau est normale ; il n'y a pas de gonflement des ganglions inguinaux. Santé générale bonne ; fonctions régulières.

Diagnostic : Fibrome, ou bien tumeur fibro-plastique.

Traitement : amputation de la tumeur ; néanmoins, la répugnance du malade pour ce moyen extrême, quelques présomptions sur l'existence possible d'une diathèse syphilitique font employer l'usage de l'iodure de potassium *intus et extra*.

Le repos au lit amène en quelques jours une légère diminution de volume, mais bientôt nous avons la certitude que le traitement est insuffisant, sinon inutile. La maladie augmente ; le sarcocèle est devenu à peu près régulièrement ovoïde ; arrêté par l'anneau inguinal, il s'étale devant lui, le débordant de tous côtés.

Le 20 décembre, l'opération est de nouveau proposée au malade, qui la refuse, fort de cet argument, qu'il ne souffre pas, qu'il n'éprouve que de la gêne, et qu'à son âge il ne veut pas risquer une grosse opération.

Il quitte l'hôpital le 23 ; mais l'impossibilité de travailler, le poids de la tumeur, son augmentation de volume, qui égale presque celui du poing, le ramènent bientôt.

Il rentre le 31 décembre 1863.

L'amputation est pratiquée le 5 janvier 1864.

La façon intime dont le cordon spermatique est englobé dans le fibrome ne permet pas de conserver le testicule ; il est convenu que ce testicule, bien que complétement sain, sera retranché. M. François circonscrit la tumeur par une double incision curviligne, la dissèque avec soin aussi loin que possible, et, avant que de couper le cordon, applique sur lui un fil serré avec force. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Deux ligatures seulement furent posées sur de petites artérioles rampant dans les enveloppes du sarcome. Puis, la plaie fut réunie par première intention, à l'aide de plusieurs points de suture entrecoupée.

La dissection rapide de la tumeur démontre qu'elle est enveloppée de toutes parts par les tuniques propres du cordon spermatique, qu'il est facile d'en séparer, que le testicule et l'épididyme en sont bien distincts, qu'à son entrée et à sa sortie le canal déférent est parfaitement normal; en un mot, que cette production hétéromorphe s'est développée exclusivement sur le trajet du cordon et au milieu de ses éléments.

COMMUNICATIONS.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai observé récemment quelques cas intéressants, que je crois devoir communiquer à la Société.

Une malade se présente dans mon service avec une tumeur de l'aine grosse comme les deux poings. Il y avait quelques vomissements, de la douleur; la tumeur était tendue. J'hésitais sur le diagnostic à porter; mais, comme les accidents me semblaient pressants, je me décidai à opérer, en me promettant d'éclaircir, chemin faisant, le diagnostic. J'ouvris successivement une série de foyers purulents superposés, sans rencontrer autre chose qui pût m'éclairer, de sorte qu'aujourd'hui encore je me demande si les tissus divisés par le bistouri ne sont qu'une masse ganglionnaire suppurée, ou bien si, comme je l'ai pensé, il s'agissait d'une hernie de l'ovaire envahie par l'inflammation, hypothèse en faveur de laquelle plaide l'existence d'un volumineux cordon qui traverse le trajet inguinal.

Du reste, l'observation a été recueillie avec le plus grand soin, et je la communiquerai en temps utile à la Société.

— Une autre femme était atteinte d'une tumeur de l'aine que je considérai comme une hernie crurale. La malade était dans le plus triste état. Je pensai que l'opération était la seule chance de salut, bien qu'il y eût une péritonite caractérisée. J'ouvris la tumeur, qui ne contenait pas d'intestin, mais il s'échappa un flot considérable de pus liquide provenant de la cavité péritonéale. Il y eut une légère amélioration, mais au bout de quelques jours la malade succomba.

— Un homme présentait tous les signes d'une hernie inguinale étranglée. Je la réduis par le taxis, et je perçois très-nettement le bruit de gargouillement caractéristique. Néanmoins, les symptômes de l'étranglement persistant, je provoque par quelques efforts le retour de la hernie à travers l'anneau inguinal. Cette manœuvre ne produit aucune amélioration ; le malade meurt.

A l'autopsie, je reconnus que la hernie avait deux branches dont l'une s'engageait dans le canal inguinal et l'autre sous un repli péritonéal de la fosse iliaque. C'est cette seconde branche, échappant aux efforts de réduction, qui était restée étranglée dans l'abdomen.

La persistance des accidents peut tenir, comme on le sait, à bien des causes diverses ; je signale celle-ci, l'existence d'une hernie bifide, qui est bien de nature à tromper le chirurgien. Si pareil cas se représentait à mon observation, je n'hésiterais pas à rechercher la situation de la tumeur profonde, et, si je parvenais à la déterminer, à inciser l'abdomen pour lever l'étranglement.

Masturbation invétérée. Infibulation. — M. BROCA. J'ai eu occasion de pratiquer dernièrement une opération assez insolite, surtout au point de vue de l'indication thérapeutique que je cherchais à remplir ; je ne sais même pas si ma tentative a jusqu'ici un précédent. Il s'agit d'une nymphomanie pour laquelle j'ai exécuté l'infibulation.

Ma malade était une petite fille de cinq ans, fort intelligente avant sa funeste habitude ; elle se livrait depuis assez longtemps déjà à la masturbation répétée et déjouait tous les moyens qu'on avait employés. La surveillance incessante de sa mère, l'emploi d'une ceinture de chasteté confectionnée par M. Charrière, rien n'y avait fait. On sait, du reste, que cet appareil est bien plus efficace chez les petits garçons, dont il emprisonne la verge dans un étui métallique, que chez les petites filles. La nôtre, fine de formes, amaigrie et extrêmement souple, parvenait à insinuer son orteil entre la plaque de la ceinture et les parties molles, et pratiquait ainsi la masturbation.

La mémoire, l'intelligence, s'affaiblissaient ; il y avait à intervalles assez rapprochés des moments d'absence. M. Moreau (de Tours), mon collègue à la Salpêtrière, avait été consulté et avait songé à l'amputation du clitoris. Interrogé à mon tour, je pensai que la section des nerfs clitoridiens, employée par quelques chirurgiens, était un procédé bien infidèle, exposant à la récidive ; que l'amputation du clitoris était la destruction, la ruine irréparable de l'organe de la volupté, chose excessive chez une petite fille qui peut guérir, et j'en vins alors à l'idée que j'ai mise à exécution.

J'opérai l'enfant le 31 décembre. Pendant l'opération, elle adressait à ses organes génitaux des expressions de tendresse et de compassion, qui nous frappèrent et qui semblaient révéler l'état mental, la concentration des idées vers un seul but chez cette malheureuse enfant.

Je réunis, suivant une grande épaisseur, les deux tiers supérieurs ou antérieurs des grandes lèvres à l'aide de la suture métallique, en laissant à la partie inférieure un orifice admettant avec peine le petit doigt pour l'écoulement des urines et plus tard du sang menstruel. Aujourd'hui la réunion est parfaite, et le clitoris est placé hors de toute atteinte sous un épais coussin de parties molles.

Je me propose de continuer l'emploi de tous les autres moyens, surveillance active, ceinture de chasteté, etc., considérant seulement l'infibulation comme un important adjuvant. Quel sera le résultat définitif de cette opération, c'est ce que je ne saurais dire encore ; mais je suis bien persuadé qu'elle est de nature à entraver très-fortement les habitudes vicieuses de la petite malade. En tout cas, c'est là un sujet d'observation intéressant, car je ne sache pas que l'infibulation, très-usitée en Orient comme contrainte de chasteté chez des adultes, ait jamais été mise en usage pour lutter contre la nymphomanie.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je crains que l'opération ne produise pas le résultat désiré. L'enfant fera de la masturbation médiate à travers le voile constitué par les grandes lèvres réunies.

M. DEGUISE. J'avoue que je partage les craintes de M. Morel. De façon ou d'autre, l'enfant continuera ses manœuvres vicieuses. Rien n'est plus fréquent que la masturbation chez les aliénés ; nombre de fois je l'ai observée, et j'ai vu que tous les moyens employés pour la combattre échouent quand elle est invétérée. Un aliéné emprisonné dans la camisole de force et fixé à son siége ou à son lit, parvenait, en substituant ses lèvres à ses mains entravées, à déjouer toutes les précautions. A un degré aussi avancé, le vice est incurable.

J'ai cependant réussi une fois à guérir un jeune garçon de la masturbation et je demanderai à M. Broca pourquoi il n'a pas employé le moyen qui m'a réussi, la cautérisation ? Pendant une année entière, avec une persistance presque cruelle, malgré les supplications du jeune malade, j'ai entretenu dans le canal de l'urèthre, par des cautérisations répétées, une irritation assez douloureuse pour rendre tout attouchement impossible. Aujourd'hui le jeune garçon est un jeune homme qui me remercie de ma ténacité.

M. RICHET. On semble croire généralement que c'est dans les organes génitaux externes et plus spécialement dans le clitoris que siége l'impulsion à la masturbation. Avec M. Stoltz et d'autres observateurs, je crois que ces excitations peuvent se produire dans toute l'étendue des organes génitaux. Un fait que j'ai observé dans mon service me paraît confirmer cette manière de voir.

Une jeune fille de vingt-sept ans, appartenant à une bonne famille, se présenta à l'hôpital Saint-Louis pour être délivrée, par une opération, des impulsions irrésistibles qui la poussaient à la masturbation répétée. La santé générale était fortement ébranlée, la malade profondément amaigrie. Je pratiquai l'amputation complète du clitoris en enlevant avec le plus grand soin les deux racines du corps caverneux. Pendant quelques mois la guérison parut obtenue ; les excitations voluptueuses ne se produisaient plus que rarement, une ou deux fois par nuit ; l'embonpoint avait reparu. La malade quitta l'hôpital pour retourner dans son pays.

Un an après, elle demanda à entrer dans mon service à la Pitié. Il était survenu de l'incontinence d'urine et des excitations (c'est le mot employé par la malade) très-fréquentes du vagin et du col de l'utérus, excitations qui la portaient à exercer des attouchements sur le col utérin. Depuis huit mois, l'incontinence d'urine a presque disparu, mais tous les traitements possibles ont échoué contre ces excitations, qui, à défaut du clitoris, se produisent maintenant dans les parties profondes des organes génitaux. Cet échec me semble prouver en faveur de l'opinion que j'énonçais en commençant.

M. GIRALDÈS. Je demande à M. Broca de suivre sa malade au point de vue des résultats utiles de l'opération. Comme plusieurs de nos collègues, j'ai vu des enfants se livrer à la masturbation avec une persistance de nature à déjouer toutes les précautions ; un petit malade à qui je venais de désarticuler la cuisse se masturbait pendant qu'on achevait de lui donner les derniers soins. En face de pareils faits, il est permis de douter de beaucoup de moyens.

M. VERNEUIL. M. Richet a-t-il employé chez sa malade un médicament dont l'action, bien qu'empirique, me semble cependant démontrée, je veux parler du bromure de potassium ? Je l'employais chez un de mes malades pour obtenir cette insensibilité du voile du palais, si utile à des examens laryngoscopiques prolongés. Au bout d'une dizaine de jours, mon malade vint me trouver, et après un certain nombre de questions embarrassées sur les propriétés générales du médicament, finit par m'avouer que ses facultés viriles étaient notablement amoindries.

M. RICHET. Je n'ai pas employé le bromure de potassium, M. Trélat l'a administré pendant mon absence ; mais j'ai fait usage d'un autre anaphrodisiaque, le sulfure de carbone. Il eut pendant quelque temps une action utile ; mais son odeur insupportable et quel-

ques inconvénients de la nature de ceux que signale M. Verneuil chez son malade, éprouvés par les élèves du service, me portèrent à y renoncer bientôt.

M. GUERSANT. J'ai généralement échoué dans mes tentatives pour guérir la masturbation; cependant, j'ai pu dans trois cas réussir à arrêter ces funestes habitudes en instituant une sorte d'opération incomplète du phimosis, dont je prolongeais les pansements pendant six semaines ou deux mois, ou bien chez les petites filles, en réséquant et cautérisant le repli préputial du clitoris. On conçoit que ces opérations avaient surtout un mode d'action moral en inspirant aux enfants un effroi salutaire.

M. MARJOLIN. M. Guersant avait sans doute obtenu le consentement préalable des parents avant de procéder à ces opérations?

M. GUERSANT. Toujours.

M. MARJOLIN. Je crois qu'on empêche bien difficilement la masturbation invétérée. Comme M. Giraldès, j'ai vu des cas où les enfants s'y livrent dans les circonstances les plus exceptionnelles; ainsi je me souviens qu'un petit malade auquel je faisais une injection iodée pour un abcès par congestion, se masturbait pendant l'opération.

M. GUÉRIN. Je veux seulement dire quelques mots de l'action des médicaments dont il vient d'être question.

J'ai observé des accidents graves consécutifs à l'emploi du bromure de potassium : des vertiges, des demi-syncopes, revenant tous les deux ou trois jours, une paralysie des sphincters, avec anesthésie complète de la peau de la face interne des cuisses; enfin une impuissance qui persiste encore aujourd'hui, bien que l'usage du médicament soit absolument interrompu depuis un an; tels sont les phénomènes que j'ai constatés chez un de mes malades.

Cette action du bromure est produite aussi par l'iodure de potassium quand on l'emploie aux fortes doses de 5, 10, 15 grammes. Ces deux sels sont les anaphrodisiaques les plus énergiques que je connaisse; la lupuline est sans action; la digitale ne donne que des résultats bien inconstants.

Tous ces médicaments peuvent faire cesser ou rendre impossible l'érection, mais non le désir. Une fois, chez une malade de la ville, j'ai totalement détruit le clitoris sans parvenir à éteindre les désirs de masturbation.

Au reste, il faudrait être bien peu anatomiste pour croire que le clitoris est le seul organe de sensibilité sexuelle. Ne sait-on pas qu'il existe à l'entrée de la vulve un vaste appareil érectile, le bulbe du vagin, qui lui aussi peut être le siége d'une sensibilité anormale?

M. BROCA. Je partage jusqu'à un certain point les craintes exprimées par plusieurs de mes collègues, et ces craintes je les ai transmises aux parents de l'enfant. Cependant je ne les considère pas comme suffisantes pour désespérer du succès.

On peut reconnaître deux causes générales à la masturbation : l'une, que j'appellerai génitale, réside dans certaines parties de ces organes; c'est un vice de conformation du prépuce, une hypertrophie du clitoris qui détermine des excitations anormales, et bientôt une habitude de plus en plus fréquente. Une autre cause plus générale a son siége dans la moelle ou le cerveau, et là tout moyen mécanique, toute opération locale, sont à peu près inutiles, car ils ne combattent pas la cause de la masturbation.

Enfin, il existe des cas intermédiaires difficiles à classer. Ma petite malade semble rentrer dans ces derniers. La précocité des habitudes vicieuses, ces expressions érotiques échappées pendant le cours de l'opération, tout cela me fait craindre une influence organique des centres nerveux et aggrave le pronostic.

Néanmoins, ce qui est dangereux, ce qu'il faut à tout prix empêcher dans la masturbation, c'est la fréquente répétition, c'est l'habitude excessive, et je ne puis partager l'opinion de mes collègues qui regardent comme illusoire la barrière que j'ai établie en avant du clitoris. Il y a là un voile épais de plus d'un demi-centimètre qui peut-être, à de rares intervalles et en dehors de toute surveillance, pourra permettre quelques attouchements, mais qui s'opposera à ces incessantes manœuvres qui sont le vrai danger de la masturbation.

Je n'établirai pas ici le parallèle entre l'amputation du clitoris et l'infibulation; l'infibulation est une opération palliative qui réserve l'avenir, tandis que l'amputation du clitoris est une abolition définitive et complète du siége des sentiments voluptueux. D'ailleurs rien, aucun moyen ne réussit en toute circonstance; mais ils peuvent réussir suivant le cas, les indications et dans une certaine mesure; ainsi je pense que M. Richet a rendu un réel service à sa malade en lui amputant le clitoris. Bien que les désirs anormaux ne soient pas éteints, la santé s'est améliorée, l'embonpoint est revenu, les fonctions se sont régularisées; ce résultat, tout incomplet qu'il est, n'en est pas moins important.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Phocomélie thoracique double. — M. TRÉLAT montre, de la part de M. Follin, qui remettra une note, un homme adulte atteint de ce vice de conformation.

ÉLECTIONS.

Voici le résultat du scrutin relatif aux membres correspondants étrangers :

Sur 24 votants, ont obtenu :

M. Victor Brüns.	22 voix.
M. Melchiori.	24 »
M. Gamgee.	23 »
M. Guérini.	21 »

MM. Melchiori, Gamgee, Brüns et Guerini sont nommés membres correspondants étrangers de la Société de chirurgie.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

La petite discussion philologique soulevée par M. le professeur Trousseau dans une de ses dernières leçons cliniques, a eu de l'écho parmi nos confrères. Aux documents fournis par MM. Broca et Sichel, nous sommes heureux d'ajouter la note suivante, que nous fournit un de nos excellents amis, membre de l'Institut (Académie des inscriptions et belles-lettres) :

Il y a doute sur le meilleur emploi des mots *aphémie* et *aphasie*, pour désigner cette affection ancienne, objet de nouvelles études médicales, et qui n'a pas encore son nom propre.

Aphasie est d'origine vraiment grecque, puisque Platon emploie le mot ἀφασία, et le sens que lui donnent nos lexiques, *impossibilité de parler, stupeur qui ôte la parole*, caractérise assez bien la maladie. Aphémie me semble mal composé, et il était si facile de mieux dire! Pourquoi ne pas dire aphémisme, à l'exemple du mot euphémisme, venant également du verbe φημί? Sous cette forme, aphémisme me paraît excellent. Quant aux mots alalie, de ἀλαλία, aglossie, de ἀγλωσσία, qui sont bien grecs, et dont le dernier se trouve dans Euripide, ils indiquent plutôt l'infirmité du mutisme que la maladie en question. Je m'étonne qu'on n'ait pas pensé au mot anaudie, ἀναυδία, qui signifie *impuissance de parler*. Toute cette synonymie prouve bien la richesse de la langue grecque, dont Henri Estienne, avec beaucoup de poésie et de raison, a appelé le dictionnaire un trésor : *Thesaurus linguæ græcæ.*

UN HELLÉNISTE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision du 28 décembre dernier, l'Académie royale de médecine de Belgique a nommé M. le professeur Sédillot membre honoraire étranger de cette Académie.

— L'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin vient de faire une perte bien douloureuse dans la personne de M. le docteur Schaaff, ancien médecin de l'administration municipale et du bureau de bienfaisance de Strasbourg, médecin adjoint des hôpitaux et secrétaire de l'Association.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Adolphe Guerlain, de Boulogne-sur-Mer. Cet honorable confrère n'était âgé que de cinquante-quatre ans.

— Cours particulier d'allemand destiné aux médecins. Ce cours durera quatre mois, temps nécessaire pour mettre les élèves à même de lire suffisamment les livres de médecine allemands.

S'adresser à l'hôpital de la Charité, à M. Robbinowitch, interne des hôpitaux.

ERRATUM. — Dans le compte rendu de la dernière séance de l'Académie, la thèse sur la *maladie d'Addison* présentée par M. Tardieu est de M. Martineau et non Marco.

— Le banquet annuel de l'internat, que nous avons déjà annoncé, aura lieu le 6 février, au Grand-Hôtel, à sept heures. Le prix de la cotisation est de 16 fr.

La liste des souscriptions sera fermée le 2 février au soir.

A nos abonnés. — Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de ces numéros est de 20 centimes.

Ceux qui désirent faire relier leur collection peuvent l'envoyer au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

A partir de lundi prochain, les personnes qui dans la première huitaine de janvier ont remis leur collection pour être reliée, pourront la retirer à notre bureau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'inosurie, par M. le docteur N. GALLOIS, lauréat de l'Institut, membre de la Société de biologie, etc. Mémoire couronné par l'Académie des sciences. In-8° de 62 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1864. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Traité élémentaire de pathologie interne, par M. Ed. MONNERET, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Le Traité élémentaire de pathologie interne se composera de trois forts volumes grand in-8° raisin, équivalant chacun à 1,280 pages d'un volume ordinaire, divisés en 12 livraisons de 10 feuilles, qui paraîtront régulièrement de trois mois en trois mois, à partir du 1er janvier 1864. Le prix de chaque livraison est fixé à 3 fr. pour les souscripteurs, et 3 fr. 50 pour les non-souscripteurs. En vente : tome Ier, première livraison. — Paris, 1864; chez Béchet jeune, libr.-édit., rue Monsieur-le-Prince, 22.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 13. — MARDI 2 FÉVRIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 13. — MARDI 2 FÉVRIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er FÉVRIER 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

MM. Demarquay et Leconte ont entrepris, comme on le sait, une série de recherches relatives à l'action physiologique des différents gaz sur l'organisme. Ces recherches les ont conduits naturellement à étudier à ce point de vue l'action de l'oxygène. On savait déjà par les expériences de MM. Regnault et Reiset que les animaux peuvent respirer l'oxygène pendant un temps plus ou moins long sans danger pour leur santé. MM. Demarquay et Leconte, après avoir vérifié ce fait, ont voulu voir quelle est l'influence que l'oxygène exerce sur l'organisme, soit qu'il y ait été introduit par la respiration, soit qu'il ait été injecté dans le système veineux; ils se sont proposé ensuite de déterminer le temps pendant lequel les animaux peuvent vivre dans ce gaz et d'étudier les désordres pathologiques qu'il produit lorsque son action est prolongée au delà des limites compatibles avec la vie. Ils ont constaté que l'oxygène respiré a une action manifeste sur l'état des plaies qui deviennent le siége d'une vive injection. Les mêmes effets se produisent à la suite de l'injection de l'oxygène dans les veines, opération qui a été inoffensive toutes les fois qu'elle a été faite avec certains ménagements.

Les résultats assurément très-intéressants de ces expériences sont encore insuffisants pour qu'on en puisse déduire immédiatement des applications pratiques utiles. Nous ne doutons pas que MM. Demarquay et Leconte ne parviennent, en les poursuivant, soit à contrôler utilement quelques-unes des applications qui ont déjà été tentées, soit à en faire ressortir quelques indications nouvelles applicables à l'hygiène et à la thérapeutique.

On trouvera dans le compte rendu de la séance la relation d'une opération d'ovariotomie pratiquée avec succès à Alais par M. le docteur Serres.

M. de Quatrefages a présenté, au nom de M. Figuier, le huitième volume de l'*Année scientifique et industrielle*, collection qui renferme, comme on le sait, un exposé annuel des travaux scientifiques, des inventions et des principales applications de la science à l'industrie et aux arts.

Nous avons remarqué parmi les articles relatifs aux sciences naturelles et médicales que contient le volume de cette année, les sujets suivants, qui ont tous plus ou moins vivement fixé l'attention du monde savant pendant l'année qui vient de s'écouler : l'homme fossile, histoire de la découverte de la mâchoire humaine de Moulin-Quignon et des discussions dont elle a été l'objet; renseignements statistiques sur la population du globe; le gorille; un nouveau rongeur; recherches médico-légales des taches de sang; action décolorante de l'urine sur la teinture d'iode; eaux potables; fumeurs d'opium en Chine; dangers du travail dans l'air comprimé; maladies particulières aux houilleurs; désinfectants; fièvre jaune à Saint-Nazaire; la rage, au point de vue de l'hygiène publique; les vivisections; la cardiométrie et la cardiographie; action de la fève de Calabar sur la pupille, etc. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'aphasie, maladie décrite récemment sous le nom impropre d'aphémie (1).

(Quatrième et dernière leçon).

Maintenant que nous avons très-longuement étudié les phénomènes caractéristiques de l'aphasie, nous allons rechercher quelles sont les lésions qui donnent lieu à cette étrange maladie.

En général, lorsqu'il s'agit d'une maladie nerveuse assez bien définie, nous admettons que des symptômes identiques correspondent à des lésions identiques; il en est le plus souvent ainsi en effet.

Dans les maladies nerveuses, même les plus obscures, telles que l'ataxie locomotrice, si l'affection a duré longtemps, il est très-rare qu'on ne rencontre pas quelque lésion qui l'explique. Tel a été le cas d'ataxie dont M. Gubler a dernièrement publié l'observation. Dans la majorité des cas, on trouve une lésion assez constante pour permettre d'établir un rapport entre elle et la maladie.

Lorsque nous avons recherché quelle pouvait être la lésion spéciale à la paralysie labio-glosso-laryngée, nous avions présumé, avant d'avoir eu l'occasion de faire des autopsies, que nous trouverions une altération du côté du bulbe, du pneumo-gastrique et du spinal; et en effet l'autopsie nous a fait mettre le doigt sur des lésions ayant leur siége dans ces parties.

Les conditions matérielles nécessaires pour les manifestations de l'intelligence résident dans le cerveau, vous le savez tous. Quelle que soit l'opinion que l'on professe au point de vue psychologique, il est accepté par tout le monde que l'existence du cerveau est la condition *sine quâ non* des actes de l'intellect. Nous ne voulons pas dire par là que le cerveau sécrète la pensée, mais seulement que l'intégrité de cet organe est nécessaire pour l'intégrité des manifestations intellectuelles; qu'après la mort l'intelligence puisse encore rendre témoignage d'elle-même, sans que le cerveau existe, c'est une question qu'il ne nous appartient pas d'examiner; nous ne faisons ni de la psychologie ni de la théologie, mais de la physiologie. Ainsi donc nous sommes obligés d'accepter que chez l'homme vivant il faut certaines conditions matérielles du cerveau pour que les manifestations intellectuelles puissent se produire.

Et, d'autre part, il faut encore l'intégrité des instruments destinés à ces manifestations. Un homme qui n'a plus de main écrit difficilement; celui qui a la langue paralysée, indépendamment de toute lésion cérébrale, est dans l'impossibilité de parler. Eh bien, chez nos aphasiques les instruments existent, mais l'organe central est certainement modifié.

Nous vous avons montré que chez les individus les moins bien doués, les manifestations de la pensée, du sentiment, ont encore lieu par la parole, l'écriture, la mimique des gestes, l'expression du visage, et nous avons ajouté à cela que dans quelques circonstances ces expressions se suppléent l'une l'autre. Ainsi le muet remplace la voix qui lui manque par l'écriture et la mimique. Certains aphasiques en sont aussi à ce point; ils traduisent leurs idées par l'écriture ou par des gestes très-intelligibles; mais ceux-là, comme nous le verrons plus tard, forment une classe peu nombreuse.

Quand nous nous appliquons à étudier cliniquement l'influence que les troubles matériels du cerveau apportent dans les actes intellectuels, nous constatons d'abord ce fait capital que les parties ganglionnaires du cerveau sont très-certainement celles dont la lésion entraîne la perturbation la plus grande dans notre être moral. Quand il s'agit d'un ramollissement ou d'une hémorrhagie, si l'on compare ces lésions de la périphérie avec les mêmes lésions atteignant le centre, les corps striés, les couches optiques, on est certain que l'intelligence sera plus troublée dans ce dernier cas; mais il y a, ou du moins il y aurait dans ces troubles, selon quelques médecins, quelque chose de différent et de particulier suivant la nature même de la lésion. Ainsi, Récamier avait établi que quand une partie même centrale est frappée de ramollissement, le sujet conserve le plus ordinairement une somme d'intelligence beaucoup plus grande, quand cette même partie est frappée par une hémorrhagie. C'était là une opinion tellement arrêtée chez lui, qu'il regardait la conservation ou l'abolition de l'intelligence et de la sensibilité comme le signe distinctif entre le ramollissement et l'hémorrhagie. Aussi quand il se trouvait en face d'un malade offrant une paralysie complète du mouvement et la conservation de la sensibilité et de l'intelligence, il diagnostiquait un ramollissement du cerveau. Au contraire, lorsque les trois grandes fonctions, sensibilité, motilité et intelligence étaient parallèlement affaiblies ou abolies, il se prononçait pour une hémorrhagie.

Aujourd'hui les cliniciens admettent qu'en général le ramollissement même aigu touche moins l'intelligence que l'hémorrhagie, mais il n'en est pas moins vrai que certains ramollissements aigus abolissent tout à la fois l'intelligence, la sensibilité et le mouvement, et que, d'autre part, des hémorrhagies ne frappent quelquefois que l'une ou l'autre de ces grandes fonctions ou ne les frappent qu'incomplétement.

Mais nous allons voir quelque chose de plus singulier.

Lorsque les parties centrales ou ganglionnaires, corps calleux, voûte à trois piliers, corps striés, couches optiques, centre ovale, sont tout à fait exemptes de lésion et que la périphérie seule est altérée, on observe assez communément de grands troubles de l'intelligence et de la motilité. Depuis les travaux si consciencieux de Royer-Collard et de M. Calmeil, il est accepté partout que la phlegmasie chronique des membranes et d'une portion très-superficielle de la substance grise amène la paralysie générale avec les grands troubles moraux que nous connaissons. Ainsi donc il faut admettre ici que, dans nos cliniques à nous, parmi les malades que nous recevons, la plus grande perturbation correspond à des altérations des parties ganglionnaires centrales, tandis que dans les hospices d'aliénés les plus grands troubles correspondent à des lésions de la périphérie du cerveau et des membranes.

Mais il y a tout de suite une observation à faire à propos des troubles qui caractérisent l'aphasie. Un homme est frappé d'hémorrhagie dans les parties centrales, ou bien il a cette phlegmasie superficielle du cerveau qui donne lieu à la paralysie générale des aliénés : il ne parle plus. Est-il aphasique? Non, il est dans la stupeur ou dans la démence, il a perdu une grande partie de ses facultés intellectuelles, et quelquefois aussi il offre un dérangement dans la mise en action des puissances qu'il continue à posséder, circonstance qui caractérise l'aliénation mentale, état bien différent de la stupeur et de la démence. Ce n'est point là de l'aphasie.

L'aliénation mentale n'est pas l'imbécillité; c'est cet état d'un homme qui a perdu le sens commun. Prenons des exemples pour mieux faire comprendre notre pensée. Soit un homme avancé en âge et à l'époque de la caducité. Il est, relativement à ce qu'il était trente ans auparavant, dans un état de démence; le peu d'idées qu'il conservera seront parfaitement coordonnées; c'est un être qui a peu d'idées, mais non un aliéné, car ses idées ont de l'ordre, du sens commun. Au contraire, celui qui n'a perdu aucune de ses idées, mais qui les coordonne mal, celui-là est atteint d'aliénation mentale, son intelligence est désordonnée, tandis que chez le dément, l'imbécile, elle est affaiblie seulement.

Ce dément par caducité, par hémorrhagie ou par ramollissement, s'il n'a que cent idées à son service, les coordonnera, les manifestera par la parole, par l'écriture, par les gestes, s'il n'est paralysé ni de sa langue ni de ses membres. Mais l'aphasique, bien qu'il ait conservé les mouvements de ses membres, qu'il ait la parfaite liberté de sa langue, l'aphasique ne peut exprimer ses pensées ni par la parole, ni par l'écriture, ni par les gestes. Nous avons vu, il est vrai, des aphasies pures, simples, dans lesquelles la faculté d'écrire et d'exprimer par la mimique subsiste, mais c'est l'exception. Chez le plus grand nombre d'entre eux, il n'en est pas ainsi; tandis que chez le paralytique ordinaire, chez le dément, chez l'aliéné, les idées peuvent toujours se traduire par les expressions convenues, parole, écriture, mimique. Il existe donc une très-grande différence entre les déments aliénés et les aphasiques proprement dits.

Notons maintenant ce qui se passe chez ceux-ci. Sous un certain rapport, ils ont l'air d'avoir des idées, et ils en ont en effet une certaine somme, mais ils ne peuvent pas les exprimer. En conséquence, et étant admis qu'une certaine portion de l'encéphale est lésée dans cette maladie, on en a inféré qu'il existe dans le cerveau une cause qui préside à certaines manifestations de l'intelligence, particulièrement à celle qui consiste dans l'expression parlée, à la parole. Quoique la phrénologie ne soit plus aujourd'hui que de l'histoire, quoique la physiologie, la clinique, l'anatomie pathologique, le sens commun enfin et l'observation générale aient démontré l'inanité des idées de Gall et de Spurzheim, qui ont eu tant de vogue à une époque peu éloignée de nous, cependant il est difficile de ne pas admettre que certaines portions de l'encéphale ne soient le siége de certaines manifestations de l'intelligence.

M. Bouillaud, qui avait beaucoup étudié le système de Gall, et qui avant 1825 était son élève rempli d'admiration, établissait à cette époque que la portion antérieure du lobe frontal est l'organe régulateur de la parole. Depuis, il a recueilli des faits extrêmement nombreux, et en 1848 il a lu à l'Académie de médecine un mémoire dans lequel il cherchait à corroborer par de nouvelles observations cette attribution qu'il accordait à la partie antérieure du lobe frontal. A sa suite, MM. Bonnafont et Auburtin ont rapporté d'autres faits tendant à confirmer cette opinion de M. Bouillaud.

Qu'y a-t-il d'exact en cela?

Il faut dire qu'en général les grosses lésions du lobe frontal, quoique ne privant pas l'individu des apparences de son intelli-

---

(1) Voir les numéros des 12, 19 et 26 janvier. — Nous venons de recevoir de M. le docteur Guéniot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, une observation d'aphasie qu'il a recueillie il y a six ans à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Voillemier. Nous la publierons dans un des prochains numéros.

gence, le privent de la faculté d'exprimer les choses de cette intelligence par la parole et par l'écriture. Il reste donc établi ce fait général, que les lésions du lobe frontal, dans quelque partie que ce soit, exercent une influence très-grande sur la manifestation expressive de l'intelligence par la parole. Est-ce à dire que le lobe frontal soit l'organe coordinateur de la parole? Nous ne le croyons pas; car nous voyons qu'en même temps les individus sont privés de la faculté de traduire leur pensée par l'écriture, par la mimique, ce qui conduit forcément à admettre que le lobe frontal est en outre le législateur de l'écriture, de la mimique, des expressions du visage. M. Bouillaud n'aurait donc pas tout vu, puisqu'il se borne à attribuer au lobe frontal une action sur la parole seule.

Mais voyons si tous les faits répondent bien à l'opinion de cet éminent observateur. M. Chassaignac rapporte l'histoire d'un homme qui eut les bosses coronales et une partie des lobes frontaux entamées par un boulet de canon. A peine revenu à lui, il parla et continua d'articuler tant qu'il vécut; il n'eut pas un seul moment d'aphasie.

M. Maisonneuve rapporte un fait du même genre. Un homme avait reçu un moellon sur le front; il offrait une attrition des lobes frontaux; malgré cela, il parlait et il a continué de parler.

Il y a quinze ans, un de mes élèves faisait l'autopsie d'une vieille folle morte à la Salpêtrière, épileptique, parlant beaucoup, vociférant même tant qu'elle a été en vie. Il trouva une tumeur cancéreuse qui avait détruit une partie des lobes frontaux. Le fait fut montré à M. Baillarger, à M. Lelut, et communiqué à M. Bouillaud.

En mars 1825, alors que, jeune docteur, j'étais allé continuer mes études sous la direction de M. Bretonneau, voici le fait dont je fus témoin à Tours. Deux officiers de cavalerie s'étaient pris d'une querelle qui se termina par un combat singulier. L'arme choisie fut le pistolet. Les deux adversaires se rendirent sur le terrain en habit bourgeois, et comme il pleuvait à torrents, l'un d'eux avait enfoncé son chapeau sur sa tête autant que la coiffure avait pu entrer. Ce fut lui qui essuya le premier feu, et il reçut une balle qui, traversant le bord et le ruban du chapeau, entra par la tempe droite et sortit par l'autre côté. Ce malheureux fut jeté par terre, et on nous l'amena à l'hôpital. Nous étions tous réunis autour de lui, avec la parfaite certitude que le pauvre jeune homme serait mort dans quelques heures. Cependant, on ne pouvait l'abandonner à lui-même. Le temporal gauche, qui faisait bosse, fut ouvert, et on enleva le projectile. Par la plaie d'entrée, une portion du cerveau grosse comme une noisette était sortie et fut trouvée sur le bord du chapeau. Pendant l'opération, le blessé nous remerciait de la main et murmurait: Merci. Il survint un peu de stupeur, de la fièvre, une tuméfaction énorme des ouvertures d'entrée et de sortie de la balle, et après huit ou dix jours la stupeur diminua et le blessé parla de mieux en mieux. A un mois de là il se leva. Il prit dès lors l'habitude de descendre et de passer une partie des journées de convalescence à la salle de garde. Pendant quatre mois qu'il resta ainsi au milieu de nous, il ne cessa d'être l'homme le plus gai, le plus plaisant et le plus spirituel; il ne tarissait pas. Rentré dans sa chambre, il écrivait des pièces de théâtre: il était vaudevilliste, quoique capitaine de cavalerie. Vous voyez qu'il n'avait pas le moindre degré d'aphasie.

Vers le cinquième mois, il se plaignit de maux de tête, il fut pris de vomissements, et il mourut.

A l'autopsie, nous trouvâmes un trajet de balle à travers les deux lobes frontaux et une esquille logée près du corps calleux, laquelle avait déterminé un ramollissement qui avait tué ce pauvre jeune homme. Le fait intéressant, c'est bien certainement qu'une si grave lésion des lobes frontaux n'ait pas amené d'aphasie.

Maintenant, une petite observation. Dans les faits que nous venons de citer, nous ne voyons que la partie antérieure des lobes frontaux qui soit lésée; la partie postérieure reste intacte, et c'est ici que nous entrons dans la discussion de l'opinion de M. Broca.

M. Broca dit que l'on a eu tort de regarder la portion antérieure du cerveau, ainsi que le centre des lobes frontaux, comme faisant partie de l'organe coordinateur de la parole. Cette fonction n'appartient, selon lui, qu'à la portion postérieure, et encore à une partie limitée, spéciale, de cette portion postérieure. Quelles sont donc les limites du lobe frontal? Il comprend tout l'espace situé entre le sillon de Rolando, la scissure de Sylvius et la voûte orbitaire en bas. Cet espace est considérable et occupé par des circonvolutions qui constituent le lobe. Or, d'après M. Broca, la partie postérieure de la troisième circonvolution serait cet organe coordinateur de la parole. Voyons si les faits rapportés par lui suffisent pour confirmer cette opinion.

M. Broca avait à Bicêtre un homme qui pendant longtemps était resté aphasique. Il succomba à une maladie chirurgicale. On en fit l'autopsie avec le plus grand soin et l'on trouva un ramollissement de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale du côté gauche. N'omettons pas de rappeler que cet individu était à Bicêtre pour son aphasie et une paralysie du côté droit. Dans un autre cas d'aphasie avec paralysie du côté droit, il constata encore la même lésion. L'autopsie que, de notre côté, nous fîmes l'an dernier de cet aphasique, qui n'avait à son service d'autre mot que af..., af..., et sur la fin une sorte de soupir f..., f..., et qui avait également une paralysie à droite, cette autopsie, faite en présence de M. Broca, qui eut la bonté de nous y aider, nous démontra que c'était encore à la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche que se trouvait l'altération. D'autre part, 8 faits ont été observés et publiés par M. le docteur Charcot, tous caractérisés par la paralysie du côté droit et la lésion du même point identique du cerveau. M. Vulpian en cite deux, pour son compte, absolument semblables aux précédents. Enfin nous avons recueilli 8 cas d'aphasie, tous, à l'exception d'un seul, avec paralysie du côté droit, par conséquent avec lésion dans les parties gauches du cerveau. D'après ces observations assez nombreuses, il convient d'admettre ces deux points: 1° que dans l'aphasie il y a des phénomènes paralytiques du côté droit coïncidant avec une lésion de la moitié gauche de l'encéphale; et 2° que la lésion précise siége à la partie postérieure de la troisième circonvolution du lobe frontal gauche. Cette expression générale des faits cliniques a des exceptions. L'an dernier, en présence de MM. Broca et Charcot, nous avons trouvé chez un homme mort aphasique une lésion siégeant à côté du corps strié gauche; la troisième circonvolution frontale gauche était absolument saine dans toute son étendue.

Il y a d'autres exemples à citer. M. Frémy rapporte l'autopsie d'un individu paralysé du côté gauche, mais non aphasique; la partie postérieure de la troisième circonvolution du côté droit était profondément altérée. La conclusion de M. Frémy fut celle-ci: que la lésion de la partie postérieure de la troisième circonvolution ne suffit pas pour déterminer l'aphasie, que cette circonvolution n'est pas l'organe régulateur de la parole.

M. Parot a observé aussi une lésion de la partie postérieure de la troisième circonvolution du côté droit sans aphasie.

Enfin, tout dernièrement, M. Vulpian a rapporté un fait absolument semblable.

Par conséquent il faut admettre cette conclusion, que la lésion de la troisième circonvolution du côté droit amène la paralysie du côté gauche, mais n'atteint pas un organe législateur de la parole, ne détermine pas l'aphasie, qu'il n'y a que la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche qui préside à la parole. Nous avouons que la thèse de M. Broca consistant à soutenir qu'une portion gauche du cerveau a sous sa dépendance une fonction très-importante, une manifestation très-particulière de l'encéphale, tandis que la portion analogue dans le côté droit ne participerait pas à cette fonction, nous avouons que cette thèse nous paraît la plus antiphysiologique que l'on puisse soutenir. Cette présomption est déjà très-puissante par elle-même; mais voici qu'il nous a été donné récemment de prouver par une démonstration clinique à laquelle il ne manque que la vérification autopsique, que l'affirmation de M. Broca pourrait bien ne plus être soutenable, et que si les individus atteints de lésion grave du côté gauche sont aphasiques, d'autres individus ayant une lésion du côté droit peuvent l'être aussi. Nous avons dans notre service un malade qui est aphasique et paralysé à gauche; il a donc une lésion à droite, probablement de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale du côté droit. Par conséquent l'organe législateur de la parole n'est pas seulement à gauche, mais très-vraisemblablement aussi à droite, et la physiologie n'a plus à s'étonner d'une singularité inexplicable.

De tout ce qui précède, nous sommes en droit de conclure que dans l'aphasie la lésion est le plus ordinairement dans la circonvolution gauche; que dans quelques cas exceptionnels elle siége dans le même point de la moitié droite du cerveau; quelquefois encore l'aphasie existe lors même que la paralysie est à droite, sans qu'on ait trouvé quoi que ce soit dans cette circonvolution gauche; et enfin, qu'une lésion du lobe frontal gauche, ou mieux de la partie postérieure de la troisième circonvolution gauche, peut exister sans qu'il y ait d'aphasie.

Voilà qui est réglé pour l'aphasie commune, pour celle de *couci-ci* et de Marcou par exemple. Mais que se passe-t-il dans les aphasies transitoires? Nous vous avons rapporté le fait de l'un de nos confrères qui, étant fatigué d'une lecture trop assidue, fut aphasique pendant quelques heures. Nous pourrions vous citer le cas tout à fait analogue dans lequel se trouva un étudiant en médecine, lequel, au milieu d'une variole modifiée et pendant que l'éruption se faisait, fut tout à coup pris d'aphasie avec impossibilité d'écrire. Cet état dura quelques heures seulement, et se dissipa complétement après ce court laps de temps. Que s'était-il passé du côté du cerveau dans ces deux cas? Evidemment, il n'existait ni hémorrhagie, ni ramollissement dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale, une pareille lésion ne se concilierait ni avec les phénomènes observés, ni avec la rapidité de leur disparition; mais il est parfaitement possible qu'il y ait eu là une modalité, une manière d'être de la pulpe cérébrale en vertu de laquelle la fonction se trouvait troublée, abolie.

La pulpe cérébrale reçoit évidemment une modification dans l'épilepsie: nous ne savons laquelle. Ce que nous savons seulement, c'est que ce n'est ni un ramollissement, ni une hémorrhagie, ni même une congestion.

Nous voyons souvent des névroses dans lesquelles l'intelligence, la sensibilité et le mouvement sont profondément modifiés pendant un certain temps, mais nous ne connaissons pas l'espèce de lésion qui donne lieu à ces phénomènes étranges. D'après cela, nous sommes autorisés à dire que dans cette aphasie passagère il y a également une modalité nerveuse, comme il y en a une dans l'épilepsie, dans l'hystérie et dans d'autres névroses.

Pour en finir avec l'aphasie, nous admettons qu'il en a été observé trois variétés bien distinctes, ou trois formes principales:

1° L'aphasie simple, la plus rare, dans laquelle l'individu est subitement en proie à l'impossibilité de prononcer un seul mot, conservant nonobstant la plénitude de son intelligence et la faculté de la manifester par l'écriture, par les gestes;

2° Une autre forme, dans laquelle l'individu perd absolument et complétement la mémoire des mots. Celle-là survient à la suite ou dans le cours de certaines maladies aiguës. Ainsi, cette dame qui, entrant en convalescence d'un érysipèle, perdit tout à fait la mémoire des mots de la langue et ne la récupéra que peu à peu par un exercice intelligent, méthodique et obstiné. Nous pouvons vous citer en outre deux faits analogues observés et relatés par M. Boucher, professeur à l'École secondaire de Dijon, et survenus dans une épidémie de dothiénentérie. Ce médecin constata deux faits d'aphasie de cette forme, l'un chez un jeune garçon de treize ans, qui ne pouvait plus répondre que *non* à toutes les demandes qu'on lui adressait; et l'autre chez un enfant de trois ans, qui avait absolument oublié tous les mots qu'il connaissait auparavant. L'an dernier, nous avions dans notre service une femme qui, pendant la convalescence d'une dothiénentérie, perdit aussi la mémoire de tous les mots.

3° Enfin, la forme la plus commune est celle dans laquelle les individus sont privés de la faculté de parler, d'écrire, de faire des gestes expressifs, c'est-à-dire de tous les moyens de manifester leur intelligence; c'est celle dont nous avons en ce moment deux exemples dans notre service, et dont nous possédons dix à douze observations prises tant dans nos salles que dans notre clientèle; celle enfin dans laquelle on trouve plus particulièrement ces grosses lésions des lobes frontaux que M. Broca a le premier signalées.

Nous recevons de M. Civiale, avec prière de l'insertion, la lettre suivante:

Monsieur le Rédacteur,

Les leçons de M. Nélaton sur la lithotritie à l'hôpital des Cliniques, reproduites dans la *Gazette des Hôpitaux*, exigent de ma part quelques observations que je recommande à votre impartialité.

Je dirai d'abord que depuis vingt années je n'ai eu avec M. Nélaton que des rapports agréables; je l'ai aidé de mes conseils lorsqu'il lui a plu de les réclamer, et dans mon discours à l'hôpital Necker je n'ai fait allusion à ce professeur que pour constater qu'il m'avait fait l'honneur d'adopter mes instruments de lithotritie.

M. Nélaton m'attaque, le 5 janvier, sans y avoir été provoqué. Il prend dans une fraction de mon discours quelques phrases détachées, il les encadre avec art, et il insinue que l'auteur de ce discours a manqué aux égards qu'il doit à ses confrères et porté atteinte à leur considération.

Cette imputation n'est même pas vraisemblable. Comment M. Nélaton a-t-il pu supposer que, parvenu presque au terme d'une vie consacrée à l'étude, au progrès de l'art et à l'exercice de la profession, et dans une position indépendante, j'aie eu la pensée d'attaquer mes confrères, qui tous (moins un peut-être) me rendent pleine justice?

De quoi s'agissait-il, en effet, dans mon travail? Uniquement de l'application de la lithotritie et des moyens de la perfectionner.

J'ai fait appel à mes confrères; dans une question d'humanité et de pratique générale, j'ai cru pouvoir compter sur leur bienveillant concours. J'ai indiqué en passant les points à élucider.

Assurément M. Nélaton a, comme tout autre, le droit de réfuter mes opinions, de discuter mes doctrines, sans que je m'en offense: chacun doit être reçu à dire honnêtement sa pensée, à proclamer librement ce qu'il croit vrai, à rejeter de même ce qu'il croit faux. La discussion scientifique soutenue dans la seule intention d'accroître et de fortifier les vérités acquises, attire l'intérêt de tous, et fait concourir au progrès de la science et de l'art les connaissances spéciales de chacun. Ainsi se propagent les vérités pratiques, après avoir subi le contrôle de la discussion.

Dans le débat soulevé par M. Nélaton, les personnalités tiennent peut-être une trop grande place. Sans nous y arrêter, nous suivrons notre contradicteur sur le terrain des faits, et nous ferons en sorte de rester toujours fidèle à la vérité historique.

Quelques mots d'abord sur les instruments lithotriteurs.

I. Il y a pour la lithotritie deux instruments principaux au moyen desquels on a opéré à peu près jusqu'à ce jour le broiement de la pierre dans la vessie: le trilabe et le litholaste. Je me suis servi du premier exclusivement de 1824 à 1835; depuis cette dernière époque j'emploie le second dans un grand nombre de cas que j'ai déterminés, en faisant connaître les motifs de ce changement dans ma pratique.

M. Nélaton vient de présenter le trilabe aux élèves en disant qu'il n'a été employé que par moi, qu'il est inusité, incommode, plus propre à pincer, à déchirer la vessie, qu'à détruire la pierre, et qu'on le trouve seulement dans les musées historiques.

Cependant ce trilabe, à l'occasion duquel M. Nélaton donne à entendre que j'abuse les chirurgiens en leur présentant des moyens dont je ne me sers pas, ce trilabe est l'instrument avec lequel j'ai fait ma première opération de lithotritie en 1824; j'ai traité ensuite plus de trois cents malades, presque toujours heureusement, en continuant de m'en servir, et le même instrument a également été employé avec succès par divers chirurgiens, en Angleterre, en Amérique, en Italie et en Allemagne.

Si l'habile chirurgien avait suivi l'histoire réelle de cet instrument, il aurait reconnu que l'Académie des sciences de l'Institut de France, que l'Académie des sciences de Gœttingue, que Ast. Cooper, Scarpa, Ch. de Graeff, Randolph Pacini, et tous les chirurgiens en général, ont reconnu l'utilité de cet instrument et des travaux dont il a été l'objet, et il ne se trouverait pas aujourd'hui si loin de la vérité.

Sans prendre la peine de faire des recherches, il pouvait consulter là-dessus son collègue M. Velpeau, qui s'exprimait ainsi en 1827: « Je suis convaincu qu'avec les instruments qu'il emploie (le trilabe), l'intelligence la plus commune parviendra aisément à terminer l'opération.... Il est presque impossible de pincer la vessie.... et la pierre est si facile à saisir que j'ai vu M. Civiale la lâcher, la reprendre, la tourner et retourner avec autant de facilité que s'il eût opéré dans un vase à découvert ». (*Arch. génér. de méd.*, t. XV, p. 159.)

Après avoir relégué le trilabe dans les musées historiques, et sans s'arrêter à mes travaux, M. Nélaton trouve sous sa main le litho-

claste à mors plats et larges et à écrou brisé, dont il change le nom et qu'il appelle brise-pierre à cuiller, et il le recommande aux élèves comme l'instrument le plus parfait.

Eh bien, cet instrument fut construit pour moi et d'après mes indications par notre habile fabricant M. Charrière.

On sait que pour fabriquer un instrument nouveau de chirurgie, en vue d'opération importante, il faut le concours d'un chirurgien et d'un mécanicien représentant les deux éléments dont l'instrument se compose.

Mon confrère, dans son *Traité classique*, aussi bien que dans sa leçon, a mis le chirurgien de côté; il a fait du lithoclaste une invention du mécanicien exclusivement.

Encore un mot sur les instruments : ce n'est pas, d'après M. Nélaton, sans une grande résistance que M. Civiale aurait accepté les instruments courbes dont il se sert aujourd'hui avec tant de bonheur. L'instrument courbe auquel il fait allusion est le *percuteur*.

Je me suis élevé contre l'emploi généralisé de cet instrument, parce qu'il me paraît inutile; tandis que *l'instrument courbe dont je me sers avec tant de bonheur*, c'est ce même lithoclaste que j'ai fait construire en 1836, que j'emploie très-souvent depuis cette époque, et auquel M. Nélaton veut bien donner son approbation. Ainsi, pas d'équivoque. Que cet instrument soit appelé lithoclaste ou brise-pierre, on ne saurait, sans enfreindre les principes élémentaires de l'équité, attribuer à un autre qu'à moi l'introduction de cet instrument dans la pratique. Or, M. Nélaton ne s'en est pas tenu à une substitution de noms, il a eu recours à une substitution de personnes, et cela dans une leçon publique!

II. Si de l'appareil instrumental de la lithotritie nous passons à la manière de l'appliquer au traitement des calculeux, nous retrouvons dans l'exposé de M. Nélaton le même parti pris de présenter sous un faux jour et mes procédés et ma méthode opératoire, tels que je les ai exposés cent fois, au point de les rendre vulgaires, et au moyen desquels j'ai obtenu les résultats pratiques indiqués dans mon discours et consignés dans mes écrits.

Tant d'efforts ne tendent qu'à persuader aux élèves que les spécialistes ne pratiquent pas la lithotritie suivant les règles, et le but qu'on poursuit visiblement est de confisquer cette méthode au profit de l'école encyclopédique et de l'absorber dans la pratique générale. On est conduit par ce système à une conclusion implicite que je formule ainsi : *M. Civiale ne sait pas appliquer l'art de broyer la pierre.*

En attendant que l'habile chirurgien fasse sa démonstration, je ferai remarquer qu'en reproduisant à sa clinique, au sujet de la préparation du malade et des premiers temps de l'opération, un extrait de ce que j'ai exposé (V. *Traité de la lithotritie* et *Gazette des Hôpitaux*, avril et mai 1863), il l'a tellement écourté, et le présente d'ailleurs d'une manière si peu exacte, qu'en définitive sa leçon est tout à fait impropre à faire connaître ce qu'il convient de faire dans cette partie du traitement.

M. le professeur parlant seul dans sa chaire se donne facilement raison; mais, en réalité, il est si à côté du vrai que ses assertions pourraient induire les jeunes chirurgiens en erreur : c'est ce qui me détermine à les examiner.

Comme les précédentes, ces nouvelles remarques pourront ne pas avoir l'assentiment du célèbre professeur; je ne les regretterai pas, toutefois, si elles ont la bonne fortune de servir la nouvelle méthode, de rendre quelques chirurgiens plus circonspects dans ses applications, de leur dévoiler des obstacles méconnus.

Disons tout d'abord que M. le professeur Nélaton, par son enseignement autant que par sa pratique, a mis en pleine évidence l'utilité des remarques que j'ai présentées sur la manière dont on procède généralement à la lithotritie, et il a prouvé en même temps que les méprises qui ont été commises à cet égard sont plus profondes et plus générales que je ne l'ai dit.

Ainsi, le 5 janvier 1864, à l'hôpital des Cliniques, en présence d'un grand nombre d'élèves et pour leur instruction, une opération de lithotritie est pratiquée avec les moyens et d'après les préceptes et les règles qu'on enseigne à la Faculté, et suivant la méthode que le professeur de clinique veut substituer à la nôtre (1).

Comme je ne veux pas imiter mon confrère et lui renvoyer ce qu'il pourrait appeler des récriminations, je me bornerai à examiner quelques points de la manœuvre à laquelle est soumis le malade qu'il traite en ce moment.

1° En adoptant mon lithoclaste pour ses opérations, l'habile chirurgien dit : « *Nous nous servons du brise-pierre courbe, dont l'armature est à pignon ou à écrou brisé : cette disposition est indifférente.* » C'est là une erreur. J'ai démontré qu'en se servant du pignon il y a des temps perdus, la pierre peut s'échapper, et l'on réussit plus difficilement à se débarrasser des débris calculeux. J'appelle l'attention de mon confrère sur ce point; ce qu'il présente comme indifférent ne l'est pas du tout.

2° M. Nélaton a enseigné à sa clinique qu'avant de commencer la séance de lithotritie, il faut introduire une sonde dans la vessie, afin de s'assurer quelle est la position du calcul dans ce viscère.

Pourquoi cette introduction de la sonde? N'est-ce pas là une manœuvre inutile? Elle ne peut qu'augmenter les souffrances du malade; on a vu aussi des accidents se produire à la suite de ces introductions.

3° Tous les praticiens savent qu'en retirant une sonde d'une vessie qui contient des fragments calculeux, il est prescrit de s'assurer d'abord si quelques fragments ne seraient pas engagés dans les yeux de la sonde.

M. le professeur ne prend pas cette précaution et il retire la sonde sans se douter même qu'il ramène quelques débris pierreux. Cela

(1) Je ne saurais dire l'impression qu'a faite sur moi le récit du professeur, ou du moins le compte rendu approuvé par lui de tout ce qui s'est passé chez un malade attaqué de la pierre, qu'on traite depuis six mois, et de la vessie duquel on a retiré, par des procédés irréguliers, quelques débris de calculs dont on n'indique pas même la quantité, et qui se trouve réduit, après un grand nombre de manœuvres, à l'état indiqué par le professeur lui-même : « Le malade, dit-il, conserve encore des graviers » que je me propose d'extraire devant vous...; mais il a, en achevant d'uriner, des douleurs dont l'intensité va croissant et atteint son maximum » après que les dernières gouttes ont été rendues; il y a du ténesme vésical, et vous reconnaissez là un des principaux caractères de la cystite » chronique. »

Voilà l'opération sur laquelle le célèbre professeur appelle l'attention de ses élèves.

peut ne pas avoir de conséquences pour M. Nélaton. Mais ceux qui le voient à l'œuvre et qui recueillent ses préceptes n'auront peut-être pas le même privilége, et ils seront exposés, en l'imitant, à rencontrer des accidents graves qui sont malheureusement trop communs. Un des collègues de M. le professeur en a observé un des plus formidables, il y a peu de temps, et l'on en connaît beaucoup d'autres; presque toujours la mort s'en est suivie.

Ici se présente une question importante de pratique, elle doit fixer sérieusement l'attention de l'éminent chirurgien.

4° A l'exception de quelques cas déterminés, le malade soumis à la lithotritie expulse naturellement avec l'urine et très-rarement avec douleur les débris de la pierre suffisamment broyée, et cela sans l'intervention du chirurgien.

Cependant, on a proposé de généraliser l'emploi du procédé de l'extraction immédiate. C'est ce procédé que M. le professeur a adopté, sans s'apercevoir que ses applications sont pleines d'incertitude et de danger. Il connaît, sans doute, les faits malheureux de Dupuytren, de Brodie et d'autres, et les remarques pleines de justesse que le chirurgien anglais a faites à ce sujet, qui est l'un des plus intéressants du traitement des calculeux par la lithotritie.

Pourquoi conseiller aux jeunes chirurgiens des procédés difficiles et dangereux, lorsque l'art en possède d'autres qui sont préférables sous tous les rapports?

5° Tous ceux qui pratiquent régulièrement la lithotritie, savent que la première séance de broiement est toujours la plus douloureuse; les suivantes le sont de moins en moins, et, lorsque le traitement se prolonge, le malade souffre à peine du contact des instruments. Ce résultat depuis longtemps acquis à la pratique de la nouvelle méthode est d'autant plus certain que les séances sont moins longues et qu'on observe plus exactement les règles prescrites. En faisant connaître l'importance de ce fait, depuis longtemps et à diverses reprises, j'ai signalé une particularité qui paraît avoir échappé à la sagacité de M. Nélaton.

Ce fait de l'insensibilité progressive des surfaces sur lesquelles on agit, ne se produit que lorsqu'on procède régulièrement à l'opération. Si l'opérateur violente les organes, ou s'il les fatigue par des introductions répétées, ou des contacts prolongés, ou des manœuvres irrégulières, etc., au lieu de diminuer, la sensibilité des surfaces touchées augmente, et sous cette influence la contraction des tissus sous-jacents s'accroît, les troubles fonctionnels de la vessie deviennent de plus en plus graves, la miction est douloureuse, et la cystite se manifeste avec ses conséquences.

Eh bien, on remarque quelque chose de tout cela chez le malade opéré à l'hôpital des Cliniques. Les premières séances furent, nous dit-on, bien supportées; il n'en a pas été de même des suivantes. La manœuvre opératoire n'a donc pas été régulière, et ce qui le prouve dans ce cas particulier, c'est une remarque de M. Nélaton lui-même; il dit : « Les douleurs consécutives aux introductions du *brise-pierre* n'ont été un peu vives qu'après les dernières séances de lithotritie, où j'avais trois fois passé le brise-pierre à cuiller (1). »

Si l'habile professeur daignait recevoir encore le conseil d'un spécialiste, je lui dirais : Manœuvrez dans la vessie avec plus de précaution; laissez à ce viscère le soin d'expulser les débris pierreux; abstenez-vous de ces introductions répétées d'instruments par l'urèthre, toujours pénibles, et qui doivent être exclusivement réservées aux cas qui les réclament. En procédant comme je l'ai fait en votre présence chez le malade de la rue Bellechasse, vous n'aurez pas d'accidents; vos malades guériront, et vos élèves, éclairés par une pratique moins imprudente, sauront éviter la fausse voie dans laquelle vous êtes engagé.

Que M. le professeur veuille reconnaître les désordres nombreux et variés observés pendant et après l'extraction immédiate des fragments calculeux, même par les hommes les plus éminents de la profession, et il accordera sans peine qu'un grand nombre d'opérés succombent à la suite de ces extractions immédiates.

Mes procédés, que l'habile professeur accueillait naguère avec faveur, il les répudie aujourd'hui avec une sorte de dédain, sans toutefois cesser d'y recourir.

Il a fait remarquer aux élèves que l'urèthre de son malade n'a pas saigné pendant l'opération, qu'il *a compté pour obtenir ce résultat sur la lenteur et les ménagements dans l'introduction des instruments lithotriteurs.*

Mais cette manière de procéder ne vient pas de l'hôpital des Cliniques; il y a près de quarante ans que je l'ai établie, et je l'ai souvent reproduite, toujours pour lutter contre les habitudes de la pratique générale, où c'est un précepte d'aller vite et brusquement. Faut-il rappeler au célèbre professeur que l'urèthre de certains calculeux ne saigne pas, même dans les cas compliqués? En général, d'ailleurs, l'urine n'est teinte de sang qu'aux premières séances; or, le malade de M. Nélaton était fait aux manœuvres opératoires.

Quelque hâte que j'aie d'en finir avec ce que M. Nélaton appelle des *banalités*, je ne puis pas me dispenser d'ajouter encore quelques mots au sujet du malade qui est en ce moment entre les mains de notre habile confrère.

Lui-même nous le présente *comme un sujet d'étude des plus importants*, sans toutefois qu'il paraisse fixé sur le genre d'intérêt qu'il présente.

C'est un de ces hommes qui semblent faits pour les expériences à exécuter dans la vessie; on pourrait le comparer à ceux dont parle M. Tanchou, qui lui louaient leur vessie à 3 fr. la séance pour des

(1) M. Nélaton a déjà observé cette réaction des organes, sur lesquels il avait agi sans les précautions nécessaires; chez un malade dont il parle dans sa deuxième leçon, et pour lequel il avait réclamé mon expérience, le traitement dut être interrompu, et je fus appelé.

M. Nélaton paraît se plaindre de ce qu'à la consultation j'ai laissé paraître de l'incrédulité au sujet du récit qu'il me fit de ce qui s'était passé.

Le malade, me disait-on, avait très-bien supporté cinq séances de lithotritie; il ne restait plus dans sa vessie qu'un seul fragment qu'on se proposait d'extraire, lorsque survinrent les obstacles qui m'étaient signalés.

Cela me parut extraordinaire; je crus reconnaître là les suites ordinaires de violences exercées sur le col vésical. Ce qui confirme cette opinion, c'est que l'opération est redevenue possible lorsque les effets de la violence ont cessé. Il y avait donc là une inconnue qui commandait une grande réserve de ma part.

Sur la demande de mon confrère, j'introduisis une sonde, et en cherchant à la remplacer par mon lithoclaste, qui fut arrêté au col, je ne le poussai pas plus loin.

exercices de lithotritie. C'est un de ces hommes qu'on ne parvient pas à tuer, aurait dit S. Astley Cooper.

Depuis plus d'un an ce malade est en traitement pour la pierre.

Depuis plus de six mois qu'il est entré à l'hôpital des Cliniques, on travaille dans sa vessie, toujours pour le débarrasser de la pierre.

A cette fin, on a introduit par l'urèthre un grand nombre d'instruments coup sur coup, ou à des intervalles éloignés; on a manœuvré dans sa vessie de toutes les manières pour saisir et morceler la pierre, pour chercher à saisir et à extraire ses débris, etc.

Il ne viendra assurément à l'esprit d'aucun praticien de considérer un tel sujet comme un modèle à proposer dans les applications de la lithotritie, et les élèves de M. le professeur Nélaton doivent être bien persuadés qu'ils n'auront probablement pas de malades analogues dans leur pratique. Ils ne sauraient donc trop se tenir en garde contre les inductions pratiques qu'on pourrait vouloir tirer de ce fait.

En effet, l'habile professeur dit à ses auditeurs : « Voyons maintenant quelles indications nous avons à remplir, et comment doit » être pratiquée la lithotritie; vous allez retrouver des préceptes » que je vous ai enseignés à l'occasion de ce *même malade*, et que je » ne saurais trop vous répéter, pour vous en graver dans la mémoire » toute l'importance. »

Evidemment M. Nélaton va trop vite.

Je démontrerai dans un travail que j'imprime en ce moment, que notre savant confrère n'agirait pas trop mal en faisant quelques visites à l'hôpital Necker.

Que M. Nélaton le sache bien : un cas de ce genre n'est pas plus propre à servir de base aux règles de la manœuvre opératoire qu'à faire apprécier la valeur de la méthode, point à l'égard duquel notre savant confrère ne paraît pas fixé.

Il dit en 1864 que la lithotritie est une conquête des plus précieuses.

Il disait en 1858 (*Éléments de pathologie*, t. V, p. 246) « *qu'il ne » saurait répondre d'une manière exacte à la question de savoir si la » guérison est plus fréquente à la suite de la lithotritie que de la » taille.* »

Sans doute le savant professeur apportera, en faveur de l'opinion qu'il exprime aujourd'hui, des preuves autres que celles que peut fournir le malade de son hôpital, malade qui sera toujours un triste sujet pour la lithotritie.

Heureusement cette méthode a des bases plus solides; comme elle a résisté aux attaques antérieures, elle ne s'effraye pas du bruit qu'on fait en ce moment à l'hôpital des Cliniques.

Pendant qu'on s'efforce dans cet hôpital de faire accepter de fausses doctrines, de propager par la voie de la presse et de l'enseignement des procédés défectueux, des manières vicieuses d'opérer, toutes choses qu'on ferait si on avait l'intention de renverser la lithotritie; à l'hôpital Necker on applique cette méthode toujours avec le même succès. Ainsi depuis que M. Nélaton fait tomber toute sa colère sur le service des calculeux et sur son chirurgien, quatre calculeux, dont deux enfants, ont été opérés heureusement par la lithotritie.

Paris, 22 janvier 1864. CIVIALE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 janvier 1864. — Présidence de M. MORIN.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section d'économie rurale, en remplacement de feu M. Renault.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 48,

M. Parade obtient. . . . . . 45 suffrages.
M. Mares. . . . . 2 »

Il y a un billet blanc.

M. Parade ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

— M. B. SCHNEPP lit un mémoire sur *la production, la conservation et le commerce de viande de la Plata, au point de vue de l'amélioration du régime alimentaire en Europe.*

Dans ce travail, l'auteur soumet au jugement de l'Académie les résultats d'observations relatives à l'hygiène alimentaire qu'il lui a été donné de faire sur les rives mêmes de la Plata, ainsi que des observations météorologiques et géologiques.

(Commissaires, MM. Milne Edwards, Boussingault, Payen).

De l'action de l'oxygène sur les animaux. — MM. DEMARQUAY et LECONTE communiquent sous ce titre un mémoire qui est une première partie de leurs recherches sur l'oxygène au point de vue physiologique et thérapeutique.

Lorsque les propriétés si remarquables du chloroforme furent découvertes et que la puissance de cet agent, à la fois merveilleux et terrible suivant la belle expression de M. Flourens, furent démontrées, il était naturel de penser que les médecins et les chirurgiens chercheraient à faire pénétrer par la voie pulmonaire des agents puissants capables d'imprimer à l'organisme malade une modification heureuse. Il n'en fut rien : les efforts tentés eurent presque tous le même but, celui de chercher un succédané à l'éther et au chloroforme. Il eût été naturel cependant de revenir sur les travaux entrepris à la fin du siècle dernier par les médecins et les physiciens de cette époque. La découverte des éléments constitutifs de l'atmosphère, et celle de l'oxygène en particulier, excitèrent parmi les médecins les plus vives espérances; la propriété essentielle de l'air vital de rallumer les corps en ignition, porta quelques médecins, tant en France qu'à l'étranger, à voir dans cet agent le spécifique de la phthisie. Mais bientôt les espérances furent complétement déçues, et Fourcroy fit promptement justice, dans un mémoire resté célèbre, de faits mal observés. Cependant, à la même époque, en Angleterre, Bedoès et Davy avaient retiré de l'application de l'oxygène des résultats remarquables dans des maladies différentes de la phthisie. Depuis, plusieurs médecins eurent recours à l'air vital. M. Pravaz, de Lyon, dans son ouvrage sur l'air comprimé, démontra que les effets si curieux qu'il obtenait étaient dus le plus souvent à l'oxygène. Par suite de recherches persévérantes sur les gaz, auxquelles nous nous livrons depuis quelques années, nous avons dû recourir à l'application de l'oxygène tant sur l'homme sain ou malade que sur les animaux : c'est le résumé succinct de ces recherches que nous nous proposons de faire connaître à l'Académie des sciences. Avant d'appliquer l'oxygène à

l'homme sain ou malade, nous avons fait un grand nombre d'expériences sur les animaux, dans le but :

1° D'établir que ces derniers, ainsi que l'ont constaté MM. Regnault et Reiset, peuvent respirer l'oxygène pendant un temps plus ou moins long sans danger pour leur santé ;

2° D'étudier l'influence que l'air vital exerce sur l'organisme dans lequel il a été introduit, soit directement par la respiration, soit en l'injectant dans le système veineux ;

3° De déterminer le temps pendant lequel les animaux peuvent vivre dans l'oxygène ;

4° Enfin d'étudier les désordres pathologiques qu'entraîne la mort survenue après un séjour démesurément prolongé dans l'oxygène.

Il eût été, en effet, téméraire d'agir sur l'homme sans avoir éclairé notre marche par des recherches physiologiques sur les animaux. Il résulte de nos expériences que les chiens peuvent respirer pendant longtemps de 30 à 40 litres d'oxygène et au delà, sans témoigner après ces inhalations autre chose qu'une vive gaieté et un grand développement de leur appétit. Mais il était important de savoir quelle modification l'oxygène, ainsi respiré, faisait subir à l'organisme. Pour arriver à ce résultat, nous fîmes à des chiens de vastes plaies dans la région axillaire, et lorsque celles-ci furent en voie de guérison, nous soumîmes nos animaux à l'action de l'air vital.

Il fut alors facile de constater :

1° L'injection vive de la plaie ;

2° L'écoulement d'une sérosité transparente à la surface de cette plaie ;

3° La continuation de l'expérience amenait une grande quantité de petites pétéchies ou ecchymoses.

L'oxygène respiré avait donc une action puissante sur les plaies. Il était curieux de savoir si l'oxygène injecté dans le système veineux donnait le même résultat que lorsqu'il était introduit par la voie pulmonaire ; nous fîmes à ce sujet une série d'injections par la veine jugulaire externe, et nous constatâmes les mêmes phénomènes. Ces expériences demandent à être faites avec soin, sans quoi elles amènent la mort de l'animal, ainsi que l'a vu Nysten, par la distension des cavités droites du cœur, et par la présence d'un sang spumeux dans les branches de l'artère pulmonaire. Un fait curieux qui ressort de nos études, c'est qu'il est facile d'injecter dans le système veineux une grande quantité d'oxygène, en prenant la veine-cave au-dessous du foie ou la veine-porte comme siége de l'expérience. Par cette voie nous avons pu injecter près de deux litres d'oxygène, sans tuer l'animal, et sans que le sang veineux dans lequel nous faisions passer cette grande quantité de gaz fût en rien modifié dans sa couleur ; la rate seule, comme si elle était un organe d'hématose, prit une teinte rouge écarlate ; toutes les veines abdominales devinrent turgescentes, comme si, sous l'influence de l'oxygène, la masse sanguine se fût accrue.

Nous savions, par les expériences de Bedoès et Broughton, et par celles plus récentes de MM. Regnault et Reiset, que des animaux pouvaient vivre longtemps dans une atmosphère d'oxygène ; mais ce qu'il était important d'étudier, c'était de déterminer quelles modifications le sang et tout l'organisme des animaux mis en expérience avaient subies, choses qui avaient été incomplétement étudiées par les deux auteurs anglais que nous avons cités plus haut.

Il résulte de ces recherches :

1° Que des lapins ont vécu de 14 à 17 heures dans de l'oxygène ;

2° Qu'à la mort des animaux nous trouvions tout le système musculaire extrêmement turgescent;

3° Que le système veineux et le système artériel avaient conservé leur coloration normale, contrairement à l'opinion de Broughton;

4° Qu'aucun organe, quelque vasculaire qu'il fût, n'était le siége ni d'inflammation ni de gangrène, contrairement à l'assertion de Bedoès ;

5° Que le système musculaire avait pris une teinte rosée toute particulière.

(Commissaires, MM. Andral et Cl. Bernard.)

Opération d'ovariotomie pratiquée à Alais le 9 janvier 1864. — Note de AUPHAN.

La malade était une jeune fille de vingt ans, dans des conditions excellentes de santé, et dont la tumeur, ayant son siége dans l'ovaire droit, ne remontait guère au delà de quatorze mois.

Trois ponctions avaient été faites successivement, en avril, juin et juillet 1863, et n'avaient donné lieu qu'à l'issue d'une très-faible quantité d'un liquide épais, visqueux, albuminoïde. La rétraction légère du ventre après chaque ponction avait permis de supposer que les adhérences de la tumeur étaient peu profondes et peu nombreuses.

Le 9 janvier, à dix heures du matin, en présence de M. le professeur Courty, de MM. les docteurs Roch et Auphan (d'Alais), Metaxas (de Marseille), et Chapon (de Portes), médecin ordinaire de la malade, M. le docteur Serres incisa méthodiquement la peau, suivant la ligne blanche, entre l'ombilic et le pubis, sur une étendue d'environ douze centimètres, puis le péritoine suivant les règles établies. La tumeur ovarique se présenta immédiatement à l'ouverture béante pratiquée sur l'abdomen; elle fut vidée avec les précautions ordinaires, au moyen de l'énorme trocart anglais muni d'un tube conducteur en caoutchouc. La quantité de liquide écoulé de ce premier kyste était de 15 litres environ. Alors seulement, et après avoir agrandi l'incision tégumentaire d'environ trois centimètres, la main put pénétrer plus librement dans l'abdomen. Les adhérences, presque nulles à droite, étaient au contraire très-nombreuses à gauche, et, quoique assez résistantes, elles avaient pu être détruites avec la main ; ces adhérences s'étendaient jusque sur la région diaphragmatique du péritoine. Mais, durant ces manœuvres, un deuxième kyste, contenant environ 3 litres de liquide, se déchira, et la liqueur s'épancha en partie dans la cavité péritonéale. Une troisième tumeur un peu moins volumineuse fut attirée à la surface de la plaie et vidée au dehors par une ponction pratiquée au moyen d'un bistouri. Enfin apparut une quatrième poche d'un litre environ de capacité, que l'on put extraire de l'abdomen non sans quelque difficulté. Plusieurs autres petits kystes furent remarqués à la base de la tumeur.

Le pédicule fut alors saisi par le clamp au point le plus élevé possible, et fixé à l'angle inférieur de la plaie. La tumeur fut sectionnée immédiatement au-dessus du clamp.

On dut ensuite s'occuper de nettoyer le péritoine. Une quinzaine d'éponges furent successivement introduites dans la cavité péritonéale pour enlever le sang et les autres liquides qui s'y étaient épanchés durant l'opération. Puis M. le professeur Courty pratiqua onze points de suture métallique profonde et trois points de suture superficielle. Du coton cardé, bien chaud, et un bandage médiocrement serré terminèrent l'opération. La malade fut transportée dans un lit convenablement chauffé, et grâce à toutes ces précautions et à une assez forte dose d'opium administrée sur-le-champ, elle put goûter pendant quelques heures un sommeil calme et réparateur. Pendant toute la durée de l'opération Mlle Michel avait été sous l'influence des vapeurs du chloroforme.

Il est à remarquer qu'à la suite de cette épreuve longue et pénible, aucune réaction fébrile ne s'est produite, et que le nombre des pulsations n'a jamais dépassé *cent*.

Pendant les trente-six heures qui ont suivi, les seuls phénomènes remarquables ont été quelques vomissements, des vomituritions fréquentes et le hoquet ; mais dès le commencement du troisième jour, tout était rentré dans l'ordre. Les règles se sont montrées cinquante heures environ après l'opération et vingt jours avant la période menstruelle régulière.

Le clamp et les points de suture ont été enlevés le huitième et le neuvième jour et remplacés par quelques bandelettes agglutinatives. Autour du pédicule, momifié par le perchlorure de fer, il s'est produit un léger écoulement de matière sanieuse, noirâtre, d'une odeur caractéristique, qui se continue encore aujourd'hui, mais qui ne paraît avoir aucune influence fâcheuse sur l'état de la malade.

L'angle inférieur de la plaie a la forme d'un infundibulum, et, à mesure que le ventre, qui les premiers jours était fortement déprimé, reprend ses dimensions ordinaires, cet aspect infundibuliforme se prononce de plus en plus.

Aujourd'hui, 22 janvier (quinzième jour), la malade paraît être dans un état de santé parfaite, et si ce n'était le suintement noirâtre dont nous avons parlé, on pourrait la considérer comme complétement guérie. (Renvoi à l'examen des commissaires désignés pour de précédentes communications sur des opérations semblables : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert [de Lamballe].)

— M. RAYER présente une note de M. Leudet *sur la pellagre sporadique observée à Rouen en 1863*.

Cette note est réservée pour la commission qui aura à décerner en 1864 le prix proposé concernant l'histoire de la pellagre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association des médecins de la Seine a tenu sa séance annuelle hier dimanche, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. Velpeau. Le nouveau doyen, M. Tardieu, était assis auprès du président, assisté des deux vice-présidents, du conseil judiciaire de l'Association et des autres membres du bureau. M. L. Orfila, secrétaire général, a donné lecture du rapport annuel, qui a été accueilli, comme il l'est tous les ans, par des applaudissements unanimes. L'assemblée a procédé ensuite à l'élection d'un président, de deux vice-présidents, et d'un secrétaire général.

M. Velpeau a été réélu président à l'unanimité des voix ; M. L. Orfila a été maintenu également à l'unanimité des suffrages, dans les fonctions de secrétaire général, et MM. Barth et Nélaton ont été élus vice-présidents. Le bureau a procédé ensuite au tirage au sort des membres qui devront faire partie de la commission générale renouvelée tous les ans par tiers.

— MM. Thirifahy et Roger sont nommés prosecteurs de la Faculté de médecine de Bruxelles.

— L'École de pharmacie de Bruxelles vient d'être réorganisée.

M. le professeur Hauchamps est nommé titulaire du cours de pharmacie théorique et pratique.

Une seconde chaire sera consacrée à l'étude de la chimie pharmaceutique et des analyses. Le titulaire sera prochainement désigné.

Enfin, un professeur de la Faculté de droit donnera des leçons sur la législation pharmaceutique.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance demain, 3 février, à huit heures précises du soir, à l'Hôtel-de-Ville. *Ordre du jour :* 1° Suite de la discussion sur les causes et les effets de la diathèse urique.

2° Des moyens de remédier aux difformités de la bouche; des exercices consécutifs pour rétablir la parole, et présentation de différentes espèces d'obturateurs, par A. Préterre.

3° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

4° Communications diverses.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 14. — JEUDI 4 FÉVRIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 14. — JEUDI 4 FÉVRIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 FÉVRIER 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Bouvier, depuis longtemps inscrit, a pris enfin la parole sur la question de l'origine de la vaccine. On sait que cet honorable académicien prend volontiers dans les discussions le rôle d'érudit, — rôle fort utile partout, même à l'Académie, et qu'il remplit d'ailleurs à la satisfaction générale. — En remontant aux sources et prenant pour guide l'un des hommes les mieux au courant de la question, M. Anzias-Turenne, il a montré la parfaite conformité qui existe entre les faits qui excitent en ce moment à juste titre l'intérêt de l'Académie et les observations publiées il y a plus de soixante ans par un contemporain de Jenner, par Loy (prononcez Lo-y), dans l'ouvrage duquel on trouve la notion parfaitement définie de l'espèce de maladie du cheval qui produit le vaccin.

Pourquoi cette notion est-elle restée inconnue ou stérile jusqu'à ce jour? C'est ce que M. Bouvier a cherché à s'expliquer par une analyse critique rétrospective des faits et des écrits, qui comprend toute la période de temps écoulé depuis la première publication des recherches de Loy jusqu'à nos jours, et qui lui a fourni l'occasion d'écrire lui-même une page d'histoire scientifique digne de l'importance du sujet. La revendication pour qui de droit du fait principal d'où découle la doctrine qui paraît devoir rallier à elle presque toutes les opinions, n'a pas empêché M. Bouvier de reconnaître et de proclamer la part honorable qui revient dans son édification définitive aux deux principaux champions de cette lutte académique, MM. Depaul et Bouley.

La discussion n'est pas terminée. M. Bousquet, qui s'était tenu à l'écart jusqu'ici, a retenu la parole pour la prochaine séance.

Après ce discours de M. Bouvier, l'Académie a entendu avec un très-vif intérêt une lecture de M. Decroix, vétérinaire de la garde de Paris, sur un cas de guérison de la rage. Ce n'est pas sans un certain sentiment d'effroi, mêlé d'admiration pour tant de courage et de dévouement à la science, que l'assistance a entendu la partie épisodique de ce travail dans laquelle l'auteur a raconté, avec un sang-froid et une modeste simplicité qui en rehaussaient encore le prix, l'expérience qu'il a faite sur lui-même, au risque de courir les chances hasardeuses des moyens de traitement qui ont sa confiance.

Nous reviendrons sur quelques points, et en particulier sur cet incident de cette communication, à laquelle il ne nous a pas été possible de donner place aujourd'hui. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Paralysie saturnine traitée par l'électricité avec atrophie musculaire.

(Observation recueillie par M. MASSE, externe du service.)

Depuis plusieurs années, les applications de l'électricité à la thérapeutique sont devenues très-nombreuses, et les effets obtenus ont été si remarquables que l'administration de l'Assistance publique a dû pourvoir d'un appareil électrique tous les services hospitaliers. Cette application de l'électricité dans les hôpitaux se perfectionnera de plus en plus, nous n'en doutons pas, et rendra de plus grands services lorsque, au lieu d'être mise entre les mains de jeunes élèves souvent inhabiles dans une pratique dont ils n'ont pu acquérir l'habitude, elle sera confiée exclusivement à ceux d'entre eux qui auront fait une étude sérieuse de cette partie de la thérapeutique, ainsi que cela a lieu dans le service de M. le professeur Piorry.

C'est grâce au zèle de M. Courant, spécialement chargé de cette application dans le service de la clinique, qu'il m'est possible de publier l'observation qui suit :

Le nommé X..., âgé de quarante-huit ans, est peintre en bâtiments depuis l'âge de vingt-huit ans. Sa santé fut toujours bonne jusqu'à cet âge; il a servi sept années sous les drapeaux, sans être atteint d'aucune maladie grave.

Pour la première fois en 1845, il eut des coliques qui ne durèrent que quelques jours. Deux ans après, il eut une nouvelle attaque, et depuis cette époque jusqu'en 1862, il ne se passa pas d'année qu'il ne fût atteint de coliques qui nécessitèrent son admission dans différents hôpitaux. Enfin, au commencement de l'année 1862, il se manifesta des symptômes de paralysie qui le mirent dans l'impossibilité de continuer son travail et le firent admettre à l'hôpital de la Charité.

A son entrée, il présentait les symptômes suivants : L'intelligence était saine, la voix un peu embarrassée et la parole difficile. Mais c'était surtout dans les organes locomoteurs que se montraient les phénomènes les plus remarquables de paralysie. Tout mouvement, soit des membres supérieurs, soit des membres inférieurs, était complétement aboli. Les muscles extenseurs paralysés abandonnaient les membres dans la flexion constante, les doigts ramenés dans la paume de la main, la main fortement inclinée sur la face antérieure de l'avant-bras.

Le malade, dans l'impossibilité de se mouvoir, fut obligé de garder continuellement le lit. Cet état dura trois mois entiers, pendant lesquels ce repos prolongé devait infailliblement amener l'atrophie de toutes les parties inactives. Aussi le système musculaire, qui, chez notre sujet, était au début normalement développé, présentait, trois mois après, une diminution de volume telle qu'on eût pu croire à une de ces lésions profondes qui amènent si rapidement la consomption, si ce malade n'eût présenté à cet égard les meilleures conditions et n'eût été soumis à un régime essentiellement alimentaire et réparateur. Nous ne craignons pas d'être au-dessous de la vérité en affirmant que les jambes et les bras avaient perdu plus de la moitié de leur volume. La persistance de cet état de choses ajoutait de jour en jour à la gravité du pronostic. Il importait donc au plus haut point de faire entrer autant que possible le système musculaire en action, afin d'y rappeler la nutrition, la vie, et par conséquent le mouvement.

Dirigé par les conseils de M. Piorry, M. Courant eut recours à un moyen nouveau et ingénieux d'application de l'électricité. Un appareil gymnastique fut adapté à la partie supérieure du lit du malade; des courroies s'engageant dans des poulies mobiles, devant répondre au moindre mouvement, rendaient le membre supérieur solidaire, pour ainsi dire, du membre inférieur, en ce sens qu'un mouvement communiqué à la jambe était transmis au bras par l'intermédiaire de la poulie. L'emploi de l'électricité, combiné à celui de cet appareil, ne produisit pas d'abord d'amélioration appréciable; nous devons ajouter, du reste, que les muscles n'accusaient aucunement le passage de l'électricité : la persévérance est souvent la garantie du succès.

Quoi qu'il en soit, après six semaines environ d'un traitement régulier et assidu, on commença à voir se produire quelques contractions dans les muscles de l'avant-bras et de la cuisse; peu à peu, et pendant les courts instants qui suivaient l'électrisation, le malade pouvait, par l'empire de sa volonté, exécuter encore quelques mouvements bien limités, il est vrai, mais assez accusés cependant pour témoigner de l'efficacité du traitement.

Trois mois après l'entrée du sujet à l'hôpital, on pouvait juger des progrès considérables qui s'étaient opérés dans sa position. Tous ceux qui fréquentent l'hôpital de la Charité ont pu le voir se promener dans les salles, les jardins et les cours au moyen d'un véhicule de sa façon. Assis sur une chaise, il se transportait de l'extrémité d'une salle à l'autre en se soulevant alternativement sur les bras et sur les pieds. Ce moyen de locomotion lui servit jusqu'au moment où ses muscles, ayant recouvré une partie de leur énergie, purent lui permettre la station verticale. Les béquilles devinrent alors ses seuls moyens de soutien; elles furent peu à peu remplacées par un simple bâton, qui ne servit qu'à guider sa démarche encore mal assurée.

Enfin, au bout de six mois de traitement, non-seulement la paralysie, mais encore l'atrophie musculaire avaient complétement disparu, et X... quittait l'hôpital entièrement guéri.

Parotidite consécutive à l'inflammation du canal de Sténon. — Mort.

(Observation recueillie par M. CARBONELL, externe du service.)

Au n° 12 de la salle Sainte-Anne se trouve une malade âgée de quarante-neuf ans, couturière, entrée dans le service le 6 janvier 1864.

COURS SUR L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DES DOCTRINES MÉDICALES.

On sait avec quel empressement les élèves suivent, à l'Ecole pratique, le cours de M. Bouchut; nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt pour nos lecteurs de mettre sous leurs yeux quelques-unes de ses leçons. — Après avoir exposé les bases du *naturisme*, M. Bouchut a étudié les plus célèbres des naturistes, et nous lui empruntons aujourd'hui l'exorde de son étude sur Galien.

ÉTUDE SUR GALIEN.

La célébrité n'est souvent qu'une question de lieu et de temps. Tout en tenant un grand compte de leur mérite personnel, de la lucidité de leur intelligence et de leurs conceptions, de la finesse et de la vivacité de leur esprit, il est certain que beaucoup d'hommes n'ont laissé de traces dans l'histoire que par suite de circonstances étrangères à leur personne. Savoir naître à propos n'est pas donné à tout le monde. Il n'est pas indifférent de surgir au début ou à la fin d'une civilisation, d'une révolution politique, sociale, et même scientifique. On ne découvre ou l'on n'exhume qu'une fois les vérités fondamentales de la philosophie, de la morale ou de la science, et elles ne sont pas si nombreuses qu'il n'y en ait pour tout le monde. — Aux premiers arrivés la fatalité de cette gloire.

Galien fut prédestiné par son temps comme par sa merveilleuse organisation. Doué d'un esprit philosophique supérieur et d'une vaste intelligence, il a eu le bonheur de naître à une époque où la science tout entière pouvait tenir dans le cerveau d'un homme, et alors il la fit entrer dans le sien. Ayant beaucoup travaillé et longuement cité les auteurs contemporains dont les ouvrages devaient périr par l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie, il se trouve qu'après cette destruction complète d'une partie des archives de la science, c'est lui qui a le bonheur d'arracher aux décombres, pour les transmettre à la postérité, sous le couvert de son nom, un grand nombre d'œuvres à jamais perdues sans lui. Ses ouvrages sont, en effet, l'encyclopédie de ce qui l'avait précédé.

Placé au lieu de sa naissance sur le petit théâtre de Pergame, où il apprend de son père les vérités de la philosophie grecque, et de son maître Stratonicus les principes de l'hippocratisme, qu'il devait à son tour répandre dans le monde, il a l'heureuse idée de changer sa résidence, et, après avoir visité Smyrne, Corinthe, Alexandrie, de venir à Rome, apportant à Marc-Aurèle, protecteur éclairé de la science, des lettres et des arts, les trésors de la médecine grecque réunis aux connaissances de l'école d'Alexandrie. Sa fortune est tout entière dans ce changement de lieu. Il eût été ignoré à Pergame au milieu de ses maîtres, tandis qu'à Rome il ne trouve que des disciples, les chefs de la médecine romaine ayant presque tout à apprendre de lui, et les empereurs, maîtres du monde, heureux d'attacher à leur couronne cette gloire qui devait rehausser l'éclat de leur domination.

Galien fut universel, et pour cela on en a fait un éclectique. C'est une erreur. Celui qui recueille toutes les notions scientifiques d'une époque ne fait pas d'éclectisme. — Galien fut assez heureux pour posséder tous les éléments de la science de son temps et pour en créer de nouveaux qui ne sont pas encore oubliés. Philosophe avant tout, anatomiste habile, physiologiste ingénieux, médecin convaincu de la nécessité de l'observation éclairée par la raison; perspicace dans ses jugements, aussi expert dans l'art de prévenir que de guérir les maladies, ne sacrifiant à aucun système morcelant la nature de l'homme, mais ayant réalisé la doctrine de l'unité humaine, il ne fut grand que parce qu'il sut être vrai, et que jamais l'esprit de fantaisie scientifique n'a inspiré sa conduite ou dirigé sa plume. Ses erreurs sont celles de son temps, et, bien qu'elles portent sur des faits de haute importance, elles ne sont en définitive que des erreurs de détail, car à cette époque déjà les vérités doctrinales de la science furent exposées par lui de manière à nous faire comprendre que si nous avons changé les mots, nous n'avons pas beaucoup modifié les idées qu'ils représentent.

L'éclectisme de Galien, signalé par Celse et accepté d'après ce jugement par un grand nombre de médecins, récemment encore par M. Andral (1), n'est peut-être pas aussi réel qu'on le pense. C'est un jugement à reviser. Bien que Galien ait, par un passage mal interprété de ses œuvres, pu donner lieu à cette condamnation dont il sera difficile de le réhabiliter, il me paraît que par l'étude de ses œuvres, dans lesquelles il accorde partout aux forces et à l'intelligence première, à la *nature*, à la *vie* enfin, une prédominance d'action sur les éléments qui font les tissus, les organes et les humeurs, une direction de l'ensemble des fonctions en rapport avec leur finalité, une influence intelligente sur la formation des organes, sur la guérison des maladies, sa philosophie est celle du *naturisme* ou du *vitalisme*, plutôt que celle des *éclectiques*. Elle a même un si réel cachet d'originalité, qu'on lui a justement donné le nom de *galénisme*.

Grand par son esprit, par sa philosophie, par ses connaissances scientifiques, Galien l'est encore par cette fatalité de naissance qui le jette dans le monde au moment d'une civilisation nouvelle. Le dogme chrétien intronise dans la foi un absolutisme qui a le tort de s'étendre jusque sur la science, et qui pendant quatorze siècles protége ses œuvres comme un évangile scientifique en l'imposant partout et donnant même consécration à la vérité qu'à l'erreur. *Galien l'a dit :* Tel fut le jugement sommaire par lequel toutes les puissantes médiocrités médicales condamnaient d'avance les anatomistes, les médecins et les physiologistes qui avaient le bonheur de découvrir quelque vérité nouvelle. La persécution la plus violente pouvait même atteindre le novateur récalcitrant. Il en sera toujours ainsi. L'inaction est l'ennemie de l'action, comme l'impuissance l'est de la force ou du talent, et quand par malheur l'impuissance a l'autorité en main, elle écrase

(1) Andral, *Cours de pathologie ;* leçons recueillies par Tartivel.

Cette femme, d'une constitution assez forte, dit n'avoir jamais été malade. A son entrée dans le service, elle n'avait pas de fièvre, et se plaignait seulement d'un malaise général.

Le jeudi soir 7 janvier, elle éprouva des douleurs dans l'oreille gauche, et point de mal de gorge.

Le lendemain, on constatait deux engorgements siégeant l'un à la région parotidienne, l'autre à la région sous-maxillaire, et séparés l'un de l'autre par des tissus souples.

Le 9, deux jours après, la tuméfaction avait envahi tout le côté gauche de la face.

Le 18, la malade est dans l'état suivant : facies pâle, lèvres décolorées; tout le côté gauche de la face et la partie supérieure du cou sont tuméfiés, douloureux et pâteux. La percussion donne partout un peu de sonorité et un peu d'élasticité, circonstance qui prouve qu'il n'y a point encore de liquide accumulé dans le tissu cellulaire ni dans le parenchyme de la glande. Des faits antérieurs avaient déjà porté M. Piorry à supposer que le conduit de Sténon enflammé et oblitéré pourrait bien être la cause de beaucoup de parotidites, de la même manière que les abcès parenchymateux de la glande mammaire surviennent à la suite de l'oblitération des conduits galactophores. Il pense qu'il n'était pas nécessaire de mettre sur le compte de l'état général, ni de considérer comme une crise ces parotidites qui surviennent dans le cours des fièvres graves, et qui jugent si bien la maladie qu'elles emportent les malades; qu'une salive desséchée, des mucosités épaissies pourraient bien boucher l'orifice du canal de Sténon, s'opposer à l'issue de la salive, enflammer le conduit excréteur et consécutivement le parenchyme glandulaire lui-même. Il avait vu, en effet, une ou deux fois que l'orifice de ce conduit était rouge et tuméfié dans des cas de parotidite.

Il dut donc procéder à l'examen de la muqueuse buccale, sur laquelle il trouva quelques exsudations plastiques, en même temps qu'une gouttelette de pus sur l'orifice du conduit de Sténon. La pression sur la région parotidienne donna issue à une nouvelle gouttelette de pus; il était donc évident qu'il s'agissait ici d'une *angiosyalite*. On examina l'état des dents voisines qui auraient pu irriter et dilacérer l'orifice de ce conduit; mais elles n'offraient rien de remarquable; il en manquait seulement une à ce niveau. L'amygdale du même côté était rouge et tuméfiée; la respiration est un peu gênée par suite de la tuméfaction de ces parties; de là un râle guttural qui se fait parfois entendre. L'oreille n'est point malade; l'introduction du petit doigt dans le conduit auditif externe n'est point douloureuse, et ne fait point percevoir de fluctuation. On essaye en vain avec un stylet ordinaire le cathétérisme du canal de Sténon. Aucun autre organe n'est malade; le pouls est à 80 pulsations. — Saignée de 300 grammes; cataplasmes laudanisés sur la région; cautérisation de l'amygdale, frictions sur la région parotidienne pour tâcher de déboucher le conduit.

Le 19, le sang provenant de la saignée offre un caillot rétracté; il est recouvert d'une couenne très-épaisse; il y a donc un excès de fibrine dans le sang (une hémite). L'état local n'étant pas amélioré sensiblement, on prescrit l'application de 20 sangsues sur le cou.

Le 23, le plessimétrisme et la palpation démontrent que du pus s'est réuni en foyer en avant et au-dessous de l'oreille. Cependant, dans la crainte de blesser quelque filet du facial, on attend jusqu'au 25 janvier. A cette époque, on sent le pus très-superficiellement sous la peau; les tissus sont rouges, violacés. Deux incisions donnent issue à une grande quantité de pus épais et concret qui paraît peu mélangé à de la salive. L'introduction d'une sonde cannelée fit voir que la peau était décollée dans une assez grande étendue. — Injection d'eau tiède suivie d'injections de teinture d'iode.

La malade éprouve le soir même des frissons prolongés suivis d'un redoublement de fièvre. Les frissons continuent de se montrer plusieurs fois dans la journée. La malade délire de temps en temps et succombe le 29, à quatre heures du soir.

Autopsie. — On réussit à pratiquer le cathétérisme du canal de Sténon avec un stylet d'Anel. En pressant sur le trajet de ce canal, on fait toujours suinter du pus. La parotide est réduite à une pulpe molle confondue avec le pus; le tissu cellulaire est gangrené. La suppuration s'étend jusqu'au creux sus-claviculaire, en suivant le trajet des vaisseaux et de la trachée-artère. Sur la face supérieure du foie, on observe de petits abcès non ramollis.

MM. Rostan et Cruveilhier ont cité des exemples de parotidites siégeant dans les conduits glandulaires, ainsi que le montrait le passage du pus à travers l'orifice du canal de Sténon; mais ils n'ont pas insisté sur la cause probablement toute mécanique de ces parotidites, que M. Piorry avait déjà signalée dans son *Traité de médecine pratique*.

Cette observation montre encore que les parotidites avec suppuration de la glande peuvent survenir, rarement toutefois, au milieu de la santé la plus parfaite.

HOPITAL DE LIMOGES.

Absence de l'extrémité inférieure du rectum, avec imperforation de l'anus. — Opération. — Guérison après huit mois de traitement.

Par M. le docteur Lemaistre (de Limoges).

L'article publié par M. Demarquay dans la *Gazette des Hôpitaux* du 3 novembre 1863 sur un cas d'anus imperforé m'a rappelé une opération que j'avais faite, il y a déjà quelques années, sur un nouveau-né atteint d'une infirmité à peu près semblable. J'ai fouillé dans mes cartons, et j'ai été assez heureux pour y retrouver l'observation. Je me suis enquis de mon petit opéré, et j'ai appris avec satisfaction qu'il se portait à merveille. Je l'ai mandé, et le 29 novembre 1863 il m'est arrivé gros et gras, avec un anus et un rectum fonctionnant parfaitement, trois ans après avoir été créés par l'instrument tranchant.

Je vais donc relater ce cas de guérison. Il prouvera mieux que tous les raisonnements possibles que le contact du méconium dans le tissu cellulaire du petit bassin n'est pas aussi dangereux que certains auteurs ont bien voulu le dire, et il engagera peut-être quelques-uns des collègues qui le liront à être un peu plus entreprenants dans leurs tentatives pour le rétablissement des voies naturelles oblitérées, et à n'aborder l'opération de Littre (qui convertit les malheureux petits êtres sur lesquels on la pratique en des sujets de dégoût et pour eux et pour ceux qui les entourent) que par pression majeure de la part des parents.

Le 14 octobre 1860, il me fut présenté un enfant du sexe masculin, âgé de vingt-quatre heures, atteint d'une imperforation de l'anus. De suite après sa naissance il avait pris le sein avec facilité, mais s'en était vite dégoûté. Bientôt les envies de vomir s'étaient manifestées, le méconium n'avait pas été rendu, et les parents, inquiets, s'étaient aperçus qu'il n'y avait pas d'orifice anal.

J'examinai attentivement ce vice congénital, et constatai les faits suivants :

A la place de l'anus existe un bourrelet saillant, formé par de la peau épaissie et froncée, comme frangée au pourtour. Cette saillie, de 15 millimètres de long sur 10 de large environ, est circonscrite en quelque sorte par une bifurcation du raphé médian de la peau du périnée; les deux branches de la bifurcation, très-manifestes en avant, vont en mourant insensiblement en arrière. Le bourrelet ne devient nullement proéminent par les cris de l'enfant, et le toucher ne nous donne aucune sensation de fluctuation à ce niveau. Mais les contractions du sphincter sont très-perceptibles tout autour de l'éminence.

Il fut dès lors évident pour moi que nous étions en présence, non d'une imperforation simple, d'une occlusion par une simple membrane, mais bien d'une absence de la totalité ou au moins de la partie inférieure du rectum.

Nous annonçâmes aux parents que l'affection était mortelle. Nous leur fîmes entrevoir la possibilité d'une réussite en faisant une ouverture par les voies inférieures; et puis, en cas d'insuccès, nous leur parlâmes de la création d'un anus artificiel à travers les parois abdominales, en leur faisant bien connaître tous les inconvénients d'un anus contre nature. Ils repoussèrent quand même cette dernière opération, et nous laissèrent libres de faire toutes les tentatives que nous voudrions par les voies naturelles.

Avec un bistouri pointu, je fis une incision de 15 millimetres de long sur la saillie cutanée anale, c'est-à-dire dans toute son étendue.

Je tombai sur un cordon de tissu cellulaire circonscrit par le sphincter et le divisai dans une hauteur de 2 centimètres environ avec l'instrument tranchant.

Je portai alors l'extrémité de l'indicateur au fond de l'ouverture, et ne sentant aucune fluctuation, je pris un petit trocart à hydrocèle et l'enfonçai graduellement, en suivant l'axe du petit bassin, en haut et surtout en arrière, de 1, de 2, de 3 centimètres au-dessus du fond de la plaie; alors seulement je sentis mon instrument ne plus diviser de tissus, et pensai avoir atteint l'intestin.

En effet, je retirai mon trocart, et immédiatement le méconium sortit par la canule.

Ce méconium était tellement épais que, le saisissant avec les doigts, je le tirais au dehors comme une lanière.

J'enlevai la canule et introduisis mon petit doigt de la main droite. Je traversai l'ouverture du sphincter et sentis parfaitement ses contractions. Arrivé au-dessus, mon doigt fut plus libre, il put s'infléchir un peu dans tous les sens, n'étant plus environné que par du tissu cellulaire; mais il ne rencontra aucune bride, aucun cordon fibreux [1]. Bientôt il fut arrêté par l'extrémité inférieure de l'intestin, lisse, polie, terminée en cul-de-sac, où il sentit l'ouverture faite par le trocart, ouverture qu'il fixa avec sa pulpe et à travers laquelle je passai, toujours en me servant de ce même doigt pour conducteur, l'extrémité d'un bistouri pointu, qui me permit d'agrandir largement l'ouverture en arrière. Alors s'écoula le méconium en abondance; un vent même sortit avec bruit.

Mon petit doigt, quand il trouva l'intestin, était enfoncé dans l'anus à une profondeur de 4 centimètres environ.

Le méconium s'étant écoulé, une grosse mèche fut introduite dans la plaie, et ordre fut donné à la famille d'y en maintenir constamment une du même calibre.

Les premiers jours qui suivirent l'opération, tout alla bien. L'enfant tetait, venait à merveille. Les matières fécales s'écoulaient aussi bien que possible. Le père, régulièrement toutes les quatre ou cinq heures, et de nuit et de jour, entendant son enfant crier, enlevait la mèche, lui faisait faire ses nécessités, et puis remettait une nouvelle mèche qu'il enfonçait très-avant, car alors seulement elle était gardée.

Mais bientôt il fallut introduire des mèches de plus en plus petites; l'atrésie faisait des progrès, lents il est vrai, mais continuels.

Soixante-quinze jours après l'opération, les pansements devinrent tellement difficiles et douloureux que le père fut obligé d'y renoncer. L'enfant resta alors sans traitement pendant quinze jours, au bout desquels l'oblitération devint complète, et vingt-quatre heures se passèrent sans aucune selle.

Le père voulut tenter l'introduction d'une sonde de gomme élastique de calibre ordinaire, il ne le put. Il y fit pénétrer alors une petite mèche qu'il poussa fortement avec une tige en bois, fit éclater avec bruit une membrane (tel est son dire), et l'enfant recommença à aller à la selle, mais petit et même comme à travers une filière.

[1] La facilité avec laquelle je pus pénétrer à travers le tissu cellulaire du petit bassin pour atteindre l'intestin fut telle que je me suis souvent demandé si, après avoir pratiqué une ouverture au sphincter, il ne vaudrait pas mieux aller de suite avec le petit doigt à la recherche de l'intestin au lieu de ponctionner d'abord avec le trocart et de courir la chance de blesser des parties importantes. Il ne faudrait pas croire que ce mode d'investigation fût capable de faire décoller une grande quantité de tissu cellulaire. Le petit doigt est alors, en effet, logé très à l'étroit dans le petit bassin, qui a tout au plus 2 centimètres à 2 centimètres 1/2 de diamètre sur une hauteur de 4 centimètres à 4 centimètres 1/2 (sur le petit cadavre d'un nouveau-né de quinze jours que je me suis fait porter à notre école, je n'ai, en effet, trouvé que 2 centimètres 1/2 pour le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, et 4 1/2 pour la hauteur mesurée de la pointe du coccyx à l'angle sacro-vertébral). Or, si on suppose qu'à son orifice supérieur ou dans son milieu se trouve l'intestin tant soit peu dilaté par le méconium, fatalement le doigt le rencontrera sans, pour ainsi dire, le chercher. Du reste, qu'il y pénètre avant, ou qu'il y pénètre après la ponction, le décollement est toujours le même.

---

souvent quiconque vient lui montrer un fait qui contrarie les connaissances acquises. — Cet éternel sentiment du cœur humain venant en aide aux institutions sociales des premiers siècles de notre ère, a fait de Galien mort un dictateur au nom duquel on condamnait la science médicale à l'immobilité et les trop ardents novateurs à l'exil ou à la tombe. — Tant d'injustice devait disparaître, en faisant éclore cette liberté noble et sage qui ne réclame d'autre satisfaction que celle de penser ou d'agir conformément aux inspirations du bien, du juste et du vrai. Galien discuté ou rectifié n'en reste pas moins grand. Placé désormais dans une auréole de gloire qui ne peut s'éteindre et qui éclairera sans leur nuire tous ceux qui voudront en approcher, il restera comme Hippocrate la plus brillante figure de notre histoire, méritant l'admiration et le respect de toutes les générations futures. — Personne ne voudrait ratifier cet ignoble jugement de Bacon sur Galien : esprit étroit, vain bavard, peste dont l'indignité ne vaut pas qu'on s'arrête sur son nom, et qui ajoute « ..... Hippocrate, demi-sophiste à l'œil stupide devant l'expérience. Qui ne rirait quand Galien et Paracelse s'empressent de s'abriter sous l'autorité d'un pareil homme comme à l'ombre d'un âne? » (*Temporis partus masculus.*)

Pour le juger convenablement, il faut parcourir ses œuvres, soit dans le texte original, soit dans les traductions qui ont été faites de plusieurs de ses traités particuliers, notamment du *De usu partium*, soit dans l'édition française commencée par M. Daremberg, soit dans les articles biographiques d'Eloy [1], de Dezeimeris [2], soit enfin dans les intéressantes leçons de M. Andral à la Faculté de médecine de Paris. Cette dernière œuvre analytique et critique donne une grande idée du caractère et des travaux philosophiques ou scientifiques de l'homme qui pendant quatorze siècles a été l'oracle de toute la médecine civilisée. Peut-être un peu plus belle que nature, marquée au coin d'une admiration très-vive, cette appréciation se recommande par son éloquence non moins que par sa clarté, et c'est en la consultant sur mes notes, et d'après l'analyse publiée par M. Tartivel dans l'*Union médicale*, que je présenterai les principales doctrines de philosophie, de médecine, d'anatomie et de physiologie qu'elle renferme.

Galien naquit à Pergame, 131 ans après Jésus-Christ. Dans cette ville, émule d'Alexandrie, existaient des écoles de rhéteurs, où l'on discutait beaucoup et où l'on parlait beaucoup de soi. Il en resta quelque chose à Galien.

Fils de Nicon, architecte, homme austère, probe, doux, instruit dans les mathématiques, l'astronomie, la logique, la philosophie, et d'une mère irascible, acariâtre, querellant tout le monde, son mari, son fils, ses domestiques, nouvelle Xantippe exerçant la patience d'un autre Socrate, Galien se vante beaucoup de son éducation et de sa supériorité sur les autres jeunes gens. Aussi est-il très-reconnaissant à son père, dont il reproduit les judicieux conseils :

« Ne te livre jamais témérairement ni aveuglément à aucune secte; étudie longuement, patiemment, les dogmes de chacune d'elles, et, après t'en être instruit, pénétré, discutes-en la valeur. Ainsi tu mériteras l'approbation des hommes sages et éclairés. Les sectes sont d'implacables despotes; accepter leur servage, c'est ôter à ses actions et à sa pensée toute liberté.... »

Il lui disait encore :

« .... Sois juste, tempérant, courageux, prudent; fuis les désirs immodérés; recherche la vérité avant tout; reste en tout semblable à toi-même, inébranlable dans tes principes, ferme dans tes résolutions; quel que soit le vent qui vienne à souffler sur toi, ne te laisse pas entraîner à son courant; sois le soir ce que tu as été le matin. »

Ce sont là de grandes pensées, magnifiquement rendues, et, comme la morale ne vieillit jamais, elles sont de notre temps, et chacun de nous peut en faire son profit. Ce n'est pas tout. Galien ajoute :

« Mon père m'a appris à dédaigner les honneurs et la gloire; ni les injures des hommes, ni leurs injustices, ni la perte des honneurs, ne peuvent altérer la paix de mon âme. Je me suis préservé de ce degré d'humiliation que de tels événements puissent faire dévier mon esprit du sentier de la raison. Il m'importe peu de plaire aux hommes. Je ne m'affecte ni des flatteries des uns ni du blâme des autres. Je ne pense pas plus à me concilier les suffrages de tous qu'à posséder toutes choses. Quant aux biens du corps, il me suffit de jouir d'une bonne santé, de n'avoir ni faim ni soif, d'être à couvert contre le froid; tout le reste m'est indifférent. »

Il n'est pas très-sûr que Galien ait autant profité des leçons de son père qu'il veut bien le dire, et qu'il ait eu les vertus dont il parle, au degré qu'il précise avec tant d'assurance. En effet, malgré son mépris apparent de la gloire, des honneurs et de la flatterie, il vécut toujours au milieu de la puissance, mais ce qu'il y a de plus vrai dans les qualités qu'il s'attribue, c'est son désintéressement au point de vue de l'argent.

Galien commença la médecine à dix-sept ans, avec Satyrus pour maître d'anatomie, avec l'hippocratiste Stratonicus, et en même temps il suivait les leçons d'Æschrion, enthousiaste partisan de l'empirisme. Il faisait en médecine, comme en philosophie, l'étude des systèmes les plus opposés. Cela dura quatre ans.

A vingt et un ans il perdit son père. Alors il quitta Pergame, et se rendit à Smyrne pour étudier sous Pélops, médecin aussi célèbre qu'anatomiste distingué, et sous Albinus, philosophe platonicien.

De Smyrne il alla à Corinthe, puis successivement dans plusieurs autres localités, non pour pratiquer, mais pour s'instruire en voyageant. Il vint jusqu'à Alexandrie, où on ne disséquait plus, mais où on trouvait des musées remplis de squelettes et de préparations tirées de l'homme et des animaux.

A vingt-huit ans, après douze ans d'études médicales et philosophiques, et après quelques voyages scientifiques, il quitte Alexandrie pour revenir à Pergame exercer la médecine, professer et écrire. Toute sa vie fut consacrée à la science, et c'est par le travail incessant, par des efforts continuels qu'il sut mériter l'éclatante réputa-

[1] *Dictionnaire historique de la médecine*, t. II. — [2] *Loc. cit.*, t. II.

C'est alors qu'il nous fut ramené, le 21 février 1861, quatre-vingt-dix-huit jours après la première opération.

Je trouvai l'ouverture anale en très-bon état, large, extensible, à sphincter dilatable et contractile, mais il me fut impossible d'introduire le petit doigt jusqu'au rectum; une sonde en argent, une sonde en gomme purent seules y pénétrer. Une sonde cannelée étant engagée dans la filière, j'incisai de bas en haut tous les tissus de manière à faire une large ouverture en arrière. Mon petit doigt put bientôt remplacer la sonde; je m'en servis pour inciser plus largement les parties, en dirigeant toujours l'instrument du côté du sacrum pour éviter la vessie, les uretères et les vaisseaux des parties latérales du détroit supérieur, et je ne m'arrêtai que lorsque l'index put passer librement.

Tout se passa sans accidents. Une grosse mèche fut enfoncée dans la plaie, et recommandation fut faite d'en mettre tous les jours au moins pendant deux mois.

C'est alors que le père entreprit de nouveau son œuvre de patience. Pendant cinq mois, il eut la constance jour et nuit d'enlever la mèche aux moindres cris de l'enfant, et immédiatement d'en remettre une autre après que les fèces étaient sorties. De temps en temps, il introduisait l'index pour constater l'amélioration, et il trouvait toujours que son doigt, après avoir facilement traversé un espace de quelques centimètres, arrivait à une filière de l'épaisseur d'une pièce de deux sous (tel est son terme de comparaison) où il se trouvait à l'étroit, mais qu'au-dessus il était plus libre.

Ce n'est qu'au bout de cinq mois que, ne rencontrant plus cette partie rétrécie, il cessa les mèches; mais pendant deux mois encore, tous les cinq ou six jours, il y introduisit le médius, et pour maintenir les voies le plus larges possible, et pour s'assurer si l'atrésie ne récidivait pas.

Tels sont les détails qu'il m'a donnés lui-même le 29 novembre 1863, car depuis la dernière opération je ne l'avais pas revu.

A cette même date, l'enfant, du nom de François M..., habitant la Terrade, commune de Flavignac, canton de Chaslus (Haute-Vienne), est dans un état de santé parfait.

Il est âgé de trois ans environ, et a 82 centimètres de hauteur. L'ouverture de son anus présente cette particularité que sa moitié antérieure est revêtue par une membrane ayant l'aspect d'une muqueuse rosée, plissée, circonscrite à droite et à gauche par une bifurcation du raphé médian du périnée, tandis que sa moitié postérieure, et cela dans une hauteur de 1 centimètre au moins, est lisse, unie, sans plis, et paraît formée par de la peau d'un blanc mat.

Mon petit doigt et mon index peuvent facilement pénétrer à travers l'anus et le rectum, et ne rencontrent aucun indice de rétrécissement, aucune espèce de produit fibreux; ils trouvent partout, au contraire, les tissus mous, souples, élastiques, sans adhérences avec le sacrum. Ils ressentent parfaitement, dans une hauteur de 3 centimètres environ, les contractions du sphincter de l'anus et de la fin du rectum, au-dessus desquels ils peuvent s'élever pour pénétrer sans peine dans un espace plus large.

Du reste, depuis vingt-huit mois l'enfant n'a éprouvé aucune gêne pour aller à la garde-robe.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Au point de vue du procédé opératoire, je me permettrai de dire que celui que j'ai employé me paraît un des meilleurs.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il n'est pas de moi; tout le monde sait qu'il appartient à Samuel Cooper. Durant mon internat dans les hôpitaux de Paris, je l'ai vu employer cependant plusieurs fois sans aucun succès. Je l'ai employé moi-même une autre fois dans ma pratique civile sans aucun résultat avantageux.

Malgré cela, je dis qu'il est un des meilleurs, parce qu'on peut à l'aide du trocart atteindre à de grandes hauteurs avec moins de risque de léser gravement des parties importantes qu'avec le bistouri.

Je crois qu'on doit toujours se servir du trocart à hydrocèle, et non du trocart explorateur, dont la pénétration par des liquides épais est souvent fort difficile, voire même parfois impossible. Or je doute qu'un méconium aussi poisseux que celui de mon petit opéré puisse s'y engager.

Je ne sais quel était le calibre de celui employé par M. Demarquay, mais je me suis demandé si ses tentatives n'avaient pas été infructueuses précisément à cause de son trocart. Et cela me paraît d'autant plus probable qu'une fois l'extrémité de la canule avait été retirée teinte de méconium. Je m'explique même difficilement comment avec ce seul signe il n'a pas été tenté d'inciser la membrane obturatrice : que risquait-il?

J'avoue qu'en l'absence même de ce signe je n'aurais pu résister à perforer cette cloison.

L'intérêt principal de mon observation porte sur le contact innocent du méconium avec le tissu cellulaire du petit bassin, contact qui a tant effrayé Boyer et d'autres avec lui.

Il n'y a point eu d'infiltration dangereuse, il n'y a point eu d'accidents inflammatoires sensibles; mais il y a eu rétrécissement. Cette complication, de toutes la plus capitale, était inévitable. Comme on a pu le voir, ce rétrécissement n'a porté que sur une des parties ouvertes par l'instrument tranchant. La nature ne demandait pas mieux que de rentrer dans ses droits.

C'est ainsi que ce qui avait une constitution tant soit peu naturelle a été rapidement ramené à ses lois d'organisation normale.

Le sphincter, qui existait de toutes pièces, a bien vite repris ses fonctions; son ouverture est devenue perméable, élastique, ses fibres toniques et contractiles. Le tissu cellulaire qui l'obstruait a disparu.

Mais, pour les parties situées au-dessus, il ne pouvait en être ainsi. Il était de toute nécessité que, momentanément du moins, il se formât un canal entre le sphincter et la fin de l'intestin. Ce canal factice, creusé dans le tissu cellulaire du petit bassin et constitué à ses dépens, devait bientôt être frappé d'atrésie. C'est ce qui arriva après la première opération.

Et, s'il n'en fut pas ainsi après la seconde, on doit attribuer un pareil résultat et aux soins assidus du père et surtout aux progrès du développement de l'enfant.

Ce n'est en effet qu'insensiblement, que peu à peu, que les parois indurées de ce canal de nouvelle formation disparaissent.

La hauteur de ce tube, considérable au début, puisque je place à quatre centimètres [1] le cul-de-sac intestinal, se réduit insensiblement à quelques millimètres, à l'épaisseur d'un *gros sou*, et puis s'efface complétement. En vertu de quel procédé la nature a-t-elle opéré cette disparition?

Devons-nous admettre que l'intestin, constamment dilaté par les matières fécales, a agi par pression ainsi que les mèches sur le tissu du rétrécissement, en a opéré la résorption et s'est rapproché peu à peu du sphincter, avec lequel il s'est soudé?

Ou bien que dans ce tissu induré, en vertu des lois de l'organogénie, il s'est formé chez ce petit être encore jeune de nouvelles tuniques intestinales?

Je laisse aux histologistes la solution d'une telle question. Mon opération, comme on a pu le voir, a été couronnée du succès le plus complet qu'on puisse désirer.

Et cependant, quand on songe à l'atrésie qui s'est manifestée, à la longue patience du père, qui pendant huit mois consécutifs n'a pas failli un seul instant dans les soins minutieux qu'il prodiguait jour et nuit à son enfant, on doit se demander s'il serait souvent possible de placer auprès des jeunes opérés des personnes douées d'une semblable persévérance, et s'il ne vaudrait pas mieux avoir recours à des moyens opératoires sinon plus prompts quant à leur exécution, du moins plus rapides quant à leurs suites. Voilà pourquoi, dans un cas semblable, je tenterais l'opération d'Amussat, qui doit mettre plus à l'abri des rétrécissements consécutifs. Quant à l'établissement d'un anus contre nature d'après le procédé de Littre, il me semble qu'on ne devrait jamais s'y décider chez les nouveau-nés que par pression majeure de la part des familles; à moins de l'accepter comme opération de transition, pour arriver plus tard par les voies supérieures sur l'extrémité de l'intestin, d'après l'idée de M. Demarquay, si tant est que cette idée, fort ingénieuse et dont on doit lui savoir gré, puisse être mise facilement à exécution.

[1] De cette hauteur de quatre centimètres il faut défalquer l'épaisseur du sphincter.

— Il s'agit ici d'une absence partielle du rectum comme celle dont parle J. L. Petit, et pour laquelle M. Chassaignac, comme le chirurgien du siècle dernier, a conseillé d'opérer en deux temps : arriver jusque sur le cul-de-sac intestinal et l'ouvrir lorsqu'il se sera dilaté et aura fait saillie dans la plaie.

Depuis Fabrice de Hilden et Ruysh, on a fait l'opération dont il est question dans cet article. (*Note de la Rédaction.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 février 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le médecin en chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1862 (commission des eaux minérales);

2° Des rapports d'épidémie par MM. les docteurs Manouvrier, de Valenciennes, Bouly et Bagneris, de Douai (commission des épidémies);

3° Des échantillons d'une ceinture hypogastrique et d'un corset suspenseur, de l'invention de M. Godefroy, élève en pharmacie (commissaires, MM. Poiseuille et Bouvier).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Pidoux, Soubeiran et Durand-Fardel, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Legendre, de Bleno (Yonne) sur un cas de rage humaine actuellement traitée par le chloroforme et le laudanum de Rousseau (commission de la rage);

3° Une note de M. le docteur Poulet, de Plancher-les-Mines, sur le développement parallèle de la vaccine et de la variole (commission de vaccine);

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Boinet (le dépôt est accepté);

5° Une note de M. le docteur P. Berthier, médecin en chef des asiles de Bourg, sur la conjonctivite maniaque.

— M. Béclard présente, au nom de l'auteur, M. Jules Lemaire, une brochure sur *l'acide phénique et son action sur les végétaux, les animaux et les miasmes*; et au nom de M. Dally, une brochure sur *les unions consanguines*.

— M. Gosselin fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Dolbeau, d'un *Traité de la pierre dans la vessie*.

— M. Robinet présente, au nom de M. Reveil, la deuxième année de *l'Annuaire pharmaceutique*.

— M. Larrey présente, au nom de M. Sistach, une *Etude statistique sur les varices et le varicocèle*; et au nom de M. Sarrazin, une *Note pour servir à l'histoire des tumeurs en général*.

— M. Tardieu présente le rapport de M. Jaccoud, sur l'organisation des études médicales en Allemagne.

— M. Grisolle présente, au nom de l'auteur, M. Raoul Leroy-d'Etiolles, la première partie du *Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires*.

RAPPORTS.

Epidémies. — M. de Kergaradec, au nom de la commission des épidémies, donne lecture de la première partie (administrative) du rapport annuel sur les épidémies.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

La parole est à M. Bouvier.

---

tion qui lui valut le droit d'imposer ses doctrines au monde pendant quatorze siècles.

Il n'y a de médecin que celui qui soigne des malades; ni l'homme qui voit des malades sans avoir préalablement exercé son esprit par des études théoriques, ni celui qui se contente d'étudier sans voir des malades, ne sont des médecins. C'est la réunion de ces deux conditions qui fait le véritable médecin.

Après cinq ans de pratique à Pergame, par curiosité, par ambition, il voulut voir Rome, centre des sciences, des lettres, des arts, et capitale de la civilisation. Il hésitait, lorsque la frayeur d'émeutes qui eurent lieu à Pergame le décida (*Commentaires sur le livre des fractures*). C'est à cet instant que commence sa réputation.

Galien vint à Rome sous le règne de l'empereur philosophe Marc-Aurèle, dont il devint le médecin, l'ami et le favori, — circonstance qui fit beaucoup pour la destinée de Galien. Il voyait les plus grands personnages de la cour, tous les philosophes, littérateurs et savants de l'époque. Mais aussi tous les médecins, qu'il ne ménageait guère, devinrent, par jalousie autant que par colère, ses ennemis acharnés.

Il écrivit beaucoup, non pour le public, mais pour des amis ou de jeunes médecins à qui il voulait apprendre un point de médecine.

« J'ai composé mes ouvrages (*De ordine propriarum librorum*) ou pour des amis, ou pour des jeunes gens que je voulais instruire. Je n'ai pas songé à écrire pour qu'on me lise après ma mort, car les livres cessent bientôt d'être compris, et par conséquent ils ne sont plus lus dès qu'un peu de temps s'est écoulé depuis la mort de leur auteur. Et d'ailleurs, qui est-ce qui se soucie de la vérité? On se fait le partisan de tel médecin, de tel philosophe, non pas parce qu'on s'est imbu de leurs écrits, que l'on s'est appliqué à distinguer le vrai du faux, mais par des raisons bien futiles. On est de telle secte parce que son père, son précepteur ou son ami ont partagé ces idées, ont appartenu à cette secte, parce que, dans la ville que l'on habite, le chef de telle école a plus de crédit, plus de vogue : on est ainsi ou platonicien, ou péripatéticien, ou stoïcien, ou épicurien »

Après trois ans de séjour à Rome, la peste éclate, et Galien, qui ne l'aimait pas plus que les émeutes, se sauve, à ce qu'il rapporte lui-même, et revient à Pergame, où il composa pour des amis un livre sur l'*anatomie de l'utérus* et sur les *maladies des yeux*. Marc-Aurèle ne s'en offensa pas, car au moment de partir en Germanie, il fait demander Galien pour l'emmener avec lui. Galien refuse, malgré les instances de l'empereur, sous prétexte que l'oracle du temple d'Esculape lui avait défendu d'aller en Germanie; mais l'empereur lui fait dire que si l'oracle lui a défendu d'aller en Germanie, il ne lui a pas défendu de venir à Rome en son absence pour rester auprès de son fils Commode. Il revint donc en Italie, à Aquilée, où il retrouva la peste qu'il avait fuie, et il se mit avec courage à soigner les malades, assez heureux d'ailleurs pour échapper à la contagion. C'est à Rome qu'il fit le *De usu partium*, *De placitis Hippocratis et Platonis*, et quelques-uns des ouvrages qui ont été détruits dans l'incendie du temple de la Paix.

Galien resta ainsi à Rome après le retour de Marc-Aurèle de la Germanie; il y vécut sous Commode, sous Pertinax, sous Sévère, époque où il composa la *Thériaque*. Enfin il revint à Pergame, où il mourut vers l'âge de soixante ou soixante-dix ans.

En lisant les œuvres de Galien, on est frappé du respect qu'il exprime pour les idées religieuses, de sa foi dans une cause suprême créatrice du monde et de l'organisation humaine, de son culte pour la nature et pour Dieu. Le *De usu partium* est un *hymne à la Divinité*, comme il le dit lui-même, où il met la merveilleuse structure des organes en regard des fonctions qu'ils sont appelés à remplir, où il se montre grand partisan des causes finales. Sous ce rapport, il est certain que Galien est un *naturiste*.

Il avait le sentiment moral très-développé, et chez lui l'amour de la science l'emporta sur celui de la fortune. Pénétré de l'importance de son art, il avait haute idée de la médecine, et plaçait très-haut la dignité du médecin.

Ses livres, destinés à des amis et non à la publicité, sont souvent mal écrits, prolixes, empreints d'une grande vivacité de langage, et souvent remplis de sarcasmes, d'injures à ses adversaires, surtout à Thessalus (médecin méthodique), qu'il considère comme un charlatan. Vis-à-vis des médecins honorables, il est plein de respect, et son culte pour Hippocrate est vraiment remarquable. S'il combat les opinions d'Asclépiade, il le fait avec convenance, et il agit de même pour Erasistrate, Hérophile, Soranus d'Ephèse, etc., dont il ne partage pas toutes les opinions.

On y trouve des documents *philosophiques* sur l'âme, sur les facultés naturelles, sur les habitudes, sur la dignité de la profession, sur les doctrines *médicales*, sur la composition des corps, etc., des travaux *anatomiques* de premier ordre, des expériences *physiologiques* très-curieuses et toutes nouvelles; enfin une *médecine* déjà fort avancée comme diagnostic, mais encombrée de théories qui gênaient la thérapeutique.

Nous allons parler de Galien à ces différents points de vue :

1° Galien philosophe;

2° Galien anatomiste;

3° Galien physiologiste;

4° Enfin Galien médecin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies de la peau; par M. le docteur A. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis; 3e édition, revue. Un vol. in-8° de 800 pages. Prix : 10 fr.; avec l'atlas de planches coloriées, 14 fr.; l'atlas seul, 4 fr. Paris, chez Victor Masson et fils.

Mémoire sur la chromidrose ou chromocrinie cutanée, par M. le docteur Le Roy de Méricourt, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest; suivi de l'étude microscopique et chimique de la substance colorante de la chromidrose, par M. le docteur Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et d'une note sur le même sujet, par M. le docteur Ordonez, secrétaire de la Société de biologie. In-8° de 176 pages. Prix : 3 fr. — Paris, chez J. B. Baillière et fils.

Suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

M. BOUVIER. Le grand fait de la vaccine du cheval, si bien étudié à Alfort, après l'avoir été à Toulouse, ajoute une belle page à l'histoire future des sciences médicales pour l'époque actuelle; mais il resterait une lacune regrettable dans l'histoire de cette remarquable découverte si l'on s'en tenait aux documents produits jusqu'ici, quelque multipliés, quelque importants qu'ils soient. Mon principal but, en prenant la parole, a été de prévenir, de combler d'avance, si je le puis, cette lacune.

Tout le monde accorde que la production de la vaccine par l'inoculation d'une matière prise sur le cheval n'est pas en elle-même un fait nouveau. Mais ce que beaucoup paraissent ignorer, c'est la conformité qui existe entre les faits qui à si juste titre excitent l'intérêt de l'Académie et les observations publiées, il y a plus de soixante ans, par un médecin anglais contemporain de Jenner, le docteur Loy.

Qu'est-ce qui fait particulièrement le mérite et comme le cachet spécial des nouvelles inoculations du vaccin équin? N'est-ce pas la connaissance plus exacte de l'espèce de maladie du cheval qui produit ce vaccin? Eh bien, cette notion se retrouve presque tout entière dans le travail de Loy. On y retrouve les traits principaux de la maladie équine varioliforme décrite récemment. Loy a signalé le fait capital de la découverte récente, de cette extension de l'éruption à des parties autres que la jambe, de cette généralisation de l'éruption, méconnue d'abord, puis constatée dans les faits de Toulouse et démontrée à Alfort. Les belles et fructueuses recherches de ces dernières années sur la production de la vaccine par le cheval ont donc eu pour résultat principal de faire retrouver la maladie de Loy, et de démontrer sur une grande échelle l'exactitude des expériences instituées par ce médecin.

Toutefois, indépendamment d'une foule de notions de détail sur les symptômes, la marche de la maladie, sur son étiologie, son mode de propagation, etc., nos contemporains ont encore doté la science d'un fait important, inconnu à Loy, le fait de l'existence des pustules de la bouche chez le cheval comme dans la variole humaine, et de la transmissibilité de la maladie par le liquide qu'elles contiennent.

Loy a dépassé sur un point les expérimentateurs modernes. MM. Bouley et Depaul, par prudence, n'ont pas inoculé directement le virus équin à l'homme. Loy, qui ne pouvait avoir les mêmes craintes, a tenté l'inoculation directe, et il a réussi. Quoique ce fait soit connu, on n'a pu lui donner sa signification réelle, faute d'avoir reconnu l'identité de la maladie de Loy et de l'affection chevaline varioliforme moderne. Il convient de lui rendre aujourd'hui toute sa valeur, et de modifier la proposition de M. Depaul.

Une question se présente d'elle-même : Comment se fait-il qu'on ait mis soixante ans à retrouver la maladie de Loy? Ce n'est pas à cause de sa rareté, d'après ce que nous en ont dit nos collègues de la section de médecine vétérinaire. Voyons si l'histoire médicale de ce siècle ne nous en donnera pas une autre explication.

Ici M. Bouvier examine comment la maladie de Loy a pu échapper à l'attention des observateurs et des critiques depuis soixante et quelques années, période qu'il divise à ce point de vue en trois époques, celle des contemporains de Jenner, celle de l'ancien comité de vaccine, et l'époque actuelle.

Dans une longue et très-intéressante dissertation historique, il passe en revue les divers jugements portés sur la découverte de Loy, et notamment celui de Husson, et il arrive sur ce premier point de ses études historiques, à cette conclusion, que ce qui a empêché dès l'origine même de la découverte de Loy d'en tirer de suite toutes les conséquences, c'est l'imperfection de la pathologie vétérinaire à cette époque, qui ne permit pas de bien analyser les différentes affections qui pouvaient produire un écoulement aux jambes du cheval.

Pour la deuxième époque, il analyse les ouvrages de M. Bousquet, de John Baron, de Steinbrenner, etc. Cette deuxième époque des études françaises sur la question de l'*équine* ou vaccine du cheval, est caractérisée ainsi par M. Bouvier : lecture inattentive de Loy, reproduction incomplète de son travail, oubli des paroles de Husson, indifférence pour les doctrines et les écrits de Baron, expériences laborieuses, mais nécessairement stériles.

C'est à l'époque actuelle qu'a été reprise la question expérimentale; mais, fait remarquer M. Bouvier, la malencontreuse équivoque vainement dévoilée par Baron subsistait toujours. On était loin de la voir tracée par Loy et Husson; on marchait dans les ténèbres. On échoua dans toutes les nouvelles inoculations d'eaux aux jambes, quoiqu'on n'y épargnât ni le temps ni la peine. On chercha bien à se guider par l'étude des travaux antérieurs; mais on ne prit connaissance du mémoire de Loy que par des extraits incomplets; on ne relut pas Husson; Baron resta inaperçu ou incompris. Nos médecins vétérinaires gardaient le silence sur les exanthèmes du cheval qui pouvaient ressembler à la variole, ou ils leur donnaient d'autres noms....

On allait peut-être renoncer à un travail ingrat. Le fait de MM. Manoury et Pichot, le rapport lucide de M. Bousquet sur ce fait ranimèrent l'espoir des expérimentateurs. Quatre ans après l'observation venue de Chartres, M. Lafosse, de Toulouse, servi par un heureux hasard, croyant inoculer des eaux aux jambes, comme il l'avait déjà fait bien souvent sans succès, tomba sur la maladie de Loy et réussit cette fois.

On sait le reste. Une polémique que nous ne devons pas regretter nous a valu les faits d'Alfort et leur exacte interprétation; rien ne manque désormais à la démonstration de vérités que nos devanciers ne nous avaient qu'imparfaitement révélées.

Si donc cette troisième époque doit partager avec ses aînées la responsabilité d'un aussi grand retard dans la vérification d'un fait important annoncé depuis tant d'années, elle seule, du moins, a fini par atteindre le but.

On ne peut éprouver qu'un sentiment de haute estime et de gratitude pour tous ceux qui ont pris part à ces recherches. C'est grâce à leur zèle persévérant que la vérité a été enfin conquise; que l'Angleterre, qui avait sur nous une si grande avance dans la question de la vaccine du cheval, a été dépassée à son tour, et que la découverte de l'*équine* est devenue en grande partie française.

Un seul de nos honorables confrères, depuis longtemps voué à l'étude des maladies virulentes, M. le docteur Auzias-Turenne, n'avait pas attendu l'événement pour en appeler aux bonnes sources; lorsque les esprits flottaient encore, il répétait sans cesse qu'il fallait lire Loy, qu'on y trouverait la solution du problème expérimental : il ne fut pas écouté. C'est cet avis de M. Auzias, ce sont ses inspirations qui m'ont guidé dans cette revue rétrospective, où je n'ai eu d'autre prétention que de montrer, une fois de plus, à quel point l'histoire de l'art et la manière dont elle est faite influent sur les progrès de l'art lui-même.

Est-ce là un objet de pure curiosité? Non assurément. L'histoire, ici comme toujours, est un enseignement. La découverte que je me suis plu à glorifier, laisse encore des problèmes à résoudre. Je ne citerai qu'une question, mais elle est capitale, et elle comprend implicitement presque toutes les autres. Peut-on faire du vaccin avec la variole, en la transmettant de l'homme aux animaux? M. Depaul dit oui; M. Bousquet, M. Leblanc disent non. Qui a raison? Je crois que nous l'ignorons. Il y a des faits pour, il y a des faits contre, comme naguère dans la question des eaux aux jambes. Faudra-t-il encore soixante ans pour savoir ce qu'il en est? Espérons que non. On expérimentera de nouveau, cela n'est pas douteux; mais on comprendra peut-être mieux maintenant que pour expérimenter avec fruit, il faut se pénétrer de toutes les circonstances relatées par les précédents expérimentateurs. On lira leurs textes mêmes, et on les lira attentivement; car on se souviendra que pour un seul mot, le mot *éruption*, négligé dans le récit de Loy, la vérité est restée cachée un demi-siècle. (Nombreuses marques d'approbation.)

— La parole est réservée, pour la prochaine séance, à M. Bousquet.

LECTURE.

Guérison de la rage. — M. DECROIX, vétérinaire à la garde de Paris, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Cas de guérison de la rage.* (Nous reviendrons sur l'objet de cette lecture, qui a été accueillie avec un grand intérêt par l'Académie.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans son discours à la séance de rentrée des Facultés de Bordeaux, le directeur de l'Ecole de médecine de cette ville a dit :

« On désire fonder un prix de 400 fr., qui serait décerné tous les » trois ans à celui des élèves qui, pendant cette période, aurait présenté la meilleure thèse à l'une des Facultés de médecine de l'Empire. »

L'Ecole, acceptant avec la plus vive reconnaissance l'offre d'un anonyme qu'un voile assez transparent nous laisse deviner, malgré sa modestie, — l'Ecole a réglé l'exécution de cette mesure, et voici les conditions de ce nouveau concours :

1° Un prix de 400 fr. sera décerné tous les trois ans (à dater de novembre 1866) à celui de ses élèves qui aura soutenu la meilleure thèse dans l'une des trois Facultés de médecine de France, pendant la période triennale précédente; par exemple, pour la prochaine, depuis le mois de novembre 1863 jusqu'au mois d'août 1866.

2° Pour être admis à ce concours, les auteurs des thèses devront avoir pris à l'Ecole de médecine de Bordeaux au moins douze inscriptions.

3° L'année où le prix devra être décerné, une commission de trois membres nommée par l'Ecole examinera pendant le mois de septembre les thèses admises au concours, et fera, du 15 au 20 octobre suivant, un rapport sur lequel devra s'appuyer le classement des ouvrages, et d'où résulteront les propositions relatives aux récompenses méritées.

4° Huit jours après la lecture de ce rapport, l'Ecole de médecine en discutera, s'il y a lieu, les conclusions, et procédera par la voie du scrutin secret à la désignation de l'auteur ou des auteurs jugés dignes d'une récompense.

5° Le prix pourra être partagé entre deux auteurs, et exceptionnellement entre trois, par portions égales ou inégales.

6° Si les thèses soumises à l'examen de l'Ecole ne sont pas jugées dignes d'un prix ou d'une portion du prix, la somme laissée libre sera capitalisée, pour son produit être ajouté au montant des prix triennaux subséquents. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

— Le roi Victor-Emmanuel a fait don, sur sa cassette particulière, de 300,000 francs destinés à l'érection d'un hôpital civil à Naples.

— Depuis quelque temps s'agite chez nos voisins des Pyrénées la question d'un congrès national de médecine.

— L'*Annuaire officiel* des universités d'Espagne constate que parmi les carrières libérales suivies par la jeunesse de ce pays, celle de la médecine vient immédiatement après le droit, qui occupe le premier rang. Le nombre des universités espagnoles s'élève à 10 : de 1860 à 1861, il a été immatriculé 5,311 élèves en médecine et 676 élèves en pharmacie.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Une leçon sur l'alalie ou amnésie verbale en 1842.

Alalie, amnésie verbale, aphémie, aphasie, aphrasie, anafdie, quelle que soit dans cette riche synonymie l'expression destinée à prévaloir, le fait qu'on entend exprimer par ces diverses dénominations, et qui a été le sujet des intéressantes leçons cliniques que nous avons mises sous les yeux de nos lecteurs, est en ce moment l'objet d'une attention générale. Nous avons déjà reçu depuis la publication de ces leçons plusieurs communications qui trouveront ici successivement leur place. La plus intéressante, sans contredit, est une leçon tirée du cours de physiologie professé à Montpellier par M. le professeur Lordat dans l'année scolaire 1842-1843, et publiée à cette époque sous ce titre : *Analyse de la parole pour servir à la théorie de divers cas d'alalie et de paralalie* (*de mutisme et d'imperfection du parler*) *que les nosologistes ont mal connus* [1]. L'éminent professeur se proposait dans cette leçon d'étudier, dans le but d'éclairer un des points de pratique médicale les plus embarrassants et les moins analysés, les actes successifs distincts qui s'accomplissent depuis la résolution de transmettre la pensée jusqu'aux sons qui lui servent de véhicule : circonscription du sujet ou de la pensée à transmettre, division du sujet principal en pensées partielles ou en propositions, et des propositions en idées élémentaires; corporification des idées en sons ou remémoration de sons antérieurs conservés dans la mémoire; disposition syntaxique de ces sons; exécution de ces sons par des mouvements synergiques imprimés aux organes vocaux; attention aux rhythmes et à la prosodie; étude intuitive des organes de la parole, etc. C'était, en un mot, toute une théorie de la parole appliquée à l'étude des vices et des défectuosités qui peuvent survenir dans l'exercice du langage.

Parmi ces défectuosités se plaçait naturellement celle qui consiste dans l'impuissance de parler, nonobstant l'intégrité de l'entendement et l'état normal des organes vocaux, et qu'il désigne sous le nom d'*alalie*. Le premier exemple d'alalie qu'il cite, et le plus digne d'intérêt assurément, est celui dont il a été lui-même le sujet et l'observateur. Ce professeur si goûté de nombreuses générations médicales pour l'élégance et la distinction de son langage, autant que pour l'élévation de son esprit, raconte comment pendant plusieurs semaines, tout en conservant toutes ses aptitudes mentales et tous ses besoins intellectuels accoutumés, il s'est trouvé séquestré de ses semblables, quoique habitant au milieu d'eux, témoin de leurs rapports mutuels sans pouvoir entrer en commerce avec eux, quoique se sentant encore leur égal. Mais nous craindrions d'affaiblir cette relation en l'analysant; nous laissons M. Lordat parler lui-même :

« Dès l'âge de dix ans, dit-il, j'ai été sujet à une esquinancie tonsillaire qui durait dix jours et se terminait par suppuration. La maladie commençait par un accès de fièvre de deux fois vingt-quatre heures. Jusque vers l'âge de vingt-cinq ans la maladie est venue tous les deux ou trois ans, dans les mois de décembre ou de janvier. A dater de cette époque, elle est venue régulièrement tous les ans dans les mêmes mois. Les symptômes ont toujours été les mêmes.

» En 1825, le 17 juillet, après un assez long travail mental et après quelques vives inquiétudes, je fus atteint de mon mal de gorge. La maladie prit un autre caractère. Les symptômes les plus pénibles furent une agitation générale qui ne me permettait pas de rester cinq minutes dans la même place; une insomnie complète; la continuation d'une petite fièvre, avec absence de salivation et soif ardente. A dater du troisième jour, impossibilité de faire la déglutition, de sorte que toute tentative de cette fonction faisait entrer le liquide dans le larynx et me menaçait d'une vraie suffocation.

» Au septième jour, je ne sentis pas la fluctuation, ce qui m'affligea. Au moment où je m'attendais le moins à une terminaison prochaine, toute la douleur de l'isthme du gosier s'évanouit; je sentis que je pouvais avaler sans peine, et je me trouvai guéri en apparence. Il y eut, en un mot, une véritable délitescence.

» J'attendais les événements. Deux jours après vinrent des douleurs d'entrailles. Elles commençaient à s'apaiser, quand il survint des cuissons brûlantes au périnée et aux organes voisins. A ces souffrances succédèrent des douleurs nerveuses aux extrémités inférieures.

» Ces symptômes ne durèrent pas plus d'une semaine. Quand je fus au quinzième jour de la maladie totale, me trouvant presque exempt de souffrances et n'éprouvant qu'une légère fièvre accompagnée d'une pesanteur de tête très-médiocre, je m'aperçus qu'en voulant parler, je ne trouvais pas les expressions dont j'avais besoin : ce symptôme me surprit et me rendit méditatif. Je voulais me persuader que cet embarras avait été une distraction passagère, et qu'avec un peu d'attention la parole serait toujours la même. J'étais dans ces réflexions, lorsqu'on m'annonça qu'un personnage qui était venu dans ma maison pour avoir de mes nouvelles, s'était dispensé de me voir dans la crainte de m'incommoder. J'ouvris la bouche pour répondre à cette politesse. La pensée était toute prête, mais les sons qui devaient la confier à l'intermédiaire n'étaient pas à ma disposition. Je me retourne avec consternation et je dis en moi-même : *Il est donc vrai que je ne puis plus parler!*

» La difficulté s'accrut rapidement, et, dans l'espace de vingt-quatre heures, je me trouvai privé de la valeur de presque tous les mots. S'il m'en restait quelques-uns, ils me devenaient presque inutiles, parce que je ne me souvenais plus des manières dont il fallait les coordonner pour qu'ils exprimassent une pensée.

» Je me trouvai donc atteint d'une *alalie* incomplète. — Je n'étais plus en état de recevoir les idées d'autrui, parce que toute l'amnésie qui m'empêchait de parler me rendait incapable de comprendre assez promptement les sons que j'entendais, pour que j'en pusse saisir la signification. Il aurait fallu du temps pour faire sur chaque son un effort de remémoration, et la conversation est trop *cursive* pour que je pusse comprendre un nombre suffisant de mots.

» Il s'écoula longtemps sans que je pusse me rendre compte de mon état. Quand j'étais seul, éveillé, je m'entretenais tacitement de mes occupations de la vie et de mes études chéries. Je n'éprouvais aucune gêne dans l'exercice de la pensée. Accoutumé depuis tant d'années aux travaux de l'enseignement, je me félicitais de pouvoir arranger dans ma tête les propositions principales d'une leçon, et de ne pas trouver plus de difficulté dans les changements qu'il me plaisait d'introduire dans l'ordre des idées. — Le souvenir des faits, des principes, des dogmes, des notions abstraites, était comme dans l'état de santé. Je ne me croyais donc pas malade : les embarras où je m'étais trouvé me semblaient des songes. — Depuis longtemps je m'étais contenté de circonscrire la pensée, de la développer, de régler l'ordre de subordination des idées : les expressions venaient se placer sans effort. — Dans mes réflexions sur mon état morbide, je n'allais pas plus loin, et je me disais chaque jour qu'il ne me restait aucun symptôme; mais dès qu'on venait me voir, je ressentais mon mal à l'impossibilité où je me trouvais de dire : *Bonjour, comment vous portez-vous?*

» Il fallut donc bien apprendre que l'exercice interne de la pensée pouvait se passer de mots, que la corporification des idées était tout autre chose que leur formation et leur combinaison. — Aussi, tout en reconnaissant l'utilité du langage pour la conservation des pensées, pour en faire des archives et pour les transmettre, je n'ai pas pu souscrire à tout ce que Condillac a dit sur la nécessité, l'indispensabilité des signes verbaux pour la pensée. J'appris que du *logos* complet dont je parlais naguère, je ne possédais pleinement que la partie interne, et que j'en avais perdu la partie externe...

« Le sentiment de contraste qui existait entre ce que j'étais et ce que je paraissais être, a été l'occasion de diverses pensées que je cherchais à me rendre instructives. Le découragement, la difficulté de prendre part aux conversations dont j'étais simplement témoin, l'humiliation qui en résultait, l'effort mental que je faisais pour rappeler tantôt la valeur d'un terme que j'avais entendu, tantôt le son d'une idée que je voulais émettre, devaient donner à mon visage une expression d'*hébétude* sombre qui inspirait parfois une pitié vaniteuse et insultante. J'avais de bonnes raisons pour savoir que je n'étais pas aussi inférieur par le fond que par la forme, mais pour me redresser il fallait attendre que je fusse sûr de la curabilité de ma maladie.

[1] Broch. in-8° de 65 pages, 1843; à Montpellier, chez Louis Castel; à Paris, chez J. B. Baillière, Germer Baillière, Fortin Masson, Béchet jeune et Labé.

COURS SUR L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DES DOCTRINES MÉDICALES [1].

ÉTUDE SUR GALIEN.

Galien, qui s'inspire en tout des doctrines d'Hippocrate, dit, comme lui : *Que le bon médecin doit être philosophe*; qu'il doit connaître la nature du corps [2], qu'il doit pratiquer avec désintéressement, non pour de l'argent, mais pour le bien de l'humanité. « Il n'est pas possible de convoiter la richesse, et en même temps de cultiver dignement la médecine, cet art si noble; si on s'attache avec ardeur à l'une, on négligera certainement l'autre [3]. » Ce sont les mêmes sentiments que chez Hippocrate : « Ne recherchez pas vos honoraires, si ce n'est dans le désir de faciliter les moyens d'étude; je vous exhorte à ne pas montrer trop d'inhumanité; mais considérez le superflu et la vraie richesse; soignez quelquefois les malades gratuitement, préférant un souvenir reconnaissant à un avantage direct; s'il se présente une occasion de faire des largesses, donnez surtout à l'étranger et au pauvre [4].

» Comment aimerait-il le travail, celui qui s'enivre, qui se gorge d'aliments et se livre aux plaisirs de Vénus; qui, pour le dire en un mot, est l'esclave de son ventre et de ses penchants lubriques? Il demeure donc établi que le vrai médecin est l'ami de la tempérance, et qu'il est en même temps le disciple de la vérité; il s'attache à suivre la méthode rationnelle pour apprendre à distinguer en combien de genres et d'espèces se divisent les maladies, et à saisir pour chaque cas les indications thérapeutiques. C'est cette méthode qui nous révèle la nature du corps, résultant à la fois des éléments premiers combinés intégralement entre eux, des éléments secondaires sensibles *homoiomères*, et des parties organiques; quel est pour l'animal l'usage de chacune des choses que je viens d'énumérer, et quel est leur mode d'action. Comme ce sont des problèmes qu'il ne faut pas étudier légèrement, mais qui réclament une démonstration, on doit en demander la solution à la *méthode rationnelle*. Que manque-t-il donc encore pour être philosophe au médecin qui cultive dignement l'art d'Hippocrate? Pour connaître la nature du corps, les différences des maladies, les indications thérapeutiques, il doit être exercé dans la science logique; pour s'appliquer avec ardeur à ces recherches, il doit mépriser l'argent et pratiquer la tempérance; il possède donc toutes les parties de la philosophie, la logique, la physique et l'éthique [la morale]. Il n'est pas à craindre, en effet, qu'un homme méprisant les richesses et pratiquant la tempérance, commette une action honteuse, car toutes les iniquités dont les hommes se rendent coupables sont engendrées par la passion de l'argent, qui les séduit, ou par la volupté, qui les captive. Ainsi le philosophe possède nécessairement les autres vertus, car toutes se tiennent, et il n'est pas possible d'en posséder une quelconque sans que les autres suivent, comme si elles étaient enchaînées par un lien commun. S'il est vrai que la philosophie soit nécessaire au médecin, et quand il commence l'étude de son art, et quand il se livre à la pratique, n'est-il pas évident que le vrai médecin est philosophe? Car il n'est pas besoin, je pense, d'établir par une démonstration qu'il faut de la philosophie pour exercer honorablement la médecine, lorsqu'on voit que tant de gens cupides sont plutôt des vendeurs de drogues que de véritables médecins, et pratiquent dans un but tout opposé à celui vers lequel l'art doit tendre naturellement. »

A cette philosophie essentiellement pratique, presque synonyme de *sagesse*, et toute relative à la dignité de la profession médicale, se rapporte un éloquent mémoire adressé à la jeunesse pour lui donner le goût de l'*étude des arts*. Discutant d'abord la question de l'âme des bêtes, il montre la différence qui la sépare de l'âme de l'homme, seule *raisonnable*, et en regard de cette organisation privilégiée, il montre que le devoir de l'homme est de cultiver son esprit par l'étude des arts et des sciences, en se détournant de la poursuite de la fortune et en dédaignant les avantages de la richesse, de la naissance, de la beauté ou de la force, avantages matériels qui ne valent pas ceux que donne la culture des *arts libéraux*.

Ce sont des pages impérissables, aussi jeunes que si elles étaient écrites d'hier, où se trouve l'empreinte d'un grand talent au service d'une belle âme.

Voici comment débute Galien [1] :

« Les animaux qu'on nomme *sans raison* n'ont-ils en partage aucune espèce de raison? Cela n'est pas prouvé, car s'ils ne jouissent pas de celle qui se traduit par la voix et qu'on appelle *verbale*, peut-être participent-ils tous, les uns plus, les autres moins, à la raison physique qu'on nomme intime. — Toutefois, il est évident que l'intelligence de l'homme le place beaucoup au-dessus des autres ani-

[1] Voir le numéro précédent.

[2] *Que le bon médecin est philosophe*; traduction de Daremberg, t. I, p. 4.

[3] *Loc. cit.*, p. 4.

[4] *Préceptes*, p. 26, Ed. Foës.

[1] Galien, traduct. Daremberg, t. I, p. 6.

[1] Galien, édition de Daremberg, t. 1er, p. 72.

» Si vous n'avez pas bien réfléchi sur l'étendue de cette amnésie, vous pensez que j'ai pu me consoler par la lecture ; mais il n'en fut rien dans le premier temps. En perdant le souvenir de la signification des mots entendus, j'avais perdu celui de leurs signes visibles. — La syntaxe avait disparu avec les mots : l'alphabet seul m'était resté, mais la jonction des lettres pour la formation des mots était une étude à faire. — Lorsque je voulus jeter un coup d'œil sur le livre que je lisais quand ma maladie m'avait atteint, je me vis dans l'impossibilité d'en lire le titre. — Je ne vous parle pas de mon désespoir, vous devez le deviner. — Il m'a fallu épeler lentement la plupart des mots ; et je dois vous dire en passant que j'eus occasion de sentir toute l'absurdité de l'orthographe de notre langue.

» Après quelques semaines de tristesse profonde et de résignation, je m'aperçus qu'en regardant de loin le dos d'un in-folio de ma bibliothèque, je lisais explicitement le titre *Hippocratis opera*. Cette découverte me fit verser des larmes de joie. J'usai de ma faculté pour rapprendre à parler et à écrire. Mon éducation fut lente, mais les succès devenaient sensibles tous les quinze jours.

M. Lordat fait plus loin la remarque que sa maladie n'était pas simplement un oubli des mots et un oubli du sens des mots présents, mais encore une suggestion instinctive de sons connus mais mal employés. Il n'y avait pas seulement *amnésie*, mais encore *paramnésie*, c'est-à-dire un usage vicieux de sons connus et rappelés. « Ainsi, dit-il, quand j'avais l'intention de demander un *livre*, je prononçais le mot *mouchoir*. Il est vrai qu'immédiatement après avoir proféré ce mot, je le rétractais, et je sentais qu'il en fallait un autre. » Un autre mode de paramnésie consistait à intervertir les lettres des syllabes d'un mot, etc.

M. Lordat, cherchant ensuite en quoi a pu consister sa maladie, déclare que pour lui le symptôme dominant a été une sorte d'ataxie nerveuse, d'aberration de l'innervation, qui a primé dans toutes les formes de cet état morbide. Les symptômes de son esquinancie et sa terminaison ont fait connaître l'influence nerveuse ; les douleurs abdominales, celles des extrémités inférieures, ont été des névropathies ; tout ce qui s'est passé à la tête lui a paru étranger aux inflammations, aux congestions et aux altérations anatomiques.

« Je ne puis pas, dit-il, me faire une idée de cette inquiétude vitale qui se manifeste par des symptômes nerveux variés, et qui paraît s'épuiser et se résoudre par la durée de ces symptômes ; mais l'expérience nous en prouve la réalité. »

Suivent d'autres exemples d'amnésies variées dont nous recommandons la lecture à tous ceux que ce sujet intéresse, et qui trouveront dans cette brochure, avec des faits peu connus, une analyse fine et délicate du phénomène qui vient de nous occuper.

Tumeur hématique de la région ischiatique. Kyste à parois fibreuses.

Un malade âgé de cinquante et un ans, entré à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 8, dans le service de M. Gosselin, pour être traité de fractures multiples de côtes, portait à la région ischiatique une tumeur d'un diagnostic difficile, et qui vient d'être enlevée avec succès.

Il y a seize ans, le malade avait fait une chute sur les fesses, à la suite de laquelle il avait dû garder le lit pendant trois semaines. Il s'était relevé et avait vaqué à ses affaires après ce temps ; mais il lui restait une tumeur molle de la grosseur d'une noix, qui occupait la saillie de l'ischion. Pendant dix ans la tumeur s'était accrue lentement sans occasionner aucune gêne ; dans la position assise, elle supportait le poids du corps. Peu à peu elle était devenue aussi beaucoup plus dure. En jouant avec des camarades, notre malade avait reçu un coup de pied sur la fesse, la tumeur avait été froissée et elle avait pris un nouvel accroissement ; alors le malade, pour s'asseoir, s'inclinait sur le côté malade pour la faire passer dans le pli inter-fessier. Aucun dérangement des fonctions n'était survenu, le malade n'avait pas maigri ; seulement, il était un peu fatigué dans ces derniers temps, par suite d'un long voyage en chemin de fer.

Au moment où M. Gosselin a vu cette lésion, voici dans quel état étaient les parties. Une tumeur du volume d'une tête de fœtus, faisant corps avec la fesse, non pédiculée, mobile profondément en apparence, ne suivant pas les mouvements de la cuisse pendant l'extension et la flexion, recouvrait l'ischion. La peau, épaissie, était saine d'ailleurs et mobile sur la tumeur. Celle-ci présentait une consistance très-variable ; dure en certains points, elle présentait par places de la fluctuation franche. La santé générale était bonne.

Un instant M. Gosselin a pensé qu'il pouvait avoir affaire à un lipome simple ; mais l'absence de fluctuation et la dureté de plusieurs points forçaient à rejeter ce diagnostic. Il ne s'agissait pas non plus d'un enchondrome, la tumeur jouissant d'une certaine mobilité profonde, la fluctuation ne pouvait pas se rapporter à une telle lésion ; puis sa dureté générale n'était pas évidemment celle d'une tumeur cartilagineuse ; restait l'hypothèse d'un lipome fibreux ou d'un fibrome, la fluctuation franche en quelques points et l'évolution de la tumeur semblaient la légitimer. La pensée d'un kyste hématique peut-être dans la bourse séreuse située sur l'ischion, avec transformation consécutive et hypertrophie fibreuse des parois, et avec une altération du liquide contenu, n'était pas moins acceptable. M. Gosselin était de ce dernier avis, en faisant toutefois des réserves en faveur de la possibilité d'une tumeur fibreuse.

Comme la tumeur paraissait isolée et non adhérente à l'os, et comme d'autre part elle tendait toujours à croître, il était indiqué de l'enlever. Néanmoins, pour plus de certitude, au moment de pratiquer l'ablation, une ponction exploratrice fut faite ; elle donna issue à du liquide séreux clair, un peu filant. Ce n'était pas un éclaircissement complet, mais ce n'était pas une contre-indication à l'opération.

Le 21 janvier, une incision cruciale a été faite sur la tumeur. Le muscle grand fessier étant aminci, celle-ci fut rencontrée immédiatement sous la peau. Les adhérences celluleuses détruites, il a été facile de disséquer la plus grande partie d'une masse lobulée, irrégulière, qui, ponctionnée avec le bistouri, a laissé échapper un liquide semblable à celui qui avait été évacué par la ponction exploratrice. Comme la tumeur ne s'était pas entièrement vidée, une seconde ponction a été faite, et il est sorti cette fois un liquide jaune, épais, visqueux, analogue à du sirop de gomme ; puis une matière blanche concrète, analogue au produit phymatoïde de M. Lebert.

La tumeur était unie assez intimement à l'os, et elle a été isolée non sans quelques difficultés ; il a fallu disséquer avec soin la partie profonde. Le pansement avec de la charpie sèche a été fait.

Il n'y a eu aucune tentative de réunion immédiate ; un pansement simple a été maintenu sur la plaie.

Aujourd'hui aucun accident n'est survenu ; la plaie suppure, bourgeonne ; on voit au fond, sur l'ischion, des bourgeons charnus de bonne nature. L'état général est excellent ; le malade a bon appétit, et a conservé ses forces.

A l'œil nu la pièce représentait un kyste à deux grosses loges constitué par une enveloppe d'apparence fibreuse, très-épaisse et tapissée à la face interne par des produits phymatoïdes et des masses fibrineuses analogues à celles qui existent dans les anciennes tumeurs hématiques.

M. le professeur Robin a examiné au microscope l'enveloppe des kystes, dans les parois desquels se trouvaient deux petits kystes secondaires. Il y avait dans cette enveloppe fibreuse un revêtement protéique, infiltré de productions graisseuses et de quelques rares éléments fibreux ; la fibrine était en très-petite quantité. Les petits kystes contenaient sur leurs parois une substance gélatiniforme, et on trouvait des éléments fibro-plastiques répandus en plusieurs points. Il n'y avait de vaisseaux un peu développés et un peu multipliés qu'au voisinage des petits kystes.

Les exemples de kystes hématiques anciens des bourses séreuses ou dans le tissu cellulaire se présentent presque toujours avec des caractères peu ordinaires. On a vu des kystes hématiques dans lesquels la fibrine concrétée avait formé des masses indurées et comme pierreuses. Robert, en 1858, a observé un de ces kystes ouvert spontanément et devenu l'origine d'une fistule qui, par son siége et par cette particularité que le stylet heurtait un corps dur et donnait la sensation d'un choc sec, avait suggéré l'idée qu'il s'agissait d'une nécrose du grand trochanter. Le chirurgien a débridé, et comme le même traitement était convenable dans les deux cas, la guérison a été prompte à obtenir et aucune complication ne s'est présentée.

Chez le malade qui a succombé au tétanos dans le service de M. Velpeau [1], l'opération qui avait été l'occasion de ce grave accident avait été faite pour une tumeur hématique de la bourse séreuse pré-rotulienne, et il y avait dans un kyste à parois épaissies des caillots sanguins fibrineux et des fongosités pareilles à celles qui existent dans les hygromas chroniques.

Toujours les tumeurs formées par des kystes hématiques se développent lentement et sans occasionner de troubles graves de la santé. Indolentes et n'occasionnant que de la gêne, elles sont exposées à des froissements qui, bien qu'ils n'occasionnent pas une véritable inflammation, ne sont sans doute pas étrangers aux transformations fibreuses des parois.

Est-ce à dire qu'il n'ait pu exister dans le cas observé par M. Gosselin une dégénérescence fibro-plastique et qu'il n'y aura pas de récidive ? Certes, on ne saurait rien affirmer ; mais le diagnostic du kyste hématique de la bourse séreuse sous-ischiatique est assurément celui auquel on doit se rattacher de préférence à tous les autres.

De l'influence salutaire de l'air frais dans la fièvre typhoïde.

Les quelques idées que nous avons émises sur le traitement de la fièvre typhoïde dans la *Revue* du 19 décembre dernier, nous ont déjà valu plusieurs adhésions qui ne peuvent que nous encourager dans l'exposition et l'application des mêmes principes. Nous nous serions abstenu toutefois de mentionner ici ces adhésions, si elles n'avaient été pour les médecins qui ont bien voulu nous en faire part, l'occasion d'exposer eux-mêmes le résultat de leur expérience personnelle sur ce point si important de médecine pratique. C'est ainsi que nous avons inséré récemment une note dans laquelle M. le docteur Pascal résumait en quelques propositions les points de vue principaux de son enseignement sur la fièvre typhoïde dans les hôpitaux militaires. Le même motif nous engage aujourd'hui à mettre sous les yeux de nos lecteurs la lettre suivante que nous adresse M. le docteur Charles Shrimpton, dont le nom se rattache, comme on le sait, aux souvenirs de la campagne d'Orient.

Nous laissons la parole à notre distingué confrère :

« Monsieur le Rédacteur, dans votre *Revue clinique hebdomadaire* du 19 décembre, vous passez en revue les différents traitements employés contre cette maladie par les plus savants médecins de nos hôpitaux. Je ne peux qu'applaudir pour ma part à l'esprit de cet article ; mais ce que je tiendrais à vous faire surtout connaître, c'est que j'ai été particulièrement frappé de l'aveu plein de franchise qui le termine : rien, à mon avis, ne saurait faire ressortir davantage les doutes et les incertitudes qui embarrassent si souvent le praticien dans le traitement de la fièvre typhoïde. « Aucune des médications usitées, dites-vous, » ne répond d'une manière complète à l'ensemble des indications, *l'indication fondamentale nous échappe* ; mais chacune

[1] *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 170.

maux ; cela est démontré par le grand nombre d'arts qu'il cultive et par son aptitude à apprendre ceux qu'il veut, lui seul étant capable de science. — En effet, les animaux, à quelques exceptions près, n'exercent aucun art ; encore ceux qui le font avec succès obéissent-ils plutôt à un instinct naturel qu'à une détermination réfléchie. Mais l'homme n'est étranger à aucun des arts propres aux animaux ; il imite la trame de l'araignée ; il modèle comme les abeilles ; il peut s'exercer à la nage bien qu'il soit fait pour la marche ; mais, de plus, l'homme n'est point impropre aux arts divins ; émule d'Esculape, il se livre à la médecine ; rival d'Apollon, il pratique en même temps que la médecine tous les autres arts auxquels ce dieu préside, c'est-à-dire celui de tirer de l'arc, la musique et la divination ; il cultive encore ceux auxquels préside chacune des Muses, car il n'est étranger ni à l'astronomie ni à la géométrie. De plus, comme le dit Pindare, son regard pénètre dans la profondeur de la terre et s'élance par delà les cieux.

» Enfin, par son amour pour l'étude, il s'est acquis le plus grand des biens célestes, la *philosophie*. Aussi, pour tous ces motifs, et malgré la participation des animaux à la raison, l'homme, seul entre tous, est donc appelé par excellence *raisonnable*. »

Montrant ensuite qu'il est honteux de négliger ce que nous avons de commun avec les dieux pour courir à la *fortune*, il rappelle que les anciens l'avaient représentée sous les traits d'une femme, symbole assez significatif de déraison, un bandeau sur les yeux, un gouvernail à la main et les pieds sur une boule, pour montrer son instabilité.

« De même, dit-il, qu'au milieu d'une violente tempête, sur le point d'être enveloppés et engloutis par les flots, on commettrait une grande faute en confiant le gouvernail à un aveugle ; de même au sein des naufrages qui, dans le cours de la vie, assaillent tant de familles, naufrages plus terribles encore que ceux des vaisseaux en pleine mer, on se tromperait étrangement si, dans les embarras extrêmes dont on est alors environné, on attendait son salut d'une divinité aveugle et instable. La fortune est si stupide et si déraisonnable, que, dédaignant le plus souvent ceux qui méritent ses faveurs, elle enrichit les plus indignes ; encore n'est-ce point d'une manière durable, mais pour les dépouiller bientôt des richesses qu'elle leur a prodiguées. — Une foule d'hommes ignorants courent après cette divinité..... Tous ces suivants de la fortune ne sont que des oisifs ou inhabiles dans les arts..... Et vous prendriez en dégoût tout ce cortége, composé en grande partie de démagogues, de courtisanes, de pédérastes, de gens qui ont trahi l'amitié, des homicides, des violateurs du repos de la tombe, des voleurs, enfin, une foule de misérables qui, non contents d'insulter aux dieux, mettent leurs temples au pillage. »

Mercure, le maître de la raison et l'artiste universel, est représenté « comme un frais jeune homme dont la beauté n'est ni empruntée ni rehaussée par les ornements, et n'est que le reflet des vertus de son âme. » Son piédestal est de la forme la plus solide, celle d'un cube, et ses adorateurs, toujours gais comme le dieu dont ils forment le cortége, ne se plaignent jamais de lui, comme le font les serviteurs de la Fortune.

.... « Le dieu est au milieu d'eux ; tous sont rangés par ordre autour de lui ; chacun conserve la place qui lui a été assignée. Ceux qui approchent Mercure de plus près, qui l'entourent immédiatement, sont les géomètres, les mathématiciens, les philosophes, les médecins, les astronomes et les grammairiens ; viennent ensuite les peintres et les sculpteurs... Au troisième rang sont tous les autres artistes... A la vue d'une suite ainsi composée, vous serez saisi non-seulement du désir d'imiter tous ces hommes, mais de vénération pour eux. On y trouve Homère, Socrate, Hippocrate, Platon, et tous ceux qui sont passionnés pour ces écrivains que nous révérons à l'égal des dieux, comme les lieutenants et les ministres de Mercure... »

Après cette habile opposition des hommes voués au culte des arts ou acharnés à la poursuite de la fortune, Galien déverse tout son mépris sur la richesse, sur les titres de naissance, sur la beauté et sur la force corporelle.

« Beaucoup de ces misérables qui rapportent tout à la richesse, ne songent pas que parmi les animaux sans raison ils ne recherchent que les plus industrieux. Ainsi, ils préfèrent à tous les autres les chevaux qui sont dressés au combat, les chiens habitués à la chasse ; ils font apprendre des métiers à leurs esclaves, souvent même ils dépensent en leur faveur beaucoup d'argent, mais ils ne s'occupent pas d'eux-mêmes. N'est-il pas honteux qu'un esclave soit estimé dix mille drachmes quand le maître n'en vaut pas une ? Mais que dis-je, une ! on ne le prendrait même pas à son service pour rien. »

La naissance n'est pas mieux traitée que la richesse, et voici ce qu'il dit de ceux qui, sans avoir aucune qualité propre, tirent vanité de leurs ancêtres : « Ils ignorent sans doute que les titres de noblesse ressemblent aux pièces d'argent : elles ont cours dans la ville où elles ont été frappées ; dans une autre, elles sont regardées comme de la fausse monnaie. »

C'est à l'occasion de la beauté et des avantages corporels que Galien développe le plus d'énergie morale ; de la beauté, dont il répète avec Sapho :

« Celui qui est beau ne l'est qu'autant qu'on le regarde ; celui qui est bon sera toujours beau. »

La beauté, enfin, qui n'est qu'un infâme moyen de s'enrichir, et pour laquelle on ne doit pas négliger l'étude des arts.

C'est à cette occasion qu'il raconte le trait suivant de Diogène.

« Mangeant un jour chez un homme dont l'ameublement était par-

» d'elles s'attaque avec plus ou moins de propriété à quelques-» unes des indications subsidiaires, et soit qu'elles ne combat-» tent que partiellement, les unes l'élément inflammatoire, » d'autres l'élément septique, celles-là les prédominances ner-» veuses, elles sont toutes utiles en simplifiant et en décompo-» sant en quelque sorte l'état complexe qu'on appelle fièvre » typhoïde. »

» C'est cela même : et, quoique les différents traitements soient parfaitement applicables aux différentes indications subsidiaires, il n'en est pas moins certain, comme vous l'affirmez, « que l'indication fondamentale nous échappe. » Cela est vrai, et le sera toujours tant que l'on ne connaîtra pas la nature même de la maladie, et que l'on restera ainsi forcément dans l'ignorance du principe essentiel qui en doit diriger le traitement.

» Depuis longtemps j'ai été amené à considérer la fièvre typhoïde comme un état d'asphyxie, et j'ai par conséquent eu recours au grand air comme base du traitement, et cela avec le plus grand succès. Je crois donc être parvenu à saisir « l'indication fondamentale » en portant l'influence de l'air frais et pur dans tout l'organisme, et je ne m'en suis trouvé que dans de meilleures conditions pour attaquer plus sûrement les indications subsidiaires, et combattre plus efficacement les éléments complexes de la maladie.

» J'ai toujours eu à me louer, à cet égard, de la docilité de mes malades; je dois même dire que j'ai toujours remarqué qu'ils recherchaient comme instinctivement eux-mêmes le grand air, en toute saison et à toutes les températures. Il est d'ailleurs incontestable qu'ils n'en supportent alors que mieux l'action des stimulants, qui est indispensable pour soutenir les forces dans le travail de l'hématose.

» Sans aucun doute, la respiration d'un air corrompu porte atteinte plus ou moins profondément dans toute la vie organique, et y détermine cette dépression vitale qui caractérise spécialement la fièvre typhoïde. Si donc nous faisons respirer à nos malades l'air le plus pur, nous employons le moyen le plus efficace pour lutter contre l'élément typhique dans tout l'organisme, et avec la précaution de les tenir chaudement dans leur lit, nous les mettons dans la condition la plus favorable pour entretenir la chaleur animale et résister plus efficacement aux effets du froid. Quand, au contraire, on laisse les forces vitales s'épuiser par la respiration d'une atmosphère corrompue, et que le corps du malade se couvre d'une sueur colliquative, il est évident que le moindre courant d'air peut le frapper de mort en lui enlevant le peu de vitalité qui lui reste; et nous comprenons dès lors qu'en se plaçant faussement à ce point de vue, on ait conçu tant d'horreur pour l'air frais, et que l'on se soit ainsi pris d'une funeste répulsion pour un élément qui est la source même de la vie, précisément dans les circonstances qui le rendent le plus indispensable.

» Par l'application du grand air, non-seulement on parvient efficacement à éteindre l'élément typhique dans les malades, mais encore on réussit à détruire la puissance de la contagion. Ce qui s'est passé pendant la guerre d'Orient en est la preuve manifeste. On peut s'assurer par les documents officiels que l'armée anglaise, après avoir été d'abord plus éprouvée par les maladies que les deux autres armées alliées, se vit tout à coup, à l'encontre d'elles, dans l'état sanitaire le plus satisfaisant, quoique subissant avec elles les mêmes conditions de guerre, de saison et de climat. Tandis que le typhus sévissait de plus en plus contre les Français et les Piémontais, il cessait d'avoir prise sur les Anglais, malgré les fréquentes communications qui continuaient forcément à exister entre leur camp et les deux autres [1]. A quoi pourrait-on attribuer cette heureuse immunité du typhus exceptionnellement assurée à l'armée anglaise? Pas d'autre cause appréciable, en vérité, que l'action vivifiante de l'air frais et pur, la ventilation. Les baraques anglaises, que l'on venait de construire, étaient placées sur des élévations de terrain et exposées le plus possible au vent; l'air pénétrait librement ainsi dans leur intérieur par de larges ventouses pratiquées dans les toits. Les baraques des Français et des Piémontais, au contraire, étaient situées dans des bas-fonds, et quelquefois même on creusait la terre pour les mettre au-dessous du niveau du sol; en sorte que toutes les précautions semblaient prises pour les soustraire à toute influence de l'air, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, car il n'y avait aucun moyen de ventilation.

» Je me suis décidé à vous communiquer mes vues sur un sujet que vous avez si bien traité, parce que j'ai remarqué, à mon grand regret, qu'il n'était pas plus question dans votre *Revue clinique* qu'auprès du lit des malades, de l'influence salutaire de l'air frais dans le traitement de la fièvre typhoïde. Cependant, pour peu qu'on voulût en faire l'expérience, on ne tarderait pas à se convaincre que l'air est un élément indispensable de guérison dans toutes les maladies, et plus particulièrement dans la fièvre typhoïde; mais malheureusement on s'obstinera peut-être longtemps encore à l'exclure de la thérapeutique proprement dite, et à le reléguer simplement parmi les soins hygiéniques.

— Nous ne voudrions en rien diminuer l'importance que notre confrère attache avec raison à l'action salutaire d'un air frais et fréquemment renouvelé sur la marche de la fièvre typhoïde. Mais il nous permettra de regarder comme exagérés les reproches qu'il se croit fondé à faire à cet égard aux médecins français en général. Il nous serait trop aisé de le renvoyer à tous nos traités d'hygiène, pour le convaincre de l'insistance avec laquelle l'aération y est recommandée; mais il pourrait, comme il l'a fait déjà, en appeler de l'hygiène à la thérapeutique. C'est donc auprès de la pratique même de la plupart de nos confrères que nous en appelons de la sévérité du jugement de M. Shrimpton.

[1] *La guerre d'Orient, l'armée anglaise et miss Nightingale*, par C. Shrimpton. Paris, Germer Baillière, 1864.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 janvier 1864. — Présidence de M. DEPAUL, puis de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Au moment de quitter le fauteuil de la présidence, M. Depaul prononce les paroles suivantes :

« Messieurs et chers collègues,

» Il y a un an, à pareille époque, je vous remerciais de l'honneur que vous m'aviez fait en m'appelant à présider vos séances. Aujourd'hui, permettez-moi, en descendant de ce fauteuil, de vous remercier encore pour la bienveillance dont vous m'avez entouré et qui a rendu ma mission si agréable et si facile.

» En remettant l'autorité dont j'étais investi entre les mains du nouveau président, je me félicite du choix que vous avez fait : nul ne sera plus soucieux de la dignité et de la prospérité de notre Société.

» Quant à moi, je vais reprendre ma place au milieu de vous, emportant et conservant précieusement le souvenir du témoignage d'estime que vous m'avez donné. »

M. Depaul invite M. Richet à prendre possession de la présidence.

M. Richet s'exprime ainsi :

« Messieurs et chers collègues,

» En prenant possession de ce fauteuil, permettez-moi de faire appel à votre bienveillance, à cette bienveillance dont vient de parler M. Depaul et qui n'a jamais fait défaut à mon prédécesseur. C'est un insigne honneur que celui de présider la Société de chirurgie de Paris, c'est-à-dire cette réunion d'hommes distingués entre tous et à tant de titres, aussi bien par l'amour de leur art que par leurs talents d'observateurs, de cliniciens et d'écrivains.

» Cet honneur, je le sens, je l'apprécie à sa valeur réelle, et tous mes efforts auront pour but de m'en rendre digne.

» Le calme, la dignité qui président à vos discussions rendront, j'en suis certain, ma tâche facile; et si je suis assuré de votre bienveillant appui, vous pouvez compter sur mon vif désir de remplir les hautes et importantes fonctions que vous m'avez confiées avec ce zèle et cet esprit de conciliation et d'impartialité qui n'excluent pas la fermeté.

» Je crois être l'interprète fidèle de la Société en lui demandant de voter des remercîments unanimes pour notre honorable président M. Depaul et tous les membres du bureau sortant. »

La Société fait un accueil sympathique à ces deux allocutions.

CORRESPONDANCE.

M. GIRALDÈS dépose sur le bureau le quatorzième volume des *Transactions de la Société pathologique de Londres*. Il signale les faits intéressants contenus dans ce recueil, entre autres une observation de prolapsus de l'urèthre dans la vessie; une autre de hernie diaphragmatique chez l'adulte; une tumeur graisseuse du talon; des recherches sur l'état granuleux des reins.

— M. LARREY remet une note de M. Morache *sur la déformation des pieds chez les femmes chinoises*.

M. GIRALDÈS signale l'existence, dans le musée du Collége des chirurgiens de Londres, d'un certain nombre de pieds chinois déformés qui ont été représentés dans une récente publication de M. Flower.

(Une commission composée de MM. Bouvier, Larrey et Giraldès examinera le travail de M. Morache et réunira les faits relatifs à la question.)

— M. CULLERIER offre à la Société, de la part des auteurs, MM. Belhomme et Martin, un *Traité élémentaire de pathologie syphilitique*, et ajoute que l'état le plus récent de la science est présenté dans ce livre avec une clarté méthodique qui lui assigne un rang utile.

— M. Jarjavay adresse à la Société une lettre où il la prie d'accepter sa *démission de secrétaire général*, dont ses occupations ne lui permettent plus de remplir les fonctions.

L'élection du nouveau secrétaire général aura lieu dans la prochaine séance.

M. RICHARD désire présenter quelques observations à la Société sur le discours prononcé par M. Verneuil dans la séance annuelle.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Broca, Follin, Depaul, Larrey, Verneuil et Forget, la Société décide que les observations de M. Richard et la discussion à laquelle elles pourront donner lieu seront entendues en comité secret, et que ce comité n'étant pas urgent sera fixé à la prochaine séance, pour laquelle il y aura une convocation spéciale.

COMMUNICATION.

Lésion traumatique de l'avant-bras chez les jeunes enfants.

M. VERNEUIL. Dans la séance du 16 octobre 1861, notre savant collègue M. Goyrand (d'Aix) nous a communiqué le résultat de ses longues études sur une lésion de l'avant-bras très-commune chez les enfants, lésion que tout le monde a observée et observera, mais qui, par une singulière exception, à une époque où le diagnostic anatomique est poussé si loin, n'est point encore localisée, et manque même d'une dénomination précise.

Je fais allusion à cette affection douloureuse née subitement à la suite d'une traction brusque exercée sur le poignet des jeunes enfants, et qui est symptomatiquement caractérisée par la perte des mouvements de la main et de l'avant-bras, avec flexion de ce dernier, pronation permanente, chute de la main, etc.

Aux diverses théories proposées déjà pour expliquer ces symptômes, M. Goyrand en ajoutait une nouvelle. Pour lui, le siége du mal était l'articulation inférieure du cubitus; la cause anatomique était un déplacement du cartilage triangulaire cubito-radial. Le traitement consistait dans une manœuvre destinée à produire la supination forcée, et ce mouvement, qui donne lieu à un claquement subit, amène une guérison immédiate.

Comme la plupart d'entre vous, à cette époque, j'élevai quelques doutes sur la théorie de M. Goyrand; mais comme cet honorable confrère nous conviait à de nouvelles recherches, je me promis à la prochaine occasion de vérifier l'hypothèse nouvelle.

Malgré la fréquence de cet accident, c'est seulement dans ces derniers jours que j'en ai pu rencontrer un nouvel exemple.

OBS. — Le 2 janvier 1864, un enfant de dix mois était assis par terre, à quelque distance de son berceau. Sa mère, le prenant par la main, le fit glisser sur le parquet jusqu'à elle; puis, le saisissant par le poignet gauche, l'enleva brusquement et le déposa sur son lit.

L'enfant accusa aussitôt une vive douleur, et cria beaucoup pendant qu'on le déshabillait. Les vêtements enlevés, on vit que le bras gauche était immobile et pendant, et que chaque mouvement communiqué amenait une recrudescence de cris. La nuit fut agitée.

---

faitement disposé, mais qui n'avait pris aucun soin de lui-même, il toussa comme pour cracher, et promenant ses yeux autour de lui, il ne cracha sur aucun des objets avoisinants, mais sur son hôte lui-même. Comme celui-ci lui reprochait avec indignation sa grossièreté et lui en demandait la cause: Je n'ai rien vu, dit-il, dans cette chambre, d'aussi sale que le maître de la maison. Les murs sont ornés de belles peintures; le pavé est formé d'une mosaïque de grande valeur, qui représente les images des dieux; tous les ustensiles sont brillants et propres; les tapis et le lit sont merveilleusement travaillés; je n'ai vu de sale que le maître de toutes ces choses; or, la coutume générale est de cracher sur ce qu'il y a de plus abject.

» Jeune homme, gardez-vous donc de mériter qu'on vous crache dessus! Evitez cette marque d'infamie, quand même tout votre entourage serait magnifique. Il est rare, sans doute, qu'un même homme réunisse tous les avantages, naissance, fortune, beauté; mais si cela vous arrivait, ne serait-il pas déplorable que vous seul, au milieu de tant de splendeur, soyez digne de recevoir un crachat? »

Déjà sûr d'avoir produit son effet sur l'esprit de ceux auxquels il s'adresse, il leur dit :

» Courage, jeunes gens, qui, après avoir entendu mes paroles, vous disposez à apprendre un art. Mais prenez garde de vous laisser séduire par un imposteur ou un charlatan, qui vous enseignerait une profession inutile ou méprisable. Sachez, en effet, que toute profession qui n'a pas un but utile dans la vie, n'est pas un art »; et, à ce sujet, il flétrit les occupations qui consistent à voltiger ou à marcher sur la corde, à tourner en cercle sans vertige, à devenir un athlète, etc.

« L'homme, jeunes gens, tient à la fois des dieux et des animaux sans raison, des premiers comme être raisonnable, des seconds comme être mortel. Le mieux est donc de s'attacher aux rapports les plus nobles, et de prendre soin de son éducation; si on réussit, on acquiert le plus grand des biens; si on échoue, on n'a pas la honte d'être au-dessous des animaux les plus inutiles. Si les exercices athlétiques manquent leur but, c'est un affront; s'ils l'atteignent, on ne l'emporte même pas sur les brutes.....

..... » Il y a dans la nature les biens de l'âme, ceux du corps, et les biens extérieurs; on ne saurait imaginer aucune autre espèce de biens. Les athlètes n'ont jamais joui des biens de l'âme, pas même en songe; cela est tout à fait évident, car, bien loin de savoir si leur âme est raisonnable, ils ignorent même s'ils en ont une. Comme ils amassent une grande quantité de chair et de sang, leur âme est noyée comme dans un bourbier; elle ne peut avoir aucune pensée nette; elle est aussi stupide que celle des brutes... Leur vie se passe comme celle des porcs, à cette exception près, que ceux-ci cependant ne se fatiguent pas outre mesure et ne se forcent pas pour manger. » Et quant à la force, Galien montre que l'homme ne peut lutter avec les brutes, et il s'écrie : « Et si les athlètes ne l'emportent pas même sur les animaux par leur force, de quel avantage peuvent-ils se prévaloir ? »

Galien leur refuse même l'avantage de s'enrichir, car il déclare qu'ils sont toujours accablés de dettes, ce qui le conduit à une belle conclusion en l'honneur de la médecine :

« S'enrichir par la profession ne constitue pas seul un titre méritoire; ce titre, c'est de pratiquer un art qu'on puisse sauver du naufrage avec soi : or cela n'est pas le fait de ceux qui gèrent les affaires des riches, ni des receveurs, ni des négociants. Ces gens-là s'enrichissent, il est vrai, surtout par leur profession, mais s'ils perdent leur argent, leurs affaires périssent avec lui, car ils ont besoin d'un capital pour les soutenir.....

» Si donc vous voulez trouver dans votre art un moyen sûr et honnête de faire fortune, choisissez-en un qui vous restera pendant toute votre vie. Il y a d'abord dans les arts une division première en deux catégories : les uns sont du domaine de l'intelligence; ce sont les arts honorables, *libéraux*. Les autres, arts *illibéraux*, consistent en des travaux corporels; ils sont appelés *mécaniques* et *manuels*. Le mieux serait assurément de choisir une profession de la première catégorie, car les arts de la seconde ne peuvent plus ordinairement être continués pendant la vieillesse. Dans la première catégorie se trouvent la médecine, la rhétorique, la musique, la géométrie, l'arithmétique, la dialectique, l'astronomie, la littérature et la jurisprudence; on peut, si l'on veut, y joindre la sculpture et la peinture; en effet, bien que ces deux arts consistent en un travail manuel, ils ne réclament pas une force virile. Un jeune homme dont l'âme ne ressemble pas tout à fait à celle d'une brute, doit donc choisir et exercer une de ces professions, surtout la médecine, qui, selon moi, est la meilleure de toutes. »

Telle est cette exhortation à l'étude des arts, dont la forme ne le cède en rien à la grandeur des idées, et qui peut encore aujourd'hui vous servir d'inspiration et d'exemple. Qu'il s'estime heureux celui de vous dont l'enthousiasme pour la médecine s'éveille à ces paroles, car il a le sentiment du beau, et, dans les choses de la pensée, ce sentiment est toujours l'inspiration des grandes œuvres!

Le lendemain, les symptômes continuèrent; le bras était inerte. La main, en pronation et fléchie comme s'il y avait paralysie des extenseurs, était impuissante à saisir les objets. Les mouvements provoqués étant toujours douloureux, l'usage d'une écharpe procura du soulagement.

L'enfant ne me fut montré que le 4 janvier, près de quarante heures après l'accident. Il ne criait plus, mais le membre était dans le même état, dans la même attitude qu'au début. L'exploration du coude, faite avec le plus grand soin, est douloureuse, mais ne révèle aucune lésion, aucun déplacement; rien à l'avant-bras, au bras ni à l'épaule. Je porte alors toute mon attention sur l'articulation du poignet, qui à la vue n'offre rien d'anormal. Ici encore le toucher et la mobilisation font crier l'enfant; les mouvements de flexion, d'extension, de latéralité, s'exécutent dans toute l'étendue physiologique. Je me mets en devoir de produire la supination forcée, et je place en même temps le pouce et l'index de la main gauche sur l'extrémité inférieure du cubitus. Ici les cris de l'enfant redoublent; la pronation et la supination moyenne s'effectuent sans peine; mais en arrivant aux limites de ce dernier mouvement, je rencontre un peu de résistance; puis subitement, sous les doigts de ma main gauche placés comme je l'ai dit plus haut, je perçois un petit claquement sec, et aussitôt j'obtiens la supination extrême.

Je répète plusieurs fois la même manœuvre; mais à partir de la première, je ne retrouve plus d'obstacle.

L'enfant criait toujours, de sorte que je ne pus savoir si, comme M. Goyrand l'annonce, la guérison était immédiate. Je fais maintenir l'avant-bras dans la supination forcée au moyen d'une attelle de carton placée sur la face dorsale du membre et maintenue par quelques tours de bande.

L'enfant se calme, et bientôt il donne des preuves de l'efficacité du traitement; en effet, il se met à agiter son membre de telle façon qu'au bout de quelques heures son petit appareil était tout à fait dérangé. La mère ôte dans la soirée l'attelle et la bande et constate que tous les mouvements volontaires sont rétablis et s'exécutent sans douleur. Le lendemain, à la visite, je m'assure à mon tour que l'accident n'a pas laissé de traces.

Veuillez remarquer, Messieurs, que la communication de M. Goyrand renferme trois points distincts : 1° une théorie anatomique, la luxation du cartilage; 2° une localisation précise, l'articulation cubitale inférieure; 3° enfin une manœuvre thérapeutique simple, prompte et capable, suivant l'auteur, d'amener une guérison instantanée. Je ne veux rien dire de la théorie, et je ne saurais avec un fait ni l'infirmer ni l'étayer.

Mais l'intérêt clinique reste tout entier. Il me paraît évident, en effet, que dans l'observation précédente la lésion siégeait au niveau de l'articulation inférieure du cubitus. Le signe indiqué par M. Goyrand n'était pas moins facile à percevoir. Enfin l'action de porter la main en supination forcée a suffi pour mettre un terme à des accidents qui dataient de près de deux jours et qui n'avaient aucune tendance à disparaître.

Il restera toujours acquis que le procédé de M. Goyrand peut abréger beaucoup la durée d'une affection légère à la vérité, mais qui inquiète toujours le chirurgien et les parents.

M. GIRALDÈS. Dans sa communication de l'année dernière, M. Goyrand cherchait à démontrer que le désordre décrit par M. Verneuil était produit par une luxation du cartilage triangulaire du poignet. Au nom de l'anatomie, je m'inscrivis en faux contre cette manière de voir et je me promis de ne négliger aucune occasion de contrôler mes prévisions par l'observation clinique. Celle-ci ne m'a pas fait défaut dans mon service de l'hôpital des Enfants, et j'ai pu me convaincre, dans nombre de cas, que les idées de M. Goyrand n'avaient pas la sanction des faits. La manœuvre que je pratique et qui consiste à porter l'avant-bras dans la supination exagérée et ensuite dans la flexion forcée, réussit aussi bien que celle que conseille M. Goyrand, et j'ajouterai même qu'on sent très-bien, quand la flexion s'achève, un léger mouvement qui s'effectue à la partie supérieure externe de l'avant-bras.

M. VERNEUIL. Je n'ai voulu apporter aucun appoint à la théorie anatomique de M. Goyrand; mais en présence d'un fait clinique très-précis, j'ai pensé qu'il y avait lieu de le faire intervenir dans l'examen d'une question qui prête à la controverse et qui est encore loin d'une solution définitive; or, j'ai très-nettement perçu une crépitation qui se produisait sous mon doigt, appliqué sur le poignet au moment de la réduction. Cette constatation positive ne saurait être sans valeur.

M. MARJOLIN. Tous les faits que j'ai observés depuis un an à l'hôpital Sainte-Eugénie me semblent plaider en faveur des idées qui viennent d'être énoncées par M. Giraldès. C'est bien, comme il l'a dit, au niveau de la tête du radius qu'on sent la crépitation ou le craquement qui accompagne la réduction. Cette crépitation se propage le long du membre, peut être perçue assez loin de son origine, et a pu induire en erreur des observateurs non prévenus. Au reste, j'ai recueilli un certain nombre d'observations, et je les communiquerai à la Société si la discussion se prolonge.

M. CHASSAIGNAC. Depuis un an, j'ai suivi avec soin les faits qui se sont présentés à mon observation; j'ai soumis tous les enfants que j'ai vus au mouvement de réduction indiqué par M. Goyrand, et j'ai vu que ce mouvement n'annonçait pas la cessation des symptômes, qui d'ailleurs vont s'affaiblissant pour disparaître au bout de quelques jours. Je les considère comme appartenant à une paralysie incomplète. Il ne faut pas conclure de la crépitation à une luxation; toutes les articulations peuvent produire une crépitation plus ou moins forte quand on leur fait exécuter certains mouvements.

M. MARJOLIN. Neuf fois sur dix la réduction fait cesser toute douleur et restitue les mouvements. Il ne faut pas s'en laisser imposer par la frayeur difficile à vaincre des petits malades, qui ont peur de souffrir encore dès qu'on fait un geste pour saisir leur bras. Si la guérison s'opère assez souvent spontanément, il est rationnel de supposer que le malade lui-même ou ses parents auront involontairement réduit un déplacement qui n'offre que peu de résistance. Ces cas-là sont évidemment différents de ceux qu'a observés M. Chassaignac, et qu'il rapporte à une paralysie.

M. CHASSAIGNAC. Une luxation qui se réduirait si souvent spontanément, qui guérirait toujours, quel que fût le traitement institué, serait une luxation bien spéciale et bien exceptionnelle, à tel point que jusqu'ici je me suis refusé à considérer ces désordres comme produits par un déplacement articulaire.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibro-plastique du fémur. Fracture spontanée. — M. RICHET présente le membre inférieur d'un homme amputé pour une tumeur de la partie inférieure du fémur, et donne les renseignements suivants :

Le malade est âgé de trente-six ans; il y a cinq mois environ, en poussant derrière une voiture et sans être touché par elle il éprouva une vive douleur et tomba sur le sol sans pouvoir se relever. Il était atteint d'une fracture du fémur à la partie inférieure, qui nécessita son transport dans mon service à la Pitié. En présence de cette étiologie insolite, je pensai tout d'abord à une fracture spontanée; cependant on pouvait croire que la chute avait précédé et causé la fracture, d'autant plus que les fonctions du membre étaient bonnes avant l'accident.

Un appareil fut appliqué et maintenu en place pendant un mois; nulle consolidation. Après une nouvelle quinzaine, on remplace le premier appareil par un bandage inamovible qui reste appliqué pendant trois semaines. On pouvait alors percevoir un travail de consolidation des plus manifestes. Je cessai de voir bien régulièrement ce malade, le considérant comme convalescent. Cependant il me fit un jour remarquer que le cal semblait augmenter de volume et prendre une forme un peu irrégulière. Dès lors mon attention fut éveillée, et je vis graduellement se développer une tumeur dépressible qui occupait la partie supérieure et interne de l'articulation du genou.

A cause de la lenteur du développement, de sa régularité et du travail de réparation osseuse qui avait eu lieu, je penchais pour l'idée d'une tumeur à myéloplaxes. M. Gosselin, à qui je fis voir ce malade, partagea mon appréciation, et me dit qu'il n'avait jusqu'ici observé qu'un seul cas analogue à celui-ci.

Après une hésitation bien naturelle, le malade accepta l'amputation, qui était la seule ressource utile. Je la pratiquai, il y a trois semaines, par la méthode à un lambeau, en remontant aussi haut que possible, de crainte que le canal médullaire ne fût envahi dans une notable hauteur par le produit morbide.

M. Robin a examiné la tumeur, et a reconnu qu'elle est formée d'éléments fibro-plastiques.

Jusqu'ici le malade va bien; mais je crains la récidive, ou mieux la généralisation du néoplasme, et cette crainte est accrue par la présence dans les veines articulaires et jusque dans la veine poplitée de tissu de nouvelle formation, qui apportait un obstacle suffisant à la circulation veineuse pour causer un œdème considérable de toute la jambe.

J'ai tenu à présenter aujourd'hui cette pièce déjà un peu ancienne; dès que l'observation sera complète, je la communiquerai à la Société.

M. LARREY demande si avant l'accident un signe quelconque du côté du genou pouvait faire prévoir l'existence des altérations.

M. RICHET dit que depuis plus de six mois le malade éprouvait, à intervalles irréguliers, des douleurs qu'on avait attribuées au rhumatisme.

M. BROCA partage les craintes de M. Richet au sujet de la généralisation. L'apparition de tumeurs viscérales est fréquente quand les veines ont été envahies par le produit morbide.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 14 janvier, M. Paul Dupuy a été nommé professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de Bordeaux.

— MM. les docteurs Bossions et A. Latour ont fait don, le premier, de la somme de 100 francs, et le second de la somme de 200 fr. à la caisse des pensions viagères d'assistance.

— Le jury du concours pour l'internat en pharmacie dans les hôpitaux de Paris est composé de MM. Caventou, Chatin, Chevallier, Joulie et Personne, *juges titulaires*; Fordos, *juge suppléant*.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 FÉVRIER 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le Compte rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences ne contient qu'une seule communication qui mériterait d'être mentionnée ici, c'est un mémoire de M. le professeur Paul Gervais (de Montpellier), sur l'ancienneté de l'homme, tirée de l'observation des cavernes à ossements du bas Languedoc. L'objet de ce mémoire se rattachant à l'une des questions traitées dans les *Causeries scientifiques,* nous en réservons l'examen à notre collaborateur le docteur E. Renaud. — Dr Brochin.

QUEL DOIT ÊTRE LE ROLE DU MÉDECIN
APPELÉ A DÉPOSER DEVANT LA JUSTICE?

Medici proprie non sunt testes, sed est magis judicium quam testimonium.

Telle est l'épigraphe choisie par M. Devergie pour son *Traité de médecine légale.* Elle pourrait suffire pour nous faire bien comprendre les droits du médecin quand il est appelé à éclairer la conscience des magistrats dans des faits que ceux-ci ne pourraient convenablement apprécier par eux-mêmes. Toutefois, il me paraît utile d'entrer dans quelques détails pour résoudre plus complétement une question intéressante pour le médecin comme pour le magistrat.

Il y a quelques années, dans un village de notre arrondissement, un riche vigneron était accusé d'avoir violé sa servante. Celle-ci, visitée par un de nos confrères, fut trouvée déflorée. Des déchirures encore fraîches indiquaient que cette fille avait subi récemment les approches d'un homme. Était-ce avec son consentement, ou bien avait-elle résisté énergiquement aux sollicitations pressantes de son maître? L'expert, après un examen attentif de la femme, pensa qu'il n'y avait pas eu résistance suffisante de sa part. « Il n'y a pas eu de viol, » disait-il.

Je n'examinerai point ici les raisons bien ou mal fondées sur lesquelles il s'appuyait; je ne veux pas juger le fait. Je le veux d'autant moins, que l'accusé, homme d'une moralité suspectée à bon droit, fut reconnu coupable par le jury et condamné à sept ans de travaux forcés.

Peu de temps après, j'eus occasion de parler de cette affaire avec les honorables magistrats qui l'avaient instruite. Ils blâmaient énergiquement mon confrère d'avoir voulu juger et caractériser le fait, au lieu de se borner à décrire les lésions observées. « Ce n'est pas à vous, me disaient-ils, qu'il appartient de qualifier un fait, d'affirmer ou de nier l'existence d'un crime. Nous seuls, magistrats, devons le faire. Que le médecin légiste se contente de répondre à nos questions, de décrire l'état des individus soumis à son examen, les lésions, les blessures, etc.; nous en tirerons les conséquences. »

Et à propos d'un rapport dans lequel je rappelais les circonstances concomitantes d'un fait pour l'examen duquel j'avais été commis : « Je n'accepterais pas votre rapport, si j'étais juge d'instruction, me disait le chef du parquet de cette époque, parce qu'il contient un historique de la cause, historique que vous n'avez pas le droit de faire. »

Il est donc aujourd'hui des magistrats qui voudraient que dans une expertise le médecin, comme un simple témoin, vînt raconter purement et simplement tout ce qu'il aurait vu, se réservant à eux seuls le soin et le droit d'en tirer les conséquences. Nous ne pouvons pas accepter ce rôle; car le médecin auquel une expertise a été confiée, devient un juge en quelque sorte (*sed est magis judicium quam testimonium*), un juge dont le pouvoir ne peut être étroitement limité, parce qu'il a besoin d'une grande liberté d'action pour arriver à la solution de questions souvent obscures et difficiles. Au reste, ne voyons-nous pas souvent les juges d'instruction nous remettre toutes les pièces de certaines affaires (interrogatoires des accusés et des témoins), pour que nous puissions mieux les connaître et les juger ensuite? Ils comprennent bien, ces magistrats, que le médecin est le seul qui, dans certaines circonstances, peut décider si un fait présumé crime n'est qu'un accident; si une mort naturelle en apparence est le résultat d'un crime.

Mais si le médecin est juge, comme je viens de le dire, il doit avoir la liberté et l'indépendance du magistrat lui-même. Il ne doit pas plus écouter l'accusation que la défense; sa conscience seule doit lui tracer sa conduite. Enfin, il ne peut accepter un mandat restreint d'après lequel il lui serait seulement permis de décrire les lésions, sans pouvoir en tirer lui-même les conséquences. Placé alors au second rang, ce ne serait plus un homme de l'art; il ne serait qu'un témoin vulgaire.

Le juge d'instruction ne peut donc rejeter un rapport parce que ce rapport conclurait et qualifierait un fait (accident, délit ou crime), ou bien parce qu'il contiendrait des détails qui, quoique étant plutôt du ressort du magistrat, serviraient cependant à l'explication médicale des faits observés. Il le peut d'autant moins, qu'il a toute latitude pour choisir l'homme de l'art, et qu'ensuite il peut nommer d'autres experts et faire contrôler le premier rapport s'il pensait que son auteur, involontairement séduit et entraîné par des influences étrangères, fût tombé dans l'erreur. Pour mieux faire comprendre la vérité de ce que j'avance, je vais rapporter deux faits pris parmi beaucoup d'autres que j'ai eu l'occasion d'observer.

Il y a cinq ou six ans environ, à la demande du maire de T...-V..., M. le procureur impérial me pria de vouloir bien me transporter immédiatement à ce village pour y visiter le corps d'un enfant qui venait de succomber dans des circonstances telles que la rumeur publique dénonçait sa mère comme l'ayant fait mourir.

Il s'agissait d'une femme qui, séparée de son mari depuis huit ou neuf ans, avait, malgré cela, à des intervalles plus ou moins éloignés, donné le jour à quatre enfants, qui tous, quoique nés pleins de vie et de santé, avaient succombé peu de jours après leur naissance.

A la première inspection, douze heures environ après la mort, il me fut facile de reconnaître que cet enfant était mort par asphyxie. L'autopsie m'en donna la confirmation. La peau avait une teinte violacée, noirâtre aux extrémités, aux doigts, aux lèvres, aux bourses, etc. Les poumons étaient volumineux, noirs, gorgés de sang. Les vaisseaux artériels et les cavités gauches du cœur étaient complétement vides. Les cavités droites et les veines contenaient une assez grande quantité de sang noir, diffluent; pas de traces de violences extérieures : l'enfant était bien mort asphyxié. Mais sa mort était-elle accidentelle ou le résultat d'un crime? Sans faire connaître et surtout sans laisser voir mes impressions, je demandai à la mère quelques renseignements sur les derniers moments de la vie de son enfant et sur la maladie qui avait dû précéder sa mort; cette femme me répondit : « Que son enfant n'avait été malade que deux ou trois jours; il paraissait beaucoup souffrir, pleurait, refusait le sein et ne voulait plus boire qu'un peu d'eau sucrée; puis il alla en s'affaiblissant et finit par succomber.»

Voilà tout ce que je pus savoir. Cette explication fut loin de me satisfaire; tout cela ne se rapportait guère avec ce que venait de me démontrer l'autopsie. En effet, l'enfant était mort asphyxié, et peu d'instants avant il était encore plein de vie et de santé, buvait très-bien le lait de sa mère (je venais d'en trouver une quantité notable dans l'estomac, et ce lait avait à peine subi un commencement de digestion). La mère ne disait donc pas vrai, quand elle prétendait que son enfant ne buvait plus que de l'eau. Convaincue de mensonge, cette malheureuse femme ne me répondit rien.

Le lendemain, les magistrats se transportèrent chez elle, et elle leur avoua qu'elle avait fait mourir son enfant en le pressant contre son sein. C'était le quatrième qu'elle étouffait ainsi. Elle reçut le châtiment dû à ses crimes; elle fut condamnée aux travaux forcés à perpétuité.

Si cet exemple montre quel rôle important le médecin doit remplir dans certaines circonstances, je vais en citer un autre où son rôle n'a pas été moins grand, quoique moins pénible à remplir.

Environ trois ans après le fait que je viens de raconter, deux femmes étaient conduites en prison comme accusées, l'une (c'était une fille de vingt et quelques années) de s'être fait avorter, l'autre (mariée, âgée de trente ans), de lui avoir indiqué et procuré les moyens pour cet avortement. Il résultait en effet de l'instruction que la fille X..., étant enceinte de trois ou quatre mois, avait, d'après le conseil de la femme B..., pris une certaine quantité de rue, et qu'une fausse couche s'en était suivie. Ces deux malheureuses étaient en prison depuis six semaines déjà, attendant leur comparution devant la cour d'assises; elles avaient beau protester de leur innocence, les faits semblaient accablants. Toutefois, le juge d'instruction, ému de leurs protestations, crut enfin devoir recourir à une expertise. Sur sa demande, je me transportai à la prison pour examiner cette affaire.

Après avoir questionné longuement les accusées, recueilli et pesé

COURS SUR L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE
ET DES DOCTRINES MÉDICALES (1).

ÉTUDE SUR GALIEN.

Galien s'occupe ensuite des rapports du physique et du moral dans un traité qui a pour titre : *Que les mœurs sont la conséquence des tempéraments du corps.* Tout en attribuant à l'âme cette puissance de *la forme* qui en est le caractère essentiel, puisqu'elle constitue l'être dans son espèce, il reconnaît déjà, comme nous le faisons à présent, que cette âme subit l'influence du corps où elle est incluse, et certains passages du Timée (*loc. cit.*, p. 68), et des parties des animaux, d'Aristote, servent d'appui à cette manière de voir.

C'est le développement de ce vieil aphorisme : *Mens sana in corpore sano;* mais tout en admettant cette influence du physique sur le moral, Galien se garde bien de faire ce qu'ont fait depuis d'autres philosophes, et notamment Cabanis, dont les doctrines à cet égard détruisent le principe de la liberté humaine et de la responsabilité morale. Admettre que les mœurs de l'âme peuvent être modifiées par la disposition du corps, ne conduit pas fatalement à cette idée que l'âme est la résultante de l'organisation. Galien s'en défend avec énergie, en déclarant « que l'essence de l'âme n'est pas la même pour tous les enfants; car, s'il n'y avait aucune différence dans cette essence de leur âme, elle accomplirait toujours les mêmes actes, et les mêmes affections seraient toujours produites en elle par les mêmes causes » (p. 49, t. I). Or, les caractères et les passions du jeune enfant sont essentiellement opposées, variables et différentes. Sachons donc faire la part du tempérament et de l'organisation sur les facultés de l'âme, part que démontre journellement l'observation; mais n'allons pas au delà en méconnaissant le principe de l'autocratie de l'âme humaine et de la liberté morale qui en est la conséquence.

Si on lit en outre les livres de polémique où Galien, s'adressant aux étudiants, leur parle des *différentes sectes* connues pour combattre les *empiriques* qu'il compare aux *dogmatiques*, en faveur desquels il se prononce, pour attaquer les *méthodiques* qu'il réfute avec la plus grande vivacité, et celui intitulé de la *Meilleure secte, à Thrasybule*, on voit qu'il se prononce en faveur de la *rationnelle* (dogmatique) contre l'*empirique* et la *méthodique*.

« Aux empiriques, le dogmatisme déclare que les phénomènes ne suffisent pas pour en tirer, par leur observation, l'indication du médicament convenable; car on a aussi besoin des choses cachées, et c'est de là en effet que l'on tire l'indication du traitement..... Contre les méthodiques, qui regardent les phénomènes comme indiquant le traitement convenable, le dogmatisme soutient que les phénomènes étant saisissables par eux-mêmes, se découvrent au vulgaire, et que les *communautés apparentes* indiquant le traitement, le vulgaire en saura autant que le médecin (1). »

Cette manière de voir, loin de caractériser l'éclectisme, constitue au contraire une véritable profession de dogmatisme analogue à celui d'Hippocrate, et comme, au point de vue médical, Galien adopte toutes les idées du père de la médecine sur le rôle de la nature et des forces dans la production et dans la guérison des maladies, il rentre dans la catégorie des *naturistes*. C'est ce qui paraîtra plus évident un peu plus loin.

Si maintenant on étudie la philosophie naturelle de Galien, on voit par la lecture de ses œuvres que « *les corps doués de vie sont au fond constitués des mêmes principes que les corps inertes.* » C'était aussi l'idée d'Hippocrate, de Platon et d'Aristote.

Quatre éléments, *la terre, l'eau, l'air et le feu*, par leurs combinaisons diverses, forment tous les corps de la nature inorganique ou inerte et ceux de la matière organisée.

Ces éléments du monde inorganique forment le corps humain, où ils pénètrent avec les aliments. — « *Reçus dans le corps des animaux et soumis à l'influence des forces spéciales qui l'animent et le gouvernent*, ces aliments, par une série de modifications successives, se transforment en un liquide particulier, le sang, qui renferme en lui et les rudiments du monde inorganique et les rudiments du corps des animaux. Après s'être débarrassé des parties hétérogènes inutiles au corps, l'urine, la bile, etc., le sang abandonne ses parties solides pour nourrir les solides du corps, et ses liquides pour remplacer les humeurs que l'économie a perdues. » (Andral).

Ce sont ces éléments réunis en proportions variables qui constituent les solides ou les liquides, dont la composition est si différente. Dans les solides se trouvent :

1° Des parties simples ou similaires (tissus), os, nerfs, veines, artères, ligaments, membranes, etc.

2° Des parties composées, organiques, instrumentales (organes), estomac, foie, rate, matrice, etc.

Les humeurs sont le sang, la bile, l'atrabile et la pituite, et elles sont composées, comme les solides, des quatre éléments réunis en diverses proportions.

(1) Voir les numéros des 4 et 6 février.

(1) *Loc. cit.*, p. 408 et 409.

leurs réponses avec la plus grande attention, je reconnus qu'elles étaient parfaitement innocentes du crime qui leur était reproché. Voici en effet ce qui s'était passé : La fille X... ayant eu deux ou trois suppressions menstruelles, craignait une grossesse ; toutefois, sans en être autrement sûre, elle avait demandé à une de ses voisines quel moyen elle devait employer pour faire venir ses règles. La femme B... lui conseilla de prendre une certaine quantité de rue. Mais la quantité conseillée et fournie n'était point considérable ; elle ne devait servir qu'à faciliter l'écoulement menstruel en cas de retard. En cas de grossesse, elle ne pouvait être nuisible. L'administration de la rue n'eut, en effet, aucun résultat ; il n'y eut ni vomissements, ni diarrhée, ni écoulement sanguin. Si un avortement eut lieu, ce ne fut que plus tard, et voici dans quelles circonstances :

Un jour, c'était quelque temps après l'administration de la rue, le père de la fille X... rentra chez lui à moitié ivre, furieux contre sa femme et menaçant de la frapper. Sa fille, voulant s'interposer, lève les bras pour retenir la main de son père et lutte avec lui pendant quelques instants pour l'empêcher de frapper. Une heure après cette scène, elle se sent mouillée, regarde son linge et aperçoit du sang. La fausse couche a lieu dans la nuit. Sous l'influence d'un effort violent, les bras tendus, un décollement du placenta s'était opéré, et le décollement avait été assez considérable pour provoquer l'avortement au bout de quelques heures.

Il n'est pas besoin de dire que ces malheureuses femmes furen immédiatement mises en liberté et renvoyées de l'accusation grave qui pesait sur elles.

En présence des deux faits que je viens de raconter, qui pourrait nier l'importance de notre rôle dans les expertises médico-légales ? Ne voit-on pas que le médecin doit, comme le juge, faire d'abord une sorte d'instruction, interroger et prévenu et témoins au besoin, examiner les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi le fait incriminé, puis rechercher les lésions, les symptômes, et tirer enfin des conclusions. C'est ainsi que, dans le premier cas, j'ai pu convaincre l'accusée de mensonge et la forcer à avouer son crime. C'est ainsi que, dans le second, j'ai pu sauver deux malheureuses femmes en éclaircissant un fait que le magistrat n'avait pas pu comprendre et apprécier, la question scientifique lui étant complétement étrangère.

Plusieurs objections m'ont été présentées par des magistrats et des médecins. Quoique j'y aie déjà répondu en partie, néanmoins je compléterai mes réponses dans une petite note additionnelle. — Dr Petit (de Château-Thierry).

HOPITAL LARIBOISIERE. — M. Guéniot.

Aphasie symptomatique d'un abcès gangréneux du cerveau.

Les savantes leçons cliniques de M. Trousseau donnant à l'étude de l'aphasie (ou aphémie) un caractère particulier d'actualité, il ne sera peut-être pas sans intérêt de *rapprocher* des faits déjà connus l'observation suivante, que j'ai recueillie en 1858, pendant mon internat à l'hôpital Lariboisière.

Le nommé V... (Pierre), âgé de vingt-trois ans, ébéniste à Paris, entre à l'hôpital dans le service de M. Voillemier, le 30 décembre 1857. Ce jeune homme, d'une constitution moyenne et d'un aspect très-lymphatique, déclare n'avoir été atteint jusqu'ici d'aucune maladie grave. Il porte à la région cervicale gauche et aux deux régions parotidiennes des cicatrices caractéristiques d'anciens abcès scrofuleux.

V... raconte qu'au mois de septembre dernier il commença à ressentir dans l'oreille gauche des douleurs très-vives, accompagnées de bourdonnements. Il souffrait en même temps de la moitié antérieure gauche de la tête, c'est-à-dire au front, dans l'orbite et dans la mâchoire inférieure. L'appétit était diminué et le sommeil presque nul. Après douze ou quinze jours de cet état de souffrance, du pus d'abord pur, puis mélangé de sérosité sanguinolente s'étant écoulé par l'oreille externe, il en résulta un soulagement très-marqué et bientôt même une cessation complète de la douleur. L'appétit et le sommeil revinrent ; l'écoulement séro-purulent continua, mais avec moins d'abondance.

Vers le 20 décembre, survint une recrudescence très-forte dans la douleur frontale ; l'appétit diminua de nouveau ainsi que le sommeil ; il n'existait toutefois pas de fièvre. Ce fut la persistance de ces accidents qui détermina le malade à entrer à l'hôpital. — L'oreille gauche offre un développement remarquable des follicules sébacés de la conque, qui présente un aspect criblé ; du pus desséché existe dans le conduit auditif externe. Le malade est soumis à un régime tonique ; côtelettes, vin de quinquina, tisane amère, huile de foie de morue. Contre les accidents céphaliques : bains de pieds sinapisés et vésicatoire suppuré à la nuque.

Le 6 janvier, la céphalalgie est de plus en plus vive, et le lendemain on constate un état d'hébétude très-prononcé. Lors de son entrée à l'hôpital, le malade parlait facilement et pouvait donner avec exactitude les renseignements qui lui étaient demandés. Aujourd'hui, il est au contraire comme égaré et répond sans intelligence par « oui, monsieur » à toutes les questions qu'on lui adresse, quelque diverses qu'elles soient. Le visage est congestionné, et il existe de la fièvre. — Huit sangsues sont appliquées derrière les oreilles.

Le 8, il s'est produit une faible amélioration dans les symptômes de la veille. L'intelligence du malade peut être légèrement fixée pour quelques minutes, mais sa physionomie reflète toujours de l'égarement. Lorsqu'on veut le faire parler, il revient sans cesse à sa douleur de tête, ne répondant pas à la question qu'on lui adresse, ou abandonnant une phrase commencée pour dire qu'il souffre de la tête. Il porte en même temps la tête machinalement la main à la région frontale gauche, pour indiquer le siége de sa souffrance. Il paraît avoir oublié beaucoup de mots, aussi éprouve-t-il une grande difficulté à s'exprimer. Il n'y parvient même qu'en prononçant des mots baroques et mal articulés, qu'on ne peut comprendre.

Le 10, l'état d'hébétude et d'assoupissement léger persiste comme les jours précédents. Le malade ne pouvant plus se rappeler la plupart des mots usuels, continue de faire entendre des sons inintelligibles, que sa langue semble se refuser à articuler. Les mouvements de cet organe s'exécutent mal dans l'acte de la parole ; de là une sorte de bégayement qui, joint à l'oubli des mots, rend les réponses très-pénibles et même impossibles au malade.

Aussi, dès qu'on vient à le presser, il s'impatiente et termine aussitôt sa phrase inachevée par cette exclamation de découragement : « Ah ! nom d'un chien, je ne peux pas ! » Chose singulière, ces mots et quelques autres, tels que « oui, monsieur, » sont très-bien articulés et prononcés distinctement, quoique avec rapidité.

Les pupilles sont égales, le pouls lent, l'appétit presque nul. Extérieurement, l'oreille n'offre rien de nouveau à noter ; le suintement purulent continue par son conduit externe. Il existe une certaine difficulté dans les mouvements du corps, les traits du visage semblent à droite très-légèrement déviés et entraînés vers le côté gauche. Tout le côté droit du corps est d'ailleurs un peu plus faible que le gauche, et sa sensibilité plus obtuse. Le bras droit, élevé perpendiculairement, ne se maintient pas dans cette position, tandis que le gauche peut y rester. Les piqûres et les pincements déterminent à peine une légère douleur du côté paralysé.

Le 11 janvier, le malade succombe sans présenter aucun symptôme nouveau, si ce n'est quelques convulsions finales.

Autopsie faite trente heures après la mort. — Le cerveau, extrait avec précaution de la boîte crânienne et placé sur sa convexité, présente à gauche, sur la partie externe de la face inférieure du lobe sphénoïdal, une coloration gris cendré, bleuâtre, dans une étendue d'environ 6 centimètres. Toute cette partie est molle et fluctuante ; une perforation irrégulière se remarque au milieu et donne issue à une matière liquide mêlée de grumeaux, qui provient de l'intérieur de l'hémisphère. Cette ouverture, agrandie par une incision, permet de constater l'existence d'un vaste foyer pouvant contenir au moins une orange de moyen volume et renfermant un liquide sanieux, grisâtre, grumeleux et d'une odeur fétide rappelant celle des abcès stercoraux.

Les grumeaux, formés de substance cérébrale mortifiée, sont assez abondants, grisâtres, et d'une consistance assez ferme ; leur volume est variable, depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une aveline. — Quant à la cavité elle-même, elle est irrégulière, légèrement anfractueuse, et se trouve située en un point qui correspond à la jonction du rocher avec l'écaille du temporal. En avant, elle est éloignée d'environ 2 centimètres de la scissure de Sylvius, et en arrière de 4 centimètres de l'extrémité postérieure de l'hémisphère.

Un filet d'eau, dirigé sur cette partie, fait surnager plusieurs lamelles irrégulières, grisâtres, infiltrées de pus et adhérentes aux parois de la cavité. Ces dernières sont tapissées par la matière fétide et grise dont j'ai parlé. En la raclant avec la lame d'un scalpel, on arrive sur une couche de matière concrète à teinte verdâtre relevée de points très-vivement colorés en vert, ce qui lui donne un aspect tacheté.

En dehors de cette couche, on rencontre le tissu cérébral fortement altéré, gris bleuâtre, d'une teinte mate et ramolli. Cette altération s'étend à 2 millimètres d'épaisseur en certains points, et à 4 ou 5 en d'autres. Plus en dehors enfin, on trouve le tissu cérébral non altéré, lequel tranche assez brusquement sur les caractères de la zone précédente. Une couche mince de tissu cérébral bleuâtre constitue la paroi inférieure du foyer et isole celui-ci du rocher, excepté en un point où cette paroi offre la rupture ou perforation présignalée.

Le liquide sous-arachnoïdien et ventriculaire est en quantité normale. Une large communication existe entre l'abcès et la cavité du ventricule gauche, mais la faible quantité de matière sanieuse contenue dans ce dernier semble démontrer que cette communication a été faite accidentellement pendant l'autopsie. Le reste de l'encéphale n'offre rien de particulier à mentionner, à part un épaississement notable des méninges au niveau du foyer.

Indépendamment de la lésion si considérable et si étendue de l'hémisphère cérébral gauche, il existait encore : 1° une inflammation bien caractérisée, avec collection purulente, de la muqueuse du sinus frontal gauche ; 2° une altération profonde du rocher correspondant, qui présentait une large excavation tuberculeuse. Cette dernière avait été, sans aucun doute, le point de départ de l'abcès cérébral, avec lequel elle communiquait directement.

Les détails relatifs à ces lésions ont été publiés dans la thèse de mon ami le docteur Champsaur (*De l'affection tuberculeuse du rocher* ; Paris, 1862). Il me paraît inutile de les reproduire ici ; leur mention suffit pour conserver à l'observation sa vraie physionomie.

Dans le fait qui précède, l'oubli de beaucoup de mots des plus usuels, l'impossibilité de formuler des phrases complètes et d'exprimer ses pensées, la répétition uniforme d'une même réponse affirmative à des questions très-diverses, l'exclamation particulière et bien articulée par laquelle V... traduisait son impuissance à terminer une phrase laborieusement commencée, toutes ces circonstances me semblent constituer d'une manière suffisamment explicite l'ensemble symptomatique désigné sous le nom d'aphasie.

D'autre part, cependant, l'état concomitant de prostration et d'engourdissement intellectuels ; cette hésitation particulière de la parole qui simulait une sorte de bégayement ; l'articulation en général très-imparfaite des mots et la durée tout éphémère des phénomènes aphasiques, sont autant de particularités qui donnent à la maladie un caractère complexe et une physionomie plus indécise.

Le siége de la lésion dans l'hémisphère cérébral gauche et la compression *possible* exercée sur les deuxième et troisième circonvolutions frontales par l'énorme abcès du lobe sphénoïdal seraient des phénomènes concordant avec les données actuelles de la science. Mais cette compression n'a pas été observée à l'autopsie ; elle reste donc tout à fait hypothétique, tandis que la partie profondément altérée ou détruite du cerveau appartenait exclusivement au lobe postérieur ou sphénoïdal de cet organe.

COLORATION ACCIDENTELLE DE LA PEAU

par un sel de plomb.

Par M. le docteur Bérenger-Féraud, de la marine impériale.

L'article que M. le docteur Foucaud de l'Espagnery a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 31 décembre 1863, touchant la coloration accidentelle de la peau des paupières chez une jeune dame qui avait pris un bain sulfureux après avoir fait usage d'un collyre à l'acétate de plomb, me rappelle un fait analogue dont j'ai été témoin, et dans lequel le sujet, moins heureux que la dame de la rue Godot de Mauroy, a conservé une coloration anormale du visage pendant plus de deux ans.

En juin 1861, pendant un voyage sur les côtes d'Algérie, nous exposions journellement notre visage et nos mains à cet érythème

---

A chacun des éléments, dont les arrangements variés à l'infini font les solides et les humeurs, se rapporte une propriété spéciale, d'où quatre qualités élémentaires, le *froid*, le *chaud*, le *sec* et l'*humide*, quand prédominent l'*air*, le *feu*, la *terre* et l'*eau*, classification prématurée, malheureuse, qui a longtemps régné dans la science et qui n'a été renversée que par Paracelse.

Il y a cependant derrière cette classification métaphorique des *éléments* et sous cette considération hypothétique des *qualités élémentaires*, des principes qui sont encore aujourd'hui la base de la science. Ainsi, comme M. Andral l'a fait remarquer avec raison, c'est dans la composition du corps et dans l'organisation que Galien croyait devoir chercher la cause du maintien de la vie, de la santé et de la production des maladies.

Il pensait :

1° Que les troubles des fonctions dépendent d'une modification de l'état matériel des organes.

2° Que les modifications des quatre éléments dont la réunion constitue les solides et les humeurs dans leurs proportions relatives font les différents états des liquides, et, par suite, les états normaux ou anormaux des fonctions.

3° Que les éléments, les parties similaires ou tissus, les parties composées ou organes, l'organisation enfin, ne se modifient que sous l'influence de facultés, de forces qui régissent l'organisation animale, et, passant de l'état dynamique à l'état matériel, engendrent la maladie. C'est l'influence des esprits animaux. Galien appelait *esprit animal* ce que nous appelons l'*influx nerveux*, c'est-à-dire l'agent de cette puissance qui préside aux actes de l'animalité, aux actes du système nerveux. Il admettait trois sortes d'esprits animaux d'après l'ensemble des actes de l'économie qu'ils étaient appelés à remplir :

A. Il y a des circonstances où tels phénomènes interrompus entraînent la destruction de la vie, d'où forces importantes les plus essentielles (forces, puissances, facultés vitales, et aux agents de ces puissances Galien donne le nom d'*esprits vitaux*).

B. Des phénomènes ont pour but la nutrition, l'entretien, l'accroissement des organes. — Les forces qui les régissent sont dites naturelles et leurs agents *esprits naturels*.

C. D'autres phénomènes établissent des rapports entre l'animal et le monde extérieur ; ils constituent le caractère de l'animalité. Ce sont les forces animales, ayant pour agents les *esprits animaux*.

Galien tenait un très-grand compte de ces forces ou puissances dans la recherche des causes de la santé ou de la maladie. Et, en effet, celles-ci ne peuvent être bien comprises qu'en réunissant les résultats de cette recherche à l'étude des conditions de l'état matériel des solides et des liquides de l'organisation.

C'est en étudiant à la fois l'état matériel des corps et les forces en vertu desquelles l'agrégat matériel entre en action que l'on peut pénétrer les conditions de la santé et de la maladie, d'où la nécessité d'admettre trois espèces de maladies, celles qui ont pour cause le *trouble des esprits animaux*, les maladies des *solides* et les maladies des *liquides* ou des *humeurs*.

Pour lui, la santé résultait : 1° du mélange ou *crase* convenable des quatre éléments et des qualités élémentaires correspondantes ; 2° de ce mélange ou crase dans les différentes humeurs, surtout dans le sang. (Cette crase des éléments, de leurs qualités dans les humeurs, constituait le *tempérament*, c'est-à-dire l'équilibre, l'harmonie des actes vitaux, à côté duquel se trouvaient des états de mélange moins parfait sans aller jusqu'à la maladie et formant l'*intempérie*. Pour nous, à présent, le *tempérament* est la prédominance d'un appareil organique.) 3° De la conservation des solides à leur état normal de texture, de volume, de situation, de rapports, etc.

La maladie résulte de l'absence de ces conditions, d'où des maladies par changement de la crase des éléments et de leurs qualités, des humeurs et de leurs qualités ; par modification de la conformation, de la texture ou du rapport des organes, etc.

Une fois la santé dérangée, survient le trouble des fonctions, et ce trouble suit toujours l'altération d'un élément quelconque des solides ou liquides, si cette altération a quelque intensité et quelque durée. (*De elementis, de temperamentis*) : *Il n'existe pas de trouble fonctionnel sans altération antécédente de l'état matériel. Le trouble de la fonction est la manifestation de la maladie, mais l'altération de l'état matériel est la maladie elle-même.*

C'est là le principe de l'organisme moderne. Mais Galien n'est pas exclusif, et lorsqu'il s'occupe du rôle des forces dans l'organisation saine ou malade, il admet que chez certaines personnes c'est le trouble des esprits animaux qui amène l'altération des éléments, des organes et des fonctions. Dans ce cas, le trouble des forces est primitif et les désordres fonctionnels ou organiques ne sont qu'un effet éloigné. Galien est à cet égard extrêmement affirmatif, car dans son traité *Des lieux affectés*, il a un chapitre intitulé : *De la lésion des fonctions sans lésion des parties* (1).

Telle est la philosophie morale et naturelle de Galien ; étudions à présent ses connaissances anatomiques.

Chimie appliquée à la physiologie animale, à la pathologie et au diagnostic médical ; par M. P. Schutzenberger, docteur ès sciences, docteur en médecine, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg. Un vol. in-8° de 524 pages. Prix : 6 fr. — Paris, 1864. Chez Victor Masson et fils.

(1) Galien. Traduction Daremberg. Tom. II, 494.

vulgairement appelé coup de soleil. Nous rentrions souvent à bord, le soir, avec la peau d'une couleur rouge cerise, quelquefois avec une sensation désagréable de chaleur, que des lotions d'eau additionnée de sous-carbonate de potasse [1], ou seulement d'eau vinaigrée, nous enlevaient dans la nuit même, et bien que nous recommencions le lendemain nos courses au soleil.

M. B..., officier supérieur de la marine, âgé de cinquante ans, de tempérament sanguin, d'une peau blanche et fine, était toujours le plus tôt et le plus vivement frappé par l'action rubéfiante des rayons solaires; aussi, ennuyé de ce petit inconvénient et préoccupé du désir de s'en affranchir, il essayait avidement tous les moyens qu'on lui recommandait, et usait tour à tour, sans avantage bien marqué, de l'albumine, du tannin, des corps gras, etc. Il entendit préconiser un jour l'acétate de plomb; il voulut l'employer sur l'heure. Mais je le prévins que les émanations sulfureuses qui naissaient à bord de la combustion de la houille et de la décomposition des eaux de la cale pourraient lui peindre le visage en noir, considération qui le retint d'abord. Cependant, au bout de quelques jours, mon objection lui parut moins puissante; il se procura de l'eau blanche, et le soir, en se couchant, il se lava le visage à plusieurs reprises, ayant soin de ne pas s'essuyer pour prolonger le plus possible l'action topique du sel de plomb.

M. B... fut bien mal inspiré, car le lendemain matin, en s'éveillant, il s'aperçut que sa figure et ses mains étaient peintes d'une couleur gris noirâtre prononcée. Il m'appela aussitôt, et j'avoue que l'air étrange que lui donnait cette coloration anormale m'eût fait rire de bon cœur si je n'avais pas été en face d'un homme désespéré. La couleur était grise, à reflets terreux sur les paupières et autour de la bouche; elle était plus foncée et plus brillante sur le front, le nez et les joues. Le visage de M. B... rappelait assez celui des charbonniers, avec cette différence que l'eau pure était tout à fait incapable d'en faire disparaître la noirceur.

Je fis laver à plusieurs reprises les parties colorées, d'abord avec de l'eau fortement savonneuse, sans éclaircir beaucoup le teint; j'obtins quelques meilleurs résultats des lotions de sous-carbonate de potasse, rendues plus alcalines encore avec de l'ammoniaque. M. B... se servit aussi d'eau vinaigrée, d'eau mêlée de jus de citron, d'eau alcoolisée, additionnée de chlorure de chaux, etc. Enfin, après cinq ou six jours des lavages les plus divers, il eut un teint qui était presque présentable de loin, tandis que de près on voyait encore un nuage brunâtre étendu sur le front, autour des yeux et jusqu'aux oreilles. L'épiderme se renouvela plusieurs fois sous l'influence des lotions que j'ai énumérées; mais la couleur persistait d'une manière désespérante. M. B... était aussi solidement tatoué qu'un naturel de Taïti.

En continuant le voyage que nous accomplissions, nous visitâmes successivement l'Espagne et le Portugal. M. B..., qui avait pris à Alger toutes les eaux de toilette de France, usa sans plus de succès de tous les cosmétiques espagnols et portugais. De Lisbonne, nous fîmes route vers Terre-Neuve, où j'espérais que le froid humide et les brouillards nous aideraient; mais cette attente fut vaine. De Terre-Neuve, nous allâmes aux États-Unis; M. B... promena son tatouage dans toute l'Amérique du Nord sans rencontrer le spécifique qu'il cherchait.

Enfin, au mois d'octobre, nous rentrions au port; le teint de M. B... s'éclaircissait, mais de grandes taches bistres persistaient encore. Fatigué de tous ses essais infructueux, l'infortuné prit le parti de s'en remettre aux soins du temps, et le 25 décembre 1863, c'est-à-dire trente mois après cette malencontreuse application d'acétate de plomb, la coloration était si faible qu'il fallait un œil prévenu pour la retrouver. Néanmoins, il se passera peut-être encore un an avant que toute trace de sulfure de plomb ait disparu.

Malgré le côté plaisant de cette mésaventure, on ne peut s'empêcher de songer aux inconvénients nombreux qu'elle a eus pour son héros, et instinctivement on s'arrête à l'idée des embarras qui pourraient assaillir un médecin dans de pareilles circonstances. Il est vrai que M. B... était dans un milieu exceptionnel; il a fallu, pour assurer la persistance de la coloration, plusieurs coups de soleil successifs, qui avaient pour ainsi dire préparé le terrain; il a fallu aussi la malheureuse idée de faire de très-abondantes lotions avec une forte solution de sel de plomb; enfin, l'habitation d'un navire dont la cale fournissait des émanations sulfureuses; néanmoins, ces conditions ne sont pas si extraordinaires qu'elles ne puissent se rencontrer souvent.

M. le docteur Foucaud a signalé avec sagacité quelques-uns des inconvénients que peut avoir cette coloration accidentelle de la peau, et il est inutile de s'étendre de nouveau sur ce point. Je me borne à ajouter mon observation à celle de mon honoré confrère, car il est probable que si ces faits de coloration accidentelle se multiplient, ils tendront, en corroborant ce que l'on sait déjà depuis longtemps touchant l'action de l'acide sulfhydrique sur les sels de plomb, à rendre très-circonspect encore lorsqu'il s'agit de faire des applications topiques de ces sels sur une partie habituellement découverte. En effet, si le plus souvent la coloration noire est toute passagère, on voit qu'elle peut cependant, dans certaines circonstances particulières, persister pendant très-longtemps.

ÉTUDE CLINIQUE

sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde.

Par M. le docteur E. FRITZ, lauréat des hôpitaux, etc. [2].

La fièvre typhoïde occupe le premier rang à la fois dans les maladies aiguës et dans les maladies générales.

Dans ces dernières et dans les maladies aiguës qui pourraient passer pour des affections générales avec une manifestation anatomique locale, comme la plupart des pneumonies, certaines méningites, etc., tous les appareils traduisent dès les premiers jours la souffrance de l'économie, et les cliniciens ont bien soin de passer en revue le fonctionnement de tous les systèmes organiques, sauf à poser leur diagnostic sur des modes particuliers, sur des concentrations spéciales, ou même sur des rapports que l'expérience a démontrés exister entre les troubles fonctionnels, selon que l'on a affaire à telle ou telle maladie.

Ainsi, l'appareil digestif, la circulation, la respiration, l'innervation sont l'objet d'un examen méthodique, et l'on recueille avec un soin très-rationnel tous les renseignements que l'on peut en avoir tirés.

Les fonctions qui dépendent du centre nerveux médullaire ont été cependant jusqu'ici assez négligées; on ne s'est guère occupé de leurs troubles au point de vue de la physionomie d'ensemble des divers états pathologiques, à moins que la prépondérance d'une souffrance locale, que l'importance des troubles du mouvement et de la sensibilité n'indiquassent précisément l'axe nerveux spinal comme centre des modifications morbides. A quoi a tenu cet oubli ou ce dédain? Sans doute à l'obscurité dans laquelle marchait la clinique jusqu'à nos jours dans cet ordre de recherches.

La physiologie normale de la moelle est de date récente; elle n'est point complète encore, et les points que l'expérimentation semblait avoir fixés ne sont pas entièrement à l'abri des doutes ou des incertitudes que font naître chaque jour la pratique et l'observation des malades. Ce n'est qu'au prix d'une attention persévérante, de laborieux essais, d'investigations minutieuses, que l'on a pu parvenir à mettre en lumière et à relier certains groupes de faits relatifs aux troubles du mouvement et de la sensibilité, et à établir entre les manifestations fonctionnelles et certaines altérations anatomiques les rapports de constance sans lesquels l'histoire des maladies est impossible.

L'exploration des troubles spinaux dans les maladies n'a donc existé jusqu'ici qu'à l'état de remarques éparses, communiquées de temps à autre par tel ou tel maître aux élèves; les livres n'en disent absolument rien.

C'est à signaler cette lacune, à donner aux fonctions dépendant de la moelle épinière leur place dans le tableau des maladies générales que s'est attaché M. E. Fritz, et il a choisi comme type le plus approprié à son sujet la fièvre typhoïde, pour en compléter à ce point de vue la séméiologie.

Le but que se proposait l'auteur ne pouvait être atteint qu'en reproduisant l'histoire clinique de la maladie; il s'agissait plutôt de montrer l'aspect réel de la série des troubles spinaux, que de procéder par des inductions théoriques. M. Fritz a donc réuni trente-deux observations, dont la plupart lui appartiennent, et les a présentées par groupes se rattachant à chacune des fonctions spéciales de la moelle.

Une première grande division a trait aux troubles des fonctions auxquelles préside d'une façon générale le cordon rachidien; savoir, la sensibilité et le mouvement.

La sensibilité est troublée par excès: hyperesthésies cutanée, spinale, musculaire, douleurs spontanées, articulaires, rachialgie, douleurs diverses; ou par défaut: analgésie, anesthésies locales.

Les troubles du mouvement se traduisent par des paralysies incomplètes, du spasme ou de l'atonie des sphincters, ou par des contractures, des phénomènes convulsifs, des mouvements réflexes.

Les observations de l'auteur établissent des faits extrêmement intéressants au point de vue du siége et de la marche des troubles de la sensibilité.

Une deuxième grande division présente des faits manifestement sous la dépendance des fonctions localisées dans le bulbe rachidien: rachialgie cervicale, anhélation extrême, inspirations avec renversement de la tête en arrière, aiaile, spasme du pharynx et du larynx, autant de symptômes évidemment dus aux troubles survenus dans les fonctions des nerfs pneumo-gastrique, spinal, et peut-être glosso-pharyngien.

Groupés dans une même observation, ces faits acquièrent par cela même une importance de premier ordre, et impriment au cas pathologique spécial sa physionomie particulière. Les remarques dont M. E. Fritz fait suivre cette observation sont un modèle de l'interprétation des signes pathologiques pour la physiologie.

Au chapitre de l'anatomie pathologique, l'auteur recherche si des troubles aussi accentués que ceux qu'il a décrits ont leur raison d'être dans des modifications matérielles du centre nerveux médullaire ou de ses enveloppes. Il n'a pu trouver cette solution anatomique, et il pense (sagement, croyons-nous) qu'il n'y a pas lieu d'espérer la rencontrer de sitôt. La congestion des méninges rachidiennes, même à un haut degré, n'est pas une lésion matérielle suffisante, et il faut se résigner à ne pas trouver sur la moelle la trace anatomique des troubles spinaux de la fièvre typhoïde, pas plus qu'on ne trouve sur l'encéphale celle des symptômes cérébraux.

L'auteur donne ensuite un aperçu de la fréquence relative des troubles spinaux de la fièvre typhoïde, marque leur ordre d'apparition et indique leur durée. Il rencontre ici, dans les phénomènes qu'il signale, assez de conditions de constance, de facile perception, de signification clinique, pour pouvoir revendiquer en leur faveur la même dignité que celle que l'on attache d'ordinaire aux symptômes cérébraux, eu égard du moins aux premières périodes. Pour les cas où les troubles spinaux sont nettement accusés, on pourra, si l'on veut, admettre une forme spinale.

Dans un coup d'œil étiologique, M. E. Fritz fait remarquer que ses observations concernent surtout des enfants et des sujets du sexe féminin, et que les auteurs, assez rares, qui ont mentionné avant lui des faits semblables, ont surtout observé en temps d'épidémie, quelques-uns en temps d'épidémie de méningite cérébro-spinale.

Au diagnostic, il rappelle qu'on doit se garder de croire les troubles spinaux exclusifs à la fièvre typhoïde. Il est d'une bonne et vraie philosophie médicale de les regarder, au contraire, et d'une façon plus large, comme faisant partie du cortége symptomatique des maladies aiguës graves, surtout de celles que l'on peut estimer générales, la variole, la tuberculisation aiguë. Des observations récentes permettent d'ajouter la fièvre jaune. Il est probable que tous les typhus jouissent des mêmes propriétés de manifestation morbide.

Les symptômes spinaux n'apportent rien au pronostic.

Savoir observer est le plus précieux talent du médecin, puisque notre art est là presque tout entier. On peut féliciter M. E. Fritz de l'avoir compris ainsi et d'avoir, au moment où le titre de docteur intervient dans ses travaux (sans les couronner, nous l'espérons bien), rendu un si excellent hommage à l'importance de l'observation en médecine. Il a cherché avec sa patiente ardeur, compris avec son sens clair et droit, interprété avec le critérium de la science acquise, et il a fait une œuvre utile. Nous serions plus explicite sur la louange, si nous n'étions liés à l'auteur en vertu d'une certaine communauté d'origine médicale que l'on n'oublie point, pour avoir eu simultanément, à Strasbourg, les mêmes maîtres, ceux auxquels M. E. Fritz a si bien fait de payer, dans son travail, un large et cordial tribut de souvenir.

J. ARNOULD.

FAUSSES ANKYLOSES DU GENOU.

On sait que les traitements généralement acceptés pour guérir les fausses ankyloses sont le redressement du membre, le malade étant complétement endormi avec le chloroforme, l'immobilisation momentanée de la jointure et les mouvements gradués ensuite, ou le redressement à l'aide de machines à mouvements gradués. Si simples pourtant que soient ces méthodes, il est des cas où ces traitements sont impossibles.

Dans une thèse [1] récemment soutenue par M. Eug. Duval, le fils d'un médecin généralement aimé, M. Vincent Duval, une observation démontre cette impossibilité d'appliquer le traitement des fausses ankyloses du genou.

Un jeune homme de 19 ans, d'une constitution scrofuleuse, était atteint de fausses ankyloses des deux genoux datant de huit ans et coïncidant avec des ankyloses multiples des coudes, des poignets et des articulations des vertèbres cervicales; un symptôme de rachitisme, le gonflement des extrémités articulaires existaient en même temps que les fausses ankyloses. C'était à la suite d'arthrites rhumatismales que ces dernières lésions étaient apparues.

Le malade était très-pâle, sa respiration était courte, et il y avait au cœur un bruit de souffle qui se propageait dans les carotides.

Soumis d'abord à un traitement médical, le jeune homme a pris de l'huile de foie de morue et de l'iodure de potassium, associés au sirop de salsepareille au citrate de fer et à la teinture de digitale. Des douches froides ont été administrées, et les articulations étaient badigeonnées tous les deux jours avec de la teinture d'iode.

Trois mois plus tard, le redressement immédiat des genoux devait être fait. Le chloroforme ayant été appliqué, on chercha à l'aide des mains à mobiliser l'articulation, lorsqu'un phénomène insolite se produisit. Les fémurs ployaient comme des cannes de jonc. Il était évident que si les tentatives étaient poussées plus loin, si l'on déployait la force nécessaire pour réduire l'ankylose, les os allaient se rompre. Les appareils à extension graduée semblaient seuls devoir être appliqués. M. Nélaton conseilla à M. Duval de se borner à ces tentatives.

Les appareils à extension graduée n'ont pas été supportés par le malade, et il a dû retourner dans son pays, n'ayant pour tout bénéfice qu'une sérieuse amélioration de sa santé générale.

Les faits de cette nature n'ont pas besoin de commentaires. Là où la résistance manquait aux leviers osseux, toute force mécanique, obligée d'agir sur eux pour produire son effet sur l'articulation, devait demeurer inefficace.

DES INJECTIONS DANS LES ARTICULATIONS

et les cavités séreuses.

Les anciens ne connaissaient pas les propriétés des séreuses des cavités splanchniques et des séreuses des articulations. Toutes les fois que le pus séjournait dans une plaie des articulations ou dans une plaie de poitrine, ils n'hésitaient pas, par exemple, à placer une tente dans une plaie articulaire et à faire des injections dans les plaies de poitrine avec suppuration des plèvres, soit avec du vin, soit avec de l'eau miellée [2]. J. L. Petit a fait des injections émollientes dans les arthrites traumatiques. Schlichting, dans un cas d'hydarthrose symptomatique de corps mobiles articulaires, a ponctionné l'articulation avec le bistouri et a fait, peu de temps après, des injections avec la myrrhe et l'essence

(1) Eau, 200 grammes; sous-carbonate de potasse, 4 grammes; eau distillée de laurier-cerise, 10 grammes.

(2) In-8° de 190 pages. Paris, 1864. Chez Adrien Delahaye.

(1) *Fausse ankylose du genou*, par M. E. Vincent Duval. Paris, 1864; chez J. B. Baillière.

(2) Galien. *Methodi medendi*, cap. 8.

de térébenthine [1]. Gay, chirurgien du Cap, a fait pour une arthrite avec épanchement une ponction avec le trocart ; une inflammation étant survenue, un débridement a été nécessité, et le chirurgien a pratiqué des injections avec de l'eau de Goulard additionnée d'un douzième de tafia camphré. Le même auteur a fait des injections semblables après une ponction avec le trocart, dans une hydarthrose avec symptôme d'arthrite [2].

Trente-trois ans plus tard, M. Jobert (de Lamballe) reprenant ces idées, a ponctionné des hydarthroses aiguës et chroniques, et a injecté dans l'articulation du genou de l'eau d'orge alcoolisée [3].

De même que l'on a substitué les injections iodées aux injections vineuses recommandées dans l'hydrocèle aux beaux jours de l'Académie de chirurgie, et de même qu'on en a régularisé l'emploi (c'est en 1856 que M. Velpeau en a posé les indications), de même les injections iodées ont été appliquées aux affections articulaires. En 1843, M. Velpeau publiait ses observations, qui dataient de 1839 [4]. Bonnet (de Lyon) venait de parler de ce traitement des maladies articulaires en 1842 [5]. Le mode de ponction et d'injection immédiate à travers la canule du trocart a été posé en règle à cette époque.

Des succès et des insuccès ont été observés, les chirurgiens ont persévéré, et on met généralement en pratique aujourd'hui les injections iodées, non-seulement dans les arthrites chroniques suppurées, mais encore dans les hydarthroses chroniques et les arthrites avec épanchement; seulement pour celles-ci il est indiqué de n'agir que quand les phénomènes inflammatoires aigus ont été en grande partie dissipés.

Beaucoup d'incertitude régnant au sujet de l'origine et de la régularisation du traitement des affections articulaires par les injections iodées ou autres, nous avons cru qu'il serait bon de rappeler à nos lecteurs ces quelques documents historiques.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er février 1864. — Présidence de M. MORIN.

Paléontologie humaine. — M. PAUL GERVAIS communique des remarques sur l'ancienneté de l'homme tirées de l'observation des cavernes à ossements du bas Languedoc.

— M. BERNARD présente au nom de M. le docteur Benvenisti (de Padoue :

1° Plusieurs brochures sur la pellagre, destinées à concourir pour le prix sur la pellagre qui sera décerné en 1864.

2° Le second volume d'un ouvrage intitulé *Histoire anatomico-pathologique du système vasculaire*, etc. Dans ce volume, destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon, M. Benvenisti étudie particulièrement les lésions anatomico-pathologiques des sinus et des veines cérébrales dans leurs rapports avec les diverses maladies du cerveau. Il a recueilli et examiné avec soin un grand nombre de faits qui servent de base à son travail.

— M. B. LUNEL présente un mémoire ayant pour titre : *Sur les dangers qui résultent pour l'hygiène publique et privée de la fabrication des allumettes phosphoriques, et sur l'importance de prohiber l'emploi du phosphore blanc dans cette fabrication.* (Commission des arts insalubres.)

— M. LACROIX adresse un mémoire concernant les *effets de l'humidité de l'air sur l'économie animale.* (Commissaires : MM. Andral, Bernard et Cloquet.)

Nouveau procédé facile et économique pour conserver les substances animales à l'air libre. Note de M. PAGLIARI, présentée par M. Pasteur,

J'ai l'honneur de faire connaître à l'Académie un moyen nouveau fort simple de conserver les substances animales. La liqueur que j'emploie pour cet usage est un composé d'alun, de benjoin et d'eau, qui diffère peu de celle de mon *eau hémostatique.* Une simple couche de la liqueur conservatriee en question, appliquée sur la substance animale, que l'on abandonne ensuite à l'air libre, suffit pour l'empêcher de s'altérer. Voici comment j'explique ce fait :

La liqueur conservatrice qui a été mise en contact avec la substance animale à conserver, déposerait sur celle-ci une sorte de trame invisible à l'œil nu, laquelle agirait à la manière d'un filtre antiseptique, ne donnant accès qu'à l'air pur ; cette trame constituerait une sorte d'enveloppe qui, suivant les belles et savantes recherches de M. Pasteur, s'opposerait au développement des ferments animaux et végétaux, tout en laissant l'évaporation s'effectuer librement. Quant aux substances animales immergées dans la liqueur conservatrice, elles se conserveraient indéfiniment. Il est facile de prévoir, d'après ces faits intéressants, toutes les applications utiles que l'on pourrait faire de la liqueur conservatrice de Pagliari.

— M. POTIER adresse un mémoire très-étendu sur la cause commune des tumeurs blanches, des affections scrofuleuses, du goître, etc., et sur le traitement qu'il convient d'employer selon les formes diverses sous lesquelles se manifeste cette diathèse. (Renvoi à la commission nommée pour une précédente note de l'auteur sur le même sujet, commission qui se compose de MM. Andral, J. Cloquet, Jobert [de Lamballe].)

— M. GOURIET (de Niort) adresse un mémoire *sur la locomotion des poissons.* (Commissaires : MM. Milne Edwards, Valenciennes, Blanchard.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 3 février 1864, M. le docteur Legendre, médecin-major de 2me classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— C'est mardi prochain qu'aura lieu, dit-on, la présentation de la liste des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, présentation qui a été l'objet de beaucoup de controverses, bien que l'opinion publique ait déjà désigné le plus digne.

Depuis le 3 février l'*Univers illustré* paraît deux fois par semaine, le mercredi et le samedi. Ce journal, qui, dès les premiers jours de sa publication, a réuni un si grand nombre de lecteurs parmi nos confrères, a réalisé un incontestable progrès dans les fastes des journaux de sa spécialité. Il est devenu le journal par excellence de l'actualité illustrée. Huit grandes pages de texte et de gravures dues aux meilleures plumes et aux plus habiles burins pour 15 centimes, n'est-ce pas le dernier mot du bon marché ?

Deux chroniques par semaine, par Albéric Second ; un roman plein d'intérêt et d'esprit, par Victorien Sardou (la *Poudre d'or*, en cours de publication) ; des articles d'horticulture, par Alphonse Karr ; des études industrielles et économiques, par Turgan ; un courrier du Palais, par J. Raymond, constituent une rédaction hors ligne.

L'*Univers illustré* est en possession de manuscrits signés de Jules Noriac, de Méry, d'Edmond About.

Il peut compter aussi sur le concours de MM. Mérimée, Octave Feuillet, George Sand, Alexandre Dumas, de Lamartine, Champfleury, Arsène Houssaye, Sainte-Beuve, Mario Uchard, Léon Gozlan et Amédée Achard.

L'*Univers illustré* offre à ses nouveaux comme à ses anciens abonnés la meilleure de toutes les primes : c'est sa collection complète. Cette collection, qui se compose de 11 très-beaux volumes, et qui s'était jusqu'à ce jour vendue 55 fr., est donnée, prise à Paris, pour 32 fr.

Les anciens abonnés qui ne l'auraient pas complète, peuvent la compléter à raison de 3 fr. le volume (au lieu de 5 fr.), également pris à Paris.

Les volumes comme les numéros se trouvent : soit à Paris, aux bureaux, 24, passage Colbert ; soit chez tous les libraires et marchands de journaux de Paris et des départements.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, suivi de notions sur l'aérothérapie, l'électrothérapie, la kinésithérapie et l'hydrologie médicale ; par M. O. REVEIL, professeur agrégé de la Faculté de médecine et de l'École de pharmacie, pharmacien de l'hôpital des Enfants malades. Un vol. in-18 jésus de 700 pages, avec figures intercalées dans le texte. Prix : 7 fr. — Paris, 1864. Chez J. B. Baillière et fils.

De la méthode des injections sous-cutanées, par M. le docteur Bois. In 8°. Prix : 1 fr. *franco.* — Paris, chez Adrien Delahaye, libr.-édit.

Clinique chirurgicale, par M. J. G. MAISONNEUVE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Tome second. Un vol. in-8° de 728 pages. Prix : 12 fr. Le tome Ier a paru en janvier 1863. Prix de l'ouvrage complet, 24 fr. — Paris, chez F. Savy, libr.-édit., rue Hautefeuille, 24.

Anatomie descriptive et dissection, par M. le docteur FORT, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur particulier d'anatomie. Premier fascicule, Ostéologie. Un vol. in-12. Prix : 2 fr. 25 *franco.* — Paris, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

[1] Boyer, t. IV, p. 384.
[2] Gay, *Recueil de la Société de médecine*, 1797, t. II, p. 167.
[3] Nélaton, *Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 178.
[4] Velpeau, *Annales de la chirurgie*. 1843.
[5] Bonnet, (de Lyon) *Bulletin de thérapeutique*, octobre et novembre 1842.

N° 17. — JEUDI 11 FÉVRIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 17. — JEUDI 11 FÉVRIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 FÉVRIER 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

On a pu s'étonner peut-être de n'avoir pas entendu encore la parole si autorisée de M. Bousquet dans la question qui se débat à l'Académie depuis près de trois mois. M. Bousquet était absent. Récemment de retour, il s'est fait inscrire, et ce n'est qu'hier seulement que son tour de parole l'a appelé à la tribune. Il n'était pas sans intérêt de voir quelle attitude il allait prendre en présence des faits nouveaux acquis au débat. On connaît les opinions qu'il a défendues jusqu'ici sur la différence d'origine et de provenance de la variole et du vaccin, et sur leur différence de nature malgré les analogies et ressemblances nombreuses qui les rapprochent; on n'a certainement pas oublié non plus les discussions assez vives qui ont eu lieu à plusieurs reprises à ce sujet entre M. Depaul et lui, notamment à l'occasion des faits de Toulouse, rappelés plusieurs fois déjà dans la discussion actuelle.

Le temps n'a pas permis malheureusement à M. Bousquet de terminer son argumentation; mais d'après la première partie de son discours, que l'on trouvera presque textuellement dans le compte rendu, il est aisé de prévoir que l'accord n'est pas encore près de s'établir sur ce point entre ces deux honorables académiciens. Mais attendons la fin pour en mieux juger.

La première partie de la séance a été occupée par la lecture de la deuxième partie du Rapport général annuel des épidémies, dont la rédaction avait été confiée pour cette année à M. de Kergaradec. Ce rapport nous a paru fait avec un grand soin et contenir des faits intéressants et surtout des instructions utiles. Nous aurons à lui emprunter très-probablement quelques extraits quand il aura paru dans le *Recueil des Mémoires*.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De quelques cachexies.

Nous avons dans le service trois cas de cachexies offrant un assez grand intérêt: 1° une femme qui a un cancer de l'estomac; 2° une autre qui a un corps fibreux de l'utérus et des métrorrhagies; 3° un homme qui a une fièvre intermittente rebelle. Ces trois malades sont dans un état d'anémie prononcée.

L'anémie, on le sait, est un état du sang dans lequel les globules sont moins nombreux que dans l'état normal. Sans que nous puissions savoir pourquoi, il se fait dans la nutrition du sang une modification profonde et telle que de 157 pour 1,000 les globules peuvent descendre jusqu'au chiffre de 40. Ce que nous savons, c'est que certaines influences toxiques déterminent cet état; ainsi, des individus exposés pendant longtemps à des émanations saturnines, quelques-uns mêmes qui n'y sont exposés que depuis quelques jours seulement et qui contractent de suite des accidents de colique, ces individus sont pris d'un état anémique qui caractérise la cachexie saturnine. Il en est de même de la diathèse cancéreuse, qui, outre l'anémie, donne lieu à une teinte jaune paille caractéristique, mais pas si caractéristique cependant qu'on ne la voie dans d'autres cas simulant plus ou moins le cancer. D'autres fois, c'est l'inanition, la mauvaise alimentation, condition si fréquente chez de pauvres femmes qui ont tant de peine à gagner leur vie; anémie qu'on prendrait pour de la chlorose, mais qui n'est pas la chlorose, car nous verrons plus tard que cette affection existe quelquefois avec un état globulaire normal. Il y a en outre les influences extérieures, l'air, la lumière. Pour les plantes, l'influence de la lumière est très-prononcée; mais on n'a pas encore bien étudié l'influence chimique qu'elle exerce sur l'homme. Les mineurs deviennent presque tous anémiques, et ce n'est pas tant à cause des poussières délétères qu'ils respirent qu'à cause de la soustraction prolongée à l'action de la lumière; car les détenus de nos cachots, de nos prisons, ont aussi l'anémie quoiqu'ils ne respirent aucune poussière toxique. Les grandes altitudes produisent aussi l'anémie; cet état est très-commun à 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. M. Jourdannet vient de démontrer que les habitants des hauts plateaux du Mexique sont tous anémiques, parce que l'air raréfié qu'ils respirent ne délivre à leurs poumons qu'une quantité d'oxygène insuffisante pour l'oxygénation générale.

L'anémie reconnaît aussi d'autres causes très-puissantes qui relèvent de l'innervation. En quarante-huit heures nous voyons une jeune fille devenir anémique sous l'influence de quelque émotion profonde, et cela non-seulement quand elle n'a pas fait de perte extraordinaire, mais encore même quand ses règles se sont arrêtées, quand le sang a cessé de couler.

Les nerfs de la vie organique prennent donc une très-grande part à la nutrition, et par suite à la composition du sang. Quand nous traiterons de la chlorose, nous verrons que cette maladie est surtout du ressort de l'innervation.

On ne vit pas seulement par l'alimentation gastrique, par la lumière, par l'oxygène, on vit encore par la résorption des produits interstitiels; on vit aux dépens de sa propre substance, et si elle n'est pas suffisamment renouvelée, on devient malade. Lorsque l'aliment ne vient pas tous les jours réparer les pertes de notre organisme, nous nous nourrissons aux dépens de nous-mêmes, nous sommes *autophages*; et c'est là, il faut en convenir, une assez médiocre alimentation.

Dans un espace de temps très-court, les autophages ont l'haleine fétide, les gardes-robes infectes, les urines puantes; l'amaigrissement et le dépérissement ne tardent pas à suivre. L'autophagie se fait encore dans d'autres circonstances non moins fâcheuses. Quand nous avons un épanchement pleurétique considérable, cet épanchement ne peut se résorber qu'à la condition que le malade boive en quelque sorte sa sérosité. Tant que cette sérosité n'est pas altérée, il n'y a pas grand mal, mais si elle est purulente, la résorption s'exerce sur des produits altérés, et on voit survenir alors un mouvement fébrile, la fièvre hectique, qui a elle-même une très-grande influence sur la composition du sang.

Que si l'on a affaire à des abcès ouverts, à des collections fétides ou à des dépôts cancéreux, qui livrent sans cesse à l'absorption des produits altérés, on comprend que le malade se nourrira en partie de substances autophagiques de la pire qualité et qu'il en résultera une altération dans la nutrition générale, par suite dans l'état du sang.

La fièvre seule exerce une très-puissante influence. Un accès de fièvre de douze heures a de plus fâcheux effets qu'on ne l'imagine d'habitude. On est touché dans toute son économie, dans la composition intime du sang et de tous les organes qu'il est destiné à renouveler. Aussi l'individu qui a un accès fébrile en reste-t-il plus malade que celui qui est vingt-quatre heures sans manger: il conserve de la pâleur, de la débilité.

Ainsi donc, les agents toxiques, l'inanition, les résorptions pathologiques, la fièvre, produisent l'anémie, la cacochymie.

Voyons maintenant nos trois anémiques. Et d'abord cette femme au cancer de l'estomac, qui a maintenant une large tumeur occupant toute la paroi antérieure de cet organe. Depuis plusieurs mois elle a de mauvaises digestions, de vives douleurs à la région épigastrique. Il y a chez elle plusieurs causes d'anémie: 1° l'inanition, car l'organe ne peut ni recevoir ni élaborer la quantité nécessaire de nourriture; 2° de temps en temps des exhalations sanguines à la surface de l'estomac et des vomissements noirs; 3° elle est autophage. Elle digère les sucs ichoreux de son cancer et ils entrent dans l'économie pour l'infecter.

L'autre femme est depuis moins longtemps dans le service; elle est âgée de cinquante-cinq ans. Il y a deux mois, elle a commencé à être prise d'hémorrhagies utérines qui ont toujours continué depuis cette époque. Elle est tombée dans un état de pâleur extrême, la face bouffie, offrant partout une couleur jaune paille telle qu'il n'est personne qui, la voyant, ne pense qu'elle est affectée d'un cancer. Elle n'a cependant qu'un corps fibreux interstitiel de l'utérus qui cause ces hémorrhagies. Il n'y a là simplement qu'une cachexie, une anémie hémorrhagique. La teinte jaune paille n'est pas toujours le symptôme d'un cancer. Qu'on ne s'y trompe donc pas, et que d'après ce seul signe on n'aille pas porter un diagnostic désespéré.

Quelles étaient, chez cette malade, les indications à remplir? Arrêter l'hémorrhagie et reconstituer l'organisme.

La première indication n'était pas difficile; nous étions sûr d'arrêter le sang au moyen d'un tamponnement bien fait, celui en queue de cerf-volant, par exemple; mais la reconstitution de cet organisme profondément débilité était chose plus difficile.

Quand un individu est devenu anémique à la suite de très-grandes pertes de sang rapidement subies, à la suite de saignées abondantes, par exemple, la reconstitution se fait spontanément à l'aide d'un bon régime alimentaire, et nous n'avons pas à intervenir autrement. Mais quand des hémorrhagies se sont répétées, ce n'est plus la même chose. Cinquante hémorrhagies de 10 grammes sont plus graves qu'une seule hémorrhagie de 500 grammes. Au bout d'un certain temps, ces pertes répétées jettent l'organisme, qui a besoin de sang normal, dans des conditions mauvaises, aussi bien les parenchymes que le système nerveux, et alors cette modification secondaire devient une cause qui pousse de son côté à l'anémie et empêche la reconstitution du sang. Aussi le régime ne suffit pas; il faut intervenir médicalement. C'est ce que nous avons fait pour cette malade; mais il y avait des difficultés dans cette entreprise.

Quoique depuis trente ans nous ayons répété à satiété que le fer n'est pas un emménagogue, que c'est plutôt un hémostatique, cependant, dans une grande partie du monde médical et dans le public, on conserve cette idée que le fer est emménagogue, qu'il pousse aux règles. Aussi, quand un médecin prescrit à une femme atteinte de métrorrhagie des préparations ferrugineuses, il s'engage dans une voie qui peut lui susciter des désagréments de plus d'un genre. Que ce soit à propos d'un corps fibreux, par exemple, s'il survient d'autres hémorrhagies à la suite de l'administration du fer, la malade, sa famille, les personnes qui l'entourent, ne manquent pas d'accuser le fer. S'il y a quelque garde-malade autour du lit, ce sera encore bien pis encore, et l'on ne manquera pas de dire que vous ne savez pas ce que vous faites. Et alors, si le médecin sait son monde, prévoit le coup et se méfie, il prendra la porte de derrière au lieu de prendre la porte cochère; il choisira parmi les préparations ferrugineuses, qui en définitive agissent toutes de la même façon, celle qui passe auprès des femmes pour être hémostatique.

Il y a, vous le savez, deux espèces de safran de mars, l'un dit apéritif, qui est censé ouvrir la porte au sang; l'autre dit astringent, qui est censé la fermer, quoique tous les deux agissent de la même manière; mais le dernier est accepté comme hémostatique, et si l'hémorrhagie se reproduit, soyez sûr qu'on ne pensera à accuser ni le safran astringent ni vous. Mais, dans les hôpitaux, nous ne sommes pas obligés aux mêmes précautions; nous avons tout bonnement donné à notre malade des pilules de carbonate de fer de 10 centigr. chacune, d'abord 2, puis 4, puis 6, puis 8 par jour pendant le repas. L'hémorrhagie s'arrêtant, — or il n'y a pas à accuser l'influence du repos, car cette femme était restée six mois couchée avant d'entrer à l'hôpital, et ici elle est levée une partie de la journée, — le fer a commencé la reconstitution que nous désirions; les joues refleurissent déjà.

Ainsi donc, dans les métrorrhagies, n'ayez crainte de donner du fer. Nous avons si souvent donné le fer dans les hémorrhagies utérines, qu'il nous est souvent arrivé de voir des pertes plus fortes survenir après son emploi; mais nous n'en étions nullement effrayé, car si le sang coulait plus fort, c'est qu'il était plus abondant, c'est que l'organisme reconstitué pouvait en donner davantage sans en souffrir. De sorte que nous comparons volontiers ce qui se passe dans ce cas à ce qui arriverait si l'on nous prenait dix francs dans la poche pour en remettre cinq à la place. De même la femme perd dix, mais le fer lui rend quinze, et la reconstitution continue sur ce pied, tandis qu'elle ne se ferait pas si la malade perdait cinq sans rien reprendre.

Le troisième malade est un homme qui est allé tâter de la Californie algérienne sur la foi de belles promesses. Il y a mangé le peu qu'il avait, il est devenu misérable et il a été frappé par la fièvre, qui frappe surtout à la porte des pauvres gens. Elle a été d'abord quotidienne, puis tierce, puis quarte, c'est-à-dire qu'elle a pris le plus rebelle des types divers de la fièvre. Celle-ci est devenue son manteau d'hiver, avec son odieuse pertinacité. Nous ne savons ce que c'est que le miasme palustre, mais nous savons qu'il produit des cachexies très-profondes. Il se développe dans des conditions qu'il est difficile de saisir. Il y a beaucoup de marais qui n'enfantent pas de fièvres. J'ai une maison de campagne située sur la route de Corbeil à la Somme, qui est pour ainsi dire entourée de prés inondés, de tourbières et de marais, et cependant il n'y a pas de fièvre dans le pays.

Dans la Beauce, au contraire, il y en a en grande quantité; il y en a dans les pays de grande culture, là où l'on remue beaucoup et profondément le sol arable. En Algérie, il a suffi de gratter la terre pour que la fièvre en sortit, et quand ce travail a eu lieu pendant plusieurs années de suite, la fièvre a cessé. Tout le monde sait que la plaine de la Mitidja est redevenue salubre.

Les populations des marécages sont toutes profondément étio-

lées, et lorsque des individus venant de contrées voisines dans un excellent état général, se fixent au sein des marais, ils ne tardent pas à prendre de la pâleur; les jeunes filles contractent de l'essoufflement, le sang se décolore avant qu'il y ait encore eu un seul accès. Si bien que sous l'influence de l'empoisonnement palustre, on voit survenir une cachexie avant que les accès se manifestent. De même que dans l'empoisonnement saturnin, on voit souvent l'anémie arriver avant les coliques et les paralysies. C'est pour ainsi dire comme exception et seulement dans les pays chauds qu'on voit des individus frappés tout à coup d'accès fébriles très-énergiques avant que l'intoxication se soit montrée par des traits plus généraux; mais dans ce cas on ne tarde pas à voir survenir les caractères de la cachexie bien plus rapidement et plus profondément. On trouve alors une altération considérable dans la crase du sang, une diminution prononcée des globules et des lésions viscérales, entre autres des engorgements de la rate et du foie.

On se demande de quelle manière peut survenir cette infection générale, de quelle manière le miasme influence si considérablement la nutrition? Tout d'abord il faut bien comprendre que, plus qu'un autre, cet empoisonnement se manifeste par des accidents nerveux d'une grande gravité, car les accès ne sont pas autre chose que des accidents nerveux, et dès lors nous sommes sur la voie pour comprendre l'altération de la nutrition.

Etudions ces phénomènes nerveux, et prenons pour cela une fièvre intermittente tierce. Au début, il y a un frisson, le plus long, le plus continu de tous les frissons, se renouvelant à chaque accès. Or un frisson n'est pas autre chose qu'une convulsion clonique; il est, en effet, caractérisé par la contraction et le relâchement alternatif et très-rapide des muscles, convulsion au sein de laquelle le malade conserve toute son intelligence, et qui paraît dépendre d'une grave perturbation de l'axe rachidien.

Chez les enfants, les choses se passent autrement: l'intelligence est frappée, et l'accès est une véritable attaque d'éclampsie. Au début de la rougeole, de la scarlatine, de la pneumonie, il y a presque toujours chez les enfants de la stupeur, de la convulsion épileptiforme, de l'éclampsie; ils sont frappés non-seulement par l'axe rachidien, mais encore par le cerveau.

Et maintenant, examinons les transformations de l'empoisonnement palustre dans ses manifestations. Sous ce titre, nous avons la fièvre larvée, la fièvre pernicieuse.

La fièvre larvée est la fièvre intermittente revêtant le masque d'une autre maladie, *induit larvam alius morbi.* Le plus ordinairement, elle se déguise en névralgie sus-orbitaire, et tandis que dans l'accès normal nous avons des phénomènes convulsifs, ici nous avons des phénomènes douloureux. Lorsque la fièvre porte sur les viscères, nous assistons encore à des phénomènes nerveux d'une grande gravité. Du côté de l'encéphale, on a la fièvre comateuse ou fièvre intermittente larvée apoplectiforme, puis la fièvre intermittente larvée pernicieuse délirante, l'éclamptique, qui frappe l'encéphale et la moelle. L'estomac donne la larvée pernicieuse cardialgique, la cholériforme; vers le poumon, c'est la péripneumonique.

HOSPICE CIVIL DE NEUF-BRISACH (salles militaires)
M. E. SONRIER.

Corps étranger dans l'œsophage; œsophagotomie; guérison.

Le nommé A... (Pierre), vingt-deux ans, fusilier au 45e régiment, est admis dans notre hôpital le 11 novembre dernier, pour gêne de la respiration et impossibilité absolue d'avaler ni liquide ni solide.

Il raconte à voix basse et avec lenteur que trois jours auparavant, *en mangeant du pain,* il s'est senti pris à la gorge par quelque chose qui s'est arrêté: strangulation avec sensation d'aiguilles, face tuméfiée, cyanosée, larmoiement, dyspnée; puis les accidents se sont apaisés.

Le médecin du régiment, immédiatement appelé, prend des informations de tous côtés, se fait présenter la soupe, les légumes; s'assure que le bouillon a été tamisé, revient à son malade, explore le fond de la gorge, les côtés du cou, sans y rien découvrir d'anormal. Interrogé, pressé de questions, il répond qu'*il n'a mangé que du pain.*

Malgré cette obstination calculée, on lui administre aussitôt un vomitif, qui n'amène que des parcelles de pain mal broyé et de la bile.

A deux heures du soir, le patient est toujours dans le même état; une sonde œsophagienne est introduite à deux reprises différentes, et toujours elle pénètre avec difficulté en heurtant un corps étranger dont on ne peut déterminer ni la nature ni le volume.

A sept heures du soir, même exploration, même obstacle; sommeil assez paisible.

Le 9 novembre, un peu moins de gêne dans la déglutition. Le malade a pu prendre un bouillon; pas de fièvre, assez bon sommeil.

Le 10, rien n'est changé; l'idée d'un abcès rétro-pharyngien vient à l'esprit, mais l'invasion rapide du mal, l'absence de fièvre, la sensation d'un corps un peu résistant, font évanouir aussitôt cette supposition.

Le 11, le malade vient à l'hôpital, il se présente à nous en marchant avec lenteur, la tête droite, le cou immobile. Le moindre mouvement est toujours suivi d'un retentissement douloureux vers la région cervicale profonde; le malade parle difficilement et à voix basse; il avale avec une lenteur prudente quelques cuillerées de bouillon et respire assez librement; pouls à 75. Comme il se sent fatigué par les manœuvres antérieures et les vomitifs, nous nous abstenons de toute exploration ce jour-là. — Limonade.

Le 12, peu de sommeil; constriction plus forte à la gorge; déglutition impossible même des liquides, soif vive; le malade n'a presque pas bu depuis quatre jours.

Interrogé de nouveau sur les causes probables de son mal, sur les sensations qu'il a éprouvées et qu'il est de son intérêt d'avouer pour ne pas aggraver sa position, le malade, redoutant sans doute une opération sanglante, tantôt s'enferme dans un silence obstiné, tantôt par des réponses évasives, captieuses, semble dérouter à plaisir nos recherches. Il avoue avoir été atteint, il y a six mois environ, d'une forte inflammation à la gorge; il crachait, dit-il, du sang, mais depuis il a toujours bien avalé.

Cette obstination opiniâtre à cacher la cause de son mal ne nous décourage pas; nous sommes d'autant plus fondé à croire qu'il y a là un corps étranger, que cet accident est assez fréquent parmi les soldats, qui, débilités par quatre heures d'exercice en plein air, absorbent les aliments ou plutôt les dévorent avec voracité.

Nous introduisons par la bouche une sonde en argent, qui bientôt est arrêtée au niveau du cartilage cricoïde, par un obstacle dur, immobile, à sensation rugueuse, facilement perçue par les assistants. Une tige en baleine armée d'une petite éponge est aussitôt introduite dans l'arrière-gorge, et, malgré une pression assez forte exercée sur l'obstacle, rien n'est obtenu; au contraire, cette propulsion forcée ne fait qu'engager davantage le corps étranger dans le conduit œsophagien, en déchirant ses parois, ainsi que le prouve une expuition sanguine assez abondante.

Après avoir à peu près acquis la certitude qu'il y a là un corps étranger trop volumineux pour être précipité dans l'estomac, et qui peut déterminer par les tranchants dont il est armé des hémorrhagies graves, nous changeons tout à coup nos manœuvres; il faut tâcher de l'extraire. Nous cherchons donc à faire passer le bec d'une sonde en argent entre le bord de l'obstacle et la paroi œsophagienne, de manière qu'avec ce levier nous puissions le faire basculer et peut-être le dégager; mais ce fut inutilement, et notre sonde promenée dans tous les sens ne pénétrait nulle part. Le crochet à bascule de Graefe, la pince œsophagienne ayant été appliqués et étant demeurés sans effet, tout nous indiquait qu'il était absolument impossible de faire exécuter au corps étranger le plus léger mouvement.

Ces questions, résolues aussitôt que soulevées, nous conduisirent forcément à cette conclusion qu'il fallait au plus tôt faire l'œsophagotomie; car, malgré quelques cas rares où des corps étrangers, même assez volumineux, ont pu être éliminés par les seuls efforts de la nature, combien d'autres ont été la cause d'accidents graves! En effet, si c'est un os, ne peut-il déterminer l'engorgement squirrheux de l'œsophage et une dyspepsie mortelle (Littre)? provoquer l'adhérence du canal alimentaire à la trachée, et par suite la mort du malade (Dupuytren)? perforer tantôt ce conduit, tantôt l'aorte, la carotide, l'artère pulmonaire, et donner lieu à une hémorrhagie instantanément fatale (Bégin)? Enfin, ne l'a-t-on pas vu produire la carie du corps des vertèbres, et déterminer une myélite consécutive (Nélaton)? C'est parce que tous ces accidents ont été signalés que nous en invoquons le témoignage, moins pour montrer combien nous avons peu de foi dans l'expectation que pour justifier notre tentative.

Et puis, en supposant que ces accidents consécutifs n'aient pas lieu, le corps étranger ne peut-il être nuisible immédiatement? S'il tombe dans l'estomac, ne sera-t-il pas réfractaire à l'action digestive? S'il s'engage dans l'intestin grêle, n'avons-nous rien à craindre? D'un autre côté, connaissons-nous sa nature, sa composition chimique? Est-il doué de propriétés toxiques?

Fallait-il opérer ou attendre? Opérer de suite offre plus de chances de succès; attendre, c'est laisser subsister tous les dangers. Nous n'ignorons pas, il est vrai, que l'opération peut être grave, et que d'un autre côté la nature peut seule opérer une guérison, et qu'attendre alors ce serait la perfection de l'art, le triomphe de la chirurgie. Mais ici, expectation ne veut-il pas dire attendre la mort? L'hésitation est-elle encore permise?

L'opération étant donc résolue et demandée avec instance par le patient, nous distribuons à nos collègues du 45e, MM. Carmouche et Chambé, dont le concours intelligent et actif nous a si bien servi, leurs rôles respectifs pour l'opération normale et pour l'imprévu, hémorrhagie, introduction de l'air dans les veines, syncopes, etc.; et après avoir relevé le moral de notre malade, qui a refusé l'anesthésie, nous commençons cette opération, que nous pratiquons pour la première fois.

On a écrit dans les ouvrages de médecine opératoire que l'œsophagotomie est d'une exécution facile et rapide, et que le chemin pour atteindre le canal alimentaire se trouve tout tracé à gauche entre le système trachéal en dedans et le système vasculo-nerveux cérébro-thoracique en dehors; qu'au surplus l'œsophage, seul organe situé en arrière de la trachée et en avant du plan prévertébral, est facilement reconnu à sa surface cylindrique charnue, striée, à ses mouvements, à la dureté qu'il acquiert pendant la déglutition; et qu'enfin, s'il y avait doute, la sonde de Vacca introduite ferait saillir aussitôt un point de repère aussi précieux que certain.

Une incision, qui part du cartilage cricoïde et descend à 7 centimètres le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, divise la peau, le muscle peaucier et l'aponévrose superficielle. Ce voile membraneux, rejeté à droite et à gauche, nous montre le sillon celluleux intermusculaire qui mène à l'organe recherché. Un crochet mousse, confié à un aide, attire la trachée en dedans, tandis qu'avec notre main gauche nous protégeons les vaisseaux qui battent sous nos doigts. Jusqu'à présent l'hémorrhagie a été insignifiante; mais en voulant agrandir vers la partie supérieure le fond de la plaie, une branche de la thyroïdienne supérieure est lésée et donne lieu à une effusion sanguine se reproduisant en nappes et en jet que ni l'eau froide, ni le perchlorure de fer, ni les inspirations larges, ne peuvent tarir.

L'hémorrhagie masque tous les rapports, le sel astringent altère la couleur des tissus, le malade s'agite effrayé par cette perte sanguine: plus de points de repère, tout est confus, tout est dangereux; enfin l'hémorrhagie, qui n'a pu être arrêtée que par une ligature, nous permet de continuer l'opération. Après quelques incisions prudentes, longeant d'assez près le larynx, sans toutefois léser le nerf récurrent, nous arrivons derrière cet organe à une profondeur de 5 centimètres environ, et nous rencontrons, à notre grande surprise, une masse globuleuse, résistante, grisâtre, de nature cartilagineuse, qui n'a ni la forme, ni le volume, encore bien moins la couleur du canal alimentaire.

Quel est ce tissu anormal dont nous avons détaché une parcelle cartilagineuse? Un doute, partagé du reste par un de nos aides, traverse notre esprit! Serions-nous sur l'anneau du cartilage cricoïde? Mais les dimensions plus considérables de cette masse, la profondeur à laquelle nous sommes parvenu, mesurant bien plus que l'épaisseur du larynx, la mobilité de l'organe vocal tout à fait indépendant de cette masse immobile, la situation de ce corps à l'endroit même de l'œsophage, tout nous indique que nous sommes en bon chemin, et que c'est bien là le canal alimentaire qui est sous notre bistouri.

Mais alors, si c'est l'œsophage, il est donc ouvert, et ce que nous avons sous les yeux serait un corps étranger cartilagineux? Cependant, si c'est un cartilage, la sonde aurait dû le faire pénétrer dans l'estomac sans expuition sanguine, et le cartilage n'aurait pas donné la sensation du corps rugueux; il y a donc autre chose?

Ce nouveau diagnostic est un instant agité dans notre esprit avec toutes les angoisses du doute; mais après avoir fait un dernier appel à nos souvenirs anatomiques, nous sommes de plus en plus certain d'être sur l'œsophage, et aussitôt nous introduisons par la bouche une sonde recourbée en argent en la dirigeant vers la plaie du cou. Après quelques tâtonnements, rendus difficiles par les contractions énergiques du pharynx, nous apercevons avec satisfaction le brillant métallique de l'instrument au milieu même du cartilage dont l'origine nous est encore inconnue. Plus de doute, nous sommes dans l'œsophage, et c'est sans doute un corps cartilagineux et osseux que nous allons extraire.

L'incision est agrandie de haut en bas, et aussitôt entre les lèvres de la plaie apparaît l'angle saillant d'un os volumineux, qui est retiré immédiatement, à la satisfaction générale.

L'os extrait avait 35 millimètres de longueur sur 26 de largeur, et une épaisseur moyenne de 10 millimètres.

Mais qu'est devenu ce corps comme cartilagineux dont nous avons une parcelle sous les yeux? Après de nouvelles recherches, nous constatons, à notre grande surprise (car, qui pouvait s'y attendre?), que cette masse n'est autre que l'œsophage lui-même, ayant ses parois dures, épaisses de 3 à 4 millimètres.

Nous nous demandons comment il faut expliquer cette transformation cartilagineuse? Faut-il supposer que, sous l'influence de l'irritation produite par l'os lui-même, elle ait pu s'opérer dans l'espace de six jours? ou bien, ce qui nous paraît plus rationnel, qu'elle est consécutive à l'œsophagite dont il nous a parlé? Quelle que soit l'explication de ce fait pathologique, il faut avouer que cette transformation inattendue, surtout au voisinage d'un organe cartilagineux, était bien de nature à dérouter le bistouri le plus sûr et à faire fléchir l'obstination la plus opiniâtre. Il fallait que nos convictions anatomiques fussent bien arrêtées et le mobile qui nous poussait bien puissant pour nous donner cette audace, qui nous paraissait à nous-même et à nos aides quelque peu téméraire.

Le 14 au soir, jour de l'opération, pâleur de la face, réaction modérée; pouls à 82, un peu mou; quelques gorgées de tisane que le malade veut avaler sortent à flots par la plaie du cou, et presque rien ne pénètre dans l'estomac. — Pansement à plat.

Le 15, un peu de sommeil, amélioration; pouls à 72, plus développé; mucosités sanguinolentes à travers les lèvres de la plaie. Introduction deux fois par jour de la sonde œsophagienne par la bouche, qui nous permet de faire passer 300 grammes de bouillon à chaque repas.

Le 16, même état; peu de sommeil; pouls à 70; langue normale; deux selles; respiration facile; pas de raucité dans la voix. Afin d'éviter un rétrécissement de l'œsophage, une sonde à demeure est introduite par la bouche, mais elle n'est pas tolérée. — Deux bouillons par jour.

Le 17, état plus satisfaisant; bon sommeil, face plus animée, déglutition plus facile et moins douloureuse.

Le 18, état excellent; sommeil un peu agité, respiration facile; un peu de bronchite. La plaie se déterge, et laisse voir sous les eschares de perchlorure de fer une teinte rosée où commencent à poindre des bourgeons charnus baignés de mucosités salivaires. — Même alimentation toujours introduite par la sonde. Potion opiacée.

Les 19, 20, 21 et 22, l'amélioration se soutient; déglutition plus facile avec moins de déperdition. Pouls à 65; on ne passe plus la sonde qu'une fois par jour. Le malade essaye de manger une panade à l'œuf bien liée.

Le 23, la panade a très-bien passé dans l'estomac; deux cuillerées seulement ont été retrouvées entre les lèvres de la plaie; dès ce jour, on cesse de passer la sonde. — Même régime.

Le 24, on retrouve à peine une cuillerée de panade dans le pansement; la ligature tombe.

Du 25 au 30, on augmente le régime; potages, rien ne passe plus par la plaie du cou.

Le 6 décembre, dans la crainte de voir un rétrécissement de l'œsophage venir compromettre le succès de notre opération, nous avons voulu nous assurer du calibre de ce conduit en introduisant un dilatateur armé d'une olive en ivoire de 2 centimètres de diamètre. Après quelques difficultés pour vaincre une résistance, nous sentons tout à coup l'instrument tomber comme un piston dans le vide: en le retirant, il faut encore user d'une certaine force et l'olive est maculée par quelques mucosités sanguinolentes; le rétrécissement ne serait donc que de 5 millimètres environ. Si nous avons attendu jusqu'à ce jour pour faire cette opération complémentaire, c'est que nous avons craint de déchirer la trame délicate d'une cicatrice œsophagienne à peine ébauchée, et en même temps agir avant que le tissu inodulaire fût devenu inextensible à la dilatation.

Le 7, on passe encore le dilatateur, même difficulté; le malade mange la demi-portion.

Le 12, la plaie se rétrécit chaque jour et devient fistuleuse. En poussant une injection de vin aromatique dans le trajet, le malade nous dit qu'il a senti quelques gouttes de liquide pénétrer dans l'œsophage.

Du 13 au 20, rien de nouveau; toujours un peu de bronchite; appétit excellent, bon sommeil.

Le 22, on passe encore la sonde avec les mêmes difficultés. Le malade avale bien, sans gêne et sans douleur.

Le 28, la plaie est fermée, et notre intéressant malade sort enfin guéri, pour aller en congé de convalescence aux environs de Grenoble.

CONJONCTIVITE MANIAQUE.

Par M. le docteur BERTHIER, médecin en chef des asiles de Bourg.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la folie ont fait connaître l'état de l'œil et de la vue chez les aliénés.

La physionomie du malade emprunte, en effet, au genre du délire une expression spéciale à laquelle le globe oculaire prend une très-large part. Ce n'est pas sans raison qu'on dit qu'il est le miroir de l'âme.

Dans la manie, c'est l'injection des muqueuses, la procidence de l'organe, l'éclat du point visuel, la mobilité des muscles. Dans la mélancolie, c'est une teinte sombre, l'obliquité du regard, la fixité des mouvements, l'excavation des yeux. Dans la démence, c'est l'atonie, le vague, la nullité.

On a signalé le marasme qui suit l'affaiblissement graduel. Nous l'avons constaté. On a dû remarquer aussi chez le paralytique cette boursouflure et ce brillant qui s'expliquent par un afflux sanguin habituel au cerveau.

Personne, que je sache, n'a parlé d'une affection particulière aux maniaques, consécutive au délire, sa conséquence obligée, la conjonctivite.

Cette inflammation locale, qui a pour cause probable l'hyperémie cérébrale, débute par une rougeur semblable à celle des gens qui dorment peu ou pleurent beaucoup. La rougeur, presque toujours accompagnée d'humidité ou de larmoiement, devient à la longue un véritable érythème, qui envahit la totalité de la conjonctive, au moment de l'agitation, et disparaît avec elle. Les accès se renouvellent-ils trop souvent, la phlogose gagne en profondeur, détermine la blépharite : sécheresse épithéliale, pulvérulence du bord palpébral, ulcération des paupières et chute des cils.

La maladie a pour caractère singulier de se montrer rebelle à tout traitement. Collyres, pommades, émissions sanguines, occlusion, substitutifs, vésicatoires, rien n'agit. Elle suit la marche de l'accès, et ne cède qu'avec lui.

Telles sont les circonstances les plus graves.

Ordinairement la vascularisation reste superficielle, et n'aboutit qu'à ce que les patients appellent *baisse* ou *fatigue*.

Depuis que le fait est soumis à mon observation, je l'ai vérifié quarante fois chez des aliénés chroniques des deux sexes ; la plupart du temps dans la manie franchement intermittente, quelquefois dans la mélancolie avec agitations intercurrentes, jamais dans la folie calme et continue.

J'en ai conclu :

1° Qu'il existe une ophthalmie propre à l'aliénation mentale ;

2° Que cette ophthalmie, simple irritation d'abord, peut s'invétérer et devenir incurable ;

3° Que liée à une congestion spécifique, elle ne cesse qu'avec celle-ci ;

4° Que c'est un signe capable d'éclairer sur la nature de la fureur, dans des cas suspects de simulation.

SUR L'EMPLOI DE L'ALCOOL
dans le traitement de l'asthme,

par le Dr Hyde Salter.

L'usage des alcooliques doit en général, suivant M. Salter, être interdit aux asthmatiques, et il proscrit surtout chez eux les bières fortes, très-chargées d'acide carbonique, telles que le *scotch ale* par exemple. Mais si les boissons alcooliques, prises habituellement, sont nuisibles à la plupart des asthmatiques, il en est quelques-uns qui s'en trouvent admirablement bien au moment des accès.

M. Salter a d'abord remarqué cette particularité chez une dame écossaise qui le consulta en mai 1862. Les accès de cette malade étaient complétement réfractaires aux cigarettes nitrées, à l'éther, à la stramoine, au café, au lobélia, aux vomitifs, bref à tous les palliatifs essayés à tour de rôle ; mais ils cédaient rapidement et infailliblement au *wiskey*, dont cette dame faisait une grande consommation depuis fort longtemps. Ce n'est pas qu'elle eût en aucune manière des habitudes d'ivrognerie ; elle était, au contraire, fort ennuyée de n'avoir aucun autre remède à ses souffrances, et cela d'autant plus qu'elle était souvent obligée d'aller jusqu'à des doses qui produisaient une ivresse fort évidente. Elle avait commencé par de très-petites quantités de wiskey fortement étendues d'eau chaude ; mais elle était arrivée assez rapidement à le prendre presque pur et à des doses de 30 grammes deux ou trois fois répétées. Jamais un accès n'avait résisté à cette médication, pourvu qu'elle fût portée assez loin, et il était assez naturel que la malade ne renonçât pas facilement à cet unique moyen d'échapper aux angoisses des paroxysmes asthmatiques.

Deux autres faits semblables se sont encore présentés à M. Salter, qui fait remarquer que chez tous ses malades il était indispensable d'employer des boissons alcooliques aussi concentrées que possible et *très-chaudes*.

Sans doute, il ne faudrait pas recourir trop facilement à un pareil mode de traitement. Il n'est pas indifférent d'exposer les malades à contracter des habitudes d'ivrognerie ou à être atteints, par le fait d'une médication, des accidents trop souvent irrémédiables, de l'alcoolisme chronique. Mais on ne saurait, d'une autre part, priver de cette source de soulagement des malades qui sont en proie à des accès fréquents et violents, et chez lesquels l'impuissance des palliatifs ordinaires est un fait acquis à l'observation. M. Salter ajoute que l'asthme, affection capricieuse par excellence, peut à la rigueur se terminer par une guérison spontanée au bout d'un certain nombre d'années ; mais c'est là une considération dont on ne peut tenir compte bien sérieusement. Les exceptions, quand il s'agit d'une question de thérapeutique, n'ont guère que la valeur d'un coup de dé.

(*The Lancet.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 février 1864. — Présidence de M. Grisolle.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un travail intitulé : *Recherches statistiques sur la phthisie tuberculeuse*, par M. le docteur Marmisse, de Bordeaux (commissaires : MM. Guérard et Vernois) ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans la Haute-Savoie ;

3° Un rapport de M. le docteur Lecœur (de Caen) sur une épidémie de rougeole en 1863 (commission des épidémies) ;

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales des stations suivantes : de Cambo (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Hériard ; de Fonsanges (Gard), par M. le docteur Zaleski ; et de Canvallat (Gard), par M. le docteur Verdier (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Gubler, Hardy, Boinet et Rotureau, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ;

2° Un mémoire de M. Verrier sur les difformités de la taille et la scoliose en particulier (commissaires : MM. Malgaigne et Bouvier) ;

3° Un travail de M. le docteur Artiguos sur le rôle des eaux thermales sulfureuses dans le traitement de la goutte (commission des eaux minérales) ;

4° Une lettre de M. le docteur Hedczeghi, chirurgien de l'armée italienne, accompagnant l'envoi de deux exemplaires d'un ouvrage intitulé : *La femme au point de vue physiologique, pathologique et moral.*

5° **Nouveau pulvérisateur.** — M. GALANTE présente un nouveau pulvérisateur. Cet appareil se compose d'une pompe foulante A qui condense l'air dans le réservoir E.

Celui-ci est muni :

1° D'une soupape de sûreté F ;

2° D'un tube recourbé D par lequel s'échappe l'air dès que le robinet G est ouvert.

L'extrémité de ce tube recourbé est en rapport avec un petit orifice existant à la partie inférieure d'un vase en verre C qui a la forme d'une éprouvette, et est destiné à renfermer le liquide médicamenteux. Ce vase est susceptible d'être gradué comme ceux dont se servent les chimistes ; une petite tige de verre, dont l'une des extrémités est reçue dans l'orifice de la partie inférieure du vase de verre, sert de bouchon lorsque l'appareil ne fonctionne pas ; enfin un écran en caoutchouc vulcanisé percé d'un trou au centre B empêche que le visage et les cheveux de la personne qui fait usage de l'appareil ne soient mouillés par le liquide pulvérisé, de sorte que celui-ci tombe seulement sur la partie qui doit le recevoir.

Voici de quelle manière on fait usage de cet appareil : A l'aide de la pompe foulante, on condense une certaine quantité d'air dans le réservoir, on verse le liquide à pulvériser dans l'éprouvette, et lorsque la personne qui doit en faire usage est placée devant le trou de l'écran, on ouvre le robinet G du tube recourbé D en même temps que l'on retire la petite tige qui obturait l'orifice situé à la partie inférieure du vase en verre.

A ce moment le liquide qu'il renferme s'écoule goutte à goutte, et chacune est divisée par le courant d'air qui s'échappe du récipient à travers l'orifice du tube recourbé. Lorsque la pression de l'air commence à diminuer, il suffit de quelques coups de piston pour la maintenir au degré convenable.

L'avantage que l'auteur attribue à ce nouvel appareil sur tous ceux qui ont été imaginés jusqu'à ce jour, c'est que le liquide à pulvériser se trouve seulement en contact avec du verre et ne rencontre aucun tube, aucune plaque métallique capable d'en altérer la composition.

— M. POGGIALE présente, au nom de M. Girardin, professeur à la Faculté des sciences de Lille, la nouvelle édition de son *Traité des engrais.*

— M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Jeannel, de Bordeaux, un tableau relatif aux maladies syphilitiques ; et au nom de miss Nightingale, un volume intitulé : *Note sur les hôpitaux.*

RAPPORT.

Épidémies. — M. DE KERGARADEC, au nom de la commission des épidémies, donne lecture de la deuxième partie (partie scientifique du rapport général annuel sur les épidémies de 1862.

Ce rapport devant être imprimé dans le prochain volume des *Mémoires de l'Académie*, n'a pu nous être communiqué. Quant aux conclusions consistant dans les propositions de médailles et récompenses à décerner aux auteurs des meilleurs rapports, elles ont été exposées dans le programme des prix de la séance annuelle.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

La parole est à M. Bousquet.

Suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

M. BOUSQUET. C'était en 1798, il y a de cela soixante-six ans, que Jenner a fait présent au monde de la vaccine, et depuis soixante-six ans le monde jouit des bienfaits de la vaccine sans interruption et sans contestation. Ce qu'elle a sauvé d'enfants dans cet espace de temps, je ne l'ai pas compté. La critique s'est tue devant l'évidence des faits ; et néanmoins ces faits irréprochables aux sens se sont toujours présentés à l'esprit entourés d'une sorte de mystère que la science essaye encore une fois de dissiper.

Tel m'a paru d'abord l'objet principal de cette discussion sur l'origine de la vaccine ; elle n'avait en commençant rien de pratique ; c'était une simple curiosité de l'esprit, la vaccine elle-même n'avait rien à y gagner ; elle n'en est ni plus sûre ni plus préservative ; mais, par un bonheur inouï, il est arrivé qu'en lui cherchant de fausses analogies avec la variole, on aurait trouvé sa source dans le cheval, et par suite un moyen de plus de renouveler le vaccin.

Jenner, vous le savez, a pris la vaccine au pis de la vache, où la plaçaient les croyances populaires ; mais ces croyances, il ne les partageait pas ; il était d'opinion que la vache elle-même la tenait du cheval. Ce fut une des préoccupations de sa vie ; il y revenait sans cesse dans ses écrits, dans sa correspondance, dans sa conversation avec ses disciples.

Ce que Jenner n'avait fait qu'entrevoir, M. Lafosse l'a démontré par voie d'expérimentation, de sorte qu'à l'avenir l'histoire ne pourra parler de l'origine du *cowpox* aux pieds du cheval sans rappeler le nom de celui qui l'y a pris, l'a transporté à la vache et de la vache à l'homme. On sait le reste. C'est le premier fait d'inoculation bien clair, bien authentique ; c'est une époque dans l'histoire de l'art et le principe de cette discussion même.

Mais je ne puis me reporter à cet événement sans me remettre en mémoire l'opposition de M. Depaul.

Par une dérision du sort, il se trouve que celui qui a le plus vivement et le plus longuement contesté au cheval la faculté d'engendrer le *cowpox*, c'est celui-là même que le destin a choisi pour nous faire connaître la maladie du cheval qui le contient. Il est vrai qu'il l'a trouvée sans la chercher ; il l'avait trouvée qu'il ne le savait pas encore ; c'est M. Bouley qui le lui a appris. M. Depaul voyait toujours, il voit encore dans l'exanthème du cheval la variole ; il en a, dit-il, tous les caractères : mêmes symptômes, même éruption générale et pustuleuse, même fièvre, même marche, mêmes périodes d'invasion, d'éruption et de dessiccation.

Ce parallèle, M. Depaul le poursuit habilement dans l'épizootie de Rieumes, si bien décrite par MM. Lafosse et Sarrans ; dans l'épizootie d'Alfort, née si à propos pour vérifier ses conjectures, et finalement dans le fait dit par erreur *stomatite aphtheuse.*

Que la variole flotte librement dans l'air, ou qu'elle couve secrètement dans des germes, on suppose qu'elle se précipite indistinctement sur l'homme et sur les animaux ; car M. Depaul, qui naguère refusait le cowpox au cheval, le donne maintenant, sous le nom de variole, au mouton, au chien, à l'âne, au singe, au porc, etc.

Suivez, je vous prie, l'ordre des idées : placée en tête de la famille, la petite vérole engendre successivement le *cowpox* et la vaccine, ou plutôt c'est la variole qui se métamorphose et prend tour à tour la forme du cowpox sur la vache, de la vaccine sur l'homme ; de manière que, sous des apparences diverses, les trois éruptions ne forment réellement qu'une unité pathologique ; la même espèce morbide.

En histoire naturelle, on dit qu'ils sont de la même espèce les êtres qui, plus semblables entre eux qu'à tous les autres, descendent par génération les uns des autres ou de parents communs. La descendance emporte la ressemblance, mais ce n'est pas tant la ressemblance que la descendance qui caractérise l'espèce.

A la différence des individus qui se succèdent, passent et varient si fort entre eux qu'on n'en trouve pas deux qui se ressemblent parfaitement, les espèces au contraire sont permanentes, fixes, immuables. Créées de Dieu, rien ne peut les altérer, si ce n'est l'inceste, si ce n'est le croisement ; encore cette altération n'est-elle que passagère. Par une admirable prévoyance, les métis ne produisent pas entre eux, ou s'ils produisent une fois, deux fois, la fécondation s'arrête ensuite, et tout rentre dans l'ordre accoutumé.

A bien des égards, les maladies virulentes, les maladies qui naissent de semence se peuvent comparer aux espèces animales et végétales. Excepté le premier individu, dans chaque espèce, dont j'ignore l'origine, je connais celle de tous les autres. Le second vient du premier, le troisième du second, ainsi de suite à l'infini. Il en est de même de la variole.

Née de semence, elle se perpétue par génération. Autrefois j'aurais été peut-être moins affirmatif ; je croyais qu'elle pouvait se former spontanément, du moins dans sa patrie originelle ; j'en doute aujourd'hui. Il m'est arrivé bien des fois de me mettre sur ses traces pour en suivre l'itinéraire, et s'il ne m'a pas été toujours donné de remonter au point initial, je puis assurer que j'y suis parvenu le plus souvent.

De quelque manière qu'elle se soit produite pour la première fois, il est certain qu'elle se propage par génération, à la manière des plantes et des animaux ; et par cela même elle constitue, en pathologie, une espèce morbide qui se distingue de toutes les autres.

C'est, ce me semble, pour avoir méconnu ces notions élémentaires que M. Depaul s'est égaré ; il a raisonné des maladies contagieuses comme des maladies ordinaires produites par des causes communes, comme le froid et le chaud, oubliant qu'il y a pour elles une cause spécifique que rien ne peut remplacer, un germe qui, introduit dans l'économie, y couve, y lève, s'y développe et s'éteint, non pas sans produire de nouveaux germes pour assurer sa postérité.

La variole et la vaccine appartiennent évidemment à la classe des contagions, elles en ont tous les caractères. Je conviens d'ailleurs qu'à s'arrêter à la surface, il existe entre elles d'assez grandes ressemblances : elles ont frappé tous les observateurs, à commencer par Jenner.

Entre les pustules de la vaccine et celles de la variole, il n'y a pas, dit-il, une *ombre* de différence ; et il paraît si sûr de son fait qu'il défie les plus habiles inoculateurs de son temps de les distinguer ; ce qu'il dit de l'éruption, il le dit de la fièvre vaccinale, car il paraît qu'au commencement la fièvre se joignait souvent à la vaccine, fièvre si parfaitement semblable à celle de la variole qu'il lui est arrivé plus d'une fois de visiter le corps des vaccinés pour voir s'il n'était pas survenu une éruption générale ; cet examen ne lui a jamais rien découvert au delà des boutons d'insertion.

Qu'eût-il pensé cependant s'il avait trouvé quelques boutons généraux répandus çà et là sur le corps ? Aurait-il conclu à l'identité de la variole et de la vaccine ? L'exception lui aurait-elle fait méconnaître la règle ? Pour un trait fortuit de ressemblance, aurait-il mis en oubli toutes les dissemblances ? Il n'y a pas d'apparence ; outre que c'eût été fort mal raisonner, c'eût été renier sa découverte et la gloire de son nom ; c'eût été nous ramener à l'inoculation.

Depuis lors, on a cité, je le sais, quelques exemples de vaccine avec des boutons surnuméraires ; mais ces cas sont si rares qu'ils me sont suspects par leur nombre même ; je crois en avoir vu deux ou trois dans ma longue carrière.

Mais en y reportant aujourd'hui mes souvenirs, je doute un peu de

la nature de ces boutons : qui m'assurera qu'ils n'étaient pas de variole ?

D'un autre côté, M. Depaul ne manque pas de se prévaloir des exemples de variole inoculée avec une seule éruption, l'éruption locale ; mais en cela il est bien mieux fondé. C'était un privilége de l'inoculation d'enlever à la variole ce qu'elle a de dangereux en réduisant le nombre des boutons, et il n'était pas très-rare qu'elle supprimât complétement les boutons généraux.

En résumé, ajouter à la vaccine une éruption générale, l'enlever à la variole, voilà comment on espère rapprocher, confondre les deux éruptions.

Mais j'ai un reproche à faire à ce procédé, c'est de taire les dissemblances, qui sont nombreuses :

1° La variole est souvent épidémique ou endémique ;

La vaccine jamais.

2° La variole, modèle de toutes les contagions, se transmet indistinctement par les miasmes qu'elle exhale dans l'atmosphère et par l'inoculation du virus contenu dans les pustules ;

La vaccine ne se transmet que par inoculation.

3° Telle est la gravité de la variole naturelle qu'on a calculé qu'elle faisait périr la dixième partie du genre humain ;

Telle est la bénignité de la vaccine qu'il est douteux si elle a jamais fait une seule victime.

4° La variole couve au moins huit jours avant d'éclore.

La vaccine trois jours seulement.

5° La variole spontanée n'a qu'une éruption répandue sur tout le corps, et principalement au visage et aux mains ;

La variole inoculée en a deux, l'une locale, l'autre générale ;

La vaccine n'en a qu'une, toujours locale.

6° Rien de plus commun que la variole, puisque ceux-là seuls en sont exempts qui ne vivent pas assez pour l'attendre ;

Rien de plus rare que le cowpox, au moins jusqu'ici.

Voilà certes de grandes différences, et on en trouverait d'autres si on cherchait bien ; mais celles-là suffisent pour balancer les ressemblances ; d'où l'on voit qu'à se régler sur les rapports des deux éruptions, il n'y a pas plus de raison pour les confondre que pour les séparer.

Mais, encore une fois, il est un guide plus sûr et plus fidèle que les symptômes, c'est la cause, c'est la pathogénie, c'est l'origine des deux éruptions. La variole et la vaccine procèdent-elles du même virus, elles sont identiques, elles sont de la même espèce aussi sûrement et au même titre que deux animaux issus du même couple ; viennent-elles de deux virus différents, elles se ressembleraient comme deux œufs qu'elles constituent deux espèces pathologiques distinctes et irréductibles.

Etablir que la vaccine et la variole naissent du même germe, c'est aller contre toutes les règles, et cependant il faut qu'elle soit bien naturelle cette idée, puisqu'elle est venue à tant d'autres avant de venir à M. Depaul. Jenner l'a eue, Woodville l'a eue, Viborg l'a eue ; Coleman, Ingenhoulz, Furner, Hunter, Thiele de Cazan, Robert Ceely, Robert (de Marseille), M. Piorry, l'anonyme cité par M. Bouillaud l'ont eue.

A la vérité, M. Depaul parle de la vaccine comme d'une variole modifiée par la vache, de sorte qu'en réalité il y a deux questions dans une seule question.

Premièrement, la variole de l'homme peut-elle se communiquer à la vache et au cheval ? Secondement, et dans l'affirmative, est-il vrai qu'elle s'y modifie, qu'elle s'y change en vaccine ?

Voilà, si je l'ai bien compris, tout le système, toute la doctrine de M. Depaul.

La première question domine évidemment la seconde ; il ne serait pas permis de les intervertir ; elle n'est ni de fait ni de raisonnement, elle est d'expérimentation. Veut-on savoir si la variole se transmet à la vache, il faut l'inoculer ; si vous ne l'inoculez pas, vous ne le saurez jamais. Ainsi l'a compris M. Bouley. Tandis qu'on discourait à ses oreilles, lui plonge la lancette dans une pustule de variole, et pique une vache au pis ; rien, point de résultat. Quelques jours après, il replonge le même instrument dans une pustule de cet exanthème du cheval, où M. Depaul se plaît à voir la variole, et cette prétendue variole donne le *cowpox*, et si bien le cowpox, que reporté sur l'homme il y fait naître la vaccine.

Permettez-moi, Messieurs, de m'arrêter un instant à cette double expérience ; c'est, à mon sens, un fait considérable, il tire son importance de l'insertion des deux virus sur le même sujet avec des succès contraires ; cette importance serait beaucoup moindre s'ils étaient séparés.

On a inoculé d'abord la variole à la vache, inoculation inutile !

Dans toute autre circonstance, il n'y aurait pas lieu de s'en étonner ; je m'en étonne dans celle-ci ; car, dans l'hypothèse, les deux virus étant identiques avaient naturellement les mêmes chances ; et dès lors l'avantage devait rester au premier inoculé. Pourquoi donc le virus varioleux a-t-il échoué, et pourquoi le virus équin inoculé le dernier a-t-il réussi ? Il est arrivé juste le contraire de ce qui devait arriver dans l'hypothèse : cela ne prouve pas pour elle.

Néanmoins M. Depaul ne s'en inquiète pas ; il a réponse à tout : c'est qu'on aura mal choisi le virus varioleux, ou les vaches inoculées avaient eu la variole, ou elles avaient passé l'âge de l'avoir.

Il n'en est que plus regrettable que M. Depaul n'ait pas refait ces expériences. Il n'a pas cru qu'il y eût nécessité de recommencer des expériences périlleuses et tentées heureusement par d'autres mains.

On cite en effet quelques essais heureux d'inoculation varioleuse sur la vache : j'en ai cité moi-même par scrupule d'historien ; mais j'ai dit et je répète que tous les expérimentateurs les plus dignes de foi y ont échoué.

Ici M. Bousquet rappelle les expériences de Sunderland, celles de Thiele, de Robert Ceely, etc. ; puis il rapporte celles qu'il a faites lui-même :

Je n'ai traité, dit-il, l'inoculation de la variole sur la vache que cinq fois. Essais inutiles ! Dans le nombre, il en est une qui mérite une attention particulière par ses analogies avec celle de M. Bouley, excepté que M. Bouley inocula la variole de l'homme et la pustule du cheval, au lieu que moi j'inoculai la variole et la vaccine ; c'était en juillet 1841.

Je me procurai une vache de choix, et portai sur elle les deux virus, l'un aux trayons de devant, l'autre aux trayons de derrière. Veut-on savoir ce qui advint de cette double inoculation ? La vaccine vint à souhait ; la variole ne vint pas du tout.

Pourquoi le virus vaccin a-t-il pris ? Pourquoi le virus varioleux n'a-t-il pas pris ? Le sol est le même, ce sont donc les virus qui diffèrent.

Si toutes ces raisons ne peuvent changer les opinions de M. Depaul, qu'il change les miennes ; il le peut d'un mot, mais ce mot, il faut qu'il soit prononcé. Que M. Depaul recommence les expériences de Sunderland, de Thiele ou d'autres, à son choix ; cela fait, qu'il vienne ici, dans cette enceinte, et qu'en présence de l'Académie qui nous écoute et nous juge, il dise ces simples paroles : « Oui, j'ai inoculé la » variole à la vache, et la vache m'a rendu la vaccine. » Je n'en demande pas davantage ; sur sa déclaration, je me convertis à ses doctrines. Jusque-là, je veux douter.

L'heure étant trop avancée pour terminer son argumentation M. Bousquet en remet la fin à la prochaine séance.

PRÉSENTATION.

M. VELPEAU met sous les yeux de l'Académie une pièce pathologique qui lui a été envoyée, avec prière de la soumettre à ses collègues, par M. le docteur Demeaux (de Puy-l'Evêque) ; c'est un fœtus anencéphale. On sait, dit M. Velpeau, que M. Demeaux a soutenu dans un mémoire cette opinion que les enfants conçus dans l'état d'ivresse de l'un des parents étaient toujours atteints de quelque difformité. M. Demeaux ayant acquis la certitude que dans la circonstance présente le père était ivre au moment de la conception, présente ce fait comme venant à l'appui de son opinion.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ERRATA. — Vers la fin de l'article du docteur Hart, sur *le traitement des anévrysmes des extrémités au moyen de la flexion forcée* (numéro du 30 janvier dernier), au lieu de *M. X....., de Genève, m'a aussi envoyé*, il faut lire : *M. Maunoir, de Genève.....*

— Dans notre numéro du jeudi 4 février, à la colonne 3 du feuilleton, *Etude sur Galien*, par M. Bouchut, il faut lire *l'éclectisme de Galien signalé par Eloy* (*Dictionnaire historique de la médecine*, article *Celse*), et non *par Celse*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'Année pharmaceutique, ou Recueil des remèdes nouveaux, et Revue des travaux les plus importants en pharmacie, histoire naturelle médicale, thérapeutique, chimie, qui ont paru en 1863, contenant en outre diverses questions d'intérêt professionnel, travaux originaux, concours, jurisprudence, bibliographie, etc., par M. L. PARISEL, pharmacien de 1re classe, lauréat et ex-préparateur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. Ouvrage honoré de la souscription du ministre de la guerre. 1 vol. grand in-8° de 320 pages. Prix : 1 fr. 50 c. Franco par la poste, 2 fr. — Paris, 1864, chez Victor Masson et fils, libraires-éditeurs.

Recherches sur le traitement de l'étranglement herniaire et en particulier sur le taxis progressif, par le docteur H. TIRMAN, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-8° de 90 pages. Prix : 2 fr. 50, *franco*. Paris, 1863, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 18. — SAMEDI 13 FÉVRIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 18. — SAMEDI 13 FÉVRIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'inosurie.

Qu'est-ce que l'inosurie? Ce n'est en quelque sorte qu'en passant, et à l'occasion des prix décernés dans la dernière séance publique de l'Académie des sciences, que la plupart de nos lecteurs en ont entendu parler. M. le docteur Gallois, en publiant les recherches qui lui ont valu une haute distinction de la part de ce corps savant, vient de nous mettre à même de donner à cet égard quelques renseignements un peu plus précis.

De même qu'on donne le nom d'albuminurie ou de glycosurie à des symptômes pathologiques caractérisés par l'apparition de l'albumine ou de la glycose dans l'urine, de même M. Gallois donne le nom d'*inosurie* à un phénomène morbide caractérisé par l'apparition dans l'urine d'une substance appartenant à la famille des sucres, découverte dans les eaux mères provenant du traitement de la chair musculaire, et que les chimistes ont appelée *inosite*, de ἴς, ἰνος, *muscle*.

C'est M. Cloetta qui le premier a découvert l'inosite dans l'urine, et le malade qui lui en a fourni le premier exemple était affecté de la maladie de Bright. Depuis, elle a été rencontrée plusieurs fois par divers observateurs, notamment par MM. Neukomm, Lebert et Vohl; et dans tous les cas, sa présence coexistait soit avec une albuminurie, soit avec une glycosurie.

C'est la connaissance de ces faits qui a donné à M. Gallois l'idée d'entreprendre de nouvelles recherches. Existe-t-il une maladie comparable au diabète, qui soit uniquement causée par le passage de l'inosite dans l'urine, et qui mérite le nom d'inosurie essentielle ou de diabète inositique? Dans ces cas, quels en seraient les symptômes, la nature et le traitement? Ou bien l'inosurie n'est-elle qu'un symptôme, qu'un épiphénomène apparaissant dans certains états morbides, et quelles sont les maladies dans lesquelles on observe ce symptôme? Quelle en est la signification? Telles sont les questions que M. Gallois s'est posées, et dont la solution avait un véritable intérêt clinique.

Notre confrère a cherché d'abord l'inosite dans l'urine des polyuriques. En songeant que les polyuriques maigrissent ordinairement, c'est-à-dire perdent de leur tissu musculaire, et par conséquent l'inosite qui y est contenue, que leur soif est vive comme celle des glycosuriques, l'idée lui vint que dans leur urine la glycose pourrait bien être remplacée par l'inosite. Ses essais ont porté sur quatre malades atteints de polyurie: les résultats ont été négatifs. Il a ainsi acquis la conviction qu'on ne saurait, en assimilant cette maladie au diabète sucré, attribuer à l'élimination de l'inosite par l'urine les principaux symptômes que l'on observe chez les polyuriques.

Une seconde catégorie d'expériences a porté sur les urines des femmes récemment accouchées et en lactation, qui réduisent très-énergiquement la liqueur de Fehling, comme l'a démontré M. Blot, et qui cependant, d'après les analyses faites par M. Leconte, ne renferment point de glycose.

Les urines de trois femmes se trouvant dans les conditions indiquées ont été soumises à l'épreuve. Les résultats en ont été également négatifs; d'où la conclusion que l'inosite, qui, par sa formule chimique, appartient au même groupe que la galactose, n'existe point en quantité appréciable dans l'urine des nouvelles accouchées, et qu'elle ne joue par conséquent aucun rôle dans le phénomène de coloration en jaune et de réduction qui se produit quand on fait bouillir cette urine avec le réactif de Fehling.

L'inosite ayant été déjà trouvée dans l'urine des diabétiques, il s'agissait de savoir par de nouvelles recherches si elle s'y rencontre toujours ou si elle ne s'y rencontre que quelquefois seulement, et dans quelles proportions on l'y trouve. Ce n'était pas tout. Il fallait encore s'assurer si l'inosite et la glycose s'excluaient l'une l'autre; si, dans certains cas la glycose disparaissait et était remplacée complètement par l'inosite, de manière que la maladie méritât alors le nom de diabète inositique; si enfin on observait des symptômes particuliers chez les sujets dont l'urine renfermait une plus ou moins forte proportion d'inosite.

Ici, on le voit, les expériences ont dû être beaucoup plus multipliées et plus variées que pour les deux catégories précédentes; aussi le nombre des observations de cette catégorie s'élève-t-il à 30.

Voici les faits qu'elles ont mis en évidence:

Le premier, c'est que toutes les urines sucrées ne sont pas inositiques. Sur 30 urines analysées, l'inosite n'a été constatée que 5 fois.

Le second fait, c'est que l'inosite et la glycose peuvent exister simultanément dans l'urine, et qu'elles ne s'excluent point l'une l'autre; en un mot, qu'il n'y a point incompatibilité entre ces deux corps. Au contraire, à en juger par les résultats obtenus, ces deux substances, si voisines par leur composition chimique, auraient une certaine tendance à se trouver réunies. Toutefois, ces résultats ne permettent pas encore de dire que quand une urine renferme de l'inosite, elle est toujours en même temps chargée de glycose.

La proportion de glycose contenue dans une urine inositique peut être extrêmement variable. En effet, M. Gallois a constaté la présence de l'inosite dans des urines très-chargées de sucre, et dans d'autres qui en contenaient à peine, de sorte qu'il n'y a aucun caractère fixe à cet égard.

M. Gallois ne saurait dire non plus, jusqu'à présent, s'il existe chez les diabétiques des symptômes propres à l'inosurie, et qui permissent de dire à l'avance que tel malade perd à la fois par les urines de la glycose et de l'inosite. On comprend l'utilité pratique qu'il y aurait à posséder un pareil symptôme, qui pourrait donner lieu à modifier la thérapeutique du diabète.

La recherche de l'inosite dans les urines albumineuses devait offrir d'autant plus d'intérêt, que c'est, on se le rappelle, chez un sujet atteint de la maladie de Bright qu'elle a été constatée pour la première fois.

M. Gallois a recueilli un certain nombre d'urines albumineuses provenant de sujets affectés de la maladie de Bright, d'affections du cœur et d'autres états morbides. Sur 25 observations de cette catégorie, il n'a constaté la présence de l'inosite que deux fois; encore, dans un de ces deux cas, la présence de l'inosite n'a-t-elle été que passagère; et il n'est pas moins digne de remarque que dans ce cas l'inosite, qui, après avoir coexisté pendant quelque temps avec l'albuminurie, a laissé celle-ci subsister seule, s'était d'abord substituée elle-même à la glycose.

Il résulterait de ces faits que l'inosurie est un symptôme rare et probablement passager dans l'albuminurie, et qu'il ne paraît pas avoir une influence prononcée sur la marche de la maladie principale. Quant au fait dans lequel la glycose a été remplacée dans l'urine par l'inosite, il met en évidence l'étroite parenté physiologique qui existe entre ces deux substances. Il y a donc lieu, toutes les fois que l'on trouve de l'inosite dans une urine albumineuse, d'interroger les antécédents du malade, pour savoir si, à une époque antérieure, son urine n'a point contenu de la glycose.

Jusqu'ici, il n'a été question que de la recherche de l'inosite dans les urines qui contenaient de l'albumine ou de la glycose, et dans celles des polyuriques. Mais M. Gallois n'a pas borné là ses investigations. Son attention s'est tout naturellement portée aussi sur les urines de sujets atteints de maladies diverses, particulièrement de celles qui s'accompagnent d'un amaigrissement rapide, dans la pensée que cette destruction des muscles pouvait avoir pour conséquence l'élimination par les urines d'une certaine proportion de ce produit organique. Il a analysé les urines de sujets atteints de tubercules pulmonaires, de catarrhe bronchique, de pneumonie, de pleurésie purulente, de péritonite tuberculeuse, de chloro-anémie, d'ictère, de fièvre bilieuse, de dyspepsie, de goutte, de calcul des reins, de variole, d'anthrax, de spermatorrhée, de paralysie générale, d'hypochondrie, etc. Toutes ces analyses ont été négatives; dans aucun cas, il n'a pu constater le passage de l'inosite dans l'urine.

Ainsi, en résumé, sur un total de 102 malades dont les urines ont été soumises à l'analyse, l'inosite n'a été trouvée que 7 fois,

---

BANQUET ANNUEL DE L'INTERNAT EN MÉDECINE

DONNÉ AU GRAND-HOTEL, LE SAMEDI 6 FÉVRIER.

S'il est vrai que la conformité des études, des devoirs, des intérêts, ait créé de tout temps entre les médecins un esprit de corps invincible, comment les internes des hôpitaux n'en seraient-ils pas animés au plus haut point, eux qui ont passé quatre ans de leur jeunesse, quatre ans qu'on se rappelle et qu'on regrette toujours, à se connaître et à s'estimer, lorsque leurs travaux et leurs plaisirs, leurs succès et leurs déceptions, leur pain et leur bourse, ont été si longtemps communs!

Oh! qu'un jour vienne du moins leur rendre comme une image du temps passé, qu'ils puissent déposer un instant ce lourd fardeau que tout médecin traîne après lui, qu'ils puissent faire la Pâque annuelle, et comme autrefois Teucer fuyant Salamine, couronner d'un vert feuillage leur coupe remplie de vin; voilà le vœu gravé au cœur de tout interne, dès qu'il se sent perdu dans la foule du monde: ce n'est pas lui qui manquera au rendez-vous annuel, c'est vous, collègues de la génération actuelle, vous qui mordez en plein dans le fruit, qui êtes en possession du présent et qui ne vous doutez pas que l'avenir vous le fera regretter. Cependant, votre absence enlève en partie à cette fête le caractère qu'elle devrait avoir, que les *anciens*, j'en suis sûr, voudraient lui voir; ils auraient plaisir à mettre leurs lunettes, et, se promenant au milieu de vous, à dire: « De mon temps, c'était bien mieux. » — *Laudator temporis acti*. — Et vous-mêmes, messieurs, gagneriez peut-être quelque chose à considérer de plus près ces chênes robustes, qui étaient autrefois, comme vous maintenant, de faibles arbrisseaux.

A part ce léger nuage, le banquet, cette année, a été plus que jamais brillant, animé jusqu'à la fin par la gaieté la plus franche, par la plus flatteuse des camaraderies, celle qui met pour un instant, sans l'abaisser, le maître au niveau de l'élève.

Parlerai-je maintenant de l'ordonnance du festin? Irai-je énumérer les potages, les entrées, les entremets, enfin toutes les inventions de la chimie culinaire? Faut-il approfondir l'âge, la force, le bouquet, le cru de chaque vin? D'aucuns diront que peu importe le menu dans la maison de Socrate; mais, selon mon sentiment, la majorité leur répondra avec raison qu'un bon dîner est un accessoire indispensable, un superflu nécessaire aux expansions de l'amitié. A ce titre, je voudrais pouvoir signaler à la reconnaissance publique ces hommes modestes et précieux qui ont présidé au règlement du banquet, les commissaires, puisqu'il faut les appeler par leur nom; mais leurs bienfaisantes mains ont désiré garder l'anonyme.

Le président de la commission permanente du banquet, M. Denonvilliers, occupait le fauteuil. A ses côtés se trouvaient placés M. le docteur Jacquemin, le vénérable doyen des internes de Paris, et M. Ricord, qui excite toujours sur son passage les témoignages non équivoques d'une populaire admiration. MM. Hardy et Gosselin occupaient les autres places réservées auprès du président.

On remarquait ensuite au milieu des convives, parmi lesquels ils se confondaient à dessein, un grand nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux, MM. Béhier, Follin, Bouchut, Verneuil, etc. Mais peu à peu les causeries s'animent, chacun arrive à cet état quasi-divin qu'on pourrait appeler « *le diapason normal des toasts*; » c'est l'heure du champagne.

M. Denonvilliers s'est alors levé, et, en termes pleins de dignité et de force, que nous regrettons vivement de ne pouvoir pas reproduire, il a porté un toast, couvert d'applaudissements: « A l'union des internes, présents, passés, futurs!

M. Béhier a répondu: il remercie M. le président de la protection éclairée qu'il accorde à tout ce qui intéresse les médecins et spécialement les internes. Il veut surtout le féliciter d'avoir puissamment aidé au rétablissement du baccalauréat ès lettres comme porte d'entrée à la carrière médicale.

M. Raynaud boit à la commission, et la remercie de ses efforts pour organiser le banquet.

M. Hardy se lève, et, dans une chaleureuse improvisation, porte le toast suivant: « Au chirurgien illustre qui a bien voulu se souvenir » aujourd'hui qu'il avait été interne. Son nom a fait le tour du monde. » Qu'il fasse maintenant le tour de cette table. Buvons tous à la santé » de Philippe Ricord! »

M. Ricord a pris la parole à son tour, et après quelques gracieuses paroles adressées à M. Hardy, il a fait l'éloge de l'institution de l'internat, dans les rangs duquel se recrute incessamment l'élite des médecins français.

Faisant un retour charmant sur ses premières années d'étude, années de labeur et de pauvreté, il a raconté un épisode de son internat, que je crains bien de gâter en le transcrivant ici:

« J'étais, dit-il, interne à la Pitié, dans le service de M. Serres. » En conséquence je palpais tous les mois 41 francs 13 sous. Aujourd'hui l'administration procède par centimes: 41 fr. 65 cent.; mais » au fond cela ne vaut guère mieux. Aussi le diable logeait souvent » dans ma bourse, et généralement vers la fin du mois; je tombais » dans une mélancolie profonde, tempérée de temps à autre par de » violents accès de mauvaise humeur.

» J'avais pour collègue un jeune fashionable assez opulent pour » venir tous les matins en tilbury à l'hôpital. La vue de ce tilbury » avait plus d'une fois excité mon indignation, et M. Serres me surprit un jour exhalant ma colère contre le sort, qui faisait de ses faveurs un partage aussi inégal. « Cessez de vous plaindre, me dit » cet excellent maître, que je regrette de ne pas voir ici; si le sort » est injuste, ce n'est pas à votre égard: il vous a donné l'amour du

et toujours sa présence a coïncidé soit avec la glycose, soit avec l'albumine.

Ce ne peut être là toutefois l'expression d'une loi générale; car rien ne prouve qu'il en serait toujours ainsi si l'on multipliait davantage les essais. Tout ce que l'on peut dire jusqu'à présent, et c'est la seule conséquence que M. Gallois tire de ces faits, c'est que l'inosurie, sans impliquer nécessairement l'existence de la glycosurie ou de l'albuminurie, peut être considérée comme un phénomène commun à ces deux états, et qu'elle ne paraît point constituer par elle-même une entité morbide spéciale.

De nouvelles recherches sur ce point nouveau de séméiologie ne peuvent manquer d'ailleurs d'être reprises.

Nous indiquerons dans un autre article, pour ceux de nos confrères qui voudraient se livrer à ce genre de recherches, les procédés dont s'est servi M. Gallois.

Corps étranger dans les narines.

Si riche que soit le bagage des observations que nous possédons, il y a toujours du nouveau sur les points même les plus connus. A chaque instant, la chirurgie doit improviser des traitements pour des cas particuliers.

Un malade, couché au nº 11 de la salle Saint-Augustin, dans le service de M. Chassaignac, à l'hôpital Lariboisière, est entré pour se faire débarrasser d'un tube conique tronqué de plomb qu'il portait pour dilater les narines artificielles qui avaient été établies à la suite d'une rhinoplastie.

Le corps étranger, dont il a été facile de reconnaître la dimension en le comparant avec le tube placé dans la narine du côté opposé, avait environ 8 millimètres de diamètre et 15 millimètres de longueur.

Huit jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, le petit tube en plomb avait pénétré dans la narine gauche, et depuis ce temps l'orifice dans lequel ce tube séjournait d'ordinaire s'était considérablement rétréci, au point d'admettre à peine une sonde cannelée.

M. Chassaignac a introduit d'abord un stylet qui a permis de constater la présence du corps étranger, puis, comme des phénomènes inflammatoires apparaissaient sur la joue et la portion gauche du nez restauré, des cataplasmes ont été appliqués. Un morceau d'éponge préparé a été placé pour dilater l'orifice rétréci de la narine. Des injections émollientes étaient faites en même temps dans les fosses nasales par l'autre narine.

Pendant trois jours la dilatation a été continuée. Lorsque l'orifice a été suffisamment élargi, des pinces à pansement, des pinces davier fines ont été successivement employées; M. Chassaignac se proposait en dernier ressort d'aplatir le tube de plomb, de le morceler, s'il était nécessaire, lorsque l'ayant saisi par son extrémité la plus étroite, il put l'amener au dehors.

Aujourd'hui, le malade se trouve débarrassé du corps étranger des fosses nasales; l'inflammation a disparu, il a replacé ses tubes. Mais pour que pareil accident ne se reproduise plus, le chirurgien a conseillé de changer ces tubes en plomb ou de les faire modifier de sorte qu'il y ait un bourrelet à leur partie la plus évasée afin qu'il ne puissent pénétrer dans les narines.

M. Chassaignac a fait remarquer aux élèves qui assistent à sa clinique que l'opération autoplastique dont ils voyaient le résultat était, dans le cas actuel, suivie d'un avantage incontestable pour l'opéré au point de vue de la réparation des traits, et que cela était dû à ce que la charpente osseuse et cartilagineuse du nez était conservée.

Le malade, en effet, avait eu la pointe du nez seulement et la lèvre supérieure détruites par un lupus. Lorsque la lésion avait été guérie, l'autoplastie avait été faite en province, il y a quinze ans, par un médecin habile et instruit de Senlis, mort aujourd'hui, par la méthode italienne, suivant le procédé ordinaire, et quelques modifications de Blandin et Lisfranc; et pour conserver les narines, les tubes de plomb avaient été appliqués dès le principe. Grâce à la persistance des os du nez et du cartilage de la cloison, le nez restauré est resté saillant, et si ce n'était que la lèvre supérieure est amincie, la difformité du visage du malade ne pourrait être remarquée qu'avec une certaine attention.

Voici quinze ans que l'opération a été pratiquée, et le séjour de canules de plomb dans des orifices artificiels n'a pas encore pu les transformer en une fistule bien organisée, et la présence de canules en plomb n'a déterminé aucun accident inflammatoire qui ait obligé d'en cesser l'usage. Il y a là quelques enseignements pratiques.

Le séjour inoffensif de corps métalliques dans les tissus, déjà prouvé par l'existence de balles dans des organes comme le cerveau et le cœur pendant de longues années, est confirmé de nouveau.

D'un autre côté, il semble qu'on ne saurait trop poursuivre les premières tentatives de Delpech, qui taillait le lambeau en trois pointes pour former une sous-cloison et des ailes du nez indépendantes; celle de M. Nélaton, qui renverse en dedans les coins du lambeau au niveau de la réunion avec la lèvre supérieure, afin de limiter ainsi la cicatrisation en interposant de la peau entre les sutures.

Quoique les canules dilatatrices placées dans les fosses nasales artificielles séjournent impunément, mieux vaudrait encore ne pas les porter, mieux vaudrait une restauration des narines par une surface cutanée.

Grossesse extra-utérine, débris de fœtus passés dans la vessie.

Plusieurs journaux ont reproduit en France un fait présenté à la Société pathologique de Londres par M. J. Thompson. Voici la relation que nous trouvons dans *the Lancet* (28 novembre 1893).

Une dame envoyée à M. J. Thompson se croyait atteinte d'une pierre dans la vessie depuis un an. Le cathétérisme pratiqué donna la sensation de plusieurs corps durs; un de ceux-ci ayant été expulsé spontanément, fut soumis à un examen, et il se trouva que c'était une portion de vertèbre cervicale d'un fœtus. La malade, interrogée alors sur ses antécédents, raconta les détails suivants :

Il y a sept ans, elle s'était crue enceinte; les symptômes de la grossesse suivirent leur cours régulier jusqu'à terme. La malade s'attendait chaque jour à accoucher; les douleurs arrivèrent puis disparurent peu à peu, si bien que cette dame crut s'être trompée; la sécrétion du lait qui s'était produite cessa, et les époques reparurent régulièrement jusque il y a neuf semaines.

M. J. Thompson résolut d'enlever les débris de fœtus enfermés dans la vessie. Il fit sur l'urèthre deux incisions obliques, une à droite et une à gauche, pour permettre d'introduire le doigt dans la cavité vésicale. Les os du bras, le bassin, les os des jambes et une portion du crâne furent extraits d'une cavité située sur le côté gauche et amenés dans la vessie, puis attirés au dehors.

La malade guérit sans présenter d'autres symptômes fâcheux qu'une légère incontinence d'urine.

M. Thompson, à cette occasion, a parlé du procédé de taille uréthrale qu'il avait employé et de sa valeur au point de vue des résultats statistiques. M. Graily Hewitt, de la Société pathologique, prenant la parole au sujet de la présentation de M. J. Thompson, a considéré le cas comme tout à fait nouveau (*quite novel*). Il a ajouté que l'opération faite par le chirurgien était une sorte d'achèvement d'un travail commencé par la nature, et qu'elle était en principe par ce fait digne d'approbation.

Il y a un cas connu de grossesse extra-utérine, avec passage du fœtus dans la vessie. G. Josephi [1] raconte qu'un fœtus avait passé à la longue dans la vessie, qui s'était ulcérée, et y causait de tels accidents qu'il fut indispensable de faire une incision de cet organe pour extraire les portions du fœtus qui y étaient contenues. La taille hypogastrique a été faite, et la malade est morte. S. Cooper fait mention de cette observation à l'article *Opération césarienne* [2].

Depuis Avicenne, on sait que les grossesses extra-utérines deviennent des kystes, qui peuvent s'abcéder et s'ouvrir à l'extérieur du corps. Morgagni nous a conservé le souvenir des observations de Marini (1667), Patuna, Santorini et Serao, qui ont recueilli des débris de fœtus rendus par l'anus à la suite de l'ouverture du kyste dans le rectum [3]; le fait de G. Josephi et celui de M. J. Thompson nous enseignent qu'un fœtus mort dans un kyste se comporte comme tous les autres produits des kystes pileux [4] ou purulents de l'ovaire ou du petit bassin, qui se frayent parfois une voie à travers les parois de la vessie.

Nous ne pouvons terminer sans formuler ici un desideratum. Il est à regretter que l'observation de M. J. Thompson ou celle du Compte rendu de la Société pathologique de Londres soit aussi courte; on ne s'explique pas si le bassin du fœtus a été extrait en entier ou s'il était morcelé, ce qui est plus probable. Et nous, qui en France sommes portés à préférer à la taille uréthrale et vésico-vaginale la dilatation de la vessie ou la lithotritie pour extraire les corps friables contenus dans la vessie, nous nous étonnons que dans un cas où rien ne pressait, cette méthode opératoire n'ait pas été au moins mise en question.

Aphasie. (Aphémie.)

M. le docteur Moreau (de Tours) nous communique dans une lettre les réflexions suivantes, qui lui ont été suggérées, dit-il, « par la très-remarquable leçon de M. le professeur Lordat sur l'*alalie* ou *amnésie verbale*. » Nous les accueillons avec d'autant plus de plaisir qu'elles présentent la question sous un point de vue qui nous avait paru jusqu'ici n'avoir peut-être pas assez fixé l'attention des observateurs.

Voici en quels termes s'exprime M. Moreau :

« Je n'ai point l'intention de discuter l'opinion qui a été émise relativement au siége anatomique de la lésion sous la dépendance de laquelle on voudrait placer le fait pathologique désigné sous les noms d'*alalie*, d'*aphémie*, d'*aphasie*, etc.; mais je voudrais qu'on n'oubliât pas que bon nombre de faits de ce genre ne sauraient absolument s'accommoder de l'explication qui tend à prévaloir concernant l'étiologie de l'affection dont il s'agit.

» Je partage complétement l'opinion du vénérable et savant professeur de Montpellier. M. Lordat, qui, en sa qualité d'homme de génie, a tout le moins doué d'une très-haute intelligence, ne pouvait échapper à l'influence névropathique, cherchant en quoi a pu consister sa maladie (aphémie), déclare que pour lui le symptôme dominant a été une sorte d'ataxie nerveuse, d'aberration de l'innervation qui a primé dans toutes les formes de cet état morbide. Les symptômes de son esquinancie et sa terminaison ont fait connaître l'influence nerveuse; les douleurs abdominales, celles des extrémités inférieures, ont été

(1) G. Josephi, *Ueber die schwangerschaft Ausserhalb der Gebarmutter*. Rostock, 1803.

(2) S. Cooper, *Dictionnaire*.

(3) Morgagni, lettre XLVIII, 42.

(4) Cazeaux, *Kyste de l'ovaire* (1844), thèse d'agrégation.

» travail, l'intelligence, la bonne volonté, tandis que votre camarade » n'a que sa fortune. En vérité, vous êtes plus riche que lui. »

» Ces paroles ne sont jamais sorties de ma mémoire; elles m'ont » encouragé plus d'une fois, et j'ai reconnu que mon maître avait » dit vrai.

» A vous donc, jeunes travailleurs, qui possédez cette fortune; je » bois à vos efforts, et après avoir marché sur nos traces, puissiez- » vous nous dépasser! »

La fin du repas a été égayée par quelques chansonnettes que leurs auteurs, MM. E. Tillot, M. Raynaud et Ledentu, n'ont pas dédaigné de chanter eux-mêmes en présence de ce public athénien qui a su rendre pleine justice à la joyeuse verve, à l'à-propos, à la bonne grâce de ces poëtes-médecins. Nous ne pouvons résister au plaisir de transcrire une des pièces qui ont excité le plus d'applaudissements.

Cette chansonnette est née à l'hôpital Saint-Louis, vénérable tombeau de la vénérable calotte du docteur M. Raynaud : « *Laudibus plenum laudare supervacuum est*. »

ADIEUX A MA CALOTTE.

(Air du *Vieux sergent*.)

I.

Après six ans passés à mon service,
O ma calotte, accepte mes adieux!
Il est grand temps de cesser ton office,
Car aussi bien nous vieillissons tous deux,
Pour te lustrer vainement je te frotte;
Le teint pisseux de ton velours terni
Me dit assez, ô ma vieille calotte,
Que désormais pour nous tout est fini. } (*Bis*.)

II.

Dans tout le cours d'une longue carrière,
Tu m'as suivi du début à la fin,
Des sombres murs de la Salpêtrière,
Aux bords fangeux du canal Saint-Martin.
Quand chez Lélut une foule idiote,
Sur ton passage écarquillait les yeux,
T'attendais-tu, déplorable calotte,
A faire un jour pitié même aux galeux? } (*Bis*.)

III.

Rappelle-toi le jour où sur ma tête
Tu te posas pour la première fois.
Du gland soyeux qui décorait ton faîte
J'étais plus fier que du bandeau des rois!
Le temps a fui, t'emportant dans sa hotte,
Où sont tombés, hélas! mes vingt-cinq ans.
Qu'ils étaient beaux, ô ma pauvre calotte,
Ces jours enfuis de ton premier printemps! } (*Bis*.)

IV.

Humble roupion, timide bénévole,
Je te voyais dans un lointain brumeux;
Tu me semblais la splendide auréole
Dont se paraient quelques fronts radieux!
J'ai depuis lors un peu changé de note,
Et tempéré mon admiration. —
Mais des Bédouins, ô magique calotte,
Tu fais toujours la vénération. } (*Bis*.)

V.

Ne *blaguons* pas le culte des ancêtres...
L'un de mes chefs s'est appelé Vernois;
Grisolle, Hardy, Bouvier furent mes maîtres,
Et Nélaton m'a vu suivre ses lois.
Dans la pratique où désormais je flotte,
Vaste océan perfide aux matelots,
Leur souvenir et le tien, ma calotte,
Me sauveront de la fureur des flots. } (*Bis*.)

VI.

Couverts d'étain, assiettes de faïence,
De nos festins tel était l'ornement;
Maigres festins dont réglait l'ordonnance
Notre économe... économiquement.
De loin en loin, quelque honnête ribote,
Comme Hippocrate en ordonne à ses fils...
Lorsqu'au régal préside la calotte,
Non, il n'est pas de princes mieux servis. } (*Bis*.)

VII.

Joyeux propos de nos salles de garde!...
Chers compagnons de mes plaisirs perdus,
Dans le passé déjà je vous regarde;
A vos côtés vous ne me verrez plus.
Qu'il serait doux de pouvoir, côte à côte,
De l'avenir affronter le combat!
Mais l'amitié qui naît sous la calotte,
Quand tout vieillit, seule ne vieillit pas! } (*Bis*.)

VIII.

De l'internat vénérable symbole,
Drapeau sacré que rien ne peut flétrir,
A toi les vœux, la dernière parole
Du vétéran qui s'apprête à mourir....
Mais pour un mort, bien longtemps je radote:
Encore adieu. Dussions-nous en pleurer,
Embrassons-nous, ô ma chère calotte,
Pour tout jamais il faut nous séparer! } (*Bis*.)

UN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS.

des névropathies; tout ce qui s'est passé à la tête lui a paru étranger aux inflammations, aux congestions et aux altérations anatomiques.

« Je ne puis pas, dit-il, me faire une idée de cette inquiétude « vitale qui se manifeste par des symptômes nerveux variés, et » qui paraît s'épuiser et se résoudre par la durée de ces symptô- » mes; mais l'expérience nous en prouve la réalité. »

» En repassant dans ma mémoire les divers cas d'aphémie qui s'étaient offerts à moi; en me rappelant que la plupart de ces cas je les avais observés chez des individus atteints de névroses graves, telles que l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie, je fus frappé de la justesse de l'explication donnée par M. Lordat.

» Entre autres faits venant à l'appui de cette explication, je citerai le suivant; je n'en connais guère de plus remarquable :

» En 1841, j'avais dans mon service, à Bicêtre, un homme d'une cinquantaine d'années environ, ancien trompette dans un régiment de cavalerie. Quelques années avant son entrée dans l'hospice, X... avait été sujet à « des étourdissements », c'est-à-dire à des accidents nerveux présentant tous les caractères des vertiges épileptiques. A la suite d'un de ces accidents, *qui fut le dernier*, il se trouva dans la situation singulière que voici et que nous pouvons caractériser en quelques mots. X... ne devenait *aphême* (ou aphasique) que lorsqu'il réfléchissait à ce qu'il voulait dire, lorsqu'il avait la volonté réfléchie, *consciente*, d'articuler n'importe quelle parole.

» En effet, bien que X..., qui était naturellement mélancolique, rêveur, irritable, vécût fort retiré, et le plus souvent ne communiquât guère avec ses compagnons d'infortune que par gestes, cependant il n'était pas rare de l'entendre prononcer certains mots, des phrases même, ce qui arrivait le plus souvent lorsqu'il se mettait en colère.

» Instruit de ce fait le matin à la visite, je l'engageai à répéter ce qu'il avait dit la veille, ou même peu d'instants avant mon arrivée. X... faisait tout au monde pour satisfaire à notre demande. On voyait sa figure, calme et placide d'habitude, s'animer vivement, ses traits se contracter sous des efforts impuissants; il serrait les poings, frappait sur son lit... mais pas un mot, pas une syllabe ne sortait de sa bouche.

» Cependant, il parvenait quelquefois à rompre le silence; c'était lorsque, de guerre lasse, nous paraissions vouloir l'abandonner; alors, dans un moment d'oubli sans doute, il s'écriait tout à coup et véritablement plein de désespoir : « *Je ne peux pas !* »

» Alors, me retournant vivement vers lui : — Vous venez de dire : Je ne peux pas; répétez ces mêmes mots. — Les mêmes efforts que tout à l'heure recommençaient, mais tout aussi inutilement. Le pauvre X... en pleurait de chagrin.

» Dans beaucoup d'autres circonstances, nous pûmes vérifier cette bizarre impossibilité où il se trouvait de prononcer un seul mot, par cela seul qu'il avait intention de faire.

» Si j'engageais la conversation avec un de ses voisins, affectant de ne faire aucune attention à lui, tout en parlant de choses qui pouvaient éveiller son attention et lui fournir l'occasion de placer son mot, l'épreuve manquait rarement; X... retrouvait sa langue.

» Un jour, j'arrivai près de lui, feignant une grande colère : — M. X..., lui dis-je, j'ai reçu sur votre compte un fort vilain rapport. Comment un homme de votre âge peut-il se comporter comme vous avez fait hier envers votre surveillant? — X..., surpris de cette brusque attaque, reste un moment tout interdit, paraissant ne pas bien comprendre; puis, tout aussitôt, cherchant à se justifier : « C'est faux, c'est un faux rapport, je n'ai rien fait, c'est faux, faux, faux. » Puis, devinant sans doute ma pensée, il se prit à sourire, donnant clairement à entendre qu'il n'était pas dupe de ma plaisanterie.

» — C'est vrai, lui dis-je, je voulais vous éprouver. Maintenant répétez ce que vous venez de dire. Vous venez de nous prouver que vous avez la langue parfaitement déliée. — Une, deux minutes s'écoulent; tous les efforts du pauvre X... aboutissent à ces deux monosyllabes : « *Ah! bon!* » — Je l'encourage, je lui dis de répéter : Ah! bon! — impossible de plus rien obtenir.

» Ces épreuves ont été répétées nombre de fois, et avec une foule de variantes, par les élèves du service, par des étrangers, les résultats ont toujours été les mêmes.

» Il me semble, et peut-être serez-vous de mon avis, mon cher confrère, que le cas que je viens de rapporter démontre de la manière la plus péremptoire que l'aphémie est parfois une véritable névrose, une perturbation dynamique, fonctionnelle, que, jusqu'à nouvel ordre, on rangerait difficilement parmi les altérations organiques fixes. Sans rien préjuger des découvertes anatomo-pathologiques que l'avenir nous réserve, il nous paraît sage, quant à présent du moins, de ne voir dans certains cas d'aphémie qu'une de ces manifestations névropathiques si communes chez les épileptiques, chez les hystéro-épileptiques principalement, manifestations n'ayant le plus souvent qu'une durée éphémère, se succédant les unes aux autres et occupant à tour de rôle la scène pathologique, frappant alternativement l'ensemble du système nerveux dans ses fonctions intellectuelles et morales, dans ses facultés motrices, etc. »

DE LA MALADIE D'ADDISON.

Par M. le docteur Aug. Voisin.

La maladie dite d'Addison est un de ces états morbides auxquels la science moderne n'a pas encore pu donner sa place nosologique. Ce ne sont pas les documents qui manquent; mais, ainsi qu'il arrive dans les premiers temps où l'on découvre une maladie, on a voulu forcer les observations à dire plus qu'elles ne le pouvaient. On a tenté de réduire cette nouvelle affection à une grande simplicité en lui assignant une cause unique et toujours la même; mais un assez grand nombre de faits (14 sur les 89 connus) ont protesté contre cette première idée d'Addison tendant à donner toujours une cause unique à la *peau bronzée*, c'est-à-dire une lésion des capsules surrénales.

De cette résistance de certains faits à l'explication imaginée par Addison sont nées deux théories. Dans la première, défendue par MM. Martin-Magron, Bazin et Gubler, la coloration bronzée de la peau est le résultat d'une cachexie profonde, tuberculeuse (Martin-Magron), scrofuleuse (Bazin). Dans la deuxième, imaginée par Habershon et le professeur Mattei (de Vienne), la cause siége dans le ganglion semi-lunaire et tout le grand sympathique abdominal; mais tandis que pour Habershon il y a altération du système nerveux, Mattei considère la maladie d'Addison comme un mélange d'une cachexie spéciale et d'une névrose soit primitive, soit symptomatique.

En réalité, voici donc trois explications bien différentes pour ce seul état morbide; c'est à les discuter qu'est consacrée l'excellente dissertation inaugurale soutenue ces jours derniers par M. Martineau, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris [1]. Sa thèse renferme tous les documents connus jusqu'ici sur le sujet, plus une observation qu'il a recueillie dans le service de M. Frémy; elle comprend, ainsi que ce doit être dans tout bon mémoire, une partie anatomo-physiologique, et une seconde, pathologique. La première, consacrée à la description des capsules surrénales, à leurs usages, renferme toutes les expériences de Brown-Séquard d'une part, et, d'autre part, de Gratiolet, Philipeaux, Harley et Schiff : le premier considérant que l'intégrité des capsules est indispensable à la vie, et que l'une de leurs fonctions est d'empêcher une substance de se transformer en pigment; les seconds, refusant aux capsules ces deux propriétés. J'ai regretté de ne pas trouver dans ce chapitre quelque chose qui ait trait à l'anatomie et même aux usages du nerf sympathique abdominal, puisque, ainsi qu'on le verra, M. Martineau y place le siége de la maladie.

La partie essentiellement clinique de son mémoire peut être ramenée aux propositions suivantes : Le nom de *maladie* d'Addison lui paraît préférable à celui de maladie bronzée, attendu que cette dernière coloration se montre dans divers états morbides autres que celui qui nous occupe; la coloration bronzée doit être considérée comme un épiphénomène indépendant d'une lésion des capsules surrénales, et déterminé au contraire par une névrose du grand sympathique. Ce qui caractérise essentiellement la maladie (M. Martineau considère en effet cet état comme une entité morbide), c'est une anémie spéciale, une langueur, une débilité générales, des douleurs vagues, un changement particulier de la couleur de la peau, qui devient bronzée, brunâtre; une marche tantôt chronique, tantôt aiguë, tantôt même intermittente, et un pronostic des plus graves.

Je m'arrêterai un instant sur la coloration de la peau dans la maladie d'Addison et sur le prototype que l'on est en droit d'admettre dans cet état morbide. La chose vaut la peine d'être bien éclaircie; car l'on sait que déjà il y a deux opinions contraires sur les caractères propres à la teinte bronzée. Suivant la première opinion (Addison et la plupart des auteurs), la coloration bronzée occupe toute la surface du corps, mais est ordinairement plus manifeste à la face, au cou, aux extrémités supérieures, à la verge, au scrotum, aux aisselles et à l'ombilic; la teinte est sombre et d'un ton de fumée, ou présente les nuances de l'ambre foncé ou de la châtaigne, et dans quelques cas la peau est si généralement brunie que le malade pourrait être pris pour un mulâtre. (Addison, p. 5).

D'après la seconde opinion (Charcot, Vulpian), la coloration bronzée est disposée sous forme de taches *isolées*, qui se réunissent pour former des plaques. Entre ces deux opinions, M. Martineau a opiné pour la seconde, et ajoute (p. 82) qu'au milieu de la teinte plus ou moins colorée on remarque çà et là, surtout à la face, de petits points d'une couleur plus foncée. Je considère comme fâcheuse la voie que M. Martineau a suivie dans la description du symptôme pathognomonique de la maladie d'Addison. Il s'est complétement séparé d'Addison lui-même, et, dussé-je me tromper fort, j'affirmerais presque qu'il n'a pas consulté l'œuvre originale du médecin anglais, et par conséquent jeté les yeux sur les planches lithographiées qui sont jointes à son mémoire de 1855; il y aurait vu représentées les deux sortes de coloration dont il fait la caractéristique de deux états morbides différents; la femme Lawrence seule (pl. X) offre sur un fond bronzé une grande quantité de points noirs, ainsi que dans la planche Ire (thèse Martineau, *Observation de maladie d'Addison*). Chez tous les autres malades d'Addison, la teinte est uniforme, et ne présente aucun pointillé noir. Ainsi, si l'on s'en rapportait à l'opinion de MM. Charcot, Vulpian et Martineau, un seul des malades qui ont servi à Addison à la description de la maladie qui porte son nom en serait atteint.

Je crois que M. Martineau a été trop loin dans cette partie de son mémoire; fonder un diagnostic sur des nuances de couleur me paraît chose dangereuse; peut-être la disposition par plaques tient-elle tout simplement au plus ou moins d'ancienneté de la maladie, ou bien à des dispositions anatomiques normales; car il est des parties du corps (les aisselles, les aines, le nombril, les paupières), surtout chez certaines personnes, plus foncées que d'autres.

A part cette critique, l'œuvre de M. Martineau est à plus d'un titre remarquable; les symptômes, l'anatomie pathologique, la nature de l'état morbide et son diagnostic sont développés avec un jugement et un tact vraiment pratiques; j'y trouve consignés plusieurs cas de maladie bronzée sans lésion des capsules surrénales, dont on croit pouvoir conclure aujourd'hui que la cause intime de l'état morbide siége dans le grand sympathique abdominal et dans les glandes hématopoïétiques. Il serait téméraire de rien affirmer de positif à cet égard; il faut que les faits s'accumulent, que les autopsies soient exécutées avec un soin qui manque malheureusement dans beaucoup, et il est à souhaiter que, à l'exemple d'Addison et de M. Martineau, tous les travaux futurs renferment les dessins des malades. La coloration, qui est le signe pathognomonique, vaut bien la peine qu'on soit complétement édifié sur ses caractères précis.

[1] Martineau, *De la maladie d'Addison*. Paris, 1864, J. B. Baillière, éditeur.

PRÉPARATION ET THÉORIE DES GLYCÉROLÉS D'AMIDON.

Par M. Sicard, interne en pharmacie.

Un nouveau corps nous fournit des médicaments que l'on désigne en pharmacie sous le nom de glycérolés d'amidon simple. Ces glycérolés sont aujourd'hui très-usités comme mode de pansement dans les hôpitaux, où ils sont appelés à remplacer le cérat. La consistance du glycérolé d'amidon est invariable, quels que soient les changements de température et l'époque de sa préparation; il n'a pas l'odeur désagréable de la graisse, et comme il est soluble dans l'eau, il est toujours facilement enlevé. Les glycérolés composés ne sont autre chose que des glycérolés simples auxquels on associe une ou plusieurs substances médicamenteuses, ou des sels qui s'y dissolvent au lieu de s'y mélanger simplement, de sorte que l'action des glycérolés est plus énergique que celle des pommades. L'axonge, qui constitue le plus souvent l'excipient des pommades, subit, au bout d'un certain temps, l'altération particulière aux corps gras : l'oxydation, de telle sorte que les pommades conservées longtemps doivent être rejetées comme impropres aux usages médicamenteux.

Aujourd'hui, grâce à la nouvelle application des glycérolés composés, ces difficultés, inhérentes à la préparation des pommades, ont à peu près disparu; nous allons examiner rapidement l'action de la glycérine sur les grains d'amidon.

Si l'on prend 1 gramme d'amidon, qu'on le délaye dans 15 grammes de glycérine (nous adoptons la formule de M. Grassi, qui a donné les meilleurs résultats à M. Demarquay), que l'on élève la température en agitant sans cesse, aucun changement ne se manifeste jusqu'à ce que ce mélange soit parvenu vers 70°. En effet, nous considérons l'amidon comme étant formé de granules composés de couches concentriques juxtaposées, d'une nature chimique semblable, mais bien différentes entre elles par leur cohésion, plus faible au centre qu'à leur surface.

Cet accroissement par intussusception semble être intermittent, car les couches concentriques, successivement déposées, possèdent des cohésions différentes, qui expliquent ces apparences de rides qu'on observe à l'intérieur des fécules.

L'accroissement des granules d'amidon a d'ailleurs des limites qui dépendent sans doute de la dimension des cellules ou de l'état hygroscopique du tissu, qui rend leur substance plus extensible à la température de 70°; les grains très-jeunes, doués d'une faible cohésion, ont absorbé plus de glycérine; le gonflement des parties internes en a fait crever quelques-uns, et a répandu une très-petite quantité de substance très-divisée dans ce liquide. On reconnaît ces phénomènes en observant l'augmentation du volume de la fécule déposée.

Si l'on élève la température peu à peu, les mêmes effets produits sur un plus grand nombre de grains, deviennent plus sensibles à 90°, quoique beaucoup encore n'aient point atteint leur gonflement maximum ni laissé répandre leur substance dans la glycérine. La consistance du glycérolé ne se prononce guère avant que la température se soit élevée à 115°; elle augmente encore d'une manière notable jusqu'à 125°.

Les grains occupent successivement les volumes intermédiaires entre le volume normal et le gonflement maximum dû à la température de 125°.

Il est facile de s'assurer par ces moyens que l'amidon augmente de vingt à trente fois en volume, quand il se convertit ainsi en glycérolés. L'effet principal de la réaction qui précède est le même sur toutes les fécules; il est d'autant plus complet et plus prompt aussi que la substance est plus pure et les grains plus jeunes; les parties les moins agrégées deviennent d'abord solubles, tandis que les autres restent insolubles; puis, peu à peu, la transformation faisant des progrès, tout devient soluble à de légères traces près. Le glycérolé simple ainsi préparé ressemble beaucoup à la gelée de silice nouvellement précipitée : il est transparent et très-doux au toucher. On substitue avec avantage ce glycérolé à l'axonge pour la confection des pommades; c'est pour ce motif que j'indiquerai ici quelques formules de glycérolés consignées dans le volume publié par M. Demarquay sur la glycérine et ses applications à la chirurgie et à la médecine.

Ainsi, pour les diverses formes de l'acné, M. Demarquay donne la formule suivante :

Glycérolé d'amidon	30 grammes.
Bi-iodure de mercure . . .	50 centigr.

Dans l'acné inflammatoire tenace :

Glycérolé d'amidon. . . . . } ãã 2 grammes.
Bi-iodure de mercure . . . . }

On prépare tous les glycérolés d'une manière analogue.

DU TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE

par le seigle ergoté.

Par M. le docteur O. Griepenkerl.

Un jeune garçon âgé de six ans, observé par M. Griepenkerl en 1856, avait la coqueluche depuis quinze jours, lorsqu'il fut atteint des accidents convulsifs de l'ergotisme, qui régnait alors épidémiquement dans la commune de Lutter. Dès la première apparition de ces symptômes, les quintes cessèrent de se produire, et furent remplacées par de simples inspirations sifflantes analogues à la *reprise* de la coqueluche. Puis, lorsque au bout de quelques jours l'enfant fut guéri de son ergotisme, il se trouva débarrassé en même temps de la coqueluche, qui avait par conséquent eu une durée bien inférieure à la moyenne ordinaire.

Partant de ce fait, dont la relation se trouve consignée dans le tome XIII du *Journal trimestriel de Casper*, M. Griepenkerl administra le seigle ergoté à cinq enfants coquelucheux, dont quatre âgés d'un an, malades depuis trois ou quatre semaines, et le cinquième âgé de trois ans et atteint depuis un an. Chez tous, la guérison fut à peu près complète au bout de huit jours de traitement.

Plus tard, en 1861, une épidémie de coqueluche offrit à l'auteur un vaste champ d'observation, et son expérience embrasse actuellement plus de deux cents faits.

Les résultats de cette enquête paraissent assurer au seigle ergoté une place importante parmi les méthodes curatives de la coqueluche. Les insuccès ont été peu nombreux entre les mains de M. Griepenkerl, et ils doivent être attribués pour la plupart à l'emploi d'ergot de mauvaise qualité.

La formule suivante a été adoptée définitivement par l'auteur, comme la plus propre à donner un composé stable et dépourvu des propriétés irritantes que possède la poudre d'ergot :

Poudre grossière de seigle ergoté. 1,50 à 2 gram.
Faites bouillir pendant une demi-heure, avec :
Eau commune. . . . . q. s.
Colature. . . . . 32 gram.
Ajoutez :
Sucre blanc en poudre. . . . . . 48 gram.

M. d. s. Une cuillerée à café toutes les deux heures pour un enfant de cinq à sept ans.

Pour les enfants plus jeunes, on réduit la quantité de l'ergot à 1 gramme ou 75 centigrammes pour le même poids de sirop. Il importe, pour toute la durée du traitement, d'éviter avec le plus grand soin tous les aliments qui contiennent du tannin.

M. Griepenkerl recommande de n'instituer cette médication qu'au commencement de la troisième semaine de la maladie et après avoir fait cesser préalablement les complications, lorsqu'il y en a. Il a remarqué que les quintes s'aggravent souvent pendant les premiers jours de l'emploi de l'ergot; puis, au bout de cinq à dix jours, elles diminuent de fréquence et disparaissent d'autant plus rapidement qu'il y a moins de catarrhe pulmonaire concomitant. Celui-ci n'est nullement modifié par la médication.

Le sirop d'ergot n'a jamais été employé pendant plus de quinze jours sans interruption par M. Griepenkerl, qui en suspend l'administration au bout de ce laps de temps, sauf à la reprendre au bout de deux semaines, lorsque la coqueluche n'est pas suffisamment modifiée. Il n'a jamais vu ce traitement donner lieu à des accidents d'ergotisme.

(*Deutsche Klinik* et *Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 février 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux mensuels et hebdomadaires de médecine et de chirurgie.

M. Chassaignac dépose sur le bureau, de la part du Dr Küchler (de Darmstadt) un travail *sur la périnéoplastie* dans les cas de déchirure du périnée et de prolapsus utérin. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Follin, Richard et Giraldès.

— M. Larrey présente au nom de leurs auteurs les ouvrages suivants :

Etudes statistiques sur les varices et le varicocèle, par le docteur Sistach, médecin-major des hôpitaux militaires.

— *Traité élémentaire d'anatomie appliquée à la gymnastique*, par le docteur Ricque, médecin aide-major à l'école de gymnastique de Vincennes.

— *Note sur l'étude des tumeurs*, par le docteur Sarazin, aide-major agrégé à la Faculté de Strasbourg.

— Discours prononcé à l'Académie de médecine par le président sortant, M. Larrey.

COMMUNICATION.

Situation de l'S iliaque dans le cas d'imperforation anale. — M. Verneuil. On me présenta il y a quelque temps, dans mon service à Lourcine, un petit enfant né avant terme, à sept mois et demi environ. Depuis sa naissance, arrivée la veille, il n'avait pas rendu de méconium, le ventre était tendu, ballonné; je dus examiner la région anale, soupçonnant un vice de conformation. L'anus était de forme régulière, dilatable et plissé; je pus sans difficulté y introduire un stylet, mais, après un trajet de 15 à 20 millimètres, celui-ci fut arrêté dans sa marche comme s'il buttait dans un cul-de-sac. Cependant, après quelques manœuvres, le stylet s'engagea dans une sorte de conduit assez étroit et ramena quelques traces de méconium à son extrémité boutonnée. Je diagnostiquai un rétrécissement du rectum dont la hauteur restait indéterminée. Le mauvais état de l'enfant, sa faiblesse native, tout me détournait d'une intervention chirurgicale bien inutile.

La mort eut lieu le jour même.

Je voulus profiter de cette occasion pour contrôler les opinions si diverses émises dans le sein de la Société sur la situation de l'S iliaque chez les enfants imperforés. Je simulai donc l'opération de Littre du côté gauche; après avoir repoussé une anse d'intestin grêle, je trouvai le gros intestin occupant sa position normale et rempli d'un méconium très-épais. Une fois cette portion intestinale traversée par un fil, j'ouvris le ventre pour vérifier les rapports, et je pus reconnaître que j'avais incisé le gros intestin à la jonction du côlon descendant avec l'S iliaque; que très-peu au-dessous de mon incision commençait un rétrécissement brusque et très-serré, s'étendant jusqu'au voisinage de l'anus, rétrécissement perméable cependant dans toute son étendue; que le côlon descendant et l'S iliaque quoique longue et très-flexueuse, occupaient leur position normale dans l'hypochondre et la fosse iliaque gauche; qu'on les aurait donc cherchés en vain si on avait pratiqué l'incision des parties molles au côté droit. Une anse d'intestin grêle accidentellement remplie de méconium et gonflée dans une certaine étendue aurait pu, au premier abord, en imposer pour le gros intestin et faire croire à la présence de l'S iliaque à droite; mais cette erreur eût été bien vite reconnue; ce n'est d'ailleurs qu'un détail d'autopsie utile à connaître pour le cas où on rencontrerait une disposition semblable.

ÉLECTIONS.

Élection du secrétaire général.

28 membres de la Société prennent part au vote. M. Legouest obtient 19 voix; M. Verneuil, 6 voix; M. Marjolin, 2 voix; MM. Depaul et Richard, chacun 1 voix.

En conséquence, M. Legouest est nommé secrétaire général de la Société de chirurgie; sur l'invitation de M. le président, il prend place au bureau et adresse à la Société les paroles suivantes :

Messieurs,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en me nommant secrétaire général. Je suis loin d'ignorer, la Société n'ignore pas, et mes honorables prédécesseurs savent mieux que personne que cet honneur est un assez lourd fardeau. Je ne le décline pas; je ferai tous mes efforts pour justifier votre choix, et j'espère que vous voudrez bien m'accorder l'indulgence due aux hommes de bonne volonté.

Élection de la commission des congés.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Boinet, Giraldès et Dolbeau.

Commission des comptes.

Cette commission, dont les membres sont indiqués par le sort, se compose de MM. Morel-Lavallée, Velpeau, Cloquet, Blot et Boinet.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire, U. Trélat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Arnal, médecin par quartier, vient d'être nommé médecin ordinaire de l'Empereur.

— M. le docteur Schnepp, ancien médecin sanitaire à Alexandrie, est nommé inspecteur adjoint près les Eaux-Bonnes.

Il est remplacé dans son poste de médecin sanitaire par M. le docteur Gaillardot.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Nº 19. — MARDI 16 FÉVRIER 1864. (37e ANNEE.) Nº 19. — MARDI 16 FÉVRIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 FÉVRIER 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question de l'antiquité de l'homme est une de celles qui tiennent depuis quelque temps la plus grande place dans les communications de l'Académie. Nous signalions, il y a huit jours, un mémoire de M. le professeur Gervais (de Montpellier) sur ce sujet. Aujourd'hui, c'est une note de MM. Milne-Edwards et Lartet qui exposent les résultats des fouilles faites récemment par M. de Lastic dans la caverne de Bruniquel, située dans une de ses propriétés, sur les bords de l'Aveyron. Les faits exposés dans la note de MM. Milne-Edwards et Lartet, comme ceux qui sont contenus dans le mémoire de M. Gervais, en démontrant la coexistence de l'homme avec des espèces animales disparues, assignent à son apparition dans certaines régions une ancienneté antérieure aux temps historiques. Mais ils laissent encore indécise la question de son existence dans les couches géologiques régulières qui recèlent les débris de grands mammifères dont Cuvier contestait la contemporanéité avec l'homme.

L'étude de la question à ce point de vu eest encore à poursuivre.

MM. Demarquay et Leconte ont communiqué dans cette séance la deuxième partie de leurs recherches médico-physiologiques sur l'oxygène. On se rapelle que les expériences consignées dans la première partie avaient porté exclusivement sur des animaux. Dans cette deuxième partie, les auteurs font connaître les résultats des essais qu'ils ont fait sur l'homme.

De l'ensemble de ces recherches, il résulte que l'oxygène exerce sur l'organisme une influence reconstituante, qui pourrait être utilisée pour la thérapeutique, comme on l'a fait dans ces derniers temps de l'air comprimé, comme on l'avait déjà essayé avec l'oxygène lui-même, mais sans avantages notoires, dans les premières années de ce siècle. En essayant de nouveau dans de meilleures conditions, réussira-t-on mieux? C'est à l'expérience clinique de nous le dire.

M. G. d'Auvray (de Londres) a envoyé le résumé d'un mémoire dans lequel il expose les résultats d'expériences sur les générations dites spontanées, qui sont complétement confirmatives de celles de M. Pasteur.

L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures un quart pour entendre le rapport de la section d'économie rurale sur les candidats à la place vacante dans cette section, par suite du décès de M. de Gasparin. Les candidats présentés par la section sont : en première ligne et *ex æquo* MM. Reiset et Paul Thenard; en deuxième ligne, M. Chambrelept. Ce n'est pas sans surprise et sans quelque regret que nous ne voyons pas figurer sur la liste de présentation le nom d'un savant qui a été longtemps un des collaborateurs de M. de Gasparin, et qui a attaché son nom à plusieurs publications importantes de science agronomique; nous avons nommé M. Barral.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

De la pleurésie des nouveau-nés.

Avant de faire connaître le résultat de mes recherches sur la pleurésie des nouveau-nés, je rapporterai un fait que j'ai récemment observé à la Maternité, et qui présente quelques circonstances dignes de fixer un instant l'attention. Il s'agit d'une pleurésie sanguinolente consécutive à un abcès de la base du poumon gauche, pleurésie qui, en raison des complications survenues du côté du ventre, fut méconnue pendant la vie, et donna lieu à une erreur de diagnostic. Je n'hésite pas à faire connaître cette méprise, parce qu'elle renferme un enseignement qui ne sera pas perdu pour la pratique.

Voici d'ailleurs l'observation :

F..., garçon à terme, pesant 3 kilogrammes 200, est né à la Maternité le 5 janvier 1864, à cinq heures du soir, en bon état. Epiderme sec et fendillé. Mis au sein de sa mère presque aussitôt après la naissance, il ne tette qu'imparfaitement. Il rend son méconium le premier jour. Le deuxième, l'enfant tette de moins en moins; diarrhée verte.

Le troisième jour, 8 janvier, l'enfant m'est présenté à la visite dans l'état suivant :

Cri plaintif, expression de souffrance, pâleur de la face, respiration précipitée, ventre tendu; pas de vomissements. — Cataplasmes laudanisés sur le ventre; deux bains émollients dans la journée.

Pendant la nuit du 8 au 9, l'enfant refuse obstinément de prendre le sein; on essaye de lui faire couler un peu de lait dans la bouche, mais il ne fait aucun mouvement pour l'avaler.

Le 9 au matin, absence de gardes-robes, météorisme considérable du ventre; respiration précipitée, plaintive; pâleur extrême des téguments; pouls presque insaisissable par sa rapidité et sa petitesse; même expression de souffrance et de langueur; légère rougeur de l'ombilic; pas de toux; la poitrine n'est pas explorée; on croit à l'existence probable d'une péritonite.

Dans le courant du même jour, l'enfant se refroidit et ne fait plus aucun mouvement. On essaye inutilement de le réchauffer; il succombe à huit heures du soir.

A l'autopsie, nous trouvons le péritoine intact; ni sérosité, ni pus, ni fausses membranes. Mais l'ouverture du thorax nous révèle dans la plèvre gauche un épanchement assez abondant de sérosité sanguinolente. A la base du poumon gauche et au centre de la face diaphragmatique du lobe inférieur, on aperçoit une saillie jaunâtre qui, fendue avec le scalpel, laisse écouler un pus jaune, homogène, bien lié. La cavité purulente avait le volume d'une noisette environ. Autour de cette cavité, et dans un rayon de 2 ou 3 centimètres, le tissu pulmonaire était fortement induré, friable, non crépitant, et fournissait à la coupe un liquide rouge, noirâtre et spumeux. Même état d'induration du poumon droit à la base et dans le tiers inférieur de son bord postérieur. Ni abcès ni épanchement de ce côté. Rien du côté du cœur; les autres organes sont sains.

L'erreur commise dans ce cas particulier est une des plus communes de la pratique. On présente à un médecin un nouveau-né atteint de diarrhée, de météorisme du ventre, avec pâleur de la face, cri plaintif, dépérissement rapide. La première idée qui se présente en face d'un tel cortége de symptômes, c'est celle d'une affection abdominale, entérite ou péritonite, peu importe. L'expression de souffrance, les plaintes continuelles, sont attribuées aux douleurs intestinales ou péritonéales, toujours si aiguës chez les jeunes enfants.

Quant à l'accélération des mouvements respiratoires, on la met naturellement sur le compte du développement insolite de l'abdomen et du refoulement du diaphragme; on pose ainsi un diagnostic purement abdominal, et on néglige l'examen de la poitrine, qui fournit généralement, il faut bien en convenir, des données si peu précises chez les nouveau-nés. Je ferai remarquer pourtant que, si l'on pratiquait toujours avec le soin que cet examen comporte la percussion et l'auscultation du thorax, la *percussion* surtout, beaucoup de pleurésies qui passent inaperçues dans la pratique journalière seraient facilement reconnues. J'insisterai plus loin sur les avantages de ce mode d'exploration au point de vue des épanchements pleuraux; pour le moment, je me borne à signaler son importance.

L'observation que je viens de relater a encore un autre intérêt : elle nous fournit un exemple d'abcès du poumon (chose assez rare chez les nouveau-nés proprement dits), lequel abcès a évidemment donné lieu à l'épanchement séro-sanguinolent que l'autopsie nous a révélé.

Faisons remarquer dès à présent que c'est à ma connaissance le premier cas dans lequel un épanchement sanguinolent de la plèvre ait succédé à un abcès superficiel du tissu pulmonaire chez un nouveau-né.

A propos de ce fait, qu'on me permette d'exposer ici le ré-

QUELQUES BIOGRAPHIES MÉDICALES

DU DIX-SEPTIÈME SIÈCLE.

Vanité des vanités, et tout n'est que vanité! Parole désespérante dans sa vérité profonde. Quand l'homme s'est bien agité, quand il s'est efforcé de jeter un peu de gloire sur son nom, quand il a fait autour de lui beaucoup de bruit qu'il croit être celui de la Renommée, on l'étend dans une bière, et il est porté à sa dernière demeure bercé encore par les épithètes pompeuses de quelques amis intéressés ou dévoués. Puis tout est dit, le silence se fait, et le plus souvent, que reste-t-il de ce mortel si orgueilleux, si plein de lui-même, si adulé, si encensé de son vivant? Un peu de poussière d'abord, puis plus rien!! L'homme est bien mort, le nom est oublié, et c'est à peine si on le retrouve dans ces autres nécropoles qu'on nomme des *biographies universelles*.

A part une dizaine de noms encore connus, qui donc se souvient de ces nombreux médecins du dix-septième siècle réputés pendant leur vie les plus savants hommes de l'époque? Ne soyons pas vains; ce qui est arrivé pour les anciennes générations arrivera certainement pour la nôtre. Que d'hommes aujourd'hui célèbres, même illustres, des princes de la science, seraient étonnés et désabusés s'ils revenaient dans un siècle parmi les vivants! Leurs livres, qu'ils prisent si haut, se trouveraient difficilement dans quelques poudreuses collections, et leurs noms n'éveilleraient pas même un vague souvenir. Ils ne seraient une curiosité intéressante que pour quelques studieux amateurs de vieilleries. Je ne veux ici faire aucune application; mais regardez quelque peu en arrière, comptez ces grands morts à peine refroidis et qui firent tant de fracas de leur vivant, vous serez étonnés de voir combien leur image pâlit et s'efface, même pour vous qui les avez connus; que sera-ce dans deux ou trois siècles? Et que serez-vous alors vous-mêmes qui êtes aujourd'hui des maîtres distingués, des académiciens *illustres*, des savants *immortels*, vous tous enfin devant qui on brûle tant d'encens qu'il est impossible que vous n'en soyez pas aveuglés et enivrés, même quand vous payez ces parfums qu'on vous donne ensuite si généreusement?

Si j'étalais ici la longue liste des docteurs renommés du dix-septième siècle, des doyens, des professeurs, des médecins du roi, de la reine, des princes, à peine trouverait-on une dizaine de noms encore un peu connus, et parmi eux trois ou quatre réellement célèbres, qui aient survécu et qui étaient dignes de survivre. Etudions en détail ces trois ou quatre figures, et commençons par la plus curieuse de toutes, celle de Théophraste Renaudot.

THÉOPHRASTE RENAUDOT.

Les médecins ignorent assez généralement que l'inventeur du journal en France fut un des leurs, et le fait vaut cependant bien qu'on s'en souvienne, quel que soit le jugement qu'on porte sur la presse. On sait un peu mieux, grâce à Boileau, si sévère, si injuste dans cette circonstance, que c'est aussi à un médecin, Claude Perrault, qu'on doit cet admirable et grandiose ouvrage d'architecture, la *colonnade du Louvre*. Si on ajoute à ces deux noms ceux de Guy Patin, un des esprits les plus originaux de son siècle, de Riolan, le grand anatomiste, de Naudé, le profond érudit, celui de l'illustre voyageur Bernier, de Fagon, médecin et naturaliste, on avouera sans peine que les médecins du dix-septième siècle n'étaient pas, en somme, *tout à fait aussi bêtes* qu'on le dit généralement.

Théophraste Renaudot naquit à Loudun en 1584. Il avait une fortune personnelle assez considérable pour l'époque, ainsi qu'il nous l'apprend lui-même : « ..... Mais leur ignorance m'oblige à leur repartir qu'ils sont aussi mal informés des commodités dudit sieur Renaudot comme de tout le reste. De quoi le greffe de la Cour peut faire foi par l'arrêt qu'il obtint l'an 1618 contre ses curateurs, qui portait condamnation contre eux de plus de vingt mille livres pour ses meubles paternels et maternels, sans y comprendre ses héritages, qui ne se montaient à guère moins. » (*Réponse à l'examen de la requête* (1) *présentée à la reine par Me Théophraste Renaudot.*) Aussi n'admettons-nous pas avec la plupart des biographes que les débuts de Renaudot aient été, comme on l'a dit, extrêmement pénibles et gênés. — Quoi qu'il en soit, Renaudot commença à Paris ses études médicales et se fit recevoir docteur à Montpellier en 1506. Il voyagea ensuite pendant quatre ans, ce que faisaient beaucoup de médecins, dans le but d'agrandir le cercle de leurs connaissances. Où voyagea-t-il? C'est ce qu'aucun biographe ne nous apprend; mais il nous paraît probable que ce fut dans ses pérégrinations qu'il apprit à connaître ces institutions variées qu'il rapporta en France et qui le rendirent si célèbre.

En 1610, il revint se fixer dans le Poitou et ne tarda pas à y acquérir une certaine notoriété. Il y fit aussi la connaissance du père Joseph, l'Eminence grise, l'âme damnée du cardinal de Richelieu. C'est ainsi qu'il fut mis en relation avec le grand cardinal, qui devint son tout-puissant protecteur, et qui très-probablement s'en fit un instrument docile; Richelieu aimait beaucoup les hommes d'action, comme ce journaliste, dont il n'avait rien à craindre et tout à espérer. Car le caractère le plus saillant de notre docteur, c'est l'action incessante, l'initiative et une ressource d'esprit peu commune. Renaudot est seulement venu longtemps avant son heure; bien que tous ses projets aient été fort goûtés, qu'ils aient eu un grand succès, ils n'ont pas pu acquérir entre ses mains tout le développement qu'ils comportaient et que notre siècle leur a donnés; Renaudot est un homme de notre époque. S'il revenait aujourd'hui, que ne ferait-il pas? Nous le verrions, à coup sûr, rédacteur et propriétaire de journaux, directeur de quelque grand théâtre, commanditaire de mille entreprises heureuses, peut-être député; toujours homme d'esprit, jamais à bout de ressour-

(1) Nous trouvons cette note dans l'excellent ouvrage de M. Eug. Hatin, *Histoire de la presse*. C'est à ce même livre que nous emprunterons la plupart des documents qui vont suivre.

sultat de mon expérience clinique. Mais, je ne saurais trop le rappeler, il ne faut pas chercher dans cette étude une histoire de la pleurésie des enfants en général. Rien ne ressemble moins à cette histoire que celle de la pleurésie des nouveau-nés. La seconde diffère encore plus de la première, que la pleurésie des enfants, ce qui est beaucoup dire, ne diffère des adultes, tant il est vrai que la pathologie des nouveau-nés est une pathologie à part et qui veut être étudiée isolément des autres périodes de la vie extra-utérine.

Jusqu'à Billard, aucun auteur ne paraît s'être spécialement occupé de la pleurésie des nouveau-nés. Cet auteur cite deux cas de pleurésie double, aiguë, pseudo-membraneuse, survenue chez des enfants, l'un de deux jours, l'autre de dix jours. La thèse inaugurale de Baron fils, soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 10 mars 1841, comprend toutes les espèces de pleurésie qu'on observe depuis la naissance jusqu'à la puberté. C'est le travail le plus étendu et le plus consciencieux qui ait été publié sur cette question. Malheureusement la pleurésie des nouveau-nés n'ayant pas été étudiée à part, ne se dégage pas avec les caractères qui lui sont propres de l'ensemble des matériaux accumulés dans cette dissertation.

Un ancien interne des Enfants-Trouvés, M. Mignot, dans son *Traité des maladies du premier âge*, nous a fourni un excellent résumé des faits qu'il a observés dans cet établissement. Je ne citerai que pour mémoire l'article de MM. Rilliet et Barthez sur la pleurésie des enfants, cet article n'ayant trait qu'à des sujets qui ont dépassé l'âge d'un an.

Dans le court article qu'il consacre à la pleurésie des nouveau-nés, Valleix ne cite aucune observation personnelle; il rappelle seulement les deux faits rapportés par Billard, et considère les épanchements pleurétiques qu'on peut observer chez les enfants de naissance, comme étant toujours sous la dépendance de la pneumonie.

M. Barrier se range à l'opinion de Valleix, en se fondant uniquement sur la confiance que lui inspire cet auteur. Il ne produit aucun fait à l'appui de sa manière de voir.

Quant à moi, j'ai recueilli tant à la Maternité qu'aux Enfants-Trouvés quatorze observations de pleurésie chez les nouveau-nés, en y comprenant celle qui a été relatée au début de cet article. — Tout en tenant le compte le plus sérieux des recherches de mes devanciers sur cette intéressante question, je n'avancerai néanmoins dans la description qui va suivre aucune proposition qui ne soit rigoureusement déduite des observations qui me sont propres.

Anatomiquement parlant, la pleurésie des nouveau-nés peut présenter trois formes distinctes, à savoir :

1° La forme purulente et pseudo-membraneuse;

2° La forme séreuse ou séro-sanguinolente;

3° La forme sèche.

Entrons dans quelques détails.

La première forme est la plus commune, je l'ai rencontrée 7 fois sur 14. Ce résultat est conforme aux observations de Baron fils, qui avait reconnu que les épanchements purulents de la plèvre étaient plus fréquents chez les nouveau-nés que chez les enfants d'un âge plus avancé. Dugès a fait la même remarque, mais il va trop loin en disant que l'albumine concrétée ne revêt jamais la forme membraneuse chez les jeunes sujets. Suivant un autre observateur, M. Denis (*Recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie sur plusieurs maladies des nouveau-nés*, Commercy, 1826), les fausses membranes ne s'organisent jamais chez les enfants de naissance. — Cette dernière opinion est également beaucoup trop exclusive.

Voici la vérité telle qu'elle ressort du relevé de mes observations.

Tantôt l'épanchement est constitué par un pus jaunâtre, épais, bien lié, en consistance de crème, et étalé entre les plèvres viscérale et pariétale, jamais circonscrit ou accumulé en quantité assez considérable pour refouler notablement le poumon et gêner ses fonctions. Dans ce cas, les surfaces soit viscérale, soit pariétale, sont en même temps tapissées par des fausses membranes blanchâtres, molles, peu consistantes, peu épaisses, qui n'empêchent ni l'extraction facile de l'organe pulmonaire de la cavité thoracique, ni la séparation des lobes du poumon. Ce qui tient à ce que la durée de la pleurésie chez les nouveau-nés est habituellement très-courte et à ce que les fausses membranes n'ont pas le temps de contracter des adhérences solides.

Tantôt la matière de l'épanchement est formée par un liquide trouble, mélangé de pus et de sérosité. Dans ce cas, l'organisation des fausses membranes est encore moins avancée. Celles-ci consistent en de petits îlots de couleur blanche et jaunâtre, ayant la forme de quadrilatères assez réguliers, et dont le diamètre varie d'un à cinq millimètres. En saisissant avec les mors d'une pince ces pseudo-membranes, on constate qu'elles sont très-peu adhérentes et d'une minceur extrême. Cette apparence s'observe surtout à la périphérie du poumon et sur la paroi costale. Entre les lobes pulmonaires, les fausses membranes, même les plus récentes, présentant un degré plus grand de continuité.

Dans les sept cas que j'ai recueillis, il n'y a pas eu de pus sans fausses membranes, ni de fausses membranes sans épanchement purulent.

J'ai noté 4 fois seulement sur 14 cas la forme séreuse ou séro-sanguinolente de l'épanchement pleural : forme séreuse, 1 fois; forme séro-sanguinolente, 3 fois. L'unique cas dans lequel j'ai observé un épanchement de sérosité citrine, transparente, est relatif à un petit garçon de onze jours, atteint en même temps de muguet et d'entérite. Pas de pneumonie concomitante; l'épanchement d'ailleurs peu considérable occupait la plèvre gauche seulement. Quant à cette variété d'épanchement pleural dans laquelle il y a mélange de sérosité limpide et de sang, je l'ai rencontrée d'abord chez le nouveau-né dont l'observation est placée en tête de cet article, en second lieu chez un petit garçon de dix jours atteint d'entérite, de pneumonie et d'une diathèse hémorrhagique de toutes les séreuses : l'épanchement occupait les deux plèvres; enfin, chez un garçon de quatorze jours atteint de muguet, de gastro-entérite et d'une communication anormale des oreillettes entre elles; là aussi l'épanchement pleural était double.

Enfin aux formes précédentes de la pleurésie chez les nouveau-nés, je crois devoir en joindre une troisième que j'appelle la forme sèche, parce qu'elle ne s'accompagne d'aucune espèce d'épanchement. Voici les caractères que je lui assigne d'après trois de mes observations :

La surface interne de la plèvre, au lieu d'être lisse, brillante, polie et glissante au toucher, paraît terne, sèche, poisseuse, ne réfléchit plus aussi vivement les rayons lumineux, et retient pour ainsi dire le doigt que l'on passe sur elle. En même temps on aperçoit à travers la transparence du feuillet pleural une trame vasculaire plus ou moins abondante qui témoigne du travail inflammatoire, ou tout au moins de l'état congestionnel dont cette membrane était le siége pendant la vie. Je me crois en droit d'attribuer ces apparences cadavériques à un commencement de pleurésie. La rapidité de la terminaison funeste a vraisemblablement empêché l'épanchement de se produire. J'ai vu deux fois la forme sèche coïncider avec la pneumonie. Dans un autre cas, elle était indépendante de toute altération du poumon.

Un mot sur le siége habituel des diverses lésions que je viens de signaler.

Sur les quatorze cas que j'ai observés, 8 fois la pleurésie était double, 6 fois unilatérale.

Des huit cas de pleurésie double, 3 appartenaient à la forme sèche, 2 à la forme séro-sanguinolente, 3 à la forme purulente et pseudo-membraneuse.

Les six cas de pleurésie unilatérale se décomposaient ainsi : forme séreuse, 1; forme séro-sanguinolente, 1; forme purulente et pseudo-membraneuse, 4. Chose remarquable, c'est la plèvre gauche qui est le plus souvent atteinte. D'après le relevé de mes observations, elle l'a été 5 fois sur 6.

Une particularité anatomique curieuse de la pleurésie gauche, c'est le siége de prédilection du pus et des fausses membranes entre la plèvre et le péricarde. Quoique habituellement répandus sur toute la surface de la plèvre, ces deux produits inflammatoires ne sont nulle part plus abondants que dans les points de contact des séreuses péricardique et pleurale.

Ceci me conduit à une autre remarque importante, c'est que la pleurésie chez les nouveau-nés est presque constamment générale, elle a fort peu de tendance à se localiser, à se circonscrire, et cela par une raison bien simple, c'est que la maladie est de trop courte durée pour permettre aux fausses membranes de s'organiser et d'emprisonner comme dans un kyste une certaine quantité de liquide.

Quelles sont les concomitances anatomiques les plus habituelles de la pleurésie chez les nouveau-nés?

Nous venons de voir dans certains cas l'inflammation du péricarde s'associer à l'inflammation de la plèvre, circonstance qui a été notée par M. Mignot dans son livre. « Nous avons été surpris, dit-il, de rencontrer dans trois cas sur neuf une injection très-vive de la surface interne du péricarde, aussi vive que de la plèvre. » (*Loc. cit.*, p. 162.)

On se rappelle encore que dans l'une de nos observations la pleurésie s'accompagnait d'un abcès superficiel du poumon correspondant à la plèvre malade.

Mais une concomitance bien autrement fréquente, c'est l'engouement ou l'hépatisation de l'organe pulmonaire. Suivant Valleix, il n'y aurait pas chez les nouveau-nés de pleurésie qui ne s'accompagnât des lésions de la pneumonie.

Cette proposition est évidemment entachée d'exagération. Sans parler des observations de Billard que Valleix a si vivement critiquées, je pourrais invoquer l'autorité de Baron fils, lequel avance que c'est particulièrement chez les nouveau-nés qu'on rencontre la pleurésie sans pneumonie concomitante, et le témoignage de M. Mignot qui sur dix cas de pleurésie en a vu cinq seulement à cette période de la vie extra-utérine s'accompagner d'hépatisation. Quant à moi, voici ce que j'ai observé :

Sur 14 cas de pleurésie à divers degrés, je trouve :

Hépatisation.	7 fois.
Engouement.	4 —
Poumons sains et crépitants	3 —

Ces chiffres sont significatifs et montrent ce qu'il y a d'inexact dans l'assertion de Valleix.

Dans sa remarquable thèse sur la pleurésie des enfants, Baron fils avait signalé, sans entrer dans aucun détail, la fréquente coïncidence des lésions abdominales et encéphaliques avec la pleurésie chez les nouveau-nés. Mes recherches personnelles justifient pleinement cet aperçu.

En effet, sur les 14 cas qui me sont propres, j'ai rencontré onze fois les lésions de la gastro-entérite, et parmi ces onze cas, il en est trois dans lesquels il existait des ulcérations de la fin de l'intestin grêle ou du gros intestin.

En dehors de ces onze cas, j'ai rencontré une fois le ramollissement pultacé de la muqueuse stomacale, sans autre lésion du reste de l'intestin. Ce qui porte à donze le nombre de mes nou-

---

ces et s'avisant un beau jour d'écrire ses mémoires comme un bon *bourgeois de Paris*.

Un tel homme ne pouvait pas longtemps rester en province; dès 1612 il vint à Paris, attiré peut-être par le père Joseph ou par Richelieu lui-même et dans le but de réaliser quelques-uns de ses *innocents projets*, comme il les appelle lui-même [1]. A cette époque, nous croyons l'avoir déjà dit, les docteurs reçus par la Faculté de Paris avaient seuls le droit d'exercer la médecine dans cette ville et ses faubourgs; cependant les médecins du roi et de la famille royale jouissaient par ce seul fait du même droit, en quelque faculté qu'ils eussent été reçus. Renaudot, pour être en règle, fut nommé médecin du roi, titre sans emploi et purement honorifique, qui le plaçait cependant hors des atteintes de la Faculté.

Ainsi protégé, il ne tarda pas à se mettre à l'œuvre, mais son premier projet, qui était le *bureau d'adresse* et qui contient tous les autres en germe, fut long à éclore et ne se trouva complétement réalisé qu'en 1630. Ce bureau d'adresse ou de rencontre, comme on l'appelait plus souvent, mérite de nous arrêter, car c'est l'œuvre la plus originale et la plus surprenante pour l'époque où il vit le jour. Assurément nous sommes maintenant habitués à de bien autres choses et plus étonnantes; mais si on se reporte par la pensée au milieu du dix-septième siècle, si on songe à toutes les difficultés que devait présenter la réalisation d'un pareil dessein dans un pays sans communications, sans relations internationales ou même interprovinciales, presque sans routes, l'on sera vraiment surpris, et plus surpris encore quand on verra à quelle perfection notre homme a su, du premier coup, porter cette institution.

Renaudot établit le centre de ses opérations *rue de la Calandre, sortant au marché Neuf, près le Palais, à l'enseigne du Coq*. La rue de la Calandre et le Marché Neuf ont disparu, toutes les inventions de Renaudot vivent encore. Il paraît que c'est dans Montaigne ou même dans Aristote (en ce temps-là hommes et choses, rien ne voulait passer pour roturier!) qu'il prit le germe de ce bureau d'adresse. Nous ne pouvons pas citer le passage de Montaigne (*Essais*, chap. 34), mais il vaut la peine d'être lu; nous aimons mieux céder la parole à l'inventeur lui-même, en l'abrégeant : « Chacun sent la difficulté » qu'il y a de rencontrer à point nommé ses nécessités; il semble » manquer à notre société quelque lieu public qui soit comme le ral- » liement de tant de pièces détachées. De l'absence d'un pareil éta- » blissement se sentent presque toutes les conditions. Par exemple, » un apothicaire a dispensé quelque remède rare, mais excellent. Il » se présente une maladie fâcheuse où les médecins recommandent » celui-ci; mais pour ce qu'on ne sait le lieu où il se trouve, on est » contraint de s'en passer... Le trafic en sera aussi notoirement faci- » lité, car si on ne souhaite pas ce qu'on ne cognoist pas, la cognois- » sance des choses nous en amène l'envie, ce qui augmentera visi- » blement le commerce... Je finis par les pauvres, l'objet de mes la- » beurs et la plus agréable fin que je me sois jamais proposée. Entre » toutes les causes de la pauvreté, c'est que les malheureux affluent » dans cette ville sous l'espérance de quelque avancement, qui se » trouve ordinairement vaine et trompeuse... Ils pourront désormais, » une heure après leur arrivée, venir apprendre au bureau s'il y a » quelque emploi ou condition présents. »

On obtenait effectivement tous les renseignements possibles, et Renaudot, dans une sorte de prospectus, en donna fort au long tous les détails; il commence comme toujours par les pauvres et les malades, qui auront là, ouvertement ou *secrètement*, tous les conseils qu'ils pourront désirer; le bureau fournit « d'adresses pour acheter » et vendre les études et pratiques des procureurs et notaires, les » bibliothèques... on y tiendra roolle des maîtres d'apprentissage; » comme aussi sera tenu registre à part des compagnons et ouvriers... » On y trouvera cuisiniers, fruitiers et confituriers, sommeliers, pos- » tillons, etc.... Maisons où l'on prend pensionnaires et demi-pen- » sionnaires... offices à vendre et à acheter... adresses des chemins » ez païs éloignez... Adresses de ceux qui ont argent à prêter... » achat et vente de meubles, tableaux, figures, médailles, etc. »

On y lit même l'article suivant : « Ce bureau ne fera tort à per- » sonne, sera commode à chacun, mesme aux *entremetteurs et proxé-* » *nètes*. » N'oublions pas que nous sommes au dix-septième siècle, et que ces vilains mots n'avaient pas toute la mauvaise signification qu'on leur a donnée depuis [1].

En vérité, tout se trouve, rien ne manque dans cet étrange document découvert par M. Pottier, conservateur de la bibliothèque de Rouen. Ne vous semble-t-il pas lire ces singulières affiches répandues à profusion sur tous les murs : *Avez-vous besoin d'argent!!! Traitement à suivre en secret, même en voyage!!!* Renaudot était un homme d'ordre, disons tout, un homme de génie; il a cependant oublié un point : *l'Agence matrimoniale!* On ne peut pas songer à tout.

On devine quelle affluence de monde devait se rencontrer dans cette misérable rue de la Calandre, car évidemment l'invention de Théophraste répondait à un besoin sérieux et réel. Il ne tarda pas à y joindre une annexe qui n'est rien moins que le Mont-de-Piété avec son organisation actuelle, moins le prêt usuraire, auquel a recours aujourd'hui cette institution dite de bienfaisance.

---

(1) Les journaux, un innocent projet!!!

(1) Voici quelques articles d'une affiche du bureau d'adresse publiée par M. E. Fournier, dans les *Variétés historiques et littéraires*. — Nous prions le lecteur de ne pas croire à une mystification :

28. — On donnera l'invention d'arrester le gibier et l'empescher de sortir du bois, et d'y rentrer quand il en sera sorti par d'autres lieux que ceux qu'on voudra.

29. — Un autre donnera l'invention de nourrir quantité de volailles à peu de frais.

31. — On demande, à constitution de rente, la somme de huit cents livres, sur bonnes assurances.

34. — On demande compagnie pour aller en Italie dans quinze jours.

35. — *On vendra un ieune dromadaire à prix raisonnable, etc.*

veau-nés pleurétiques atteints d'altération concomitante de la muqueuse digestive. J'appelle l'attention sur ce point.

Pour ne rien omettre, je mentionnerai la congestion du foie, de la rate et des reins dans sept cas, la gravelle dans deux cas, dont un avec distension hydrorénale.

Du côté de la cavité encéphalique, les lésions cadavériques qui ont coïncidé avec celles de la pleurésie chez mes petits malades ne sont pas moins remarquables.

Ainsi, sur 14 cas, j'ai constaté 7 fois une congestion très-forte des méninges, congestion poussée dans quatre cas jusqu'à l'hémorrhagie. Les veines de la pie-mère étaient habituellement distendues par une quantité considérable de sang noir le plus souvent liquide, quelquefois coagulé. Les vaisseaux ventriculaires et les plexus choroïdes participaient d'ordinaire à cet état d'hyperémie. Lorsqu'il y avait hémorrhagie méningée, celle-ci existait tantôt dans la cavité de l'arachnoïde, tantôt dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, d'autres fois enfin entre la pie-mère et la substance cérébrale. Dans le premier cas, les caillots occupaient les fosses occipitales ou sphénoïdales, et se présentaient sous la forme de petits cordons noirs, parfaitement cylindriques, de 1 à 2 centimètres de diamètre, et rappelant l'aspect des petites sangsues algériennes. Dans le cas d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, le sang épanché était étalé à la surface convexe de l'un des lobes cérébraux, et constituait une vaste plaque noirâtre de 1 à 2 millimètres d'épaisseur environ, et dont le diamètre variait de 2 à 4 centimètres. Enfin, le sang épanché pouvait se présenter sous la forme d'un caillot noir immédiatement situé au-dessous de la pie-mère, comme chez le sujet de l'observation suivante :

Pleurésie droite chez un nouveau-né, compliquée d'hémorrhagie méningée et de gravelle rénale.

Enfant du sexe masculin, né le 26 janvier 1864, à la Maternité, à terme, et pesant 3 kilos 280 grammes. Durée du travail, onze heures. Délivrance naturelle. La mère de cet enfant, déjà malade avant d'accoucher, a été prise d'une péritonite à laquelle elle a succombé le 31 janvier.

Jusqu'au 27 janvier, l'enfant tette bien.

Dans la nuit du 27 au 28, il pleure beaucoup, ne veut pas teter.

Le lendemain 28, on me le présente dans l'état suivant : commencement de cyanose, teinte bleuâtre, mais peu foncée, de tout le tégument externe ; ventre tendu, ballonné, sonore à la percussion ; pas de diarrhée ; un peu de matité quand on percute en arrière le côté droit de la poitrine ; de ce côté, la respiration s'entend mal ; cri plaintif ; extrémités froides, respiration précipitée ; rigidité des muscles des membres. Cette contracture est telle que l'on serait tenté de croire à un sclérème ; mais en imprimant quelques mouvements forcés aux membres, on triomphe de l'état spasmodique du système musculaire et on rend aux chairs leur souplesse naturelle. Je prescris quelques ventouses sèches sur la partie postérieure du tronc ; mais la mort arrive ce même jour, avant qu'on ait eu le temps de les appliquer.

Autopsie le 29 janvier. — Epanchement considérable dans la plèvre droite, formé par un liquide trouble, jaunâtre, mélange de pus et de sérosité. Fausses membranes minces, jaunâtres, disséminées par petits îlots dont le diamètre varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une lentille, non-seulement sur la périphérie des poumons, mais encore sur les parois costale et diaphragmatique. Les lobes pulmonaires sont réunis entre eux par des fausses membranes très-ténues, très-fragiles, mais qui toutefois opposent une légère résistance quand on essaye de séparer ces lobes. Les deux poumons sont engoués, peu crépitants, sauf à leur sommet ; mais des fragments d'une partie quelconque de ces organes surnagent dans le liquide où on les plonge. Un peu de sérosité trouble dans la plèvre gauche et d'engouement pulmonaire de ce côté. Cœur et péricarde à l'état normal.

Réseau vasculaire veineux de la pie-mère très-développé et gorgé de sang noir. L'arachnoïde est soulevée par une certaine quantité de sérosité limpide qui lui donne l'apparence d'une gelée tremblotante. A la partie antérieure du lobe supérieur droit du cerveau, apparaît une tache noire du diamètre d'une pièce d'un franc, constituée par du sang noir coagulé et épanché au-dessous de la pie-mère. En cherchant avec le scalpel à détacher ce caillot sanguin, on s'aperçoit qu'au lieu d'être mince et superficiel, il a une profondeur d'un centimètre à un centimètre et demi environ, et qu'il occupe au-dessous de l'enveloppe vasculaire du cerveau une petite cavité en forme de cavité digitale. Au contact de ce caillot, la substance cérébrale présente un ramollissement sensible.

Pas de congestion de la pulpe encéphalique, qui est mollasse et s'étire sans se rompre comme de la pâte de guimauve. Peu de sérosité dans les ventricules cérébraux. Les sinus de la dure-mère sont distendus par une grande quantité de sang noir.

Les anses intestinales sont réunies par un liquide glutineux semblable à une solution de gomme ; pas d'épanchement séreux dans le péritoine ; ni pus ni fausses membranes. Foie assez volumineux, d'un rouge noirâtre, présentant à la partie la plus culminante de sa surface convexe une sorte d'induration fibro-plastique, du volume d'une noisette et d'une couleur fauve qui tranche sur la couleur brune de l'organe hépatique. Rate tendue, congestionnée, d'un noir ardoisé. Reins volumineux, parsemés de taches en aigrettes, jaune orangé, présentant la forme triangulaire, et constituées par une poussière fine contenue dans les tubes urinifères des pyramides. Cette poussière, soumise à l'analyse chimique et microscopique par M. Ordoñez, n'était autre chose que de l'urate de soude. C'est ce que j'ai appelé la *gravelle des nouveau-nés*.

J'ai choisi cette observation entre plusieurs autres, parce qu'elle présente un spécimen des altérations les plus curieuses qui puissent compliquer la pleurésie des nouveau-nés, à savoir, l'hémorrhagie méningée et la gravelle rénale. L'hémorrhagie méningée s'est traduite pendant la vie par une rigidité spasmodique des membres qui aurait pu en imposer pour du sclérème. Quant à la gravelle, elle n'était liée, bien entendu, par aucun rapport de causalité avec l'épanchement pleurétique. C'est une pure coïncidence.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE par les purgatifs.

Par M. le professeur BRESLAU, directeur de la Clinique obstétricale de Zurich.

Le traitement de la fièvre puerpérale par les purgatifs énergiques et répétés, fort préconisé au commencement de ce siècle par un certain nombre d'accoucheurs anglais, à peu près complétement abandonné depuis, a été remis en honneur récemment par M. Seyfert (de Prague). C'est après avoir étudié la pratique de ce médecin que M. Breslau s'est décidé à son tour à essayer cette méthode. Les résultats désolants des moyens ordinairement employés justifiaient d'ailleurs un pareil essai, qui a laissé dans l'esprit de M. Breslau une impression assez favorable.

Les faits dont il rend compte dans son travail sont au nombre de 28, chiffre qui n'est pas assez considérable pour en faire la base de conclusions définitives, sans doute, mais suffisant pour autoriser de nouvelles tentatives.

L'auteur n'entend d'ailleurs pas affirmer que, dans ces 28 cas, il se soit toujours agi de véritables fièvres puerpérales, le traitement ayant été mis en exécution dans des cas douteux, dont une issue heureuse n'a pas permis de fixer la nature d'une manière tout à fait démonstrative.

Toutefois, les observations de ce genre ne sont guère qu'au nombre de 6 ; il en reste toujours 22 qu'on ne saurait récuser, et la plupart d'entre elles sont relatives aux formes les plus périlleuses de la fièvre puerpérale.

Voici quel a été, au total, le résultat du traitement :

Sur les 28 malades, 3 seulement succombèrent. En acceptant le chiffre restreint de 22, la mortalité n'est encore que de 13,6 pour 100, tandis que les proportions les plus habituelles varient de 25 à 40 pour 100.

Parmi les 25 cas suivis de guérison, on compte 19 fièvres puerpérales graves. Deux fois seulement des affections consécutives sont survenues (un abcès pelvien et une mastite métastatique). L'influence avantageuse des purgatifs a toujours paru évidente : à part le soulagement éprouvé par les malades, leur emploi était suivi d'une diminution de la fièvre, d'un abaissement de la température, d'un ralentissement du pouls, de la disparition du météorisme et de la rétraction de l'utérus.

Les règles auxquelles M. Breslau s'est conformé et qu'il recommande de suivre, sont les suivantes :

1° Il faut administrer un purgatif le plus tôt possible, et, dans tous les cas, avant que vingt-quatre heures se soient écoulées depuis le début de la fièvre. Dans tous les cas où la fièvre atteint rapidement une grande intensité, on ne devra pas hésiter, alors même qu'il est douteux si l'on a affaire à une fièvre puerpérale ou seulement à une fièvre d'irritation, à la fièvre de lait. Un purgatif donné dans ces conditions sera toujours exempt d'inconvénients, et il peut y avoir des dangers sérieux à en différer l'administration.

2° Il convient d'employer d'emblée un purgatif énergique, et de le répéter dans un terme plus ou moins prochain et à diverses reprises, lorsque les circonstances l'exigent.

M. Breslau emploie de préférence un purgatif composé de 2 à 3 onces d'infusion de séné, et 4 à 16 grammes de sel de Seignette ou de sulfate de magnésie : on obtient ainsi de deux à vingt selles. Mais ce n'est pas au nombre des évacuations qu'il faut attacher le plus d'importance, c'est de leur abondance surtout qu'il faut tenir compte, et ce sont surtout les selles franchement diarrhéiques qui exercent une influence décisive, critique sur la marche de la maladie.

On répète le purgatif lorsqu'une première dose n'a pas produit un effet décisif et durable. Il est rare qu'une seule purgation suffise, et il convient de la répéter dès que la maladie paraît s'aggraver.

L'auteur a alors recours le plus souvent à l'huile de ricin, au calomel, au jalap, etc. La persistance de la diarrhée après la première administration d'un purgatif est ordinairement l'indice d'une modification avantageuse, et dispense le médecin de répéter le médicament.

3° Les purgatifs ne sont pas contre-indiqués par l'existence actuelle d'une péritonite générale ou partielle, d'une ovarite, d'une salpingite ; donnés dans ces conditions, ils exercent une action antiphlogistique éminemment utile.

4° On peut, du reste, associer aux purgatifs d'autres moyens thérapeutique (sangsues, frictions mercurielles, cataplasmes froids ou tièdes), lorsque les symptômes d'une péritonite commençante dominent. (*Arch. der Heilkunde* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 février 1864. — Présidence de M. MORIN.

MM. MILNE-EDWARDS et LARTET communiquent des remarques sur quelques résultats de fouilles faites récemment par M. de Lastic dans la caverne de Bruniquel, sur les bords de l'Aveyron. Les résultats de ces fouilles fournissent un nouvel élément pour l'étude des questions relatives à l'histoire naturelle de l'homme ; ils établissent, en particulier, que l'homme y a été contemporain du renne avant la disparition de ce quadrupède des forêts de la Gaule et sa retraite vers les régions circompolaires.

Recherches médico-physiologiques sur l'oxygène, par MM. DEMARQUAY et LECONTE. (Deuxième partie.)

Dans notre premier mémoire, nous avons étudié l'influence que

---

Le Mont-de-Piété existait en Italie, Renaudot ne fit que le transporter en France. Ce fut une conséquence de ses moyens d'information. Si un homme, dit-il, veut se défaire d'une bague qu'il estime 300 livres, il pourra trouver, avec les renseignements du bureau, un acquéreur à ce prix. Mais s'il ne trouve pas d'acquéreur, il se peut qu'il soit fort heureux de toucher, en déposant l'objet, une certaine somme. Renaudot ne prête qu'une somme égale au tiers de l'estimation et pour un temps déterminé. L'intérêt est de six deniers par livre ou un peu moins de trois pour cent. Si au jour dit l'objet engagé n'est pas repris, il est vendu, et l'excédant, s'il y en a, est rendu au propriétaire, qui peut le réclamer pendant l'espace d'un an et demi.

Renaudot attacha encore à son bureau, et toujours dans l'intérêt des pauvres, dit-il, un service de *consultations gratuites*. Il fournissait aussi gratuitement la plupart des médicaments, pris surtout dans la classe des minéraux, et préparés dans cette même maison de la rue de la Calandre, véritable pandæmonium où l'on trouvait toutes choses, où l'on s'occupait de tout.

C'était là une idée heureuse et charitable par-dessus toutes ; et quand bien même, ce qui n'est pas prouvé, l'inventeur eût bien plus agi dans son intérêt que dans celui des malades, il faudrait encore lui en tenir grand compte. Ces consultations attirèrent rapidement un concours de pauvres malades. Renaudot convia ses confrères de Paris à venir prendre part à cette bonne œuvre, et quelques-uns répondirent à son appel ; mais détournés par leurs collègues, ils ne tardèrent pas à se retirer.

Ces diverses inventions valurent à leur auteur les titres les plus pompeux ; il fut, par lettres patentes, déclaré *médecin du Roi, commissaire général des pauvres, maître et intendant général des bureaux d'adresses de France*, avec privilége spécial pour lui et ses descendants. Y trouva-t-il quelque profit certain ? Au point de vue de la clientèle, cela est indubitable, et Renaudot devint un médecin très-répandu dans le grand monde. Mais, si nous l'en croyons, le bénéfice pécuniaire ne fut pas grand. Nous voyons bien, dans une occasion, le roi Louis XIII lui accorder une gratification de 600 livres, et le cardinal de Richelieu lui promettre, au faubourg Saint-Antoine, un terrain (qu'il ne posséda jamais), pour y construire une sorte d'hôpital. Ç'aurait été, paraît-il, dans la pensée du ministre, un rival destiné à annihiler, ou tout au moins à amoindrir considérablement le rôle de l'orgueilleuse et trop puissante Faculté. Dans un mémoire, Renaudot déclare qu'il lui en coûte tous les ans « plus de 2,000 livres du sien » pour fournir aux pauvres malades tous les remèdes dont ils avaient » besoin. » Notre homme n'étant pas, après tout, un saint Vincent de Paul, nous sommes porté à penser que ces 2,000 livres constituaient un placement des plus avantageux, ce dont nous ne saurions d'ailleurs le blâmer en aucune façon.

Notre chercheur ne s'en tint pas là, et il nous reste à dire un mot de son invention la plus féconde et la plus importante, c'est-à-dire la création de la *Gazette*. Grâce à son bureau de placement et de vente, à ses consultations, à sa nombreuse clientèle et à ses relations avec son ami d'Hozier, le célèbre généalogiste, Renaudot était admirablement placé pour connaître mieux qu'homme du monde les nouvelles de tous les jours. C'était là un filon de mine qu'il ne pouvait pas manquer d'exploiter. Il commença par quelques feuilles manuscrites, dites *Nouvelles à la main*, qu'il faisait copier à un certain nombre d'exemplaires, et qui étaient vendues aux principaux personnages de l'époque. Ces nouvelles à la main eurent un si grand succès, qu'il dut songer à appeler l'imprimerie à son aide : c'est ainsi que naquit la *Gazette* (1). Le premier numéro de ce journal hebdomadaire parut, selon M. Hatin, dans les derniers jours de mai 1631. C'était une sorte de feuille officielle, sans discussion politique ni économique, où se trouvaient relatés les événements les plus importants. Si, pour nous aujourd'hui, ce journal aurait peu d'intérêt, il n'en fut pas de même à l'époque où il parut, et son succès fut énorme.

(1) La *Gazette* conserva ce simple titre jusqu'en 1792. A partir de cette époque, elle s'intitula *Gazette de France*.

Nous en trouverions la preuve, fauté d'autres, dans le nombre d'envieux que fit la *Gazette*, et dans les fréquentes invectives qui accueillirent son malheureux directeur, et qu'il eut l'esprit de négliger presque toujours. Quand Guy Patin veut insulter Renaudot, une de ses injures favorites est le mot *gazetier* (1), et cela étonne à bon droit M. Sainte-Beuve, qui croit que le célèbre docteur était homme à inventer lui-même les *gazettes*. Nous pensons qu'en ce point l'éminent critique se trompe, Guy Patin était trop le docteur du dix-septième siècle pour inventer ces petits chiffons de papier dont il ne comprenait assurément pas toute l'importance ; mais cela ne l'empêche pas d'être, dans toute sa correspondance, aussi gazetier que Renaudot lui-même, tout au moins ; seulement, il amuse bien davantage.

Renaudot est-il bien l'inventeur des gazettes ? Nous ne pouvons pas ici discuter à fond cette question ; mais nous sommes d'avis qu'il prit son idée chez les Anglais et chez les Hollandais, en possession déjà de pareilles feuilles. D'ailleurs, lui-même ne se donne jamais comme inventeur : « La publication des gazettes, dit-il, est, à » la vérité, nouvelle, mais en France seulement... » Et plus loin : « Les suffrages de la voix publique m'épargnent désormais de répon- » dre aux objections auxquelles *l'introduction que j'ai faite en France* » *des Gazettes* donnait lieu... » Mais cela ne diminue guère le mérite de notre docteur ; car il sut faire ce qu'on n'avait pas fait ailleurs, une œuvre suivie, importante, le plan et le modèle de tous les journaux qui depuis ont vu le jour. Ainsi, c'est bien à lui qu'on doit cette terrible et féconde conquête des temps modernes, qui a eu de si grands et de si imprévus résultats. Et quand on songe que c'est le cardinal de Richelieu qui fut le protecteur d'une pareille œuvre ! Le ministre d'un des aïeux du roi Charles X ! ! ! Dr H. MONTANIER.

(1) Cette épithète flattait si peu le journaliste, qu'il fit tous ses efforts pour obtenir le titre d'*historiographe de France*. C'était la même chose ; mais comme cela sonnait bien mieux ! Le dix-septième siècle perce partout.

(La suite prochainement.)

l'oxygène exerce sur les animaux qui le respirent pendant un certain temps, et nous avons constaté que l'air vital n'amenait qu'une grande turgescence du système vasculaire sanguin, qu'il ne déterminait aucune inflammation viscérale, enfin que sa présence dans le sang se manifestait sur les plaies par des signes non douteux. Ces faits une fois acquis, nous avons étudié l'action de l'oxygène sur l'homme sain ou affecté de plaie. Localement appliqué sur une plaie récente ou ancienne, à l'aide des manchons en caoutchouc fabriqués par M. Galante, l'air vital ne détermine aucune douleur vive; le malade accuse un peu de picotement et de chaleur. Injecté dans les cavités muqueuses ou séreuses, il cause les mêmes sensations. J'ai pu l'injecter sans inconvénient dans la vessie, dans la tunique vaginale. Un de nos malades affecté d'hydrocèle a guéri à la suite de cette injection. Lorsque l'oxygène reste au contact des plaies de bonne nature, on observe au bout de quelques heures que la suppuration est modifiée : elle est peu abondante, plus ténue ; les bourgeons charnus eux-mêmes semblent devenus plus petits, ils ont un aspect grisâtre; mais au bout de quelque temps, lorsque l'oxygène est enlevé, ils redeviennent rouges, turgescents, et si les applications sont répétées plusieurs jours de suite et quelques heures chaque fois, ils finissent par amener une inflammation plus ou moins vive de la plaie. Mais un fait remarquable, c'est l'action que l'oxygène exerce sur la rougeur congestive ou inflammatoire qui environne les plaies : il modifie rapidement ces rougeurs. Nous avons pu, en nous appuyant sur cette propriété, combattre avantageusement la rougeur qui accompagne les ulcères des membres et l'injection de la peau qui persiste à la suite de l'eczéma.

Le côté le plus intéressant de ces recherches, c'est l'action que l'oxygène exerce sur l'organisme quand il a été respiré. Nous avons pu respirer l'oxygène, le faire respirer à nos élèves et à des amis à la dose de 20 à 30 litres, sans aucun inconvénient. Depuis plus de six mois nous avons soumis un grand nombre de nos malades à l'action de l'air vital, sans déterminer le plus petit accident. Des malades ont inhalé chaque jour 20 à 40 litres d'oxygène pendant un mois ou six semaines, sans éprouver autre chose qu'une grande modification dans leur santé. Les personnes qui respirent l'air vital accusent peu de sensation : un peu de chaleur dans l'arrière-gorge ou la poitrine, quelquefois un peu d'ivresse ou un peu de céphalalgie. Le pouls, au début des inhalations de l'oxygène, s'élève généralement et devient plus serré ; chez d'autres malades, au contraire, le nombre des pulsations diminue. Voilà pour les phénomènes primitifs. Les phénomènes secondaires sont plus accusés : beaucoup de personnes éprouvent, après avoir respiré l'air vital, une sensation de bien-être général, une respiration plus facile, et un besoin de réparation. En effet, un des phénomènes curieux de cet agent, c'est de relever les forces et de développer l'appétit. Quelquefois le besoin de réparation est tel, que les malades demandent une augmentation d'aliments et sont obligés de multiplier leurs repas. Cependant il y a des exceptions; des malades épuisés par de longues maladies n'ont pu être modifiés. Les malades affectés de plaies récentes ou anciennes, au bout de quelques jours d'inhalation d'oxygène, voient celles-ci s'injecter, rougir et donner une suppuration plus abondante. Cette particularité explique les faits observés par Chaptal et Fourcroy. Leurs phthisiques, arrivés à la troisième période de cette maladie, avaient d'abord éprouvé un grand bien-être des inhalations de l'air vital. Mais bientôt les phénomènes inflammatoires redevenaient plus intenses, ainsi que l'expectoration plus abondante et la toux plus fréquente ; finalement, la mort arrivait. Que serait-il arrivé si, au lieu de faire respirer l'oxygène à des malades arrivés au troisième degré de la maladie, on avait pris des malades au début de la phthisie? Quoi qu'il en soit, nos expériences, comme celles de nos prédécesseurs, prouvent l'influence reconstituante de l'oxygène. En lisant les travaux qui ont été publiés en France sur l'air comprimé appliqué à la médecine, et surtout l'ouvrage très-remarquable de M. Pravaz, nous avons été frappés des effets obtenus par le célèbre médecin lyonnais. Nous vîmes bientôt que les phénomènes physiques mis de côté, les phénomènes chimiques ou organo-plastiques obtenus avec l'air comprimé ou l'oxygène étaient absolument les mêmes. M. le docteur Folley, qui vient de publier un travail intéressant sur l'air comprimé, après avoir suivi nos expériences, est arrivé à la même conclusion que nous.

Ce fait est important, car il est facile de se procurer et de l'oxygène et l'appareil fort simple avec lequel on le respire, tandis que l'air comprimé exige, pour son emploi, non-seulement des appareils spéciaux, mais encore un déplacement des malades qui n'est pas toujours facile. Toutefois, dans des conditions que nous déterminerons ailleurs, l'air vital ne pourra jamais remplacer l'air comprimé. En résumé :

1° L'oxygène, appliqué sur des plaies récentes ou anciennes, provoque peu de douleurs, mais il amène ultérieurement une réaction plus ou moins vive;

2° Il peut être injecté dans des cavités muqueuses ou séreuses sans amener d'accidents;

3° Il peut être respiré longtemps à la dose de 20 à 40 litres par jour et en une fois sans amener d'accidents;

4° Sa propriété essentielle est de remonter les forces, d'exciter les puissances d'assimilation et de développer l'appétit. (Commissaires précédemment nommés, MM. Andral, Bernard.)

Expériences sur les générations spontanées, par **M. G. D'AUVRAY.**

L'auteur résume en ces termes les principaux résultats de ses expériences sur ce sujet :

Ces résultats sont dus particulièrement à l'emploi des deux moyens d'investigation que voici :

1° A l'aide de substances poreuses artificielles, entrant dans la composition de l'appareil auquel je donne le nom de *bio-dyaliseur*, et en mettant l'endosmose en jeu, j'arrive à opérer le triage par ordre de grosseur de tous les corpuscules microscopiques en suspension dans un liquide;

2° Par des perfectionnements apportés au microscope, spécialement au mode d'éclairage de cet instrument, et qui ont pour effet d'accroître très-notablement son pouvoir amplifiant, je rends visibles les corpuscules isolés par voie de dialyse, y compris les *germes* des monadaires et des protophytes, et c'est à dessein que j'emploie le mot *germes*.

Ces procédés et appareils sont décrits et figurés dans mon mémoire.

Ce résumé est renvoyé, conformément à la demande de l'auteur, à la commission nommée dans la séance du 4 janvier, pour la question des générations dites spontanées.

— **M. L. KLUGEL** adresse de Bucharest, où il est attaché à l'hôpital militaire en qualité de médecin oculiste, une note concernant les *effets des verres de lunettes à courbure sphérique placés obliquement devant des yeux astygmatiques*.

(Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Bernard et Fizeau.)

— **M. SARGENT** soumet au jugement de l'Académie un Mémoire sur l'emploi de *voitures* offrant certaines dispositions particulières qui permettent d'en faire usage pour certains malades ou convalescents, chez lesquels le mode de gestation paraît devoir favoriser l'action du traitement médical, hâter le retour vers la santé ou rendre plus supportables des infirmités dont le terme est éloigné quand il n'est pas complètement inespéré. (Commissaires, MM. Velpeau, Morin, Cloquet.)

— **M. F. VERRIER** présente une note *sur la scoliose*, qui fait suite à celle dont il a été fait mention au *Compte rendu* de la séance du 23 novembre 1863. Dans cette seconde partie, il traite du mécanisme des déviations de la colonne vertébrale qui ne proviennent pas de rachitisme, et annonce une troisième partie, dans laquelle il fera connaître son mode de traitement. (Renvoi à l'examen de M. Cloquet, précédemment désigné.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision du maréchal ministre de la guerre, en date du 3 février courant, M. Andrieu, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, a été désigné pour passer en la même qualité à l'hôpital militaire Saint-Martin.

M. Garnier, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Nice, remplace M. Andrieu à l'hôpital de Vincennes.

— M. Paul Janet, professeur de philosophie, qui a pris récemment une part si brillante dans la discussion de la Société médico-psychologique, sur l'animisme et le vitalisme, vient d'être nommé membre de l'Académie des sciences morales et politiques (section de morale), en remplacement de notre regrettable confrère M. Villermé.

— Désormais il est établi que, quand le nom et la qualité d'un médecin seront empruntés par un romancier et que l'auteur n'aura eu aucune intention de faire une personnalité, le médecin cité ne sera pas recevable d'une demande en dommages-intérêts.

Le procès engagé à l'occasion d'un roman intitulé : *Un début à l'Opéra*, a été terminé par un jugement qui déboutait le demandeur. Nous devons ajouter qu'il s'agissait plutôt d'une question de principe que de toute autre chose ; que M. le docteur T... avait décliné toute réclamation de dommages-intérêts, et que de son côté M. E. Feydau, l'auteur du roman, avait, dès la première réclamation, fait changer le nom du médecin dans la seconde édition de l'ouvrage.

— Nous venons de recevoir la thèse inaugurale soutenue en novembre 1863 devant la Faculté de médecine d'Iéna par M. le docteur Adde-Margras (de Nancy). Cet honorable médecin, dont on sait les nombreux travaux sur la vaccine, avait pris pour sujet de thèse le *choléra épidémique*.

— L'importante commune de Walincourt (Nord) demande un médecin. — Résidence agréable. — Clientèle immédiate assurée.

S'adresser au maire de Walincourt.

Erratum. — Dans notre dernière *Revue clinique*, n° du samedi 13 février, page 70, 3e colonne, ligne 28, *il faut lire* : la dilatation de l'urèthre et du col de la vessie, *au lieu de* : la dilatation de la vessie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

La folie devant les tribunaux, par M. le docteur Legrand du Saulle médecin expert près le tribunal civil de la Seine. Un vol. in-8° de 624 pages. Prix : 8 fr. — Paris, 1864, [chez F. Savy, éditeur], rue Hautefeuille, 24.

La femme au point de vue physiologique, pathologique et moral, étude médico-philosophique et littéraire, par M. le docteur Maurice Herczeghy, chirurgien-major de l'armée méridionale d'Italie, chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare. Un vol. in-12 de 456 pages. Prix : 5 fr. — Paris, 1864; chez Victor Masson et fils.

Qu'est-ce que l'albuminurie? ou de son analogie avec les sécrétions séreuses, séro-plastiques et les hémorrhagies qui se font soit à la surface, soit dans l'épaisseur des organes ; par M. le docteur Léon Germe, ancien interne des hôpitaux d'Arras. In-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole de Médecine.

Campagne d'Italie. Plaies d'armes à feu, par Eugène Sonrier, médecin-major de 1re classe du service des hôpitaux. Paris, 1863, in-8° 166 pages. Prix : 2 fr., chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 20. — JEUDI 18 FÉVRIER 1864. (37e ANNÉE.) N° 20. — JEUDI 18 FÉVRIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 FÉVRIER 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Bousquet a terminé hier la lecture de la deuxième partie de son argumentation sur la question de l'origine de la vaccine. On se rappelle que, dans la première partie, M. Bousquet s'est appliqué à faire ressortir les ressemblances et les dissemblances qui existent entre la vaccine et la variole. Il a rappelé les principes sur lesquels l'histoire naturelle fonde la distinction des espèces, et a fait voir que ces principes s'appliquent de tout point aux maladies contagieuses, aux maladies virulentes qui naissent de germe ou de semence; ce qui l'a conduit à établir que la variole et la vaccine constituent en pathologie deux espèces morbides distinctes par les mêmes raisons et au même titre que les espèces animales et végétales.

Cette proposition, comme la proposition contraire, pour passer à l'état de vérité établie, n'aurait besoin que d'une expérience consistant à faire passer par inoculation la variole de l'homme à la vache ou au cheval. On attend encore un résultat positif de cette expérience. Mais M. Bousquet n'attend pas, il admet par hypothèse que la variole passe de l'homme aux animaux, et il se demande ce qu'elle y devient, c'est-à-dire si elle s'y change en vaccine. Ce serait là, en effet, la condition d'admissibilité des deux virus variolique et vaccinal aux droits d'origine commune. Prenant une à une les deux éruptions et les suivant parallèlement dans leur marche, dans leurs manifestations et leurs effets, il arrive à démontrer, par un raisonnement emprunté au mode de démonstration que les mathématiciens appellent *par l'absurde*, que deux affections, si semblables qu'elles soient d'ailleurs, qui inoculées simultanément sur un même sujet y suivent parallèlement et indépendamment l'une de l'autre leur marche propre, avec leurs caractères spécifiques respectifs, ne sauraient être considérées comme provenant d'un même germe et constituant une espèce morbide unique et identique.

L'argumentation de M. Bousquet est très-pressante et bien faite assurément pour tenir en suspens les esprits les plus enclins à prendre parti pour la théorie de l'unité primitive d'origine de la variole et du cowpox. Mais plus la logique a de séductions, plus il faut se tenir en garde contre ses entraînements. Quoi qu'il en soit, cette argumentation rend plus nécessaire que jamais la solution de la question par l'expérimentation directe. C'est désormais la seule manière décisive de répondre à M. Bousquet, qui, jusque-là, conservera son droit de protester contre la confusion de la variole et de la vaccine.

— L'Académie, après cette savante dissertation, s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section d'hygiène. La lecture de ce rapport a été suivie, dit-on, d'une discussion très-longue et très-animée où les interpellations et les explications se sont croisées avec une grande vivacité. Il n'en est résulté, du reste, aucun changement dans l'ordre de présentation des candidats, qui est resté tel que l'a établi la section. Voici, si nos renseignements sont exacts, quel serait cet ordre: en 1re ligne, M. Delpech; 2e M. Dutrouleau; 3e M. Boudin; 4e M. Bergeron; 5e M. Bouchut; 6e M. Hillairet.

La section d'hygiène prendrait-elle la mauvaise habitude de classer les candidats d'après des considérations étrangères aux titres scientifiques et de ne tenir compte que pour mémoire du nombre et de l'importance de leurs travaux? Nous ne voudrions assurément prétendre qu'aucun des candidats portés sur la liste actuelle ne soit digne d'appartenir à l'Académie; mais nous demandons sérieusement si l'on croit que la section ait tenu d'une main impartiale la balance des titres. Espérons que l'Académie, qui ne peut avoir d'autre mobile que l'équité, rétablira les droits de chacun par son scrutin. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

Deux observations de polypes muqueux de l'estomac.

Les polypes de l'estomac doivent être fort rares à en juger par le silence que gardent la plupart des auteurs à cet égard. C'est à peine si dans les traités généraux on indique la muqueuse de l'estomac au nombre des surfaces qui peuvent donner naissance à ces productions morbides, et les observations particulières sont si clairsemées qu'il faut d'assez longues recherches pour en trouver quelques-unes.

Le hasard a mis deux fois de suite et presque en même temps deux cas de polypes muqueux de l'estomac sous les yeux de M. Cornil, qui a saisi cette occasion pour en faire l'étude au point de vue anatomo-pathologique, et qui en a fait le sujet d'une communication à la Société de biologie. Nous empruntons la relation de ces deux faits au dernier compte rendu des séances de cette Société.

Le premier fait est relatif à une femme morte avec une néo-membrane généralisée et épaisse de la dure-mère et une cirrhose du foie. Elle avait eu pendant sa vie des habitudes d'ivrognerie, et quelques jours avant sa mort, elle avait vomi du sang. La muqueuse de l'estomac présentait les caractères habituels d'une gastrite chronique: petites plaques et mamelons rosés, vascularisés, alternant avec des places déprimées et blanches; pigment noir infiltrant les couches superficielles de la muqueuse et lui donnant en certains points une coloration ardoisée. En outre, on voyait huit ou dix végétations ayant une base large ou rétrécie, variant du volume d'un grain de chenevis à une fève, nombreuses surtout en se rapprochant du pylore. Ces saillies polypeuses étaient mamelonnées, *molles, rosées*, plus ou moins injectées. On pouvait voir à la surface de celles qui étaient le plus vascularisées un assez riche réseau de capillaires. C'est sur la structure de ces petits polypes que M. Cornil a spécialement porté ses investigations. Il les a examinés au microscope à l'état frais, desséchés et durcis dans l'acide chromique. Voici les principaux résultats de cette étude:

Sur des coupes perpendiculaires à leur surface et comprenant toute leur étendue, ainsi que les membranes de l'estomac examinées à de faibles grossissements de 12 à 50 diamètres, on voyait les deux couches musculaires de l'estomac, le tissu cellulaire sous-muqueux épaissi et contenant de gros vaisseaux, puis le champignon polypeux lui-même qui se continuait directement avec la muqueuse voisine ou un peu hypertrophiée.

Dans cette partie saillante de la muqueuse qui représentait le polype, on voyait de longs tractus droits ou sinueux parallèles qui, partant de la profondeur, venaient se terminer par une extrémité libre et arrondie à sa surface. En outre, dans la plus grosse des tumeurs examinées, qui avait un demi-centimètre en hauteur, existaient plusieurs cavités généralement allongées, mais dont l'une, placée au centre, était arrondie.

Les mêmes préparations, examinées à un grossissement de 220 diamètres, ont montré les particularités suivantes:

Les longs tractus qui mesuraient presque toute l'étendue en diamètre de la saillie muqueuse, étaient formés par une membrane limitante anhiste partout bien nettement visible; leur longueur était de 0,05 à 0,1; ils contenaient dans leur intérieur des noyaux pâles; légèrement granuleux, à contours peu foncés, ayant de 0,005 à 0,006 en diamètre, généralement arrondis ou ovalaires, placés au milieu d'une substance granuleuse, ils se terminaient à la périphérie du polype au-dessous de sa surface extérieure, par une extrémité libre, arrondie, généralement un peu renflée. Un assez grand nombre de ces villosités contenait, en outre des noyaux, des gouttelettes graisseuses, réfringentes, jaunes, dont le volume variait de 0,005 à 0,015.

Quant aux cavités plus grandes qui se trouvaient dans le plus gros des polypes examinés, elles étaient constituées par une membrane limitante anhyste bien visible, tapissée à son intérieur par une couche simple ou double d'épithélium cylindrique. Ces cellules d'épithélium étaient parallèles entre elles, formant une couche continue, munies d'un noyau allongé, bordées à leur surface libre par une zone claire comme les cellules de l'intestin et ne montrant pas de cils vibratils. Enfin, dans l'intérieur de ces cavités kystiques, se trouvait un liquide contenant des cellules épithéliales devenues rondes et granuleuses.

Voici le second fait:

Une femme de quatre-vingts ans, hémiplégique et gâteuse depuis neuf mois, meurt de pneumonie sans qu'on ait pu se procurer de renseignements exacts sur ses antécédents. A l'autopsie, on trouve un ramollissement du lobe postérieur droit et toutes les lésions d'une pneumonie fibrino-purulente. A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit sur le péritoine diaphragmatique du côté gauche et sur toute la surface séreuse de l'estomac des filaments grêles et allongés, d'une transparence perlée particulière, simples ou rameux en nombre considérable, mesurant de 4 à 5 millimètres en longueur. L'examen microscopique a montré que c'étaient des corpuscules de Vater, bien caractérisés par leurs enveloppes concentriques et leur filet nerveux. Un grand nombre étaient ramifiés à leur extrémité libre.

La rate était saine; le foie contenait dans son intérieur une coque fibro-calcaire, de la grosseur d'une petite noix, remplie d'une bouillie caséeuse; les reins étaient parsemés de petits kystes à leur surface.

La muqueuse de l'estomac était épaissie, mamelonnée, parsemée d'arborisations vasculaires et de plaques ardoisées. A l'union du tiers droit avec le tiers moyen de cette surface, on voyait deux saillies, l'une polypeuse, l'autre à base large et à sommet légèrement déprimé. La première présentait un pédicule grêle allongé, formé par la muqueuse et possédant à son centre des vaisseaux (artère et veine). Le corps du polype était arrondi et lobulé en forme de chou-fleur; il avait le volume d'une grosse noisette. On pouvait, par une traction exercée sur lui, faire glisser la muqueuse et allonger ainsi le pédicule. La seconde tumeur était circulaire hémisphérique, non pédiculisée, déprimée à son centre et d'un diamètre de 1 centimètre environ. Ces deux petites tumeurs étaient couvertes d'un beau réseau de capillaires qui leur donnaient une coloration rosée. Sur les coupes verticales, on constatait que la muqueuse seule et le tissu cellulaire sous-muqueux participaient à leur formation. Il s'écoulait de la coupe une sérosité légèrement teinte de sang.

En regardant de près la muqueuse dans leur voisinage et dans toute la région pylorique de l'estomac, on pouvait voir de petites saillies villeuses plus ou moins allongées, bien marquées surtout sur le pédicule du polype.

L'examen microscopique de la muqueuse et de ces productions nouvelles a été fait le jour même de l'autopsie, et longtemps après lorsque la pièce eut durci dans l'acide chromique. En voici le résultat:

Les coupes verticales de la muqueuse, examinées à 40 diamètres, montraient les tubes glandulaires de l'estomac avec leur volume et leur contenu normal; mais le pourtour de leur orifice stomacal était hérissé de villosités plus ou moins longues; tantôt le pourtour de leur orifice était seulement hypertrophié et plus saillant qu'à leur état normal, tantôt cette hypertrophie avait donné naissance à la formation de villosités atteignant jusqu'à 1 millimètre de longueur; elles étaient d'autant plus nombreuses, plus grosses et plus voisines les unes des autres, qu'on se rapprochait des petites tumeurs décrites précédemment.

Sur les coupes verticales de la tumeur non pédiculisée, ces productions villeuses forment une couche superficielle où elles sont adhérentes par leur partie profonde les unes aux autres, libres seulement par leur sommet, de telle sorte qu'on ne peut plus distinguer d'orifice aux glandes en tube. Au-dessous de cette couche, les glandes de la muqueuse sont elles-mêmes hypertrophiées, et ont changé d'aspect. Elles sont presque toutes transformées en petites cavités arrondies, tapissées par leur épithélium sphérique ou polyédrique. Ces deux couches, papillaire et glandulaire, constituent la majeure partie de la tumeur, dont la couche profonde est formée par l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux.

La tumeur pédiculée, examinée à de faibles grossissements sur des coupes verticales, présente seulement des vacuoles généralement arrondies, glandulaires, tapissées par un épithélium et entourées d'un très-riche réseau vasculaire. La couche superficielle papillaire a presque partout disparu. Les vaisseaux vont en augmentant de volume et diminuant de nombre de la superficie du polype au pédicule, au centre duquel on ne trouve plus qu'une artère et une veine.

Les villosités examinées à de plus forts grossissements n'ont point paru posséder de vaisseaux. Elles possèdent une membrane ahyste limitante. Leur tissu est une substance fondamentale dense, renfermant un grand nombre de noyaux très-rapprochés les uns des autres. Ces productions, que M. Cornil était d'abord porté à regarder comme des glandes retournées, sont pleines et sans lumière centrale.

En résumé, on voit que dans la moitié gauche de l'estomac existaient des villosités au pourtour de l'orifice des glandes, phénomène constant chez certains animaux, mais très-rare chez l'homme, et attribué par Rokitanski à la gastrite catarrhale. Les tumeurs saillantes présentaient dans leur structure une couche superficielle de villosités réunies entre elles sans trace de conduits excréteurs, et une couche profonde formée par l'hypertrophie des glandes transformées en petites cavités closes.

M. Cornil croit pouvoir affirmer, en outre, en se basant sur l'étude de l'une de ces tumeurs, que l'hypertrophie des villosités et leur adhérence entre elles a été la cause de l'oblitération des conduits et de l'hypertrophie des culs-de-sac glandulaires.

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE.

M. DAGA, médecin-major.

Pneumonie du côté droit; gangrène circonscrite du poumon. — Tartre stibié; pilules de Graves. — Guérison.

Il est extrêmement rare, dit M. le professeur Grisolle, que la gangrène éclate dans le cours d'une pneumonie. Pour mon

propre compte, depuis vingt ans que je suis la visite de mes maîtres, où que je traite moi-même des malades dans les grands hôpitaux de France et de l'Algérie, je n'ai pu recueillir que quatre cas de gangrène du poumon : 1° chez un sujet atteint d'angine gangréneuse et de sphacèle de la région fessière; 2° dans un cas de variole confluente; 3° chez un militaire en proie à la cachexie paludéenne; 4° enfin, chez le malade dont nous allons rapporter l'observation.

La guérison, ajoute l'éminent praticien, en cas de gangrène même circonscrite, est un phénomène assez rare.

A ces divers titres, l'histoire de notre malade offrira, je l'espère, quelque intérêt. Le fait a été recueilli avec le plus grand soin par M. Duray, médecin requis, et par M. Deschuttelaère, médecin aide-major, qui m'a suppléé pendant mon absence.

H. J..., né dans le département de l'Ardèche, âgé de quarante-six ans, cantinier au 64e de ligne, entre à l'hôpital militaire de Lille le 14 octobre 1863.

Il nous paraît amaigri, d'un tempérament nerveux et d'une constitution passablement détériorée. Il a vieilli avant l'âge, et nous présente cette sorte d'usure prématurée que nous observons fréquemment chez les anciens militaires, principalement chez ceux qui ont séjourné quelque temps en Afrique. Il a passé plusieurs années dans cette contrée, et y a subi l'influence endémique. Il a essuyé plusieurs atteintes de fièvre intermittente et de diarrhée. Depuis sa rentrée en France, sa santé est satisfaisante, à part quelques légères bronchites qui surviennent au commencement de l'hiver. Il n'est pas très-sobre, et avoue qu'il se livre parfois à des excès de boisson.

Le 13 octobre, il ressent un malaise général suivi de perte d'appétit, de quelques frissons, et de point de côté intense à droite de la poitrine. Le médecin du corps jugeant le cas sérieux, le dirige aussitôt sur l'hôpital.

Le 15 au matin, décubitus dorsal; teinte terreuse générale de la peau; langue chargée d'un enduit épais, jaunâtre; perte complète de l'appétit; quelques nausées; selles irrégulières; douleur thoracique moins vive qu'au début, légère submatité de la base droite du thorax, persistance des vibrations; râle crépitant fin à l'inspiration dans cette région; partout ailleurs, respiration normale; crachats épais, visqueux, plaqués, d'un vert porracé; 80 pulsations molles, dépressibles.

Je fais inscrire au diagnostic : *Pneumonie de la base du poumon droit au premier degré.*

Prescriptions. — Diète; tisane pectorale; potion ipéca stibié.

Le 16, un peu de soulagement; vomissements copieux suivis de plusieurs selles; douleur moindre, mêmes phénomènes d'auscultation; pouls à 80. — Diète; pectorale édulcorée; potion stibiée, 0,2, opiacée à 15 gouttes.

Dans la nuit survient de l'agitation; le malade ne cesse pas de parler, se lève, se promène dans la salle, se croit dans sa cantine. Le délire devient même assez intense pour nécessiter la camisole de force.

Le 17, le malade, toujours très-agité, ne donne aucune réponse raisonnable; il est en proie à quelques hallucinations : la corde d'une fenêtre située en face de son lit lui apparaît sous forme d'un serpent qui glisse le long de la muraille; 84 pulsations, persistance de la submatité à la base, et, dans ce point, bulles nombreuses de râle sous-crépitant fin; les crachats offrent les mêmes caractères. — Diète; limonade gommeuse; potion avec acétate d'ammoniaque, 15 grammes; potion stibiée, 0,2, opiacée à 15 gouttes.

Délire pendant toute la nuit.

Le 18 au matin, l'agitation est telle qu'il est impossible de pratiquer l'exploration de la poitrine; 88 pulsations, dépressibles; crachats mucoso-salivaires abondants. — Bouillon; un quart de vin; tisane pectorale; potion avec acétate d'ammoniaque, 30 grammes; potion stibiée, 0,1; vin sucré, 200 grammes.

Le 19 au matin, état stationnaire.

Le 20, en arrivant près de mon malade, je suis frappé de l'aggravation soudaine de son état. Décubitus dorsal; résolution des membres; affaissement des traits du visage; yeux caves, bordés d'un cercle noirâtre; peau froide baignée d'une sueur visqueuse; 68 pulsations faibles, dépressibles, irrégulières, quelques-unes d'entre elles semblent même disparaître sous le doigt; 32 inspirations. En raison de cet affaiblissement, je ne fais qu'un examen rapide de la poitrine: sonorité à peu près égale des deux côtés, en arrière; antérieurement, elle est un peu exagérée à droite; sous la clavicule droite, respiration bronchique; postérieurement, râles sous-crépitants disséminés à la base droite.

Pendant cette exploration, le malade est pris de plusieurs quintes de toux violentes, répétées, et au même moment je sens autour de moi une fétidité repoussante. Je soupçonne une selle involontaire; je le découvre, il est dans le plus grand état de propreté. De nouvelles quintes de toux provoquent la réapparition de cette horrible puanteur constatée par toutes les personnes qui suivent la visite. La bouche, les amygdales, le pharynx sont à l'état normal. Je prends le crachoir dans lequel le malade vient d'expectorer, et je découvre quelques gros crachats visqueux, adhérents, d'une couleur grisâtre particulière, exhalant une odeur infecte, que je ne puis mieux comparer qu'à celle des macérations anatomiques; langue humide, ventre légèrement tendu, pas de selle depuis quelques jours.

Je fais ajouter au diagnostic : gangrène circonscrite du poumon, siégeant probablement dans les parties centrales. — Bouillon, demi-portion de vin, tisane pectorale, 2 pilules de Graves, potion stibiée, 0,1, vin sucré, lavement laxatif.

Le 21, nuit meilleure, quelques heures de sommeil; 80 pulsations faibles; submatité à la base droite avec râle sous-crépitant; pendant l'examen de la poitrine, plusieurs quintes de toux violentes, répétées, pendant lesquelles se manifeste l'odeur infecte des macérations anatomiques, que le sujet sent parfaitement lui-même, et qui disparaît dans les moments de calme. On peut en provoquer le retour en faisant tousser le malade; crachats abondants, mucoso-salivaires et présentant la même fétidité. — Même traitement.

Le 22, le malade divague au moment de la visite; son régiment, dit-il, va partir, il veut aller régler ses comptes et toucher son argent; 88 pulsations, 32 inspirations; mêmes phénomènes du côté de la poitrine; crachats non fétides. Nous engageons H... à tousser; les premières quintes n'amènent point d'odeur, mais à mesure qu'elles se succèdent, qu'elles deviennent plus pénibles, que le poumon fortement comprimé rejette les dernières bulles d'air cachées dans les petites divisions bronchiques, la fétidité reparaît. — Vermicelle gras, pruneaux, trois quarts de vin, pilules et potion *ut supra.*

Le 23, état stationnaire.

Le 24, peau chaude; 96 pulsations; quintes de toux fréquentes accompagnées de fétidité de l'haleine; submatité et souffle bronchique au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit; les crachats n'ont qu'une faible odeur. — Mêmes aliments, 3 pilules de Graves, la potion stibiée est portée à 0,2.

Les 25 et 26, abandonné à lui-même, le malade présente un peu de subdélirium; mais quand on fixe son attention et qu'on l'interroge, il répond nettement. Il accuse au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit une douleur qu'il compare à un coup de baguette; et, dans ce point, on découvre de la matité, des bulles de râle sous-crépitant fin, et un souffle bronchique prononcé à l'expiration; 28 inspirations; les crachats (200 grammes environ) n'ont pas d'odeur, 82 pulsations; langue humide, ventre souple; deux selles; alimentation parfaitement supportée. — Mêmes prescriptions.

Le 28, la nuit du 27 au 28 s'est passée dans le délire; 88 pulsations, 24 inspirations; le souffle bronchique gagne le tiers supérieur du poumon droit; la fétidité de l'haleine, à la suite des quintes de toux, est très-prononcée. — Bouillon, trois quarts de vin, potion avec acétate d'ammoniaque (40 grammes), 3 pilules de Graves.

L'agitation persiste à la contre-visite.

Le 29, nuit plus calme, toux moins fréquente; 84 pulsations; léger frottement pleurétique à la base droite du thorax; souffle bronchique moins accusé; crachats mucoso-salivaires (250 grammes) sans odeur, peu de fétidité de l'haleine; deux selles; appétit. — Panade, pruneaux, trois quarts de vin, potion avec acétate d'ammoniaque (20 grammes), 3 pilules *ut supra.*

Les 30 et 31, un peu de sommeil pendant la nuit; la fétidité persiste par la toux, mais moins prononcée; souffle bronchique dans les fortes inspirations au tiers supérieur du poumon droit, frottement à la base. — Mêmes prescriptions.

Le 1er novembre, le délire a complétement cessé; 100 pulsations, diminution du souffle bronchique et du frottement. — Mêmes aliments; la potion d'acétate est remplacée par la potion stibiée 0,2, opiacée à 12 gouttes; continuation des pilules.

Le 2, toux le matin seulement; souffle léger au tiers supérieur du poumon droit; disparition du frottement; 96 pulsations. — Mêmes prescriptions.

Le 4, nuit excellente; toux de plus en plus rare; crachats peu abondants, sans fétidité. — Soupe maigre au pain, pruneaux, lait pour boisson, potion stibiée, 0,2, opiacée à 12 gouttes; vin sucré; continuer les pilules.

Le 7, on constate encore un peu de fétidité de l'haleine par les fortes expirations. — Mêmes prescriptions.

A partir de ce jour, la convalescence se déclare; l'alimentation est progressivement augmentée, et l'on continue l'usage des pilules de Graves au nombre de 3.

Le 13, on supprime toute médication; on donne la côtelette, la portion de vin. Les forces reviennent, et le malade obtient sa sortie le 19 novembre.

Un mois après, H... a été rencontré dans les rues de Lille s'occupant activement de ses affaires. Il se portait très-bien et avait même pris un certain embonpoint, qui le rendait presque méconnaissable.

La pneumonie était parfaitement caractérisée au moment où ce militaire est arrivé dans mon service. Elle était au premier degré, circonscrite à la base, et ne présentait aucune gravité.

Tout allait pour le mieux, lorsque le 16 octobre, dans la nuit, le délire éclate, des hallucinations surviennent. Il était assez naturel de songer au délire, qui se produit fréquemment dans les maladies aiguës, chez les sujets adonnés à l'ivrognerie. Telle a été ma première pensée.

Mais le 20 au matin, la scène morbide change tout à coup; l'état général s'aggrave d'une manière frappante; le malade est plongé dans une extrême prostration; la peau froide est baignée d'une sueur visqueuse; la face est hippocratique. Je crois tout d'abord à l'hépatisation grise. Toutefois l'odeur infecte, putride de l'haleine et des produits de l'expectoration vient me démontrer que je suis en présence d'une affection aussi grave que la suppuration du poumon, si ce n'est plus redoutable encore, je veux dire la gangrène du parenchyme pulmonaire.

Je m'arrête un instant sur ce symptôme, parce qu'il est en réalité la clef du diagnostic. Il pouvait m'échapper, si des quintes de toux réitérées n'avaient contraint le poumon à exprimer les bulles d'air infectes cachées dans les profondeurs de son parenchyme. Rien à l'approche du malade ne nous révélait l'existence de la gangrène; l'atmosphère qui l'entourait ne présentait aucune fétidité, et il nous a fallu, pour percevoir la puanteur des produits expectorés, approcher le crachoir du nez.

J'insiste sur ce point important, signalé déjà par un savant médecin, M. Leuret, dans la *Gazette médicale* (année 1847). Sans avoir connaissance du fait remarquable qu'il a publié, mais frappé par ce qui venait de se passer sous mes yeux, j'ai suivi l'excellent conseil qu'il donne pour arriver au diagnostic. « Quand, dit-il, sur quelques indices tirés soit de symptômes locaux, soit de symptômes généraux, on voudra s'assurer s'il n'y aurait pas gangrène du poumon, on fera tousser le malade, et on flairera l'odeur que prend alors son haleine. Avec les personnes dont l'esprit est sain, ce moyen d'exploration devra être précieux; chez les aliénés seuls, il sera souvent impraticable. »

D'après l'état général du malade, d'après l'aspect grisâtre particulier des crachats et leur odeur fétide, d'après la puanteur de l'haleine, je suis donc arrivé à diagnostiquer une gangrène du tissu pulmonaire survenue dans le cours d'une pneumonie.

Rien dans la constitution médicale régnante ne rendait compte de l'apparition d'un cas semblable, qui restait isolé au milieu de quelques autres pneumonies franchement inflammatoires, et pour la plupart bénignes. La constitution détériorée du sujet, ses habitudes d'ivrognerie semblaient nous l'expliquer d'une manière suffisante. Ce fait confirme pleinement l'opinion du professeur de thérapeutique de la Faculté, relativement à l'étiologie de la gangrène du poumon.

Je n'ai point eu affaire à une dilatation des bronches. Le début de l'affection, qui s'est révélée à la manière des maladies aiguës, sa marche, l'odeur des macérations anatomiques offerte par l'haleine et par les produits de l'expectoration, sa terminaison complète après une période de cinq semaines, témoignent suffisamment de la justesse de mon diagnostic.

Je ne crois pas davantage qu'il s'agisse de cette affection gangréneuse signalée dans ces dernières années par M. Lasègue, et qui se limite soit aux parois des bronches, soit à leur contenu. Elle se rapproche, dit cet habile observateur, par plusieurs symptômes de la gangrène pulmonaire circonscrite qui en diffère par sa marche, par l'abondance et la nature de l'expectoration, et surtout par la bénignité relative. Chez notre malade, l'abondance des crachats ne m'a jamais paru dépasser de beaucoup celle que l'on rencontre ordinairement dans la pneumonie, 150 à 200 grammes. Dans les cas cités par M. Lasègue, elle s'élevait à deux pintes, à plus de deux livres par jour.

Enfin, l'odeur fétide a été rencontrée dans certains cas d'épanchement pleurétique, mais elle n'est nullement comparable à l'odeur vive, pénétrante, de la gangrène. Chez notre sujet la pleurésie n'a été que secondaire.

Pour le traitement, je me suis laissé guider par l'état général. J'ai cherché à relever l'organisme si épuisé de mon malade, à le soutenir dans cette lutte contre la mort, en accordant, dès le début, du bouillon, des potages, du vin. Je n'ai pourtant pas négligé l'état local, et j'ai donné le tartre stibié associé à l'opium à doses modérées.

Enfin, pour combattre la gangrène, ou du moins pour en atténuer les pernicieux effets, j'ai prescrit les pilules recommandées par le célèbre clinicien de Dublin, pilules composées de chlorure de chaux et d'opium (*pilules dites de Graves*). Elles m'ont paru avoir une efficacité réelle pour détruire l'odeur fétide de l'haleine et des crachats, et aussi pour calmer le délire, l'agitation, les quintes de toux si opiniâtres et si pénibles pour le patient.

PARALYSIE DES MUSCLES DU VOILE DU PALAIS

et des membres à la suite de la diphthérite cutanée sans plaques diphthériques au fond de la gorge. — Guérison rapide à l'aide de l'azotate d'argent administré à l'intérieur.

Par M. le docteur Raciborski.

Au n° 8 de la rue du Nouvel-Opéra habitent les époux X..., âgés l'un et l'autre (à quelques mois de différence) de quarante-neuf ans.

Au mois d'avril 1863, le mari a une angine couenneuse, qui est traitée avec succès par M. le docteur Chaillou à l'aide de cautérisations et des gargarismes avec la glycérine. Cependant, après la guérison de l'affection diphthéritique de la gorge, le malade éprouve de la gêne pour avaler et même pour parler, et il lui semble toujours qu'il a un morceau de chiffon au fond du gosier. Quelque temps après, il survient de l'engourdissement dans les membres inférieurs et supérieurs, et cet état allait plutôt en augmentant jusqu'au moment de notre première visite au mois de juillet dernier, où nous avons constaté effectivement de l'affaiblissement dans la contractilité musculaire des membres, avec l'embarras de la parole et la gêne dans la déglutition. Cet affaiblissement rendait la marche pénible, mais le malade n'était point alité.

La femme X..., habituellement assez bien portante, avait depuis quinze ans un cautère au bras gauche. Vers le dixième jour de l'affection de la gorge de son mari, il se forma sur le cautère et autour de lui une exsudation diphthéritique de la largeur d'une pièce de 5 francs environ, sans aucune souffrance dans la gorge et sans la moindre trace de plaques diphthéritiques dans cette région. Chose remarquable, malgré l'absence complète de ces plaques au fond de la gorge, la malade commença par y éprouver au bout de quelques jours absolument les mêmes symptômes qu'avait éprouvés son mari, c'est-à-dire de la gêne pour avaler les liquides, qui ressortaient souvent par le nez, et de l'embarras pour parler, avec la sensation d'un corps étranger dans la gorge. La diphthérite du bras était traitée particulièrement par des cautérisations avec le nitrate d'argent et l'application de glycérine.

Voyant que la plaque se reproduisait toujours avec ténacité, la malade consulta M. le docteur Richard, qui jugea à propos de cautériser la surface malade à l'aide du fer rougi à blanc. Ce nouveau traitement, appliqué près d'un mois après le début de la maladie, fut complétement couronné de succès, et les plaques diphthéritiques finirent par disparaître sans retour. Mais il n'en fut pas de même de la paralysie; loin de diminuer, elle s'étendit alors aux membres, en affectant davantage le côté droit.

Lorsque nous vîmes la malade pour la première fois, au mois de juillet dernier, elle se tenait encore assez bien debout, mais elle marchait difficilement en traînant beaucoup la jambe droite; elle serrait à peine notre main, quoique paraissant déployer pour cela toutes ses forces; elle parlait difficilement, en traînant les syllabes et prononçait peu distinctement; la déglutition était également gênée, surtout pendant le passage des liquides, et la malade disait éprouver dans la gorge une sensation désagréable, qu'elle comparait à celle qu'aurait produite la présence d'un morceau de linge.

En présence de ces faits, nous avons jugé à propos de soumettre les deux malades au même traitement : des bains alcalins, des bains avec les sels de Pennès; des toniques, tels que le vin de quinquina, les préparations ferrugineuses, furent d'abord employés pendant une quinzaine de jours, sans aucun succès. Immédiatement après, nous ordonnâmes l'extrait alcoolique de *nux vomica*, à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour.

Au bout de huit jours, il y a eu une amélioration sensible chez le mari; mais il n'en a pas été de même chez sa femme, dont l'état paraissait évidemment s'aggraver sous l'influence de la noix vomique,

car elle ne pouvait plus du tout marcher et fut obligée de garder le lit; les bras sont devenus également plus faibles qu'auparavant, sans changement manifeste du côté de la gorge. Dans cette situation, il nous a paru logique de faire continuer au mari l'extrait de *nux vomica*.

Les effets de ce médicament devinrent chaque jour plus marqués, de telle sorte qu'au bout de trois semaines de ce traitement, cet homme était aussi bien qu'avant de tomber malade. L'état de la femme ne s'accommodant pas aussi bien de la voix vomique, nous avons eu l'idée d'essayer l'action du nitrate d'argent administré à l'intérieur. Cette médication avait été déjà employée avec succès en Allemagne et en France contre les paralysies provenant de l'ataxie locomotrice; mais nous n'avons eu à notre connaissance aucun fait relatif à son administration dans la paralysie diphtéritique.

Douze milligrammes à cinq centigrammes d'azotate d'argent cristallisé ont été consommés journellement sous forme pilulaire. Huit jours après, il y a déjà eu un changement remarquable dans l'état de la malade, et, un mois plus tard, elle fut complétement guérie.

Les faits que nous venons de rapporter offrent de l'intérêt sous plusieurs points de vue. Ce sont deux nouveaux exemples à ajouter à ceux déjà connus de paralysie consécutive, à la diphtérite chez les adultes, où cette paralysie se présente moins souvent que chez les enfants, ce qui peut s'expliquer, d'ailleurs, par la fréquence relativement plus grande de la diphtérite dans l'enfance.

Une considération qui recommande surtout à l'attention de nos confrères la communication que nous venons de faire, c'est l'existence de la paralysie des muscles du pharynx sans aucun phénomène diphtéritique préalable du côté des organes frappés par la paralysie. Les faits de ce genre ne sont pas sans exemple. Dans un travail fort intéressant, lu à la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Henri Roger cite deux observations analogues faites sur les enfants. Dans l'un comme dans l'autre cas, il n'y avait aucune apparence de diphtérite du côté de la gorge, et la paralysie des muscles, du voile du palais et du pharynx succédait à une diphtérite cutanée qui s'était déclarée chez un enfant dans la région mastoïdienne et au conduit auditif, et chez l'autre dans le dos, sur l'emplacement occupé deux mois auparavant par un vésicatoire [1].

Notons enfin cette particularité, qui doit intéresser les praticiens, concernant les bons effets de la noix vomique chez l'un des deux malades, tandis que la même substance aggravait évidemment l'état de l'autre. La rapidité de la guérison obtenue dans ce dernier cas à l'aide du nitrate d'argent cristallisé semble devoir encourager des tentatives pareilles dans des cas analogues et prouve que l'ataxie locomotrice, contre laquelle il a été déjà employé avec avantage, n'est pas la seule forme de paralysie où il peut être indiqué.

DE L'ABSENCE DE DÉPLACEMENT DU LIQUIDE

céphalo-rachidien de la surface du cerveau,

par M. le docteur JUDÉE.

Si vous faites congeler des cadavres d'enfants nouveau-nés, si, une fois que la congélation est parfaite, vous leur ouvrez le crâne, puis la colonne vertébrale, voici ce que vous trouvez :

1° Le cerveau recouvert de ses enveloppes est exactement appliqué contre la paroi osseuse;

2° Entre les surfaces des circonvolutions et le feuillet viscéral de l'arachnoïde, il n'existe pas la *moindre trace de glaçons*; dans les espaces sous-arachnoïdiens, on en rencontre, au contraire, une grande quantité, mais généralement ils ne se rallient pas entre eux et forment pour ainsi dire autant de petits glaçons qu'il y a de masses dans le tissu cellulaire;

3° Dans les confluents de la base du cerveau, on observe les mêmes glaçons, seulement ils sont beaucoup plus volumineux que les précédents, à cause de l'étendue plus considérable de ces espaces; l'un d'eux se continue avec un autre en forme de tube s'étendant depuis l'extrémité supérieure du canal rachidien jusqu'à son extrémité inférieure et entourant la moelle dans toute son étendue;

4° Enfin l'intérieur des ventricules est rempli de glaçons de grosseur variable.

Si, maintenant, vous essayez d'insuffler de l'air d'un espace sous-arachnoïdien à un autre, ou bien encore d'un espace sous-arachnoïdien à un confluent, vous parviendrez bien à faire circuler cet air dans une certaine étendue de la surface du cerveau, dans le quart, dans la moitié peut-être d'un hémisphère, mais il vous sera tout à fait impossible d'en faire davantage, quelque soin que vous apporterez à votre insufflation, pour la base du cerveau. La difficulté sera encore plus grande que pour le sommet. C'est à peine si vous réussirez à insuffler l'espace occupé par quelques circonvolutions; en poussant une injection, on arrive à peu près aux mêmes résultats; il faut cependant convenir que l'injection va plus loin, s'étend plus que l'air, mais il y a encore impossibilité absolue à injecter du premier coup tout un hémisphère.

Cette difficulté dépend, selon toute probabilité, uniquement de la présence du tissu cellulaire, qui se trouve en assez grande quantité dans chaque espace sous-arachnoïdien, et qui soude, pour ainsi dire, la pie-mère à l'arachnoïde, principalement *à la base du cerveau*, où ces deux enveloppes sont, de plus, d'une ténuité beaucoup plus grande que partout ailleurs.

Enfin, dans un certain nombre de nécroscopies, principalement de personnes déjà avancées en âge, l'arachnoïde se présente avec une coloration opaline, et si l'on examine le liquide céphalo-rachidien qui se trouve au-dessous, on le trouve ayant un aspect et une consistance gélatineuse qui doit rendre bien difficile son déplacement à un moment donné. Mais on objectera que ces faits pouvant être considérés comme pathologiques, ne prouvent rien.

J'accepte l'objection, mais en voici d'autres qui, je crois, sont loin de se présenter dans les mêmes conditions, et que je regarde, pour ces raisons, comme très-importantes.

Chez les vieillards, on sait parfaitement que le cerveau s'atrophie et n'occupe pas entièrement la cavité crânienne. Si le liquide céphalo-rachidien circulait librement entre la séreuse et la pie-mère, il viendrait nécessairement combler ces vides; mais il n'en est rien; c'est, quoi qu'en puisse penser M. le professeur Cruveilhier, le liquide *arachnoïdien*, et seulement lui, qui remplit cet office. Pour s'en convaincre, il suffit de prendre soin de ne pas couper, au moment de l'incision de la dure-mère, le feuillet viscéral de l'arachnoïde.

Après toutes ces expériences, je me crois en droit de dire que le liquide céphalo-rachidien ne circule pas, ou mieux, ne se déplace pas à la surface du cerveau entre l'arachnoïde et la pie-mère. Une fois ce fait admis, on pourrait, du moins jusqu'à un certain point, se permettre de désigner sous le nom de *céphalique* le liquide principalement contenu dans les espaces sous-arachnoïdiens, et sous celui de *rachidien*, le liquide renfermé dans les confluents, dans les ventricules et dans le canal rachidien. Sous le rapport de l'étude des mouvements qui se passent dans le liquide sous-arachnoïdien, cette distinction présenterait peut-être plus d'un avantage.

[1] *Archives générales de médecine*, janvier 1862.

FRACTURE DU FÉMUR.

Pseudarthrose; frottement des fragments; séton; accidents inflammatoires; absence de cal; amputation de la cuisse. Guérison.

Par M. POULLET, interne des hôpitaux.

(Lu à la Société des sciences médicales.)

Aimé B..., âgé de trente ans, tomba d'un arbre le 2 juin 1862. Il se fit une fracture très-oblique de la partie moyenne du fémur gauche. Le médecin appelé assujettit le membre par la méthode du plan incliné. Ce mode de traitement dura huit mois sans amener aucune trace de consolidation. Cependant, bien que le malade ait été pendant dix ans affecté d'un lupus de la face, aucune cause générale à ce moment-là ne venait expliquer cette absence de consolidation.

Le 29 janvier 1863, le malade entre salle Saint-Sacerdos, dans le service de M. Delore. La jambe est dans la rotation en dehors, mais on peut lui imprimer des mouvements étendus qui se passent entre les deux fragments du fémur. Il y a un raccourcissement de 5 centimètres; on sent très-bien l'extrémité du fragment supérieur, qui produit une saillie en dehors de la partie inférieure de la cuisse; le membre entier est œdématié, mais l'infiltration cède assez facilement à une compression régulière.

Le 8 février, après avoir éthérisé le malade, le chirurgien frotte l'une contre l'autre les extrémités des fragments pour réveiller la formation du cal, puis on immobilise le membre dans un bandage et une gouttière; on fait aussi sur le pied une traction légère et continue.

Le 10, sans causes appréciables, le malade est atteint d'une pneumonie franche: crachats sanguinolents, râles crépitants, pouls à 130, etc. On emploie le tartre stibié; les symptômes s'amendent, et la pneumonie arrive à la résolution en dix jours; mais le malade conserve un abattement général.

Trente-cinq jours après les manœuvres de frottement, il ne s'est produit aucune consolidation.

L'état général s'améliore; mais bientôt il survient un érysipèle qui force à abandonner le membre sans appareil contentif.

Le 25 avril, après avoir de nouveau éthérisé le malade, on passe un séton entre les fragments en faisant à la peau le moins de débridement possible. Huit jours après, un vaste phlegmon s'est emparé de la région et amène une suppuration abondante; une rougeur érysipélateuse s'étend jusqu'au pied, et se termine par suppuration en plusieurs foyers indépendants à la cuisse et à la jambe.

On combat ces accidents, et le 30 juin l'état général est dans de très-bonnes conditions, mais les fragments de la fracture sont aussi mobiles qu'à l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu. En présence des accidents formidables qui ont suivi chaque tentative d'opération, M. Delore croit imprudent de pratiquer la résection des fragments, et le malade se décide à sacrifier un membre qui lui a déjà imposé treize mois de séjour au lit et de nombreuses chances de mort.

Le 1er juillet, l'amputation est pratiquée par la méthode circulaire. Les parties molles sont un peu indurées, ce qui rend plus difficile la dissection du manchon. L'opération ne présente qu'une difficulté sérieuse, c'est lorsqu'on veut dégager l'extrémité du fragment inférieur qui, par suite du chevauchement et de l'obliquité de la fracture, s'est logé assez haut dans les muscles de la cuisse.

A l'examen de la pièce on voit :

1° Que le chevauchement est assez considérable pour que les deux surfaces de la fracture ne se touchent plus en aucun point;

2° Que ces deux surfaces ont perdu leur aspect rugueux, se sont émoussées et présentent en quelques points un aspect finement granulé; en quelques autres, elles se sont revêtues de tissu fibreux et musculaire infiltré de sérosité.

Ce tissu gélatiniforme constituait le seul lien entre les deux fragments. Il n'y avait donc rien là qui eût la moindre ressemblance avec un cal même cartilagineux. On trouve de plus, sur toute l'étendue du fragment inférieur jusqu'aux condyles, les traces d'une ostéite très-prononcée.

Quant au périoste, il se décolle avec la plus grande facilité, et présente à sa face profonde et au voisinage de la fracture quelques petits corpuscules osseux de nouvelle formation. C'est là le seul produit des forces médicatrices de la nature et des différentes méthodes employées pour faciliter la formation du cal.

Deux mois après l'amputation, le malade est sorti bien guéri de l'Hôtel-Dieu. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 février 1864. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1863 dans les départements de l'Allier et des Vosges;

2° Un rapport de M. le docteur Contesse sur une épidémie de variole qui a régné en 1863 dans l'arrondissement d'Avesnes. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Félix Bron (de Lyon), qui réclame la priorité de l'invention de l'uréthrotome présenté par M. Charrière.

2° Une lettre de M. le docteur Béhier, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

3° Une lettre de M. Rayer, transmettant une note de M. Burin du Buisson, relative à la rage. (Renvoyée à la commission nommée.)

— M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Jeannel (de Bordeaux), le tableau des travaux du dispensaire de salubrité de Bordeaux, et de leurs résultats comparatifs depuis l'année 1858 jusqu'à l'année 1863 inclusivement, avec la statistique comparative des vénériens entrés à l'hôpital militaire pendant la même période.

— M. RAYER offre en hommage à l'Académie un exemplaire de l'*Annuaire de l'Association générale des médecins de France*, pour l'année 1863. On sait que l'Association générale des médecins n'a pas seulement pour but de secourir les médecins âgés ou infirmes et leurs familles; elle a encore un autre but qui n'est pas moins élevé, c'est de maintenir parmi les membres du corps médical la dignité professionnelle.

— M. RAYER présente ensuite un opuscule imprimé de M. le docteur Gallois sur l'inosurie, et il donne de vive voix quelques explications sur l'objet de ce travail, dont nous avons donné récemment une analyse. (Voir le numéro de samedi dernier.)

— M. MICHEL LÉVY présente deux ouvrages, l'un de M. le docteur Colin, intitulé *Etudes cliniques de médecine militaire*, et le second de MM. Morel et Villemin, intitulé *Traité élémentaire d'histologie humaine*.

— M. ROBINET donne lecture d'un passage d'une lettre qu'il vient de recevoir de Trébizonde. Il y est dit que l'état sanitaire de ce pays est en ce moment désolant; le typhus et la petite vérole y sévissent avec une extrême intensité; presque tous les officiers, soldats et matelots sont malades; un grand nombre succombent. La mortalité n'a jamais été moindre de 18 décès par jour, et il y en a eu jusqu'à 80. Sur 7,000 Circassiens, plus de 1,700 ont péri.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'il y aura comité secret à quatre heures pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et médecine légale.

Suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

La parole est à M. Bousquet pour la seconde partie de son argumentation.

M. BOUSQUET. J'arrive, Messieurs, à la seconde question, à la conversion de la variole en vaccine. Je ne me dissimule pas ce qu'il y a d'étrange, d'inconséquent à rechercher ce que devient la variole sur la vache et le cheval avant de savoir si la variole passe à la vache et au cheval.

Il est à peu près certain qu'elle n'y passe pas par inoculation; y passerait-elle secrètement, *incognito*, ou y naîtrait-elle spontanément? C'est à ceux qui le disent de le prouver.

De quelque manière qu'elle y arrive, si elle y arrive, M. Depaul ne met pas en doute que l'exanthème général observé par lui sur le cheval ne fût la variole même, et c'est là, si je ne me trompe, la base de son raisonnement; mais cela même n'est qu'une vue de l'esprit, une pure supposition.

Vainement disait-on que cet exanthème s'est montré avec la petite vérole; depuis quand la coïncidence de deux maladies dans le même temps en emporte-t-elle l'identité? Vainement arguerait-on de la ressemblance des deux éruptions; M. Bouillaud nous a dit, avec l'autorité de son expérience clinique, qu'il n'y avait rien à conclure de là, et il a cité en preuve les pustules de la variole même et celles que fait naître l'émétique en frictions.

Et quand il y aurait un peu d'exagération dans la pensée, il n'y en a pas à dire que l'étiologie domine la séméiotique dans le diagnostic des maladies contagieuses, des maladies virulentes.

Or l'exanthème du cheval a été inoculé, et il a donné le cowpox. Eh quoi! il a donné le cowpox, et vous dites qu'il contenait la variole, qu'il était la variole! Il n'y a pas de conséquence dans ces idées, à moins cependant que variole, cowpox et vaccine ne soient la même chose; mais c'est justement ce qu'il faut prouver : ainsi vous tournez dans un cercle vicieux, vous faites ce que dans l'Ecole on appelle une pétition de principe; la même question revient toujours, elle n'a pas fait un pas.

Encore une fois, il n'y a qu'un moyen de sortir de cette impasse, et vous ne voulez pas l'employer, c'est d'inoculer la variole à la vache ou au cheval.

Jusque-là, je proteste, au nom de la raison, contre la confusion de la variole et de la vaccine : comment seraient-elles identiques deux maladies qui ont chacune son origine et sa postérité, deux maladies qui se tiennent toujours à la même distance? Si par hasard elles se rencontrent sur le même sujet, ce qui n'est pas rare, elles marchent côte à côte avec la même liberté, la même indépendance que si elles étaient séparées.

Si on mêle les deux virus ensemble, et l'expérience en a été faite par Woodville pour la première fois, puis par Salmade, puis par moi, croit-on que les virus se neutralisent? croit-on qu'il ne vienne qu'une éruption *hybride*? Ni l'un ni l'autre. Dans mon expérience, les deux virus ont levé chacun à son heure : l'un a produit la variole, l'autre

a produit la vaccine, et les deux éruptions ont fait leur évolution aussi tranquillement que quand elles sont séparées.

Mais il faut être juste ; M. Depaul ne dit pas seulement que la vaccine est la variole, ce n'est que la moitié de sa pensée : il dit la variole *modifiée*, la variole *transformée* par son passage à travers la vache.

Mais quelle est cette modification, cette transformation? Touche-t-elle à la constitution chimique ou vitale du virus? ou, cette constitution restant la même, se borne-t-elle à ses manifestations extérieures? Tout cela manque de clarté.

Je suppose cependant que la modification est partout, en dedans et en dehors, comme les différences entre la variole et la vaccine.

Si on disait que l'inoculation produit le même effet, je répondrais qu'il n'y a pas parité. Le virus varioleux ne change pas de milieu ; il n'y a de changé que le mode de pénétration. En second lieu, si l'inoculation ôte à la variole presque tout son danger, elle ne touche pas à sa nature, les deux varioles, la variole spontanée et la variole inoculée, naissant l'une de l'autre.

La vache, le cheval feraient bien plus sur la variole; non-seulement ils lui ôteraient l'éruption générale, mais encore la faculté de se transmettre par infection et de créer de nouveaux germes : et ces heureux changements une fois produits, la variole ne les perdrait plus! Elle serait à jamais la vaccine!

Quelle étonnante métamorphose! Et c'est, dites-vous, par la différence des milieux qu'elle s'opère. Fort bien; mais dites-moi, je vous prie, le milieu-vache est-il donc le même que le milieu-cheval? L'organisation de ces deux animaux est-elle donc si parfaitement semblable que le virus varioleux en doive recevoir juste la même influence, la même modification, et le changer également en vaccine dans l'un et l'autre réactif?

Vous vous exagérez évidemment l'influence du sol ; c'est un souvenir de la *doctrine physiologique* de ce temps où, pour se donner le droit de ramener toutes les maladies à l'inflammation, Broussais expliquait toutes les différences séméiotiques par la différence des tissus affectés.

Il en est des virus à peu près comme des venins et des poisons ; ils ne changent ni de manière d'agir ni de propriétés dans les différentes espèces; que les virus suscitent des réactions variées suivant les organisations, c'est dans l'ordre, mais qu'ils se modifient dans leur substance, dans leur constitution, dans leur nature, cela passe toutes les vraisemblances. Est-ce que la rage et la morve se modifient autrement que dans leurs signes extérieurs, encore sont-elles toujours reconnaissables en passant du chien et du cheval à l'homme? Est-ce que la syphilis ne revient pas du singe comme elle y a passé? Pourquoi donc la variole ferait-elle exception? pourquoi se dépouillerait-elle de sa nature pour en prendre une autre? pourquoi, enfin, se convertirait-elle en vaccine? M. Magne vous l'a dit, l'émigration des virus ne produit pas à beaucoup près d'aussi grandes variations que celles qui séparent la variole et la vaccine; à quoi j'ajoute qu'ils reviennent comme ils étaient en partant.

Mais enfin supposez, contre toute vraisemblance, que, par la plus étonnante et la plus heureuse des métamorphoses, la variole se changeât en vaccine sur la terre d'exil, comment ne voit-on pas que, par une autre métamorphose bien plus naturelle, quoique moins heureuse, à peine serait-elle rendue à sa patrie, elle y reprendrait ses caractères, sa physionomie, ses propriétés?

Transplantées d'un climat dans un autre, d'une terre dans une autre, les plantes souffrent et languissent; mais, outre que ce changement a ses bornes, à peine ont-elles touché le sol natal qu'elles renaissent à la vie et redeviennent tout ce que la nature les a faites.

Et de même des métis. Cette tendance de tous les êtres à revenir à leur état naturel quand ils s'en sont écartés est une grande loi de ce monde; loi de prévoyance et de conservation.

Ainsi, fût-elle aussi réelle qu'elle me paraît chimérique, la transformation de la variole ne serait qu'un état de transition, elle ne durerait pas; ce que la vache ou le cheval aurait *lié*, l'homme le *délierait*.

Quel dommage cependant que la raison se refuse à la théorie de M. Depaul. Avec elle, plus de doute, plus de mystère. Loin de s'étonner que la vaccine préserve, on serait tenté de s'étonner qu'elle ne préserve pas mieux.

Dans la supposition de deux virus, je puis du moins admettre que l'un des deux s'est affaibli, qu'il a dégénéré; mais s'il n'y en a qu'un pour les deux éruptions, je ne sais plus que penser, et je prie mon obligeant confrère de me venir en aide.

En attendant, je proteste contre la confusion des deux virus. La vaccine, dites-vous, ne serait que la variole mitigée. Mitigée, en effet, car ce serait la variole moins l'éruption générale, moins la contagion par infection, moins le danger, moins la mort. La vaccine vient de la variole, excepté que la vaccine conserve et que la variole tue très-souvent quand on l'attend, très-rarement quand on se la donne. A cela près, tout est égal.

Et cependant, malgré ce qu'elle a de faux, la conception de M. Depaul a passé par bien des têtes avant de naître dans la sienne. Je n'ai encore cité que des noms propres; permettez-moi, pour ma justification, de citer un exemple, un seul.

(M. Bousquet rappelle ici l'épidémie de variole de Marseille en 1828, et cite les expériences d'inoculation que fit à cette époque le docteur Robert, avec du virus varioleux étendu dans du lait.)

Inutile de dire, ajoute-t-il, que ce que la théorie avait prévu, la nature le confirma : c'est toujours comme cela au début.

La variole sortit donc de ce mélange douce, bénigne, sans éruption générale, non pas une fois, mais treize fois de suite.

Quelque extraordinaire que cela paraisse, je suis très-persuadé que M. Robert n'a dit que ce qu'il a vu; mais je crains qu'il se soit trompé sur les causes.

Faute de raisonner, les inoculateurs faisaient à dessein ou sans dessein la même confusion ; ils préparaient longuement leurs clients, et si l'opération venait à bien, ce qui était l'ordinaire, ils ne manquaient pas de faire honneur à leurs préparations des bienfaits de la méthode.

Plus confiant, M. Depaul ne s'abaisse pas à ces détours ; il met franchement l'affirmation en face de la démonstration. Il affirme de son autorité que l'éruption du cheval était bien la variole de l'homme; il affirme que la variole se communique à la vache, au cheval, au mouton, au singe, au porc, que sais-je; il affirme que, par un travail mystérieux, la variole se transforme en vaccine; il affirme que ce changement opéré, c'est à jamais : autres propositions qui attendent encore leurs preuves.

Heureusement, hâtons-nous de le dire, M. Depaul sait s'affranchir en pratique de la tyrannie des théories. Il assure bien, en théorie, que la vaccine *naquit un jour de la variole*, et qu'elle n'a cessé depuis d'être la variole ; mettez cependant sa foi à l'épreuve : placez sous ses yeux deux tubes, l'un plein de vaccin, l'autre de virus varioleux, et demandez-lui si c'est la même chose; ou mieux encore, mettez-le en présence de la nature vivante, en face d'un varioleux et d'un vacciné, et demandez-lui s'ils ont la même maladie. Je me figure qu'il ne répondra ni oui, ni non ; mais il entrera dans de longues explications, desquelles il vous sera facile de conclure qu'il y fait de grandes différences ; mais s'il y fait de grandes différences, la variole et la vaccine ne sont donc pas la même chose : et dès lors la question dégénère en une discussion de mots, la pire de toutes.

Il faut bien, en effet, qu'il y ait des différences, sans cela comment expliquer l'avantage que la vaccine a pris sur l'inoculation? Il y aurait d'autant plus lieu de s'en étonner, qu'avant la découverte de la vaccine, l'inoculation était une excellente méthode, et pour ma part, je ne ferais aucune difficulté d'y revenir si, en présence du danger, je me trouvais démuni de vaccin pour le conjurer.

Mais cette méthode avait des inconvénients immenses ; douce aux individus, elle semait l'épouvante et la mort dans les populations, à cause des germes qu'elle produisait et reproduisait, et plus elle était cultivée, plus de mal elle faisait.

Après cela, comment peut-on supposer que M. Depaul voudrait nous ramener à l'inoculation? C'est le calomnier dans ses intentions. Mais sera-t-il en son pouvoir de l'empêcher? Il est certain que sa doctrine y conduit; et ce n'est pas à lui qu'il faut apprendre que quand on a posé le principe, on n'est pas maître des conséquences.

Au reste, que les amis de la vaccine se rassurent, elle n'est pas en danger. Tout le monde a remarqué qu'à mesure que nous avançons, M. Depaul se modère, il nous revient peu à peu.

Il m'est encore agréable de penser que, dans ce qui me reste à dire, je me rapproche un peu de M. Depaul. Les analogies qu'il a signalées entre la variole et la vaccine, je les ai signalées longtemps avant lui; mais je n'en ai pas tiré la même conclusion. J'y maintiens en rigueur que les deux éruptions représentent deux espèces morbides distinctes.

Cela posé et convenu, qu'on les rapproche tant qu'on voudra, elles ne seront jamais plus voisines que ne le sont, en zoologie, l'âne et le cheval.

Je puis admettre le même voisinage entre l'espèce variole et l'espèce vaccine, avec cette différence que mêlées ensemble, le produit ne porte aucune trace d'hybridité.

Enfin j'ai expliqué par les analogies la faculté des deux éruptions de se suppléer et de s'exclure mutuellement ; car l'antagonisme ne peut se supposer ; la variole et la vaccine ne peuvent rien l'une contre l'autre, tant qu'elles sont en présence ; elles ne se combattent que de loin, et la première qui occupe la place en ferme la place à l'autre. Pour jouir de ses avantages, la vaccine doit avoir au moins quatre ou cinq jours d'avance sur sa rivale; alors, mais seulement alors, elle en tient lieu, elle la supplée, elle se substitue à elle, et si elle ne paye pas de la même monnaie, elle paye en équivalent.

— Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 13 février, M. Berrier-Fontaine est nommé médecin par quartier en remplacement de M. Arnal, nommé médecin ordinaire de l'Empereur.

— MM. les professeurs Grisolle et Laugier sont nommés premier et deuxième assesseur de la Faculté de médecine, pendant l'année 1864.

M. Forget, chef de division au ministère de l'instruction publique, est nommé secrétaire agent comptable de la Faculté, en remplacement de M. Bourbon, nommé secrétaire honoraire, et admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— L'Académie des sciences a procédé lundi dernier à l'élection d'un membre dans la section d'agriculture et d'économie rurale, en remplacement de M. de Gasparin. M. Paul Thénard a été élu au 2e tour de scrutin, à la majorité de 33 voix sur 59; M. Chambrelent ayant eu 17 voix, et M. Reiset, 10.

— Le professeur Shönlein, successivement professeur aux universités de Zurich, vient de mourir.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Grippe.

M. Lailler, en faisant son rapport mensuel à la Société médicale des hôpitaux sur les maladies régnantes du mois de décembre, s'exprime ainsi : « Le compte rendu de votre commission sera fort court aujourd'hui, parce que l'état sanitaire a été assez bon et que les mutations des élèves au 1er janvier ont diminué le nombre des communications adressées à la commission. » Plût à Dieu que le zélé rapporteur en pût dire autant dans son prochain rapport sur l'état sanitaire des mois de janvier et de février! Le concours des élèves vint-il même à lui manquer, ce qui n'est pas probable, il trouvera aisément autour de lui assez d'éléments pour défrayer son compte rendu. Non que nous soyons en ce moment sous l'influence d'une de ces épidémies meurtrières qui dominent la scène pathologique et s'emparent en quelque sorte exclusivement de la mortalité. Nous ne croyons même pas qu'en somme le chiffre général des décès, toutes maladies réunies, dépasse sensiblement le chiffre moyen ordinaire de cette époque de l'année. Mais si la mortalité n'est pas accrue, le nombre des malades l'est assurément, et nous n'avançons rien de trop en disant qu'une grande partie de la population parisienne a été depuis près de deux mois ou est encore en ce moment en proie à la grippe. Elle régnait déjà au mois de décembre, aussi figure t-elle, dans le rapport de M. Lailler, en tête même de la liste des maladies prédominantes de ce mois; mais c'est surtout depuis l'abaissement subit et considérable de température du 2 janvier qu'elle a pris une extension considérable et un caractère véritablement épidémique.

Nous ne referons pas ici l'histoire symptomatique si souvent faite de cette affection, dont le diagnostic n'a pas même besoin du concours d'un médecin. Si nous en parlons, c'est seulement pour signaler le caractère particulier de ténacité qu'elle présente et ses retours multipliés et coup sur coup, après qu'on s'en était cru quitte une bonne fois.

Nous en étions à nous demander s'il n'y aurait pas à sortir du cercle étroit de la médication anodine en usage, pour aller à la recherche d'une indication moins banale et qui pût ouvrir la voie à une médication plus efficace, lorsqu'il nous est tombé sous les yeux un petit travail dont le titre, ainsi que le nom de l'auteur, ont tout d'abord attiré notre attention. Sa lecture a justifié nos prévisions; nous y avons trouvé des faits pleins d'intérêt et d'actualité. C'est un petit mémoire ou plutôt une note de M. le docteur Ed. Carrière, intitulée : *De l'intermittence dans la grippe et du traitement rationnel de cette affection épidémique* (1).

Frappé des exacerbations si fréquentes dans le cours de la grippe comme de la plupart des maladies épidémiques hivernales, M. Carrière a cherché à s'en rendre compte, et il a cru voir qu'elles étaient engendrées par le concours des conditions habituelles de l'atmosphère hivernale dans nos climats, grande mobilité et oscillations incessantes sur un fond d'humidité permanente, avec cet ensemble d'éléments propres aux grandes villes, assez heureusement qualifié par le mot de *malaria urbana*. Il a saisi dans ce rapprochement l'indication de l'emploi du sulfate de quinine.

Non que ce soit là dans sa pensée une intermittence franche, et qu'il ait voulu pousser les choses au point de considérer la grippe comme une fièvre intermittente. Mais il y a vu, et avec raison, « un *état* intermittent, comme il s'en trouve assez fréquemment en dehors des fièvres proprement dites, qui ne forme pas un élément accessoire, mais un élément caractéristique essentiel d'une affection qu'on ne peut combattre avec un succès prompt et définitif qu'en s'attaquant à cet élément même. » Ce qui appuie du reste beaucoup mieux sa manière de voir que les meilleurs raisonnements, c'est la démonstration clinique fournie par les faits qu'il rapporte dans sa note.

Hâtons-nous d'ajouter, sans que cela puisse nuire en rien à la valeur des idées émises par M. Carrière et à la justesse de ses déductions pratiques, qu'il n'est pas le premier à avoir fait cette remarque; que la rémittence, sinon une véritable intermittence, avait été constatée déjà par un assez grand nombre d'observateurs, et que l'usage du sulfate de quinine avait été préconisé et employé avec avantage par quelques praticiens. Mais cette concordance même ne fait que mieux ressortir l'importance du fait.

Nous engageons donc nos confrères qui ont de si fréquentes occasions d'observer la grippe en ce moment, à l'étudier un peu sous ce point de vue éminemment pratique et utile.

Nous reprendrons prochainement l'examen des maladies des mois de décembre et janvier.

(1) *Union médicale*, nos des 7 et 9 janvier.

Rupture de la rate. Guérison apparente. Mort subite.

Dans un récent rapport fait à la Société anatomique, M. J. Meunier, interne distingué des hôpitaux, a passé en revue les observations de rupture de la rate que possède la science. Ce travail, très-bien fait, est remarquable par l'observation qui en fait l'objet, et qui avait été recueillie dans le service de M. Nonat par un interne distingué des hôpitaux, Chaumel, dont nous avons annoncé récemment la mort prématurée. Voici l'observation :

Le 9 mars 1863, B..., âgé de cinquante-deux ans, journalier, avait été frappé par un moellon tombant d'un quatrième étage qui avait ricoché jusqu'à lui et l'avait atteint à la région des reins. Le blessé avait perdu connaissance pendant quelque temps, puis il avait uriné du sang et éprouvait alors des douleurs très-vives dans la région qui avait été contusionnée. Il était entré à l'hôpital de la Charité le lendemain. Sa pâleur était extrême au moment de son arrivée, et à le voir, on aurait cru qu'il était malade depuis fort longtemps. Il se tenait assis dans son lit et se plaignait de souffrir dans le flanc gauche, qui était douloureux à la pression. Il n'y avait pas d'ecchymoses. La respiration était fréquente, saccadée, pénible; à l'auscultation, on entendait à peine le murmure vésiculaire. Il y avait de la toux et des crachats muqueux; les urines contenaient un peu de sang. Des ventouses scarifiées ont été appliquées sur la région des reins, le diagnostic n'avait pas été porté, et le médecin combattait seulement le symptôme douleur.

Le 14 mars, le malade semblait se trouver un peu mieux, mais il rendait mal compte de son état. Les douleurs, cependant, étaient moins vives, et B... pouvait se lever et marcher. Il avait un peu de diarrhée, et une hernie ancienne le faisait souffrir. Cette hernie, située à la région inguinale droite, faisait éprouver des douleurs à la pression; elle était très-volumineuse, empâtée, et il n'a pas été possible de la réduire.

Cinq jours après, les urines ne contenaient plus de sang, le malade se levait et mangeait une portion. Le 22 mars, il demande sa sortie. Après avoir obtenu son *exeat*, il est sorti, mais arrivé à la porte de l'hôpital, il s'est affaissé sur lui-même et est mort subitement.

A l'autopsie, faite quarante-huit heures après la mort, on a trouvé des caillots noirs, de récente formation, occupant les cavités du cœur droit et du cœur gauche et se prolongeant dans l'artère pulmonaire; les poumons étaient parfaitement sains.

Dans la cavité abdominale, il y avait un caillot considérable de sang noir qui masquait la rate tout entière.

Dans les parties déclives de la cavité abdominale, on a trouvé 600 à 700 grammes de liquide sanguinolent qui communiquait largement avec le sac herniaire; le péritoine présentait une vascularisation légère.

La rate découverte avait le double de son volume normal; son tissu était très-friable. On sentait que ce tissu était broyé dans la membrane d'enveloppe.

Le bord supérieur de l'organe présentait une déchirure de 4 centimètres de longueur par laquelle le tissu de la rate faisait hernie et s'unissait avec le caillot qui l'enveloppait. Ce caillot était enfermé dans le feuillet de l'épiploon gastro-splénique et était recouvert de produits pseudo-membraneux.

Le péritoine qui tapisse la face inférieure du diaphragme était recouvert de fausses membranes. Le rein, déchiré à sa partie

---

QUELQUES BIOGRAPHIES MÉDICALES

DU DIX-SEPTIÈME SIÈCLE (1).

Nous n'avons pas voulu interrompre cette longue exposition pour ne pas distraire l'attention du lecteur, et lui bien montrer quel homme fut ce médecin qui vivait il y a deux cents ans et qui semble être un de nos contemporains; mais le malheureux put s'apercevoir plus d'une fois qu'il s'était trompé et de temps et de lieu. Nous allons maintenant montrer à quelles attaques cet utile inventeur fut exposé.

Renaudot était docteur de la Faculté de Montpellier, mais son titre de médecin du roi lui permettait jusqu'à un certain point d'exercer la médecine à Paris. Il groupa autour de lui les médecins étrangers; il fit mieux que n'avait fait la Faculté, en instituant ses consultations; il eut le tort d'être un des partisans de l'antimoine, et d'avoir pour lui tous les apothicaires. Que de motifs de haine et de brouille! Un seul eût suffi.

Dans la guerre que lui fit la Faculté, tous les biographes du *Gazetier* donnent tort à celle-ci et pensent qu'elle fut uniquement poussée par des considérations de haine personnelle ou de jalousie. C'est s'arrêter à la surface des choses; la Faculté fut sans doute cruelle, mais elle ne pouvait pas agir autrement qu'elle le fit.

On n'a pas oublié, je pense, l'organisation de notre vieille Faculté ni la solidarité intime qui unissait tous ses membres et en faisait en quelque sorte une seule et même famille. L'honneur, comme le déshonneur d'un docteur, rejaillissait sur la corporation entière, et celle-ci était d'une susceptibilité ombrageuse sans doute, mais assurément bien légitime. En vérité, pense-t-on, vu l'époque où nous sommes, que les industries de Renaudot, tout ingénieuses que nous les trouvions, fussent de nature à jeter beaucoup d'éclat sur la Faculté? Si encore il avait renoncé à son titre de docteur et à sa profession; mais, bien au contraire, il y tient beaucoup. Sa clientèle est nombreuse et productive; pour son malheur, il voudra que ses deux fils soient médecins; comme il le dit lui-même : « La médecine » est le centre de mon repos, c'est la masse de mon édifice. » Et, ma foi, il appelle à son aide Hippocrate et Galien, pour prouver qu'il peut être médecin et avoir un bureau d'adresses, un mont-de-piété, une boutique de vente, etc., etc. Hippocrate et Galien ne s'en émurent pas, mais la Faculté fut de moins bonne composition. En ceci nous pensons comme elle, nous croyons que la robe de docteur risquait fort de perdre son lustre dans ces commerces interlopes. Donner des consultations, préparer des médicaments, soit; mais vendre de vieux habits, de vieux lits, des bijoux, voire même de jeunes dromadaires; placer des laquais, prêter sur gages, avoir des relations de n'importe quelle nature avec des entremetteurs et des proxénètes, non, en vérité, il n'y avait pas là de quoi beaucoup flatter les nobles docteurs de la très-orgueilleuse Faculté. — Demandez-donc aux avocats de nos jours s'ils toléreraient pareilles choses!

Quoi qu'il en soit, tant que le cardinal de Richelieu vécut, sa protection servit à couvrir à peu près notre pauvre docteur-journaliste; il n'y eut guère que des escarmouches. Le grand cardinal, le vrai roi ne plaisante pas tous les jours, nos docteurs le savent bien, et ils rongent leur frein en attendant leur revanche. Ecoutons plutôt l'homme qui représente le mieux la Faculté, Guy Patin, l'ennemi acharné du pauvre *gazetier*. « Si ce gazetier n'était soutenu de l'Eminence en » taut que *nebulo hebdomarius*, nous lui ferions un procès criminel » au bout duquel il y aurait un tombereau, un bourreau, et tout au » moins une amende honorable.... »

Renaudot avait deux fils, Eusèbe et Isaac. Ne pouvant se venger du père directement, la Faculté s'en prit aux enfants, et voici comment Hazon raconte brièvement le fait; cet extrême laconisme prouve assez l'embarras du narrateur : « MM. Isaac et Eusèbe Renaudot, fils de » Théophraste, voulurent entrer dans la Faculté; mais ils éprouve- » rent de la résistance; ils coururent cependant la licence, soutinrent » les thèses et subirent les examens, après lesquels le Parlement or- » donna qu'ils seraient admis au doctorat; ce ne fut pas sans diffi- » culté. M. le premier président (Molé) s'employa en leur faveur, et » ce fut à cette occasion que ce premier magistrat dit agréablement » à notre doyen : « Il est juste que les arrêts de la Cour cèdent aux » décrets de la Faculté. » Ils furent reçus docteurs sur la fin de 1645, » *mais ils furent obligés de désavouer la conduite de leur père*, de re- » noncer au bureau d'adresse et de se conduire en médecins de la » Faculté. »

La guerre continua à propos des consultations que donnait Renaudot avec ses confrères de la Faculté de Montpellier. Il est certain que ni les uns ni les autres, selon les statuts de l'École, n'en avaient le droit, et comme nos docteurs de Paris se croyaient bien supérieurs en savoir aux autres docteurs du royaume (et ils avaient le plus souvent raison), ils ne pouvaient tolérer que des ignorants vinssent leur faire concurrence sur leur propre terrain. Aussi la querelle s'engagea-t-elle d'abord entre la Faculté de Paris et Renaudot et ses acolytes; plus tard, la Faculté de Montpellier prit part au procès et se rangea naturellement du côté de ses disciples. Pour le moment, à part force pamphlets et force injures, tout se réduisit à un arbitrage du cardinal de Richelieu lui-même. Le ministre manda auprès de sa personne le doyen et son protégé Renaudot; celui-ci sortit tout naturellement vainqueur de cette première épreuve.

La Faculté ne trouva rien de mieux pour ruiner son ennemi que de l'imiter, et elle institua à son tour des consultations gratuites, affichées et même annoncées au prône dans les diverses églises de Paris; si elles eurent moins de vogue que celles du *gazetier*, elles n'en furent pas moins pour les pauvres malades une excellente innovation. Etait-ce bien une innovation? Si l'on en croit Riolan et Hazon, la Faculté n'avait certes pas attendu l'exemple de Renaudot pour exercer sa sollicitude envers les pauvres. Selon ces deux auteurs, dès le

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 février.

supérieure et augmenté de volume, présentait une ouverture qui intéressait seulement la substance corticale.

Des adhérences unissent le rein à la rate et la face inférieure du diaphragme à ce dernier organe. Le tissu cellulaire est infiltré de sang, et le péritoine qui tapisse les parois abdominales à ce niveau est considérablement épaissi.

Une coupe faite au rein a montré que sa substance tubuleuse était simplement congestionnée, que le bassinet et l'uretère ne présentaient point de solution de continuité.

Il n'y avait pas de fractures de côtes ni de lésions des autres viscères.

Comme toutes les observations de rupture de la rate, depuis que Morgagni en a donné les premières descriptions, le fait qui s'est présenté à l'hôpital de la Charité enseigne qu'il est extrêmement difficile de diagnostiquer une rupture de la rate. Il ne confirme pas, d'autre part, les idées émises par Morgagni et par Playfair, médecin dans l'Inde. Il n'a pas été établi que la rate fût antérieurement malade et que son hypertrophie ait été une prédisposition à une rupture. A vrai dire, les antécédents du malade ne sont pas suffisamment explorés, et il y a un assez bon nombre d'exemples de rupture de rates hypertrophiées pour que la loi ne soit pas controuvée.

Il est prouvé par tous les faits recueillis et groupés par M. J. Meunier que les ruptures de la rate sont rapidement mortelles; elles partagent sous ce rapport la gravité reconnue des lésions traumatiques du foie, et jusqu'ici, s'il y avait une différence à établir, c'est en faveur des déchirures du foie qu'il faudrait faire une distinction. Leur pronostic semblerait moins grave. Pelletan [1] a vu une rupture du foie cicatrisée chez un homme mort dix-sept jours après une chute, et qui avait succombé à une méningite, tandis que dans les observations du rapport fait à la Société anatomique, sur 10 observations une seule fois la vie s'est prolongée plusieurs semaines. Dans tous les autres cas, il y a eu mort plus ou moins subite, et ne tardant pas, pour se montrer, au delà de douze heures. Le fait où la vie s'est prolongée est des plus singuliers : la rate semblait avoir été détachée de ses vaisseaux, et il n'y avait pas de sang épanché dans l'abdomen, ce qui a eu lieu au contraire dans les autres cas.

Il n'y a que les blessures de la rate qui semblent faire exception aux conséquences forcées des ruptures de cet organe. Larrey cite dans sa *Clinique* des faits de plaie de la rate, tous terminés, dit-il, par la guérison. Dans la pratique civile de Paris et des hôpitaux, il y a aussi deux exemples de plaie de la rate pendant l'opération de la paracentèse, l'un observé par M. Piorry et qui ne fut pas mortel, l'autre observé par M. Boissy et qui entraîna la mort par une péritonite suraiguë [2]. Les deux cas se font remarquer par l'absence d'un épanchement sanguin dans l'abdomen.

A l'égard de ces particularités, l'observation du service de M. Nonat fait exception : d'une part le malade a vécu onze jours, de l'autre il y avait un épanchement considérable de sang dans l'abdomen, qui, s'il avait produit une péritonite insensible, si l'on peut ainsi dire, un état caractérisé par un épaississement du péritoine, des adhérences et une vascularisation circonscrite, ne paraît pas être néanmoins la cause de la mort par le mécanisme des inflammations.

Tous les jours de nouveaux problèmes à résoudre s'offrent à l'esprit des médecins, ici peut-être plus que dans beaucoup d'autres cas. Il est difficile de se prononcer. La mort est-elle due à une syncope, est-elle due à une coagulation spontanée du sang? On ne saurait le dire. Dans le premier cas, il resterait à déterminer la cause de la syncope, et sa relation avec l'état anémique pourrait trouver des contradicteurs. Dans le second, il y aurait lieu de se demander si l'altération du sang n'a pas favorisé sa coagulation, et si la rate, en cessant de fonctionner, n'a pas été la cause première de ce trouble; il serait alors facile d'objecter que l'enlèvement de la rate, dans les expériences physiologiques, n'a jamais été suivi de phénomènes semblables.

En résumé, au point de vue de la pratique, il est évident que les plus grands ménagements sont indispensables; cette recommandation, si importante pour tous les épanchements de l'abdomen, est indiquée naturellement pour la rupture de la rate. Le repos absolu au lit ne saurait être ordonné trop sévèrement toutes les fois qu'il existe un soupçon de lésion de la rate. C'est là l'indication principale qui paraît ressortir du fait dont il vient d'être question.

[1] Pelletan, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 112. Paris, 1810.

[2] J. Meunier, Rapport sur une observation de plaie de la rate; *Bulletin de la Société anatomique*, mars et avril 1863, p. 206.

Paralysie diphthéritique presque générale sans paralysie du voile du palais.

A l'occasion du fait de paralysie diphthéritique observé dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, que nous avons rapporté dans notre *Revue* du 23 janvier dernier, M. le Dr Chardavoine, de Vertheuil (Gironde), nous informe qu'il a été lui-même le sujet d'une observation tout à fait identique, et qui présente cette particularité assez remarquable, en effet, d'une paralysie presque générale sans que le voile du palais y ait participé.

« Vers la fin de l'année 1861, dit-il, une épidémie d'angine couenneuse sévit dans la commune de Vertheuil, où elle faisait de nombreux ravages. Après quelques jours de grandes fatigues, je fus atteint à mon tour. Je pris quelques bains de pieds sinapisés et un émétique. Etant parvenu à rendre une fausse membrane, je fus dès ce moment complétement soulagé.

» Mais quel ne fut pas mon étonnement lorsque, me croyant guéri et prêt à reprendre mes occupations habituelles, je m'aperçus d'un affaiblissement considérable de la vue, au point de ne pouvoir plus écrire mes ordonnances; d'une paralysie incomplète des membres supérieurs, — je ne sentais plus ma plume entre mes doigts, — et des mêmes symptômes du côté des membres inférieurs, qui rendaient la station debout très-pénible et la marche presque impossible! Je n'ai point observé de paralysie du voile du palais.

» Pour tout traitement je pris des toniques, et au bout d'un mois tous ces symptômes commencèrent à disparaître. »

Notre confrère ajoute dans sa lettre que depuis deux ans il a eu l'occasion d'observer de nombreux cas d'angine couenneuse; mais chez aucun de ses malades il n'a eu à constater de paralysie des membres, tandis que la paralysie du voile du palais était assez commune.

Expérience de plessimétrie. Détermination précise des limites du cœur, des ventricules, de la cloison ventriculaire et des oreillettes.

On sait à quel degré de précision M. Piorry et ses élèves ont porté la percussion médiate ou plessimétrique. Il n'est aucun médecin aujourd'hui qui ne soit convaincu de la possibilité de reconnaître avec le secours du plessimètre l'existence d'un épanchement dans la plèvre ou dans le péritoine, de gaz ou de matières dans les intestins; mais beaucoup doutent encore quand on leur parle des limites rigoureuses des organes, du foie, du cœur, des reins. Il est certain que pour obtenir ce résultat il faut une main habile et exercée. Nous en connaissons peu, après l'inventeur de la plessimétrie, qui possèdent ces qualités au même point que M. Germe, ancien interne de l'hôpital d'Arras.

Voici en quels termes on nous a rendu compte d'expériences qui ont été faites à plusieurs reprises dans divers hôpitaux de Paris, en présence de plusieurs professeurs et d'un grand nombre d'élèves :

Nous rappellerons d'abord que le seul moyen irrécusable de prouver la possibilité de limiter exactement les organes à l'aide du plessimétrisme est de les limiter sur le cadavre, d'enfoncer des carrelets dans ces limites, et ensuite de faire l'autopsie. C'est ainsi que procède M. Germe.

Voici, entre autres, une des expériences qu'il a faites à l'hôpital de la Charité, en présence de MM. Natalis Guillot, Piorry, Proust, et d'un grand nombre de médecins et d'élèves. C'était sur le cadavre d'une jeune femme qui était morte phthisique, et dont le poumon gauche tout entier était induré.

M. Germe dessina exactement par la percussion les limites du cœur, les ventricules et la cloison des ventricules, l'oreillette droite du cœur et l'aorte, le foie et la rate; puis, lorsque ces lignes furent tracées, il enfonça des carrelets tout autour, et, procédant à l'autopsie, il put faire constater aux assistants leur position et montrer qu'ils entouraient exactement le cœur, et que l'un d'eux, malgré l'induration du poumon, avait perforé la lame indurée qui recouvrait cet organe et se trouvait exactement tangent à son bord. Un autre carrelet se trouvait placé entre lui et le diaphragme. Un carrelet se trouvait exactement planté dans l'épaisseur de la cloison des ventricules. Pour l'orifice aortique, en introduisant le doigt dans l'aorte, on sentait le carrelet dans son milieu, et en ouvrant cette artère, on voyait qu'il traversait les valvules sigmoïdes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 février 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION.

Thérapeutique des kystes hydatiques du foie.

M. GIRALDÈS. J'ai lu dans la *Gazette hebdomadaire* le travail que M. Boinet nous a communiqué, et, bien que la publication ne soit pas encore complète, je puis présenter quelques observations sur différents points qui m'ont frappé.

Je suis bien persuadé que c'est un *lapsus calami* qui a fait écrire à M. Boinet : Procédé nouveau et sûr. Personne ne peut affirmer qu'un procédé opératoire réussira toujours sans accident, et cette affirmation est encore bien plus hasardée pour les kystes du foie.

Le travail de notre collègue se compose d'une observation clinique importante et de déductions dogmatiques. J'accepte le fait comme très-intéressant, mais les déductions me semblent critiquables. M. Boinet considère son procédé comme nouveau; je me demande pourquoi? Tous les chirurgiens ne font-ils pas tous les jours des ponctions capillaires, des applications de potasse caustique, des ponctions avec un gros trocart, des lavages iodés? Ces manœuvres ont été souvent employées par M. Nélaton, et moi-même j'y ai eu recours l'année dernière à l'hôpital des Enfants. Pendant le traitement, M. Boinet a cru devoir faire une contre-ponction par laquelle il a fait repasser la sonde. Je ne vois guère de nouveauté que cette contre-ouverture; mais cela vaut-il la peine de surcharger la science d'un procédé déclaré nouveau pour une si petite modification?

Mais M. Boinet va plus loin; il ajoute qu'à l'avenir on guérira sûrement les kystes du foie, et que les chirurgiens timides pourront s'enhardir et opérer sans crainte. Or, sur quoi se fonde-t-il? Sur deux faits. Ne se rappelle-t-on pas que Charles Bell affirmait, lui aussi, que les pilules d'huile de croton guérissaient la névralgie faciale? Il avait recueilli cent observations favorables, mais il se trouva que bientôt le précieux médicament cessa d'agir, et la liste des succès fut arrêtée pour toujours.

Je ne dis pas que d'autres procédés soient supérieurs à celui qu'a suivi M. Boinet; mais, si on voulait raisonner sur le nombre des guérisons, on trouverait, sans aucun doute, un nombre de faits en fa-

---

commencement du dix-septième siècle, elle avait institué des consultations gratuites et fourni gratuitement des médicaments aux pauvres. Nous voudrions croire ce fait, mais nous n'en avons trouvé nulle part la preuve, car nous ne saurions accepter la suivante, rapportée par Riolan et reproduite par Hazon, à savoir que Pierre Perreau, doyen de la Faculté en 1647, aurait payé une somme assez considérable à M. Macé, apothicaire, pour la fourniture des médicaments. Nos deux auteurs ont l'air d'oublier que l'arbitrage du cardinal est de 1644.

Renaudot se sentant soutenu, lassé d'ailleurs de toutes les injures dont on l'accablait, osa attaquer à son tour, et il intenta un procès, à qui?... à Guy Patin. C'était avoir la main malheureuse. Il est vrai que celui-ci ne lui ménageait en aucune circonstance les épithètes les moins agréables, *blatero, nebulo, gazetier, fripier, etc.*; mais lui-même, Renaudot, ne le ménageait pas non plus, et ce n'était pas la faute de Guy Patin s'il avait plus d'esprit que le journaliste.

Renaudot a généralement la plaisanterie un peu lourde, mais enfin, telle quelle, il en use le mieux qu'il peut. La thérapeutique de Guy Patin se bornait presque à la *saignée*, au *séné* et au *son*; d'où ses ennemis l'avaient surnommé le *docteur aux trois S*. Renaudot, un beau jour qu'il était en verve, lui décocha l'épigramme suivante :

Nos docteurs de la Faculté,
Aux malades parfois, s'ils rendent la santé,
Le doivent à l'apothicaire;
Mais Patin, plus adroit, de par la charité [1],
Avec trois S les enterre.

D'autres fois, il joue sur le nom de Patin et se permet le calembour. On lui reprochait souvent d'être sorti de la fange, ce à quoi notre homme ripostait « que ses ennemis, en le tirant si souvent de » la fange, lui faisaient plus d'honneur qu'à un Patin qui y était tou» jours. »

Si, par impossible, Guy Patin avait pu être en reste, nous dirions qu'il avait une revanche à prendre, et il la prit complète, impitoyable, dans le procès que son malheureux adversaire osa lui susciter : « Pour » le gazetier, jamais son nez ne fut accommodé comme je l'ai accom» modé, le 14 août de l'an passé, aux requêtes de l'hôtel, en présence » de quatre mille personnes. Ce qui m'en fâche, c'est que *habet fron» tem meretricis, nescit erubescere*. On n'a jamais vu une application » si heureuse que celle de saint Jérôme, *epistola 100 ad Bonasium*, » contre ce *nebulo et blatero;* car voilà les deux mots dont il me fit » procès, qui est néanmoins une qualité qu'il s'est acquise par arrêt » solennellement donné en l'audience. »

On croit peut-être que le cruel railleur s'en tiendra là, et que, radouci par sa victoire, il va paisiblement jouir de son triomphe et passer la tête haute et le regard moqueur devant le pauvre vaincu. Ce serait mal le connaître; il faut qu'il écrase son ennemi, lequel, à vrai dire, s'y prête assez niaisement. A l'issue de l'audience, il aborde le pauvre journaliste : — « Consolez-vous, monsieur Renaudot, lui » dit-il, vous avez gagné en perdant. — Comment cela? — Vous étiez » entré camus, et vous sortez avec un pied de nez. »

Ce nez camus joue un certain rôle dans la vie du gazetier, et il dut être pour lui le sujet de bien des ennuis; ses ennemis le prirent toujours pour but de leurs moqueries. Ce nez gâtait encore une figure déjà passablement laide; le front était presque démesurément grand; les yeux, quoique fort expressifs, n'étaient pas beaux; la bouche était grande, et bien que Renaudot eût, en somme, beaucoup de physionomie, on se détournait volontiers de son visage, enlaidi encore par un nez très-court et fortement épaté. Ses cheveux étaient rares, ses poils roides, clair-semés et fort incultes. Cependant, il avait un certain air de bonté et de douceur, et son regard était vif et très-intelligent. Ce regard, c'était tout l'homme, actif, chercheur, inventeur, toujours au travail, continuellement en quête d'une idée nouvelle.

Le cardinal de Richelieu mourut le 4 décembre 1642; c'était le moment que les ennemis du journaliste attendaient avec tant d'impatience. Ils ne tardèrent pas à se mettre en campagne, et ils poursuivirent Renaudot, d'abord dans des écrits où, en haine du cardinal, on le signalait comme son instrument et son complice; puis en l'assignant directement devant le Châtelet pour exercice illégal de la médecine. C'est à ce procès que la Faculté de Montpellier intervint en faveur du gazetier et contre son illustre rivale. Comme toujours, ce procès fut long; l'arrêt fut rendu le 1er mars 1664. Il est des plus curieux, et peint admirablement les hommes et les idées de l'époque; on peut croire que les avocats ne se firent pas faute d'allusions injurieuses, d'épithètes acerbes, quelquefois de beaux compliments adressés à leurs propres personnes, le tout relevé par un style des plus pompeux et à périodes bien arrondies et bien sonores, selon l'usage. Le malheureux Renaudot se vit condamner sur tous les points avec dépens en compagnie de tous ceux qui avaient pris part à ce procès. — Les consultations gratuites furent interdites; le mont-de-piété fermé; la *Gazette* seule et le bureau d'adresse trouvèrent grâce devant les juges; mais il paraît probable que, soit par la force des choses, soit par suite de quelques tracasseries nouvelles, le bureau lui-même cessa de fonctionner pendant quelque temps. — Défense fut faite aux médecins étrangers de pratiquer la médecine à Paris. — Quant aux deux fils de Renaudot, qui étaient intervenus au procès, demandant que la Faculté leur accordât enfin le bonnet de docteur qu'elle leur refusait depuis longtemps, le Parlement décida que leur affaire serait jugée séparément. Ils durent attendre encore quatre ans, et la Faculté ne se rendit que sur une ordonnance spéciale.

Ce fut là pour le malheureux père une grande joie, quoique bien tardive; mais quelle compensation aurait pu lui être offerte? Sa ruine était probablement consommée, et il payait de la perte de son repos et de sa fortune le désir qu'il avait eu d'être utile à ses concitoyens.

Récompense trop ordinaire, hélas! de ceux qui ne suivent pas la

[1] Allusion au *Médecin charitable*. — Voir plus haut la querelle avec les apothicaires.

veur des ponctions simples, de l'incision, de l'injection, plus grand que celui qu'invoque notre collègue.

En résumé, le travail de M. Boinet n'autorise pas à dire que désormais on n'a plus à s'effrayer des kystes du foie, qu'on possède un procédé certain de guérison. Est-ce que ces énormes kystes occupant presque toute la cavité abdominale, comme celui qu'a cité M. Dolbeau, comme ceux qu'on trouve mentionnés dans le traité de Frerichs, n'échappent pas à toute thérapeutique chirurgicale?

M. DOLBEAU. Les observations précédentes de M. Giraldès me paraissent avoir l'assentiment de la Société, et me permettront d'être court.

Les kystes hydatiques du foie constituent une affection grave, à marche insidieuse, à signes souvent incertains, et leur traitement chirurgical me paraît, non comme manœuvre, mais comme conduite, une des choses les plus laborieuses et les plus difficiles à instituer, surtout chez les adultes. Les enfants, en effet, guérissent parfois, comme c'est le cas pour la petite malade de M. Boinet, en échappant aux accidents les plus graves.

Je pense que très-souvent on ne doit rien faire contre ces kystes. Les uns marchent avec une extrême lenteur, d'autres guérissent spontanément par irruption de la bile dans leur cavité. J'ai cité des exemples de ce mode de guérison, et on peut le constater par les recherches cadavériques faites dans les hôpitaux de vieillards.

Les kystes multiples sont loin d'être rares, et rendent la thérapeutique chirurgicale illusoire. En somme, je trouve de nombreuses contre-indications, et je crois que la Société devrait surtout chercher à préciser les indications opératoires. Pour ma part, je n'en vois guère qu'une seule bien nette, c'est l'inflammation du kyste, cause imminente de rupture. M. Cadet-Gassicourt a montré dans sa thèse que ces ruptures peuvent avoir lieu dans tous les organes voisins du foie, et il a insisté sur leur extrême gravité. Dans ce cas, je comprends qu'on intervienne pour éviter un accident imminent.

Pour ce qui est relatif à la manière de procéder, j'approuve l'emploi de la canule volumineuse, et je l'ai amplement indiqué dans les six observations que renferme ma thèse inaugurale, en grande partie rédigée d'après les leçons de mon maître M. Nélaton.

M. RICHARD. Comme M. Dolbeau, je suis effrayé des accidents qui menacent les individus atteints de kystes du foie; mais je n'irais peut-être pas aussi loin que lui, et je crois qu'en agissant de bonne heure, la chirurgie peut être utile dans certains cas.

Je ferai, en passant, une remarque importante : on semble confondre sous une même expression deux choses très-dissemblables, les lavages à l'eau ou à l'eau iodée, et les injections. Ce sont là des méthodes absolument différentes sous bien des rapports, et je me suis toujours attaché à les bien distinguer dans l'expression et dans la pratique.

Au milieu de nombreux désastres dont j'ai été témoin, j'ai pu cependant observer quelques cas favorables. Chez une femme que j'avais opérée autrefois par la méthode ordinaire, un nouveau kyste se développa; je fis une injection de 5 ou 6 grammes d'alcool pur à 40°. Il y eut très-peu de douleur, pas de phénomènes généraux, et la guérison fut obtenue. Une seule injection iodée me donna le même résultat chez un jeune enfant du service de M. Guersant, que je remplaçais. J'ai longtemps gardé à l'hôpital Cochin un homme qui y était entré dans le plus mauvais état, pour se faire soigner de kystes multiples du foie. Je ponctionnai et j'injectai plusieurs fois ces kystes. Les uns n'ont pas reparu, d'autres ont été le siége de phénomènes inflammatoires; toujours est-il que le malade a quitté l'hôpital avec un foie moins volumineux qu'auparavant, et dans un état de santé général satisfaisant.

En résumé, j'indique ces deux points : Il ne faut pas confondre les deux méthodes de l'injection et des lavages. Je ne partage pas l'anathème qu'a prononcé M. Dolbeau contre l'intervention chirurgicale dans les kystes du foie.

M. BOINET. M. Giraldès a surtout blâmé l'expression que j'avais employée : procédé sûr; il m'a reproché l'insuffisance de mes deux observations. Notre collègue aurait dû voir cependant que c'est en m'appuyant sur de nombreuses observations de kystes de l'ovaire que je suis arrivé à employer le procédé que j'ai décrit pour les kystes du foie; procédé qui, je le maintiens, est bien réellement nouveau pour ce cas particulier.

Ai-je dit que je suis certain de réussir dans tous les cas? Non, loin de là, puisque, allant au-devant du désir de M. Dolbeau, je formule des indications, et que j'insiste sur la nécessité d'opérer de bonne heure, lorsque les kystes sont encore petits, non adhérents, et de ne pas attendre que par leur volume ou leur multiplicité ils échappent à la thérapeutique.

Quant au procédé que j'ai employé, j'en maintiens l'utilité, je dirai même la nécessité. Le procédé de Récamier est loin d'être toujours suffisant. Parfois, comme chez ma petite malade, il est absolument inapplicable. Il fallait, chez elle, agir vite; c'est pour cela que je me décidai à faire une grosse ponction suivie de l'application immédiate d'une sonde d'égal volume.

MM. Giraldès et Dolbeau disent que M. Nélaton s'est le premier servi de cette sonde; mais je l'avais employée dès 1851 chez une malade que je traitais dans le service de M. Briquet, à la Charité. Cette sonde, qui remplit exactement l'orifice de la ponction, et dont on augmente le volume à mesure que cet orifice se dilate, oppose une barrière certaine à l'épanchement redoutable du liquide hydatique dans l'abdomen. Mais, quel que soit le calibre de la sonde, les vésicules hydatiques ne peuvent pas sortir par cette voie étroite; aussi ai-je dû, après l'établissement des adhérences autour de la sonde, pratiquer une incision qui a permis la complète évacuation du kyste et la guérison définitive en moins d'un mois.

Quant à la guérison des kystes par le contact de la bile, malgré l'opinion de M. Dolbeau et les faits cités par M. Leudet, je crois que rien ne permet d'attribuer à la bile un rôle curatif. Les kystes guérissent; cette guérison peut parfaitement être spontanée et indépendante de l'action de la bile.

Je n'ai pas fait la confusion dont a parlé M. Richard. Je distingue l'injection simple des injections répétées ou lavages; ces procédés ont des indications différentes. L'injection qui peut suffire dans certains cas ne suffit plus dans d'autres, lorsque, par exemple, le kyste s'enflamme et contient un liquide purulent.

M. DOLBEAU. Je n'ai pas lancé d'anathème contre l'intervention de la chirurgie dans les kystes du foie. Je crois qu'il faut opérer certains kystes, mais je trouve que les faits cités par M. Richard pourraient facilement être invoqués à l'appui de l'abstention dans le plus grand nombre des cas. Sa première malade a eu une récidive, et le malade de l'hôpital Cochin a éprouvé des accidents sérieux et est loin d'être guéri.

M. Boinet prétend que lorsqu'on trouve à l'autopsie des masses molles et jaunes constituées par une sorte de bouillie épaisse, cela ne prouve pas que ce soit le résultat de kystes hydatiques guéris par le contact de la bile. Si M. Boinet avait pris connaissance de ces faits dans tous leurs détails, il aurait vu que cette bouillie jaune renferme les éléments de la bile, ainsi que le prouve l'analyse chimique; que, d'autre part, dans ces conditions, les conduits biliaires s'ouvrent directement dans la cavité, ce dont témoignent les injections.

C'est précisément la connaissance de ce mode de guérison et sa fréquence qui me porte à combattre le précepte de M. Boinet, qu'il faut opérer les kystes dès qu'on les reconnaît. Je veux qu'on ne néglige pas les chances de guérison spontanée.

M. VELPEAU. Quand on oublie le point de départ des questions scientifiques, celles-ci tendent à s'égarer et peuvent retomber dans les anciennes erreurs. Je ne veux ici toucher qu'un point restreint de la question, point dans lequel j'ai presque un intérêt personnel, je veux parler de la confusion signalée par M. Richard entre l'injection et les lavages répétés. Déjà, il y a longtemps, dans mon mémoire sur les injections dans les cavités closes et dans une foule d'autres écrits, j'ai lutté contre cette confusion de termes qui avait produit une véritable erreur de thérapeutique. En effet, chacun sait avec quelle énergie Boyer repoussait les injections dans l'articulation du genou pour les cas d'hydarthrose; cela pouvait donc passer pour une grande audace à moi de venir les proposer à nouveau. C'est qu'en étudiant les faits de Boyer, j'avais vu qu'il laissait l'articulation ouverte au lieu de pratiquer une opération qui, une fois achevée, laisse la cavité articulaire aussi bien close que dans l'état normal. Je pensai qu'il y avait là deux choses fort différentes, et le résultat le montra bien, puisque l'une, les injections libres, est pleine de dangers, tandis que l'autre n'est guère plus grave que la ponction et l'injection d'une hydrocèle.

Je crois donc qu'il est nécessaire de ne pas retomber dans une confusion fâcheuse, et de conserver le nom de méthode par injection dans les cavités closes à l'injection faite une fois pour toutes, l'ouverture étant fermée immédiatement après.

M. GIRALDÈS. M. Boinet se trompe sur la portée des objections que nous lui avons adressées. Personne ici n'a attaqué la manière dont il a institué le traitement de sa malade. Ce que j'ai attaqué, ce sont les conclusions : je dis que le procédé suivi n'a pas les caractères de sûreté et de nouveauté que lui assigne M. Boinet. Il a employé, dit-il, la sonde à demeure dès 1851 dans le service de M. Briquet; mais on peut voir dans le mémoire de M. Moissenet que Rees avait suivi cette pratique en 1848. Sur ce détail, pas plus que sur la contre-ponction et sur la manière de provoquer des adhérences, M. Boinet ne peut prétendre à la nouveauté du procédé.

VACANCE D'UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE.

M. LE PRÉSIDENT déclare la vacance d'une place de membre titulaire. Dans un mois, une commission sera nommée pour examiner les titres des candidats.

COMMUNICATION ET PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Ulcération de l'artère fémorale dans un moignon, à 3 centimètres au-dessus de la ligature, n'ayant occasionné aucun accident, et reconnue seulement lors de la dissection du moignon quarante-neuf jours après l'amputation. — M. RICHET. L'ulcération des artères est une lésion rare, si rare qu'il en existe à peine quelques exemples authentiques et bien démontrés. Je ne veux pas parler, bien entendu, de l'ulcération assez fréquente du tube artériel serré par une ligature et pouvant donner lieu à des hémorrhagies consécutives, ni de cette ulcération des parois artérielles par du pus en contact avec elles, qui n'est pas encore fort rare, mais de cette *ulcération* que j'appellerais volontiers *spontanée*, parce qu'elle est le résultat d'un travail ulcératif ayant son point de départ dans les parois artérielles elles-mêmes. C'est un cas de ce genre que je veux soumettre à la Société, et tout d'abord je dois dire que c'est pour ainsi dire le hasard qui me l'a fait découvrir, en ce sens que rien dans les symptômes ne pouvait faire prévoir cette lésion pendant la vie, et que si je n'avais pas disséqué le moignon de cet amputé avec autant de soin, elle aurait certainement passé inaperçue.

Voici le fait :

Hippolyte-Auguste F..., âgé de soixante ans, chaudronnier, est couché salle Saint-Gabriel, n° 12, à la Pitié. Ce malade, atteint d'une tumeur blanche du genou gauche, est amputé le 13 décembre 1863; il meurt le 1er février 1864, d'une infiltration tuberculeuse occupant les deux poumons.

L'amputation, faite par la méthode à deux lambeaux, offrit ceci de particulier, que l'artère fémorale, d'un volume considérable, était ossifiée au point de former un tube béant, dont les parois rigides n'avaient aucune tendance à s'affaisser et ne pouvaient être aplaties sans faire entendre une sorte de crépitation sèche, comme si on brisait une coquille d'œuf. Cette particularité ne laissa pas que de m'inquiéter beaucoup, car je craignais que la ligature venant à couper bâtivement les parois artérielles, il n'en résultât une hémorrhagie secondaire à la chute du fil. Il n'en fut rien. La plaie marchait vers une cicatrisation régulière, lorsque sans cause et tout à coup cette cicatrisation se ralentit, et bientôt l'extrémité inférieure du fémur tendit à faire saillie à la partie antérieure et externe du moignon. Un appareil contentif fut appliqué. Malgré toutes les précautions prises, la peau rougit, s'ulcéra, et le fémur apparut au dehors, perforant la base des lambeaux antérieurs. Un pus fétide, mal lié, s'écoula abondamment par le passage que s'est frayé le fémur et par deux solutions de continuité de la cicatrice cutanée.

Le malade s'affaiblit de jour en jour, est pris de fièvre hectique et meurt le 1er février. J'étais très-désireux d'examiner le mode de cicatrisation de l'artère et de me rendre compte du travail qui avait mis efficacement obstacle au cours du sang, je procédai donc à la dissection du moignon avec un très-grand soin.

L'autopsie fut faite le 2 février, et nous permit de reconnaître la présence d'une infiltration tuberculeuse dans les deux poumons. Je n'ai rien à dire de particulier sur ces altérations, survenues avec une rapidité surprenante pendant les quinze derniers jours de la vie du malade.

Le moignon est flasque, aplati à sa partie inférieure et antérieure; l'extrémité du fémur, qui a perforé les téguments amincis, fait une saillie de 2 centimètres.

---

routine, et prétendent marcher en dehors ou en avant du commun des hommes!

La ruine de cet infortuné aurait dû désarmer la haine de ses ennemis; elle fut, au contraire, le signal d'un redoublement d'invectives et d'insultes. Guy Patin ne trouve pas de mots à la hauteur de sa colère triomphante : « Un grand et solennel arrêt de la Cour a renversé toutes les prétentions du gazetier, et a aussi abattu son bureau, où il exerçait une juiverie horrible et mille autres infâmes métiers.... C'est un fanfaron et un *ardelio*, duquel le caquet a été rabaissé.... »

Ailleurs, et à propos de ce même procès, il a un magnifique éclat d'orgueil :

« Tous les hommes meurent, s'écrie-t-il, mais les Compagnies ne meurent point : le plus puissant homme qui ait été depuis cent ans en Europe sans avoir la tête couronnée a été le cardinal de Richelieu; il a fait trembler toute la terre, il a fait peur à Rome, il a rudement traité et secoué le roi d'Espagne (admirez tout ce pompeux étalage avant d'arriver à la conclusion), et néanmoins il n'a pu faire recevoir dans notre Compagnie les deux fils du gazetier, qui étaient licenciés et qui ne seront de longtemps docteurs. »

Guy Patin ne fut pas le seul à s'acharner contre Renaudot; le malheureux se vit insulté sur tous les tons, en prose et en vers; on contrefit sa *Gazette* pour le mieux bafouer; on publia sur son compte les pièces les plus injurieuses et les moins authentiques; enfin, pour combler la mesure, on imprima plusieurs rondeaux sur son malheureux nez. Nous rapporterons le titre d'un seul, il permettra de juger tous les autres. Les lecteurs voudront bien nous pardonner cette citation d'une pièce ordurière; c'est souvent dans de pareilles œuvres qu'on apprend à connaître la vie intime d'une époque.

LE NEZ POURRI DE THÉOPHRASTE RENAUDOT,

Grand gazetier de France et espion de Mazarin, appelé dans les chroniques *nebulo hebdomarius, de patria diabolorum;* avec sa vie infâme et bouquine, récompensé d'une vérole euripienne; ses usures, la décadence de ses monts-de-piété et la ruine de tous ses fourneaux et alambics (excepté celle de sa conférence, rétablie depuis quinze jours) par la perte de son procès contre les docteurs de la Faculté de médecine de Paris.

SUR LE NEZ POURRI DE THÉOPHRASTE RENAUDOT,

Alchymiste, charlatan, empirique, usurier comme
un juif, perfide comme un Turc, méchant
comme un renégat, grand fourbe,
grand usurier, grand gazetier
de France.

Rien ne manque, comme on le voit, au malheur du pauvre journaliste, rien, pas même les chagrins intérieurs. Renaudot n'avait pas été heureux dans un premier mariage; il eut la sottise, à l'âge de soixante-sept ans, de reprendre femme, jeune et jolie, si nous en croyons Loret dans sa *Muse historique :*

Il faut dire ici quelque mot
De Théophraste Renaudot.....
Qui, voulant au dieu des amours
Sacrifier ses derniers jours,
Ayant des ans soixante et douze (1)
Avait pris une jeune épouse.....

Car cette épouse, étant pourvue
D'attraits à donner dans la vue
Des plus beaux et des mieux peignez,
Ne l'a pas pris pour son *beau nez.*

Ce mariage disproportionné fut des plus malheureux, et les deux époux ne tardèrent pas à se séparer.

Renaudot mourut le 25 octobre 1653, âgé de soixante-neuf ans, regretté probablement de beaucoup de monde, des pauvres en particulier, fort riche selon quelques-uns, *pauvre comme un peintre* selon son ennemi, mais probablement très-malheureux et tourmenté. Nous laisserons au lecteur le soin de porter un jugement sur ce personnage, que nous avons tenu à bien faire connaître par ses œuvres. — Comme médecin, il nous est difficile de le juger; cependant, quoiqu'il fût répandu, nous ne pensons pas qu'il ait été un docteur de mérite, nous penserions plutôt que ses connaissances devaient être peu étendues et fort superficielles; nous ne nous expliquerions pas, sans cela, qu'un pareil homme n'ait rien écrit sur aucun point de la médecine. — Nous comprenons difficilement comment Renaudot n'inventa pas le *Journal de médecine;* c'eût été déjà une publication fort intéressante que celle qui aurait rendu compte de ses établissements médicaux, consultations, conférences, préparations chimiques, etc. N'y songea-t-il jamais, ou craignit-il l'insuccès d'une telle entreprise? Dans tous les cas, le premier journal de médecine en France ne fut publié que vingt-six ans après la mort du père du journalisme, en 1679. Il portait pour titre : *Nouvelles découvertes dans toutes les parties de la médecine*, et fut fondé par Nicolas de Blégny, un triste homme après tout, charlatan, fripon, escroc, menteur, etc., et tout cela sans conteste; en somme, une vilaine paternité pour nous autres. Les enfants, grâce au ciel! (je parle de la presse médicale sérieuse) ont promptement rejeté loin d'eux les traditions et l'héritage paternels.

Outre la *Gazette*, complétement écrite par lui, Renaudot a laissé quelques autres ouvrages à peu près sans valeur. Il fit paraître, en 1643, l'*Eloge funèbre de Scévole de Sainte-Marthe*, — en 1646, l'*Abrégé de la vie et de la mort de Henri de Bourbon, prince de Condé;* la *Vie et la mort du maréchal de Gassion;* — en 1648, la *Vie de Michel Mazarin*, cardinal de Sainte-Cécile, frère du premier ministre. Il publia aussi une grande partie du *Mercure français*, compilation historique assez estimée. En résumé, comme on le voit par ces titres d'ouvrages, Renaudot ne fut jamais que journaliste.

Dr H. MONTANIER.

(1) Loret se trompe; à cette époque, Renaudot était âgé de soixante-sept ans.

Toute la masse charnue s'est portée en bas et en dedans du fémur, tandis que celui-ci, attiré par les muscles fessiers, s'est porté en haut et en dehors.

La cicatrice du moignon est presque complète ; elle est formée par un tissu dur, comme cartilagineux, et dépasse de 3 centimètres l'extrémité de l'os. Ce fait prouve bien que les muscles n'ont subi ni exercé aucune rétraction.

En disséquant le moignon, l'on voit que toutes les parties voisines de la cicatrice viennent se confondre avec elle : peau, tissu cellulaire, muscles, plongent en quelque sorte dans ce tissu nouveau et lui adhèrent intimement. Les muscles ne présentent aucune altération ; ils ne sont ni plus rouges ni plus denses qu'à l'ordinaire ; un tissu adipeux abondant occupe leurs interstices.

En deux points seulement la désunion des parties n'est pas complète ; en effet un petit foyer purulent entoure le fémur au point où il a perforé le lambeau antérieur, et un second foyer remonte à 2 centimètres le long de la gaîne des vaisseaux, sans cependant atteindre la cicatrice vasculaire.

L'artère, la veine fémorale et le nerf saphène interne sont réunis entre eux dans un espace de 5 centimètres par un tissu blanc mat, dur et assez résistant pour rendre difficile la dissection et l'isolement des vaisseaux et du nerf. Le cylindre artériel est rigide, parsemé de plaques athéromateuses et dures, et ne s'affaisse pas. Inférieurement, l'artère présente un renflement considérable terminé par une portion effilée. Ce renflement, isolé avec soin de la veine, laisse voir en arrière une ulcération circulaire de 2 millimètres de diamètre, située à 3 centimètres au-dessus de la terminaison de l'artère, qui pénètre jusque dans le calibre du vaisseau ; on y voit au centre une plaque athéromateuse saillante, qui semble la cause de l'altération de la paroi vasculaire. L'extrémité inférieure de l'artère est remplie par le caillot obturateur.

Dans la position normale, ce pertuis se trouvait oblitéré par la veine remplie de caillots, car cette veine, adhérant à la partie postérieure de l'artère, formait un bouchon à l'orifice artériel.

L'artère, fendue dans toute sa longueur, offre une coloration normale à sa partie supérieure, c'est-à-dire vers la naissance de la fémorale profonde ; mais à partir de ce point, la coloration rouge va en augmentant jusqu'au bouchon fibrineux qui obture ce vaisseau. Ce caillot fibrineux, long de 3 centimètres, est feuilleté, décoloré supérieurement, rouge au contraire inférieurement ; enfin la portion du caillot qui correspond à la terminaison effilée du vaisseau est gris ardoisé, et présente évidemment un commencement d'altération. La partie supérieure du caillot adhère seule à l'artère dans une étendue d'un centimètre.

Les parois de l'artère dans le point correspondant à la ligature sont très-adhérentes, et ne paraissent avoir subi aucune altération.

Quant à la veine fémorale, elle aussi présente à son extrémité inférieure une altération remarquable. Sur la partie antérieure de son extrémité terminale et correspondant exactement à la face postérieure de l'artère ulcérée, existe une tache arrondie, gris ardoisé, et en ce point un amincissement considérable de la paroi veineuse, qu'une traction légère suffit à rompre. Il nous semble même qu'il existe un pertuis au centre de la tache.

Dans la veine comme dans l'artère, le caillot n'adhère à la face interne du vaisseau que par sa partie supérieure ; inférieurement, il est grisâtre et en voie d'altération.

Avec cet état cicatriciel des vaisseaux, il est aisé de comprendre qu'une hémorrhagie pouvait avoir lieu.

Comment les choses se seraient-elles passées ? Les parties molles étant complétement cicatrisées à plus d'un centimètre au-dessous des vaisseaux, le sang, au moment de la rupture vasculaire, ne se serait certainement pas épanché au dehors ; il n'y aurait pas eu de véritable hémorrhagie consécutive : c'est un anévrysme diffus qui se serait formé ; ou bien, et c'est là ce qui nous paraît le plus probable, grâce au travail ulcératif et adhésif des parois veineuses et artérielles, une communication se serait établie entre les deux vaisseaux, et l'on aurait eu un anévrysme artério-veineux, ou mieux une varice anévrysmale.

Les nerfs du moignon ne donnent lieu à aucune observation spéciale.

Le saphène interne adhère à la gaîne des vaisseaux dans une étendue de quelques centimètres, et se termine par un renflement de consistance fibreuse qui se confond avec les parties voisines. Il en est de même du nerf sciatique, avec cette particularité cependant que les fibres semblent s'écarter en faisceau avant leur réunion au tissu de la cicatrice.

Enfin, l'extrémité du fémur présente une virole osseuse en voie d'élimination. Le canal médullaire est oblitéré par un bouchon dur, au-dessous duquel on trouve le tissu réticulé du fémur parfaitement sain.

M. RICHET observe que la perforation a été causée par la petite plaquette athéromateuse qu'on voit encore engagée dans l'ouverture de l'artère, et juste en face de celle de la veine.

M. BROCA dit que la formation d'un anévrysme artério-veineux suivant le mécanisme indiqué par M. Richet serait bien exceptionnelle. D'habitude, ces anévrysmes des moignons d'amputation se développent dans le sac accidentel que forme la ligature commune à l'artère et à la veine.

M. BLOT pense que l'état inflammatoire de l'artère et de ses parois, rendu évident par le ramollissement du caillot, a sans doute favorisé l'action de la plaque athéromateuse.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

A l'occasion des articles insérés dans la *Gazette des Hôpitaux* sur le sirop de lactucarium, un échange d'explications a eu lieu entre MM. Reveil, Champouillon et Aubergier. C'est à la suite de ces explications, qui ont eu lieu sous les auspices de M. Tardieu, et des renseignements qui ont été fournis de part et d'autre, qu'ont été rédigées les déclarations suivantes, que nous avons été invités à reproduire :

Paris, le 17 février 1864.

Monsieur le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

M. Aubergier s'est ému des réflexions qui se trouvent dans mon *Formulaire des médicaments nouveaux*, à l'article LACTUCARIUM. Je reconnais la légitimité de ses réclamations. La vente de la première édition étant déjà très-avancée, dans la seconde, que je prépare, je ferai les changements nécessaires pour donner satisfaction à M. Aubergier.

J'ai cru devoir, Monsieur le Rédacteur, vous adresser cette déclaration afin qu'elle puisse être rendue publique dans votre journal, où ont été reproduits quelques passages de l'article dont il s'agit.

Recevez, etc. Dr O. REVEIL.

J'accepte, au nom de M. Champouillon, qui m'a fait l'honneur de me prendre pour arbitre, la rédaction suivante : A. TARDIEU.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* des 31 mai et 26 juillet 1862 et 26 janvier 1864, nous avons émis, à propos du sirop de Lactucarium, des appréciations qui ont provoqué les réclamations de M. Aubergier. L'examen des formules diverses soumises par M. Aubergier à l'Académie, au ministre et à la Commission du *Codex*, nous a démontré que nous avions été induit en erreur ; mieux éclairé sur les faits et particulièrement sur la loyauté dont M. Aubergier a fait preuve devant la Commission du *Codex*, nous nous faisons un devoir de reconnaître les inexactitudes involontaires qui nous ont échappé. Nos réflexions tombent avec les renseignements erronés qui y avaient donné naissance, et nous sommes heureux de retirer tout ce qui, dans nos articles, avait pu éveiller la juste susceptibilité de M. Aubergier.

CHAMPOUILLON.

Paris, le 17 février 1864.

Nous espérons pouvoir donner prochainement un résumé exact des faits qui ont amené le conflit dont nous venons d'enregistrer le dénoûment.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Fraissines vient de recevoir la décoration de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand.

— M. le docteur Seux est nommé président de l'Association des médecins des Bouches-du-Rhône.

— L'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille a distribué dans sa séance de rentrée les prix suivants :

Médecine. — 1re année : 1er prix, M. d'Hurlaborde ; 2e prix, M. Rivière.

Ce dernier lauréat n'a pu recevoir la récompense de son travail ; il a succombé victime de son zèle et de son dévouement.

2e année : 1er prix, M. Isouard ; 2e prix, M. Brun.

3e année : pas de premier prix ; 2e prix, *ex æquo* : MM. Trastour et Giraud-Poulet.

Pharmacie. — Prix : M. Fontanier.

— La Société des pharmaciens de Lyon et du Rhône a distribué, le 9 janvier dernier, les récompenses suivantes aux élèves qui avaient pris part à son concours annuel :

Un prix a été décerné à M. Richard (de la Mure) ; une mention très-honorable a été accordée à M. Joseph Simon (de Lyon).

Le sujet de concours pour l'année présente est intitulée *Etude de la fermentation.*

— M. Saint-Cyr vient d'être nommé rédacteur en chef du *Journal de l'Ecole vétérinaire de Lyon.*

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 22 FÉVRIER 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les fonctions de médecin sanitaire que M. Schnepp vient de déposer récemment, n'ont pas été seulement pour lui une occasion de servir utilement son pays; il y a trouvé encore un moyen d'étendre ses connaissances et d'en apporter le tribut à la science. Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur quelques-unes de ses communications relatives à divers points d'histoire naturelle médicale. Mais de toutes les questions que ses voyages ont offertes à son étude, l'une des plus importantes, sans contredit, à cause de son intérêt considérable au point de vue hygiénique et économique, est celle de la conservation des viandes et de leur transport à grandes distances. L'étendue du mémoire qu'il a lu sur ce sujet à l'Académie et les nombreux détails économiques qu'il renferme, ne nous ont pas permis d'en présenter ici une analyse; mais nous n'avons pas voulu laisser passer la seconde partie de cette lecture sans signaler ici l'importance de la solution que l'on peut espérer maintenant de voir donner à cette question, à en juger par la réussite de l'essai que l'on doit à l'initiative de notre savant confrère.

Les lecteurs trouveront dans le compte rendu une très-intéressante communication de M. Lussana relative à l'influence des nerfs pneumo-gastriques sur les effets de certaines substances vénéneuses introduites dans l'estomac. On sait que la section des nerfs pneumo-gastriques retarde ou amoindrit les effets de l'empoisonnement par la strychnine, tandis que cette section détermine promptement, au contraire, les effets toxiques qui résultent de la présence simultanée de l'amygdaline et de l'émulsine dans cet organe. On avait vainement cherché jusqu'à présent à se rendre compte de cette singularité. Les expériences dont M. Lussana a exposé les résultats donnent la solution de cette apparente contradiction physiologique.

Dr Brochin.

QUEL DOIT ÊTRE LE ROLE DU MÉDECIN APPELÉ A DÉPOSER DEVANT LA JUSTICE (1).

J'ai dit, dans ma note précédente, qu'il me restait à répondre à quelques-unes des objections qui m'avaient été faites par des magistrats et des médecins, c'est ce que je vais essayer de faire dans cette deuxième note.

1° On m'a dit et répété que *nous ne devions pas et que nous n'avions pas besoin de faire l'historique d'une affaire dans une expertise médico-légale.*

Il est des circonstances où cet historique est tellement nécessaire qu'il suffit de réfléchir un peu à la manière dont se fait et doit se faire une expertise. Pour bien comprendre ce que j'avance, les faits racontés précédemment pourraient me suffire; mais je veux en prendre d'autres. Je suis chargé, par exemple, de visiter un individu blessé, je commence par lui demander quelles sont ses blessures, quand et comment il les a reçues, dans quelle position était celui qui l'a frappé, de quel instrument il s'est servi, etc. J'examine ensuite les blessures, je les décris, et, jugeant la question, je déclare qu'il y a eu *violence* ou *simple accident*.

Il y a quelques mois, j'étais chargé d'examiner un vigneron blessé à la tête. Il prétendait que ces blessures lui avaient été faites par des pierres lancées violemment. Son gendre, accusé d'en être l'auteur, soutenait que ces blessures étaient le résultat d'une chute que son beau-père avait faite à la suite de libations trop copieuses. Il résulta de mon expertise que ces blessures étaient la conséquence non pas d'un accident, mais de violences exercées contre lui. Le gendre fut condamné.

S'agit-il d'un viol. Il importe de savoir si l'individu accusé est capable du fait, eu égard à ses organes génitaux, à sa force corporelle; si le viol a pu être accompli dans les circonstances indiquées. C'est le cas de rappeler ici l'histoire de cette femme de très-haute taille, qui se plaignait d'avoir été violée par un tout petit homme debout, et l'accusé, disait la femme, ayant été obligé de monter sur ses sabots pour atteindre ses parties génitales.

2° On a dit encore, en insistant sur l'objection précédente : *Le médecin doit répondre purement et simplement aux questions du magistrat.*

S'il s'agissait pour le médecin d'être interrogé comme un simple témoin, et d'avoir à répondre presque uniquement par oui et par non, évidemment nous ne devrions pas nous écarter de la question strictement posée. Mais quand il s'agit d'un rapport d'expert, il n'en est plus de même. Que veut, en effet, le juge ou le tribunal qui ordonne une expertise? Reconnaissant que pour juger certaines questions soumises à leur juridiction, des connaissances spéciales dans les sciences ou dans les arts sont indispensables, les magistrats ont recours à des hommes qui possèdent ces connaissances, et ils leur délèguent une partie de leur pouvoir pour que ceux-ci, s'entourant de tous les moyens propres à la découverte de la vérité, puissent éclairer les magistrats sur les questions qui leur sont soumises. Or, comme je l'ai dit plus haut, il faut que l'expert ait une grande latitude pour pouvoir connaître et apprécier une affaire, développer son rapport et exprimer les raisons qui lui font penser que tel fait a eu lieu de telle ou telle manière, etc., pour juger enfin la question.

3° Enfin, m'ont dit plusieurs magistrats : *Faites à l'individu soumis à votre examen, aux parents, aux témoins de l'accident ou du crime, toutes les questions que vous jugerez convenables, mais ne les insérez pas dans votre rapport.*

Or, je le demande, est-il possible, dans l'intérêt de la vérité, de séparer la question médicale de la question historique dans la plupart des cas qui se présentent? Prenons pour exemple celui que je citais plus haut du vigneron blessé par des coups de pierre, et se plaignant d'avoir été frappé de telle manière dans telle circonstance. Est-ce que je ne suis pas obligé de rapporter sa déposition, pour mieux faire comprendre si ce qu'il annonce concorde avec la nature, le siége, la forme, la gravité de la blessure?

Est-ce que la déclaration de cette femme poursuivie pour infanticide, et annonçant que depuis quelques jours son enfant ne voulait plus prendre le sein, quand je venais de trouver du lait fraîchement introduit dans l'estomac de cet enfant; est-ce que cette déclaration n'était pas une circonstance très-grave et très-importante pour la démonstration de sa culpabilité?

En écrivant ces lignes, je n'ai certes pas la prétention de contester aux magistrats le droit de nous adresser toutes les questions qu'ils jugeront convenables. Mais je soutiens que quand il nous est demandé de faire connaître dans un rapport si dans telle circonstance il y a eu viol ou attentat à la pudeur simple ou sans violence, si dans telle autre il y a eu assassinat, mort volontaire ou accidentelle, si chez une femme il y a eu avortement volontaire et provoqué, ou bien avortement spontané accidentel, etc., non-seulement nous avons le droit, mais nous avons le devoir de nous entourer de tous les moyens propres à nous éclairer et à éclairer les juges, et la conscience de ce devoir doit seule fixer les limites qu'il convient de ne pas franchir. — Dr Petit (de Château-Thierry).

(1) Voir le numéro du 9 février.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

De la pleurésie des nouveau-nés (1).

Quels sont les phénomènes cliniques que l'on constate à l'examen des nouveau-nés atteints de pleurésie?

La première circonstance qui frappe l'attention des parents ou de la nourrice est celle-ci : *l'enfant tette moins ou ne tette plus.* On lui présente le sein; il le saisit mollement, sans appétence, et l'abandonne après avoir exercé quelques succions. A une période plus avancée de la maladie, il ne saisit plus du tout le mamelon, et fait à peine quelques efforts pour avaler le lait qu'on lui fait couler dans la bouche. Enfin, à la période ultime, il n'y a même pas de mouvement appréciable de déglutition.

Les caractères du cri sont remarquables. Il est faible, plaintif, et se produit sous la forme d'un gémissement très-doux à la fin de chaque expiration.

La respiration est accélérée dès le début; mais dès que l'épanchement a acquis un certain degré d'intensité, il y a dyspnée réelle, et alors voici ce qu'on observe : la respiration est courte, haute; il y a coïncidemment ampliation de la paroi antérieure de l'abdomen, gonflement des veines du cou, teinte bleuâtre des lèvres, dilatation et resserrement alternatifs des ailes du nez; expression de détresse de la physionomie, saillie des globes oculaires, écartement considérable des paupières. D'autres fois, les yeux sont à demi fermés, et les globes oculaires convulsés en haut.

Chez les enfants plus âgés, la pression exercée sur les parties latérales de la poitrine, dans les points correspondant au siége du mal, peut provoquer une explosion de cris et des manifestations douloureuses qui deviennent un indice précieux pour le praticien. Mais chez les nouveau-nés ces expressions de la douleur sont très-obscures et font même habituellement défaut. Je n'ai jamais constaté d'altération appréciable dans la forme du thorax chez les nouveau-nés atteints de pleurésie. Mais Baron père, cité par son fils, a rencontré une fois chez un garçon de quelques jours la déformation suivante : la respiration avait été diaphragmatique à un degré si prononcé que la voussure de la partie antérieure du thorax, la dépression de l'appendice xyphoïde persistèrent après la terminaison de la maladie, et le sternum resta couché et bombé d'une manière permanente. « C'est, au reste, dit Baron fils, une déformation que l'on retrouve quelquefois à l'autopsie des nouveau-nés qui par une cause quelconque respirent complétement par le diaphragme. »

Quels sont les résultats fournis par la percussion? Nuls au début, ils n'acquièrent malheureusement quelque importance qu'à une époque presque toujours très-avancée de la maladie. Ces résultats intéressent tellement le diagnostic qu'on ne saurait trop insister sur certaines circonstances anatomiques susceptibles d'induire en erreur le praticien.

Le thorax offre chez l'enfant en bas âge, et surtout chez le nouveau-né, une sonorité extrême que voilent bien rarement les causes nombreuses et si diverses qui l'altèrent chez l'enfant plus âgé, et à plus forte raison chez l'adulte. En sorte qu'on peut dire avec vérité qu'il y a une *sonorité infantile, comme il y a une respiration infantile.* Cette sonorité décroît peu à peu à mesure qu'on s'éloigne du moment de la naissance. Elle est donc à son maximum d'intensité dans les premiers jours de la vie extra-utérine.

La minceur des parois de la poitrine doit contribuer pour une large part à cette exagération de la sonorité thoracique; mais, quelle qu'en soit la cause, le fait existe, et il importait de le mettre en lumière.

Quelles sont les limites de la sonorité infantile? En haut, elles sont les mêmes qu'aux autres périodes de l'existence; en bas, elles different notablement. Supposez un plan perpendiculaire à l'axe du tronc, et qui raserait la partie culminante de la surface convexe du foie, et ce plan vous donnera la limite inférieure de la sonorité infantile. Or c'est sur la sixième ou septième côte, ou sur l'espace intercostal qui les sépare, que tombera, sauf les variétés individuelles, le plan dont nous parlons. Il en sera ainsi à droite, cela se conçoit en raison du volume habituellement considérable du foie chez le nouveau-né. Mais il en sera de même à gauche, parce que chez le nouveau-né le foie remplit d'ordinaire les deux hypochondres, et aussi parce qu'à gauche il est souvent soulevé par l'estomac et les intestins distendus. La sonorité infantile a donc pour limite inférieure le sixième espace intercostal environ.

La région précordiale n'oppose même pas d'exception à cette règle générale, et cela par une bonne raison : c'est que le cœur chez le nouveau-né est presque toujours enveloppé par la partie antérieure du poumon gauche. D'où il suit que la sonorité du côté antérieur gauche de la poitrine, quelquefois un peu moindre que celle du côté droit, est à peu près égale sur tous les points.

Malgré l'obstacle qu'apporte la sonorité infantile à l'appréciation des modifications survenues chez les nouveau-nés pleurétiques dans la résonnance de leur thorax, ces modifications n'en restent pas moins le caractère principal de la maladie, celui en l'absence duquel tous les autres symptômes, même les plus significatifs, restent nuls et non avenus.

Je ne saurais donc trop exhorter les praticiens à rechercher avec le plus grand soin la matité ou l'affaiblissement du son, du moment qu'ils ont quelque raison de soupçonner l'existence d'une pleurésie de naissance chez un enfant.

Les phénomènes révélés par l'auscultation sont d'une très-médiocre valeur auprès de ceux que fait percevoir la percussion. La raison en est facile à saisir : c'est que, même en supposant l'épanchement considérable (et il n'acquiert jamais les mêmes proportions relatives que chez les enfants d'un certain âge), cet épanchement est encore trop peu de chose, d'une part, pour

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 février.

empêcher la perception à travers son épaisseur des bruits qui se passent dans le poumon; d'une autre part, pour donner lieu aux phénomènes spéciaux et caractéristiques de la pleurésie, ou du moins pour les engendrer avec le même degré de force et d'évidence.

En effet, qu'avons-nous noté à l'auscultation du côté affecté chez nos nouveau-nés pleurétiques? Des râles muqueux, sibilants, ronflants, parfois cette crépitation extrêmement fine que j'ai désignée sous le nom de *bruit d'éponge mouillée;* plus rarement une respiration soufflante, plutôt qu'un véritable souffle. Si l'épanchement était arrivé à son degré d'intensité le plus grand, il y avait affaiblissement des bruits respiratoires.

Jamais je n'ai perçu de retentissement du cri qu'on puisse comparer à de l'égophonie. Les observations de Baron fils et de M. Mignot sont conformes aux miennes sur ce point.

Quant à la fièvre, son intensité nous a paru être proportionnelle à celle de l'épanchement, et chez la plupart de nos jeunes sujets nous avons vu le pouls s'élever progressivement de 120 à 160, en même temps que la chaleur cutanée augmentait d'une façon sensible.

M. Mignot, comparant la réaction qu'excite la pleurésie à celle que détermine la pneumonie chez les nouveau-nés, arrive à cette conclusion, que la température du corps est plus élevée dans les cas de pleurésie et le pouls plus fréquent que dans la pneumonie.

Tels sont les éléments que l'étude des symptômes fournit au diagnostic de la pleurésie chez le nouveau-né. Si faible que soit le degré de certitude auquel ils conduisent pris isolément, ils n'en sont pas moins susceptibles par leur groupement d'acquérir une valeur réelle.

Au premier rang des signes probables de la pleurésie infantile, je place la matité de la poitrine du côté malade; si à cet indice précieux viennent se joindre l'anxiété et la gêne respiratoire, l'expression douloureuse de la physionomie, la cyanose des lèvres et des extrémités, la saillie des globes oculaires, l'attitude languissante et comme abandonnée de tout le corps, le développement du ventre, le caractère abdominal de la respiration plaintive, l'affaiblissement des bruits respiratoires du côté affecté, la fièvre, l'inappétence, le refus du sein, on aura par devers soi une somme de probabilités qui équivaudra presque à une certitude.

Une affection très-facile à confondre avec la pleurésie chez le nouveau-né, c'est la pneumonie. Dans les deux cas, en effet, on peut constater à l'auscultation le bruit d'éponge mouillée, des râles humides, une respiration soufflante; dans les deux cas, il peut y avoir diminution de la sonorité thoracique, et de plus de la dyspnée, une réaction fébrile plus ou moins vive. — Comment dès lors établir le diagnostic différentiel?

1° La diminution de la sonorité thoracique, toujours moindre dans la pneumonie que dans la pleurésie, ne va presque jamais, comme dans cette dernière, jusqu'à la matité.

2° Ce n'est que dans la pleurésie qu'il peut y avoir affaiblissement du murmure respiratoire.

3° La dyspnée de la pneumonie ne s'accompagne pas, comme celle de la pleurésie, de cette anxiété respiratoire, de l'expression douloureuse de la physionomie, de la respiration abdominale, etc., qu'on observe dans la pleurésie des nouveau-nés.

Toutefois je ne dissimulerai pas qu'il y a là plutôt des nuances qu'une dissemblance réelle, et qu'il faut une grande expérience pour établir cliniquement de telles distinctions.

J'ai montré plus haut, par la relation d'une de mes observations, comment il pouvait arriver que l'on confondit une pleurésie avec une péritonite chez le nouveau-né. Je ne reviendrai pas sur les signes qui différencient ces deux affections.

Je rapporterai ici deux cas empruntés à la pratique de Baron père, et qui prouvent que les difficultés diagnostiques, déjà si grandes dans les cas ordinaires, sont insurmontables dans certains cas, fort heureusement exceptionnels.

Une petite fille de quatre jours avait offert comme symptômes principaux un sclérème, une oppression considérable, de la matité et une respiration nulle dans presque toute l'étendue du côté gauche du thorax. Toutes les probabilités étaient en faveur d'un épanchement pleurétique. Or on trouva à l'autopsie une énorme dilatation du cœur droit, dont les cavités, ainsi que celles des grosses veines voisines, étaient distendues par une quantité de sang si considérable que les parois amincies semblaient en plusieurs points réduites à la seule épaisseur des séreuses. Il y avait à la base du ventricule droit une tumeur formée par une hernie de la membrane interne à travers un écartement des fibres musculaires. Le cœur, d'un volume triple de l'ordinaire, était placé en travers de la colonne vertébrale, occupant beaucoup plus de place dans la cavité thoracique gauche que dans la droite, et comprimant un peu la partie antérieure du poumon droit, beaucoup plus dilaté que le gauche, qui était aplati, déjeté en arrière et en dehors, et presque complétement privé d'air.

Autre fait :

Une petite fille de quatre jours présentait une matité complète dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine. La cavité thoracique droite était remplie par la masse de l'intestin grêle, le côlon lombaire droit et la presque totalité de la moitié droite du foie. Le poumon correspondant était refoulé vers le sommet du thorax, et ne contenait pas d'air. Cette hernie s'était opérée à travers une ouverture d'un pouce carré environ, située à droite des piliers du diaphragme, et due au manque d'insertion des fibres de ce muscle à cet endroit.

On conçoit que la hernie diaphragmatique dans ce dernier cas et l'anévrysme du cœur dans le précédent n'aient pu être distingués pendant la vie de la pleurésie, avec laquelle on a dû tout d'abord et naturellement les confondre.

J'ai principalement eu en vue, dans la description qui précède, la pleurésie inflammatoire. Mais on rencontre fréquemment aussi, chez le nouveau-né, des épanchements pleuraux, sans inflammation concomitante, et qui s'accompagnent de matité, de dyspnée et de faiblesse du cri. Comment distinguera-t-on pendant la vie ces épanchements, presque toujours séreux ou séro-sanguinolents, des épanchements inflammatoires, qui le plus souvent au contraire sont, comme nous l'avons dit, le plus habituellement purulents ou pseudo-membraneux? Par l'absence de réaction fébrile dans le premier cas. Toutefois ce signe distinctif n'aura rien d'absolu, car une pneumonie franche peut coïncider avec ces épanchements et donner lieu à un mouvement fébrile. Le diagnostic restera donc incertain. Mais ici l'erreur ne peut avoir de conséquences fâcheuses, car le traitement sera le même dans les deux cas.

Un caractère important qui distingue la pleurésie des nouveau-nés de la pleurésie à toutes les autres périodes de la vie et même de l'enfance, c'est la brièveté de sa durée et la rapidité de sa marche.

Pour les quatorze sujets dont j'ai recueilli l'observation, voici comment les choses se sont passées :

Durée de la pleurésie :	chez	2	nouveau-nés,	2	jours.
—	—	6	—	3	—
—	—	1	—	4	—
—	—	1	—	5	—
—	—	3	—	6	—
—	—	1	—	7	—

Ainsi le maximum de la durée a été de 7 jours; et encore faut-il remarquer que pour 8 enfants, c'est-à-dire pour plus de la moitié des sujets, ce maximum n'a été que de 3 jours.

Qu'offraient de particulier les pleurésies dont la durée a été si courte? C'étaient, une seule exceptée, des pleurésies à forme purulente et pseudo-membraneuse. Les deux observations que j'ai rapportées en sont la preuve. Les limites de cet article ne me permettent pas d'en citer d'autres.

Dans les cas où la vie se prolongeait jusqu'au cinquième, sixième, septième jour, c'est la forme séreuse ou séro-sanguinolente qu'on rencontrait.

D'où vient cette marche si rapide, cette terminaison presque foudroyante de la pleurésie chez le nouveau-né? Elle tient, selon moi, à plusieurs causes :

1° A la faible résistance vitale de l'enfant qui vient de naître;

2° A la surprise des fonctions respiratoires, fonctions toutes novices pour ainsi dire, qui s'ignorent encore et se laissent facilement entraver par les résistances qu'elles rencontrent;

3° Enfin à l'obstacle extrêmement grave qu'oppose à l'allaitement la gêne croissante de la respiration.

Frappé ainsi brusquement dans deux des fonctions les plus essentielles, le nouveau-né est voué à une mort presque infaillible.

La mort a eu lieu, en effet, dans tous les cas que j'ai observés jusqu'ici. Faut-il en conclure que la maladie soit irrémédiable? Je ne le crois pas. C'est, en effet, une affection presque constamment nosocomiale que la pleurésie chez les nouveau-nés. On l'observe rarement en ville, et je ne doute pas que si on l'y rencontrait, on ne parvînt, par une hygiène bien comprise et un traitement bien dirigé, à obtenir quelques guérisons.

Mais avant de poser les indications thérapeutiques, il importe de rechercher les causes de cette grave affection.

L'âge joue un très-grand rôle en tant que cause prédisposante, puisque sur 397 cas de pleurésie relevés par Baron fils chez des enfants de 1 jour à 15 ans, il y en avait :

128 de 1 jour à un mois;

36 de 1 mois à un an;

233 de 1 an à 15 ans.

De ces chiffres, il résulterait, si l'on se borne à comparer le premier mois de la vie extra-utérine avec chacun des onze mois qui suivent, que la fréquence de la pleurésie est environ quarante fois plus grande dans ce premier mois que dans chacun des onze autres mois. La proportion s'élèverait à un chiffre bien autrement extraordinaire si l'on comparait le premier mois de la première année avec chaque mois des années suivantes jusqu'à quinze ans. Il ne faudrait pas croire cependant que ces chiffres expriment la vérité dans toute sa rigueur.

Baron fils a recueilli comme moi la plupart de ses observations aux Enfants-Trouvés. Or, il faut savoir que le nombre des nouveau-nés dans cet hospice est proportionnellement beaucoup plus considérable que celui des enfants plus âgés, la plupart de ces nouveau-nés étant envoyés à la campagne peu de temps après leur admission, et ne grandissant pas, par conséquent, dans l'établissement. Mais, même en tenant compte de cette circonstance, la pleurésie n'en reste pas moins une affection beaucoup plus fréquente chez le nouveau-né qu'à aucune autre période de l'enfance.

Le sexe ne paraît pas avoir d'influence appréciable. S'il est vrai de dire que sur 14 cas de pleurésie chez les nouveau-nés, je compte 10 garçons et 4 filles, je dois ajouter que sur 9 nouveau-nés pleurétiques, M. Mignot a trouvé 6 filles et 3 garçons.

Billard, Baron fils et M. Mignot s'accordent pour attribuer à la saison froide une action manifeste sur la production de la pleurésie chez le nouveau-né. Je me range tout à fait à leur opinion, quoique les cas de pleurésie recueillis par moi chez les nouveau-nés se soient trouvés également répartis entre les mois de la bonne saison et ceux de la mauvaise : janvier, 2; mars, 1; avril, 1; mai, 2; juin, 2; août, 1; septembre, 2; octobre, 2, et novembre, 1.

Une influence mieux démontrée, c'est celle des maladies dans le cours desquelles se déclare la pleurésie.

Telle serait la pneumonie, de l'avis de tous les auteurs, et notamment de Valleix. Je n'ai trouvé, en effet, que 3 fois sur 14 les poumons sains et crépitants du côté affecté. Faut-il néanmoins considérer la lésion concomitante du tissu pulmonaire comme ayant été la cause réelle de l'inflammation pleurale? Sans nul doute, il en a été ainsi dans quelques cas, témoin celle de nos observations dans laquelle nous avons trouvé un abcès superficiel du poumon coïncidant avec un épanchement séro-sanguinolent de la plèvre; témoins encore les cas où l'épanchement séreux ou purulent s'accompagnait d'une induration très-intense et très-étendue du poumon correspondant. La lésion pulmonaire avait évidemment joué là le rôle d'épine inflammatoire. Mais à part ces trois ou quatre cas, je dis que la pleurésie s'est produite en dehors de toute influence de voisinage.

L'analyse de mes observations démontre, en effet, que les pleurésies les plus graves et les plus étendues, celles qui ont revêtu la forme purulente et pseudo-membraneuse, n'étaient souvent accompagnées que d'un léger engouement de l'organe pulmonaire, engouement situé à la base et au bord postérieur, tandis que le pus et les fausses membranes s'étalaient quelquefois de préférence sur le bord antérieur.

La part d'influence de la pneumonie étant ainsi réduite à sa juste valeur, il nous reste à déterminer la part qui revient aux autres états organopathiques, et au premier rang je dois placer ici les maladies de l'appareil digestif.

La gastro-entérite, avec le cortége habituel de ses complications, à savoir : le muguet, l'érythème anal, les ulcérations péri-malléolaires, s'est rencontrée 10 fois sur 14 chez mes nouveau-nés pleurétiques; et, ce qui ne laissera aucun doute sur l'influence pathogénique exercée par cette redoutable maladie du premier âge, c'est que les manifestations de la gastro-entérite ont presque constamment précédé celles de la pleurésie. Notez d'ailleurs qu'il ne s'agissait pas le plus souvent des formes légères de l'entérite, mais de ses formes les plus graves, la forme ulcéreuse, la forme psorentérique, la congestion violente de la muqueuse avec ramollissement de cette membrane, lésions qui se traduisaient pendant la vie par le ballonnement du ventre, des vomissements opiniâtres et une diarrhée incoercible. Le moyen, je le demande, de ne pas croire qu'une affection si grave a été pour quelque chose, si ce n'est pour tout, dans la production de la pleurésie?

Je ne dois pas omettre de mentionner ici le sclérème parmi les causes qui peuvent donner lieu aux épanchements de la plèvre chez le nouveau-né, épanchements passifs, non inflammatoires, quelquefois séreux, le plus souvent sanguinolents, et qui coïncident presque toujours avec des épanchements semblables dans le péricarde, dans le péritoine, dans l'arachnoïde et les ventricules cérébraux, épanchements qui ne doivent pas être confondus, par conséquent, avec la pleurésie proprement dite, dont nous avons essayé de donner la description.

Je terminerai cette énumération étiologique par la mention d'une cause redoutable au premier chef; je veux parler de l'influence nosocomiale. Cette influence a été incontestable chez plusieurs de nos jeunes sujets, frappés le lendemain ou le surlendemain de leur naissance, et qui n'avaient pas eu le temps, par conséquent, de subir l'action pathogénique d'aucun autre état morbide antérieur. Je sais bien qu'on pourrait invoquer ici certaines causes hygiéniques, un refroidissement, par exemple; mais je ferai remarquer que les pleurésies développées par le froid n'arrivent pas, même chez les nouveau-nés, en vingt-quatre ou quarante-huit heures à la forme purulente ou pseudo-membraneuse. Pourquoi d'ailleurs ces cas sont-ils si rares en ville et si fréquents dans les nosocomes infantiles? L'évidence est ici tellement grande, qu'il n'y a pas lieu à plus ample discussion. Mais cette évidence ne m'a jamais frappé pour aucune affection autant que pour la pleurésie des nouveau-nés.

Si la dénomination de *typhus puerpéral* pouvait être appliquée à une maladie de cet âge, ce serait beaucoup plutôt à la pleurésie qu'à la péritonite, cette dernière étant deux fois moins fréquente que la pleurésie dans le premier mois de la vie extra-utérine.

Malgré l'insuccès de mes efforts thérapeutiques dans tous les cas soumis à mon observation, je crois qu'il ne faut pas renoncer à la curation de la pleurésie chez les nouveau-nés.

Les évacuations sanguines locales, qui rendent de si grands services chez les enfants d'un certain âge, ont un inconvénient grave chez les enfants qui viennent de naître, celui d'amener une déperdition prompte et quelquefois irrémédiable des forces. Aux ventouses scarifiées et aux sangsues, je préfère l'application d'une ventouse sèche sur le côté malade.

Ensuite, je fais entourer la poitrine d'un cataplasme émollient recouvert d'un taffetas gommé, puis d'une couche suffisante de coton cardé.

Si la maladie se prolonge, et si la peau ne présente nulle part de tendance ulcéreuse, il faut recourir aux révulsifs, aux sinapismes, aux vésicatoires à la partie postérieure du thorax. On aura soin de ne laisser ces derniers que juste le temps nécessaire pour le détachement de l'épiderme, une action trop prolongée de ces topiques amenant facilement une inflammation suppurative du derme.

Tant que l'enfant ne refuse pas le sein, l'allaitement doit être continué. *Jejunium ferunt minimè pueri*, a dit Hippocrate. Ce précepte est de tout point applicable aux nouveau-nés atteints de pleurésie. Si la dyspnée ou la perte des forces s'opposent à ce que l'enfant saisisse le mamelon, on aura recours à l'ingestion forcée du lait de la nourrice ou du lait de vache à l'aide d'une

cuiller, ou bien encore aux injections nasales de lait pratiquées selon la méthode de M. Isidore Henriette.

Je résumerai ce travail dans les propositions suivantes :

1° Anatomiquement parlant, la pleurésie des nouveau-nés se présente sous trois formes distinctes : forme purulente et pseudo-membraneuse, forme séreuse ou séro-sanguinolente, forme sèche. La forme purulente et pseudo-membraneuse est la plus commune de toutes.

2° La pleurésie double est plus fréquente que la pleurésie unilatérale.

3° Les concomitances anatomiques les plus habituelles de la pleurésie des nouveau-nés sont les suivantes, rangées par ordre de fréquence : engouement ou hépatisation pulmonaire, lésions de la gastro-entérite, forte congestion des méninges et hémorrhagie méningée.

4° La matité de la poitrine du côté affecté, la dyspnée, l'expiration plaintive, la faiblesse du cri et la fièvre, sont les symptômes les plus constants.

5° Chez les nouveau-nés pleurétiques, il ne faut compter ni sur l'égophonie, ni en général sur les résultats de l'auscultation pour asseoir le diagnostic.

6° Entre autres caractères qui distinguent la pleurésie des nouveau-nés de la pleurésie aux autres périodes de l'existence, il faut mentionner sa durée courte, sa marche rapide, sa terminaison habituelle par la mort.

7° Les causes les mieux démontrées de la pleurésie chez le nouveau-né sont : l'âge, la saison froide, en tant que causes prédisposantes ; l'influence nosocomiale, la pneumonie, l'épuisement produit par la gastro-entérite, en tant que causes efficientes.

8° Les ventouses sèches, les topiques émollients, les révulsifs cutanés, combinés avec la continuation de l'allaitement, sont les meilleurs moyens à opposer à la pleurésie des nouveau-nés.

Note de l'auteur. — Cet article était imprimé lorsque j'ai retrouvé dans mes notes une observation relative à une variété remarquable de pleurésie chez les nouveau-nés, variété qui n'est pas indiquée parmi celles que j'ai décrites, et qui mérite le nom de *pleurésie hémorrhagique.*

Il s'agit, dans cette observation, d'un petit garçon de cinq jours atteint de sclérème, et qui, indépendamment des symptômes propres à cette dernière affection, présentait, au moment de son entrée à l'infirmerie des Enfants-Trouvés, le 27 janvier 1843, une matité très-prononcée de la poitrine en arrière et à droite, et un affaiblissement notable de la respiration de ce côté ; cris faibles et voilés, pouls fréquent, presque insaisissable, chaleur intense à la peau du tronc et refroidissement des extrémités.

La mort eut lieu le même jour, et je trouvai à l'autopsie la plèvre droite remplie de caillots sanguins d'un noir foncé mêlés à une petite quantité de sang de même couleur ; les poumons parfaitement sains ; et une vive injection du mésentère et des tuniques intestinales.

Cette forme de la pleurésie des nouveau-nés doit être rapprochée de la forme séro-sanguinolente, non-seulement au point de vue anatomique, mais encore et surtout parce que, comme beaucoup d'épanchements séro-sanguinolents à cette période de la vie extra-utérine, elle paraît être sous la dépendance du sclérème.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 février 1864. — Présidence de M. MORIN.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre de la section d'économie rurale, en remplacement de feu M. de Gasparin. (Nous en avons fait connaître le résultat dans le numéro de jeudi dernier.)

De la consommation et du commerce des viandes de la Plata. — M. SCHNEPP lit la deuxième partie de son mémoire sur ce sujet.

Le procédé de conservation des viandes le plus anciennement connu dans cette partie de l'Amérique consiste, dit-il, à couper la viande en lanières minces et longues et à sécher celles-ci au soleil. Ainsi préparée, la viande se conserve pendant un mois ou deux, sous le nom de *carne seca* ou *dulce*. On la mange rôtie, mais elle est très-dure et a peu de goût ; cuite avec des légumes, elle communique à ceux-ci une saveur agréable qui rappelle celle du lard fumé, mais la fibre musculaire ne conserve plus alors ni goût ni saveur... Ce procédé est insuffisant quand il s'agit d'opérations en grand et de préparations qui ont besoin de se conserver pendant longtemps. Il a conduit, par des modifications successives, à la création des *saladeros*, qui constituent l'industrie la plus importante de la Plata. L'auteur donne des détails sur ces établissements, et il termine par les renseignements suivants :

Il est d'usage, dans la plupart des *saladeros*, en hiver, quand les viandes ne peuvent plus être séchées, de les saler, comme je l'ai dit, de les empiler, le troisième jour de les couvrir d'une couche de sel et d'une toile, de les charger de poids et de les laisser ainsi pendant cinq à six mois exposées aux pluies et aux vents. Au retour du printemps, on les retrouve en général en très bon état. Guidé par ce fait, j'ai construit des piles semblables à Montevideo et les ai expédiées en France. Ces viandes, après deux mois de traversée, sont arrivées au Havre dans un état parfait de fraîcheur, et, deux mois plus tard, après quatre mois de préparation, elles étaient encore roses et fraîches, et elles ont été consommées dans les cités ouvrières de Mulhouse. Ce procédé résout à la fois le côté pratique de la conservation des viandes et la question économique, puisque les viandes peuvent être livrées à la consommation au même prix que le pain. (Commissaires précédemment nommés : MM. Milne-Edwards, Boussingault et Payen.)

— M. LE PRÉSIDENT présente au nom de l'auteur, M. Tigri, professeur d'anatomie à Sienne, une note sur un nouveau cas de *bactéries trouvées dans le sang d'un homme mort à la suite d'une fièvre typhoïde.* L'observateur avait vainement cherché ces infusoires dans le sang des principaux vaisseaux des membres supérieurs ; mais ayant porté son investigation sur les parties centrales du système circulatoire, il y trouva des bactéries nombreuses, et particulièrement dans les veines pulmonaires et dans les cavités gauches du cœur, où le sang en contenait une abondance vraiment extraordinaire. (Renvoi à la commission désignée pour les précédentes communications de l'auteur sur le même sujet, commission qui se compose de MM. Andral, Velpeau, Rayer et Bernard.)

De l'influence des nerfs pneumo-gastriques sur les effets de certaines substances vénéneuses introduites dans l'estomac, par M. PH. LUSSANA.

On sait que la section des nerfs pneumo-gastriques retarde ou amoindrit les effets de l'empoisonnement par la strychnine qu'on a introduite dans l'estomac, tandis que cette section détermine promptement, au contraire, les effets toxiques qui résultent de la présence simultanée de l'amygdaline et de l'émulsine dans cet organe.

On a depuis longtemps cherché à se rendre compte de cette singularité ; les présentes recherches ont pour but la solution de ce problème.

La première partie de ces expériences confirme l'opinion suivant laquelle le retard que la section des pneumo-gastriques apporte à l'empoisonnement par la strychnine a pour cause les entraves apportées à l'absorption par les troubles circulatoires et respiratoires qui résultent de cette opération.

La seconde partie a un autre objet : on sait que, lorsqu'on met en présence dans un vase de l'amygdaline et de l'émulsine, ces deux substances réagissent l'une sur l'autre et produisent de l'acide cyanhydrique qui tue ; cet empoisonnement, qui ne s'effectue pas dans l'estomac sain, s'effectue si l'on coupe les nerfs pneumo-gastriques. Pourquoi ?

On a donné pour explication que le suc gastrique qui se sécrète normalement dans un estomac sain, *digérait* l'émulsine avant qu'elle ait pu réagir sur l'amygdaline, c'est-à-dire que le suc gastrique changeait cette substance de telle façon, qu'elle n'était plus propre à provoquer la formation d'acide cyanhydrique.

Mes expériences, dit M. Lussana, infirment cette explication ; l'action digestive du suc gastrique ne s'exerce pas sur l'émulsine, comme cela a été avancé, et ne transforme pas ce principe. En effet :

1° Après avoir prolongé le contact du suc gastrique sur l'émulsine, en digestion artificielle durant des jours, on la trouve encore propre à développer en abondance de l'acide cyanhydrique ;

2° L'émulsine et l'amygdaline recueillies dans l'estomac sain, et qui n'empoisonnaient pas, empoisonnent d'une manière très-rapide dès qu'on vient à changer seulement la réaction du milieu.

Donc ce n'est pas l'altération par action métamorphosante ou digestive du suc gastrique, qu'il faut indiquer pour expliquer le défaut de l'empoisonnement.

Selmi a déjà montré que l'amygdaline et l'émulsine donnaient le maximum d'acide cyanhydrique quand elles se rencontraient dans un milieu neutre, et le minimum dans un milieu acide.

C'est, suivant les présentes expériences, précisément la vraie raison du défaut des effets toxiques dans l'estomac normal. L'acidité du suc gastrique paralyse l'action de l'émulsine sur l'amygdaline ; mais la propriété est si bien conservée, même dans l'estomac, que si l'on réussit à neutraliser le contenu de celui-ci, l'empoisonnement éclate.

C'est parce que le suc gastrique des herbivores est le moins acide que l'empoisonnement a plus facilement lieu chez eux.

Enfin, si la section des nerfs pneumo-gastriques favorise les effets toxiques, c'est que l'acide cyanhydrique peut se produire en toute liberté, car la sécrétion acide de l'estomac diminuant, ne gêne plus cette production vénéneuse. (Commissaires, MM. Chevreul, Velpeau, Longet.)

NOUVEL URÉTHROTOME A LAME CACHÉE
et porte-sonde.

Présenté à l'Académie de médecine, séance du 26 janvier 1864, par M. J. CHARRIÈRE.

Cet instrument est employé comme les uréthrotomes courbes cannelés ; la sonde glisse sur l'instrument aussitôt que la section est faite sur le rétrécissement.

On en retire ensuite l'instrument tout entier, en poussant la sonde jusque dans la vessie ; il est alors possible de prévenir le contact de l'urine.

A (fig. 1). Uréthrotome enfermé dans la sonde cylindro-conique, que l'on visse à la bougie conductrice F.

B (fig. 2). La lame faisant saillie.

C. Rondelle qui limite à volonté la saillie de la lame.

D. Vis qui sert au démontage de l'uréthrotome comme dans nos uréthrotomes modèle J. Charrière.

Fig. 3. Sonde cylindro-conique.

F. 4. Uréthrotome pour couper d'arrière en avant (autre modèle).

Nota. — On peut faire couper l'instrument d'avant en arrière et d'arrière en avant, comme dans l'instrument de M. Bron (de Lyon).

A l'occasion de cette présentation nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur,

M. le docteur Trélat (*Gazette des Hôpitaux* du 27 juin 1863) et M. Charrière (*Union médicale* du 28 janvier 1864) donnent l'un et l'autre la description d'un uréthrotome de leur invention.

Quoique différents dans le but, ces deux instruments se rapprochent par leur mécanisme principal et paraissent calqués sur un modèle commun.

Malgré que mon nom ait été cité, je crois devoir réclamer la priorité de ces deux instruments dans ce qu'ils ont de fondamental, et je renvoie pour plus ample informé à la *Gazette médicale de Lyon* du 16 juin 1859, et chez M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, ceux qui voudront juger *de visu*.

Recevez, etc.

Dr Félix BRON.

— Nous sommes allés aux sources, et nous devons le dire, la courte réclamation de M. Bron ne porte que sur la disposition des lames dans les instruments ; l'uréthrotome de M. Trélat se distingue des précédents en ce qu'il est terminé par un stylet cannelé que l'on peut courber à volonté, et qu'il se manœuvre d'une seule main. Le fait capital de l'uréthrotome de M. J. Charrière est l'invagination de l'uréthrotome dans une sonde flexible telle que, l'uréthrotomie étant faite, on introduit la sonde à demeure dans la vessie en même temps que l'on retire l'uréthrotome, et c'est là qu'est la véritable innovation.

(*Note de la Rédaction.*)

Monsieur le Rédacteur,

Il y a trois jours, à cette même place, vous avez inséré une déclaration qui provoque autour de moi des impressions diverses.

Je n'aime point les équivoques. Je tiens donc à faire savoir que la rédaction de cette note émane de l'arbitre à la décision duquel j'ai adhéré à l'avance.

Agréez, etc.

CHAMPOUILLON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous apprenons que M. Tardieu, professeur de la Faculté de médecine, a été admis comme doyen dimanche 20, à une audience de l'Empereur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Delthil, chevalier de la Légion d'honneur, et de M. le docteur Durand (de Chartres).

— D'après les dernières nouvelles officielles reçues du Mexique, l'état sanitaire serait satisfaisant à la Vera-Cruz ; il n'y reste aucune trace de typhus ou de scorbut, les fièvres simples elles-mêmes ont perdu leur intensité.

— Les froids excessifs que nous avons eu à traverser ont donné lieu à Londres à un grand nombre de morts subites. La mortalité générale s'est élevée à 2,427, c'est-à-dire à 877 décès de plus que le chiffre moyen.

— AVIS. — M. le docteur Hiffelsheim vient de transférer la clinique électrothérapique des maladies nerveuses, rue Larrey, n° 1. Les cours auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à midi.

Il prie les confrères qui lui adressent des malades de prendre note de cet avis.

— L'importante commune de Walincourt (Nord) demande un médecin. — Résidence agréable. — Clientèle immédiate assurée. S'adresser au maire de Walincourt.

Réponse à l'article de la GAZETTE DES HOPITAUX, *publié dans le n° du 24 novembre 1863.*

Monsieur le Directeur,

Le hasard, qui fait toujours un peu des siennes, m'a mis hier seulement sous la main le n° 138 de la *Gazette des Hôpitaux*. Par un sentiment de courtoise hospitalité, dont je ne saurais trop m'applaudir, le rez-de-chaussée complet de votre respectable feuille avait été ouvert ce jour-là à la prose superbe de M. Champouillon. L'honorable écrivain a profité du bail pour éreinter (passez-moi le mot) une pauvre diablesse de brochure qui porte mon nom, et n'en vaut pas mieux pour ça, au contraire, comme dit Prud'homme.

Certes, si la férule emportée de la *Gazette* s'était contentée de sangler bel et bien les doigts tachés d'encre du très-obscur auteur d'Arcachon, nous aurions mis humblement notre bonnet d'âne, en brave écolier que nous sommes ! Quiconque, Monsieur, fait ici-bas l'irréparable sottise de mettre le nom de son père au bas d'un carré de papier ou sur la couverture chamois d'un livre, appartient de droit au public, qui juge et condamne, blâme ou loue, encense ou fustige. Gare au bois vert ! et nous n'aurions eu garde de trouver mauvais que la *Gazette* ait pris en notre honneur une trique dans ses fagots. Mais notre modeste personnalité d'auteur n'était ici que le prétexte. Soyez bon prince, et convenez-en : vous avez voulu tout simplement attaquer ce que nous défendions et vous n'avez si complaisamment raillé la forme que pour avoir l'occasion de mieux dénigrer le fond. Voilà pourquoi nous n'avons pu laisser passer sans répondre le feuilleton chargé à mitraille de votre collaborateur. Nous avions, sur la foi d'autorités scientifiques auxquelles nous supposions quelque consistance, annoncé comme une bonne nouvelle la création de la ville d'hiver d'Arcachon, et, après avoir cité des rapports, évoqué les textes, fait loyal appel à tous les témoignages sérieux, conclu nettement à l'efficacité de ce séjour que d'autres, avant nous, ont dit exceptionnel et privilégié, M. Champouillon, piqué sans doute de la tarentule de l'opposition, quitte un beau jour ses pensionnaires du Val-de-Grâce, jette la clinique par-dessus les moulins, court d'une traite à Arcachon, brûle un cigare pieux aux dieux lares et acquiert d'un garde chasse du pays la certitude invétérée que textes, rapports, mémoires, conclusions, sont autant de radotages sans valeur. Il ne nous appartient pas de les défendre, mais nous avons cru devoir rectifier à cette même place des citations tronquées mutilées sans miséricorde, auxquelles M. Champouillon oppose alors le *nec pluribus impar* de son opinion personnelle. Fatigué de l'entendre louer, il veut lui aussi condamner Aristide.

Je n'insisterai pas ici, Monsieur, sur les critiques purement littéraires ou de forme, si vous l'aimez mieux. M. Champouillon me déclare coupable, à l'unanimité de ses suffrages, d'un « poëme en cinq chants en l'honneur d'Arcachon. » Il a d'abord appelé cette Iliade « élucubration, » et en sournois de critique qu'il est, il ne s'en déclare pas moins embarrassé pour qualifier (*sic*) cette prose où manque la rime (toujours *sic*).

« Si je voulais, dit-il, donner une idée juste et complète de l'œuvre sans en altérer les agréments (trop aimable, M. Champouillon !), je suis certain que j'échouerais dans cette laborieuse et délicate entreprise (ô modestie, voilà de tes coups !) C'est pourquoi je préfère mettre en scène l'auteur lui-même (encore *sic* pour le *c'est pourquoi*). » Et nous voilà bel et bien sur la sellette, devant le terrible flagellateur. Nous le répétons, nous n'avons pas à relever

ici les critiques qui nous sont personnelles ; notre élucubration (peut-on dire un aussi gros mot pour une aussi petite chose !) notre élucubration, disons-nous, n'est pas du goût de la *Gazette*, une brave fille d'ailleurs, mais nerveuse en diable ; nous n'y pouvons rien, et, comme le bon saint Laurent, nous nous retournons béatement sur le brasier de notre martyre. Mais nous croyons pouvoir cependant, sans la moindre exagération d'outrecuidance, rappeler à la *Gazette* que lorsqu'on cite les gens, on les donne au moins tels qu'ils sont. Il ne faut pas que le fanatisme de l'amputation nous égare et nous mène, en toute conscience peut-être, à défigurer un mort pour avoir le droit de le trouver laid.

M. Champouillon, qui me met si complaisamment « en scène », a cru devoir prendre la peine de reproduire, pour vos lecteurs, de nombreux extraits des *Villes nouvelles*. Les six premières colonnes du feuilleton sont consacrées à cette charmante espièglerie. Ce procédé de critique est ingénieux sans doute, breveté peut-être, et doit faire, dans tous les cas, de rudes économies d'imagination aux Aristarques de la *Gazette*, mais encore devraient-ils l'appliquer consciencieusement. Les citations qu'il m'ont fait l'honneur de m'attribuer sont incomplètes toujours, inexactes parfois ; les phrases disloquées sont mal recousues et tiennent en l'air ; le sens est heurté, l'euphonie compromise, le texte même altéré. J'en citerai pour exemple ce passage bien et dûment guillemeté, quoique la reconstruction baroque de ce replâtrage incohérent soit de la fabrique de la *Gazette* :

« Une sieste dans cette mer blonde, souriante, dont les flots sont de velours, » Cette mer sans vagues, limpide, unie, n'a que des flots amis pour les en» fants, une vague à leur taille, une brise qui les caresse et souffle juste assez » fort pour remuer leurs cheveux dorés. Les timides et innocents baigneurs » ont la leur mer à eux, leur madone, leur culte ; cette plage leur appar» tient. »

On a fait là, convenez-en, une réjouissante macédoine. La première partie de cette phrase — que les guillemets indiquent clairement comme étant un sens continu — se trouve à la page 12 ; la deuxième, à la page 13, et la suite, singulièrement altérée, à la page 19. Il résulte de cette trituration tourmentée une mosaïque assez curieusement bigarrée, dont on m'a fait trop complaisamment l'éditeur. Que dirait donc M. Champouillon si, pour donner moi-même une idée du style de la *Gazette*, je prenais, par exemple, le n° 138 et glissais doucement entre deux guillemets bien innocents une petite phrase ainsi alignée :

« Cette croix porte quatre amarres en fil de fer, placées aux quatre points » cardinaux. Mais où sont les preuves cliniques de leur efficacité ? J'ai posé » cette question à un praticien de la contrée ; il m'a répondu, je crois, diète » respiratoire. Tant il est vrai qu'il faut toujours avoir soin, comme on dit, » de distinguer la peau de la chemise (*re sic*). »

Qu'en pensez-vous ?... N'est-ce pas à broder demain sur la pantoufle de Pharaon ? Et pourtant tout cela porte bien et dûment votre marque de fabrique ; j'ai religieusement respecté le texte, ce pathos est de votre cru, et voyez, cependant, Monsieur, quelle piteuse mine vous feriez, accommodé de cette façon !

La *Gazette* nous fait encore blasphémer plus loin cette inconcevable cacophonie : « Pendant que la ville nouvelle sortait d'une trappe comme les mi» narets fantastiques d'un conte oriental, Pereyra, Moïse nouveau, ne devait » pas voir la terre promise : il mourait aux portes de Chanaan. »

Il y a plus ici, peut-être, qu'une infidélité barbare de texte. Cette goguenarderie sournoise s'adresse, Messieurs, à la mémoire d'un homme de bien, qui rendit de longs services à son pays et défendit vingt ans, avec la foi courageuse de l'apôtre, une idée féconde dont on recueille aujourd'hui les fruits. « Arcachon demeura ignoré, dites-vous, au milieu des brouillards de la barbarie, jusqu'au jour où naquit le docteur Pereyra. » Nous regrettons sincèrement la forme semi-plaisante adoptée ici par le critique de la *Gazette*. Tailler les morts est chose grave, et s'il est permis de courir sus aux vivants, nous devons une respectueuse réserve à ceux qui luttèrent et dorment. Pour notre part, du moins, quand nous trouvons sur notre chemin ces ombres sereines du passé, nous saluons, Monsieur, et passons tristes, devant elles.....

Voilà pour le premier coup d'archet, selon la spirituelle trouvaille de M. Champouillon. Quant à la composition magistrale dont il veut bien me glorifier, elle a été aussi singulièrement écourtée. On sent là encore le lit de Procuste de votre méthode ; les villas d'hiver s'en ressentent, le paysage s'en émeut, et le *Casino*, un tableau de genre, Monsieur, est furieusement maltraité. — Toutes les tendresses du visiteur se résument presque en une longue doléance. Il me cherche à propos de broche, une très-grosse querelle. J'ai le malheur de dire au quatrième chant de mon poëme, qui en a cinq d'après la *Gazette*, qu'il y a un buffet à Arcachon. Et le critique sentencieux, l'arbitre suprême, le juge en dernier ressort d'une grosse question scientifique, s'arrête brusquement sur le chemin de l'observation transcendantale, pour constater qu'à la date du 12 octobre les fourneaux n'étaient pas allumés, la toiture n'était pas achevée, dit-il ; la table n'était pas mise... Et le paratonnerre donc ? La *Gazette* oublie ce détail. Nous jugerait-elle en gastronome ?... Quoi qu'il en soit, nous devons rappeler ici que bien que notre él... (il est sous le soleil de bien affreux substantifs) porte la date du 10 juillet, elle n'a guère paru qu'en septembre, et tout faisait espérer que le buffet, dont nous connaissions le projet, serait ouvert à cette époque. Mais l'affluence considérable des baigneurs obligea de licencier les nombreux ouvriers de cette vaste organisation. La place manquait pour cette agglomération toujours croissante, et les travaux durent être suspendus. Grâce donc, ô *Gazette* ! pour une « énormité singulière » que je ne crois pas devoir autrement justifier, à moins que vous ne teniez absolument à poursuivre cette puérilité de Lucullus.

La grosse artillerie de M. Champouillon était décidément en réserve pour notre 3e chapitre : *Arcachon devant la science*. C'est là, comme il dit, sa composition magistrale. Abusant peut-être des licences du feuilleton, l'honorable docteur s'égaye à faire passer devant nous, dans une sorte de sixième chambre burlesque, les noms des plus recommandables à des autorités acquises que leur notoriété même devait mettre à l'abri du charivari d'une pochade. Encore un peu, et la *Gazette* aurait peut-être fait bégayer M. Mess, mis une perruque à M. Hameau, une loupe à M. Salles, et affublé le savant et honorable M. Corrigan de la défroque de Levassor. — Triste ! triste ! comme dit Hamlet, et ce défilé héroï-comique, cette mise en scène d'almanach, aux rires bruyants de l'auditoire, ne nous aurait pas sérieusement arrêté si les témoins si plaisamment interrogés par M. Champouillon n'avaient fait en général des dépositions incomplètes. Ici encore la *Gazette* a tronqué, coupé, amputé, cousu et recousu de façon à défigurer le mieux possible des témoignages importants, quoi qu'on en dise, et qui, par leur unanimité même, pouvaient bien compenser au moins une opinion personnelle respectable sans doute, mais perdue dans son superbe isolement.

« Après MM. les docteurs Mess, Corrigan, Hameau et Sales-Girons, il ne reste plus à entendre, dit M. Champouillon, que M. de Pietra-Santa, le dernier et le plus important des témoins assignés. » Et M. le président lâche la bride, à ce propos, à toute sa verve aristophanesque. M. de Pietra-Santa n'est pas présent, — M. de Pietra-Santa est en mission, — M. de Pietra-Santa, la voix officielle de la France, etc..... Notre critique revient avec une insistance malheureuse sur cette qualification, que nous avons cru pouvoir donner à l'honorable médecin et qu'il est venu lui-même justifier.

Nous lisons en effet dans la *Gazette de Hôpitaux* (stupéfaction mal contenue de l'auditoire), au compte rendu des séances de l'Académie de médecine (M. Champouillon doit en être), la déclaration suivante de M. de Pietra-Santa :

« Le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie » offre les principales conclusions de deux rapports adressés à M. le ministre » d'Etat, qui m'avait confié la mission d'étudier l'influence des climats du » midi de la France sur les affections chroniques de la poitrine. »

Est-ce clair ?... La *Revue des eaux*, le *Monde thermal* reproduisent *ad littera* la même déclaration, et toutes les feuilles spéciales se sont occupées récemment du « second rapport à S. Exc. M. le ministre d'Etat, à propos d'une mission scientifique ayant pour objet, etc., par M. le docteur de Pietra-Santa, médecin par quartier de l'Empereur. » Donc, M. de Pietra-Santa avait une mission officielle ; donc, sa voix devait être une voix officielle, et nous n'avons rien à récuser du rôle et de la hiérarchie que nous prêtons à l'estimable rapporteur.

Nous regrettons donc de ne pas entrer aussi facilement que M. Champouillon dans l'esprit d'une réclamation dictée à M. de Pietra-Santa par un rare sentiment d'honorable modestie, et que la *Gazette* accepte avec un empressement que nous n'avons pas à juger. Cet incident réglé et notre conscience mise à l'abri de ce côté, nous poursuivons notre révision de la procédure. Ce langage trop écourté tend évidemment à diminuer, en les présentant sous une forme peu digne de leur importance, les titres que nous avons invoqués. Après avoir, en effet, taillé à plein drap dans l'étoffe du poëme, M. Champouillon en arrive à dénaturer à plaisir le langage de praticiens éminents qu'il est permis de combattre sans doute, mais à la condition de les respecter.

Ces affirmations si précises et si convaincues valent cependant bien, à tout prendre, le témoignage douteux et la diète respiratoire de ce fantastique confrère si piteusement évanoui devant un point d'interrogation. Nous nous permettrons de les rétablir ici pour l'édification complète de vos lecteurs. Nous suivrons, si vous le voulez bien, l'ordre du procès-verbal.

M. Mess, médecin hollandais (en mission officielle, s'il vous plaît) :

« Arcachon est la patrie des enfants ; les milliers de pins de la forêt étant » constamment gemmés, l'atmosphère y est aussi aromatique que les cham» bres remplies de vapeur de résine où se placent les malades. »

Là n'est pas, Monsieur, l'opinion tout entière de l'honorable M. Mess, qui juge explicitement Arcachon au triple point de vue du bain, du climat et des émanations balsamiques. Le rapporteur officiel (vous pouvez railler, ô *Gazette!*) ne craint pas d'estimer le bain d'Arcachon très-salutaire et tout exceptionnel.

« Comme l'eau du bassin, dit-il, est aussi salée que celle de la mer, qu'il n'y » a pas de fortes vagues et que les vents maritimes se font rarement sentir, » on peut considérer les bains d'Arcachon comme très-salutaires pour les ma» lades pour lesquels les bains sur nos côtes sont trop forts, surtout pour les » poitrinaires qui doivent jouir de l'air de la mer sans se baigner, ainsi que » pour les enfants pour lesquels le séjour au bord de la mer est trop excitant ; » aussi je suis de l'avis de ceux qui appellent Arcachon la patrie des enfants. »

Et passant à la température, il écrit :

« Nous sommes au 7 décembre, et la température ressemble à celle du » printemps. C'est un degré de chaleur qu'on ne trouve pas au mois de juin à » Scheweningue. »

Décidément le 12 octobre a porté malheur à M. Champouillon. — M. Mess, examinant enfin le rôle futur d'Arcachon comme station hivernale, ne craint pas d'exprimer un vœu que la spéculation intelligente est venue enfin réaliser.

« Malgré tout le bien qu'on m'avait dit de ces lieux charmants, je dois con» firmer que la réalité des promenades sur le bassin et dans la forêt a été bien » au-dessus des espérances qu'on m'en avait fait concevoir. »

« Il est réellement bien dommage qu'une résidence d'hiver, placée dans de » si heureuses conditions pour les maladies de poitrine, ne soit pas aménagée » comme elle devrait l'être, du moins par humanité pour les phthisiques qui » ne sauraient trouver ailleurs de meilleures conditions hygiéniques et médi» cales.

» C'est surtout l'automne, l'hiver et les premiers jours du printemps que le » malade en sent la valeur.

» Les milliers de pins de la forêt étant constamment gemmés, l'atmosphère » y est aussi aromatique que les chambres remplies de vapeur de résine où se » placent les malades ; seulement la proportion est beaucoup plus considéra» ble et l'effet du parfum est tempéré par l'air et les émanations du bassin.

» Bien que les maisons ne soient pas appropriées pour un séjour d'hiver, je » trouvai en décembre quelques malades de poitrine qui, s'étant installés plus » au milieu des bois, s'en trouvaient fort bien. Néanmoins, on sent la néces» sité d'un plus grand et d'un meilleur établissement, et M. le docteur Pe» reyra, le premier, a fait connaître qu'Arcachon peut et doit être disposé » dans ce but. »

Voilà, Monsieur, comment s'exprime, *ne varietur*, l'honorable M. Mess, et le greffier de la *Gazette* aurait pu être moins concis dans la reproduction de son témoignage.

M. Corrigan, Monsieur, est encore un étranger, un médecin irlandais, comme vous le dites, mais (un détail que vous oubliez) président aussi de l'Académie de médecine de Dublin. Ce titre-là, dans tous les pays, est une garantie de science, de longue pratique et d'intégrité. Vous ne me démentirez pas, j'en suis bien sûr, et vous respectez d'avance une opinion que je dois rétablir entière après l'incroyable concision de langage que vous lui prêtez : « Tout l'air » d'Arcachon, disait le savant docteur, est d'une manière perceptible impré» gné de l'odeur de la térébenthine. »

Tels ne sont pas, Monsieur, les termes de la constatation sérieuse que M. Corrigan rapportait de son long voyage et qui se rattache d'ailleurs à toute une série d'études spéciales sur les stations d'hiver à préconiser par la médecine.

« Je terminerai, dit le savant explorateur, par quelques observations faites » sur une localité que bientôt, je n'en doute pas, nous pourrons ajouter à no» tre liste, parce qu'elle résume tous les avantages dont nous avons parlé. La » localité à laquelle je fais allusion est Arcachon, comparativement peu con» nue encore. Il y a surtout une particularité par laquelle la salubrité de l'air » d'Arcachon se recommande comme séjour, car s'il jouit d'une grande répu» tation locale contre les maladies de poitrine, c'est à sa grande enceinte de » forêts de pins qu'il la doit. Tout l'air est, d'une manière perceptible, impré» gné de l'odeur de la térébenthine, et nous savons que les baumes de la téré» benthine sont des agents médicaux très puissants dans les affections bron» chiales.

» On comprendra bien aisément que l'air passant à travers cette vaste forêt » soit plus ou moins fortement chargé de térébenthine, et ce ne sera pas, en » effet, sans raison qu'on pourra considérer son séjour comme efficace. »

La ligne et demie de petit-romain que vous prêtez à M. Corrigan s'est, on le voit, considérablement allongée. Ce laconisme, habilement étudié du reste, laissait incomplète une déclaration que nous tenons personnellement en trop grande estime pour la laisser aussi expéditivement déprécier.

Passons à votre troisième témoin.

Vous faites bon marché, Monsieur, des longs travaux et des patientes études que nous devons à M. le docteur Hameau. Trois lignes de bilan pour cette carrière de dévouement modeste et d'infatigable apostolat ! Mais trois volumes à peine suffiraient, Monsieur, pour réunir tout ce qu'a produit ou enregistré de notes, de lettres, d'observations de toutes sortes sur les eaux, les airs, le climat, la température, cette volonté robuste que rien ne lasse et que le succès a récompensée. M. Hameau poursuit depuis bientôt dix ans la lutte commencée par Pereyra. Il recommande hautement, lui aussi, la station hivernale d'Arcachon, et tout ce passé de courageuse initiative est fièrement résumé, du reste, dans cette protestation si digne que vous oubliez de citer :

« Si l'on me dit que c'est une pensée que je caresse depuis longtemps, je ré» ponds que je l'aurais répudiée comme mauvaise si je n'avais eu foi dans ses » bienfaits. »

Nous croyons, Monsieur, à la sincérité de M. Hameau, et votre *formule générale*, qu'aucune preuve ne justifie, ne saurait modifier notre conviction.

Le quatrième témoin appelé dans votre étrange interrogatoire, est M. Sales-Girons. Ici encore même procédé de mutilation compliqué, cette fois des *sourires de l'auditoire*. Quel est donc au juste (nous y tenons) la traduction de cet accès d'hilarité narquoise ? Que diable, ô *Gazette!* l'on ne rit pas si haut au nez des gens sans avoir à leur donner des raisons meilleures que celles de Calino, et nous désirerions fort connaître les vôtres. En attendant cette justification, que vous vous devez à vous-même, je reprends votre citation où vous avez cru devoir l'arrêter pour vous *esjouir* si complaisamment.

« Les eaux, les airs et les lieux d'Arcachon, a cru devoir dire l'auteur du » *Traité de thérapeutique*, nous dispenseront d'aller chercher ailleurs un plus » propice séjour pour les malades de poitrine. La première salle de respira» tion maritime nous semble avoir sa place marquée dans les pins qui par» fument la plage d'Arcachon, *séjour parfait pour les poitrinaires*. C'est là que » doit être inaugurée la saison d'automne de préférence à toutes les localités » qui nous sont indiquées en France et à l'étranger. »

Encore un angle, ô critique ! où vous risquez fort de vous accrocher. (C'est le jardinier de la *Gazette* qui a trouvé cette fleur là dans les buissons de sa rhétorique.)

Achevons, Monsieur. Nous avons reproduit religieusement les quelques lambeaux de textes et de citations que vous donnez à vos lecteurs, et certes si la postérité devait juger Arcachon sur la maigre part que vous lui faites, il n'aurait plus qu'à jeter bien vite sa ville d'hiver aux orties. Mais, n'en déplaise à votre gloire, il est d'autres preuves, Monsieur, que vous n'avez pas entendues, de hauts témoignages encore que vous n'avez pas rappelés.

Le jour où convaincu d'expérience, pénétré aussi de la foi des plus sérieuses affirmations, nous écrivîmes, d'enthousiasme presque, en effet, nos quelques pages sur Arcachon, nous savions, Monsieur, que nous avions devant nous d'imposantes justifications. Déjà en 1850, M. le docteur Sarramea, médecin, chef de service de l'hôpital Saint-André, proposait au gouvernement la fondation, au bord du bassin, d'une colonie maritime destinée aux jeunes détenus de constitution débile. Ce projet, il le rappelait encore devant l'Académie de Bordeaux, le 23 décembre 1859.

Plus tard, en 1861, M. Sarraméa présenta au Congrès scientifique de France un remarquable travail sur les causes de la préservation du lymphatisme et de la tuberculose, où nous trouvons développé le grand principe dont il poursuit l'application.

Si (et nous devons le regretter) ce vœu spécial n'a pas encore été réalisé, de nombreuses approbations l'ont du moins soutenu et encouragé. Après la Société de médecine de Bordeaux et le Conseil d'hygiène de la Gironde, l'Académie de médecine de Paris venait aussi lui donner une importante et décisive sanction. Ne riez pas trop, Monsieur, elle suffirait seule à établir que si nous nous sommes trompés, nous errons, du moins, avouez-le, en assez bonne compagnie.

En 1856, Pereyra, qui, dit M. Hameau, avait conçu depuis longtemps la pensée de fixer plusieurs malades dans la forêt d'Arcachon, s'occupa activement de mettre en lumière l'importance de cette forêt. M. le docteur Pouget écrivait à la même époque ses lettres sur l'atmosphère maritime, que nous reproduirons ailleurs. Rien ne lui paraissait plus propre, dit M. Hameau, à combattre la tendance lymphatique et tuberculeuse, que cette atmosphère résineuse mêlée à l'air de la mer.

En 1859, M. le docteur Rollet, médecin principal des hôpitaux militaires, publiait, de son côté, une étude remarquable dont nous donnons de courts extraits à la page 22 et que vous oubliez de citer :

« L'odeur balsamique et résineuse des pins, dit M. Rollet, pourrait être avan» tageusement utilisée dans le traitement d'un certain nombre de maladies. » Ces émanations continuelles, pénétrant sans cesse avec l'air dans les voies » respiratoires, ne remplaceraient-elles pas, en effet, avec avantage tous les » produits balsamiques et résineux qu'on administre si souvent dans le trai» tement des catarrhes bronchiques et des catarrhes de la vessie ?... Ne rem» placeraient-elles pas avec autant d'avantage toutes les préparations qui ont » pour base la térébenthine et qui sont préconisées comme les plus puissants » hémostatiques dans le traitement des hémoptysies et autres hémorrhagies » internes ?.. »

« Mes oreilles tintent encore, dit M. Champouillon, du bruit que l'on fait en » proclamant à la ronde la salutaire influence des émanations balsamiques » répandues dans l'atmosphère d'Arcachon. Mais qui a jamais perçu ces » émanations en hiver ? Où sont les preuves cliniques de leur efficacité ? »

Nous allons prendre par ordre ces deux points d'interrogation, au risque d'augmenter encore l'importun bourdonnement des oreilles de la *Gazette*. Nous répondrons au premier que nous ne pouvons pas décemment répéter ici les quelques cent mille noms inscrits à la mairie d'Arcachon depuis quelques hivers. Nous vous dirons seulement entre deux parenthèses que, pendant le mois d'octobre dernier, le chiffre constant de la population flottante a dépassé 1,300 personnes ; nous tenons leurs adresses à votre disposition. Quant aux preuves cliniques que vous cherchez, demandez-les, Monsieur, à toutes les autorités médicales que cette question a si vivement préoccupées. Demandez-les aux œuvres de Pereyra, aux lettres de M. Rollet, à celles de M. Hameau, à celles de M. Pouget, aux rapports de M. Mess, aux mémoires de M. Corrigan, aux souvenirs de M. James, aux livres que nous citons, à MM. Bret, Lefort, Durand-Fardel, Sales-Girons. Interrogez votre Académie. Passez la Manche, Monsieur, écoutez le docteur William Jerland, la *Dendographie* de M. Johnston, le professeur Albert de Bonn, le docteur Georges Wood, la presse médicale de tous les pays, et quand vous aurez clairement démontré que toutes ces intelligences se trompent, que tous ces titres sont faux, que tous ces hommes ont menti, nous nous inclinerons humblement et ferons amende honorable. En attendant, permettez-moi de reproduire ici une lettre récente encore et signée d'un nom dont vous ne récuserez, j'espère, ni la haute expérience ni l'autorité.

« Le long séjour que j'ai fait à Arcachon m'a permis de bien en apprécier » tous les avantages, tous les priviléges, et je suis de plus en plus convaincu » qu'un grand avenir lui est réservé. D'ailleurs, tel qu'il est aujourd'hui, il ne » lui manque rien pour être déjà placé au premier rang des établissements » au genre desquels il appartient. Je n'ai donc pas été surpris de voir encore » sur sa plage, malgré l'époque avancée où nous sommes, plusieurs des fa» milles que j'y avais envoyées, lesquelles, sans exception, m'ont attesté les » heureux effets de leur séjour prolongé. Ma propre famille et moi-même » nous pouvons aussi, nous devons nous applaudir de notre voyage dans cette » salutaire et charmante cité. Nous en conserverons un doux et reconnais» sant souvenir, et nous espérons ne pas la quitter sans retour.

» Signé : GUILLAUD. »

Je ne puis clore une réponse déjà trop longue, mais que la gravité de votre critique justifie, sans relever ici quelques puérilités de fait. Votre courte visite vous a permis, Monsieur, de constater, à défaut de *preuve clinique* « que le froid peut être précoce et se montre souvent assez vif pendant l'hiver à Arcachon, localité fort mal gardée d'ailleurs contre les vents maritimes. » Je vous renverrai, pour le thermomètre, aux tableaux de Mahlmann, un assez rigoureux observateur, assure-t-on, et pour la question des vents, au rapport officiel (toujours, Monsieur,) présenté par MM. les ingénieurs Pairier et Drœling, à l'appui du projet de port de refuge d'Arcachon. Mahlmann assure que votre froid assez vif est de 8 degrés sur la plage et de 10 dans la forêt. La moyenne de Nice varie entre 8 et 9 et votre onglée du 12 octobre ne détruira pas ce résultat. Quant aux ouragans qui vous ont été dénoncés, assurez-vous, par les indigènes, laissez-moi vous dire ici avec MM. Pairier et Drœling, que la moyenne annuelle des grands vents, de 1847 à 1860, a été de onze jours seulement à l'entrée du phare. Cet argument précis vaut peut-être mieux que cette piteuse histoire de fils de fer à laquelle vous attachez trop sérieusement une importance que je ne saurais partager. Nous prenons acte, en terminant, de ce que vous voulez bien reconnaître « qu'il serait de mauvais goût de lésiner » sur le titre à accorder à la station d'Arcachon. » La nature, dites-vous, « a » créé là un gîte charmant, mais la spéculation, se donnant pleine carrière, » a tenté d'ériger Arcachon au rang des stations d'hiver, et la spéculation, à » votre avis, s'est fourvoyée. » Cette pauvre spéculation, qui s'amuse à bâtir des villes et perce l'isthme de Suez sans lettres patentes de la *Gazette des Hôpitaux* !

M. Champouillon finit par cette moralité consolante : « Tant il est vrai, dit-il, qu'il faut toujours avoir son de distinguer la peau de la chemise... » dans une saignée, sans doute, ou nous n'avons pas l'honneur de comprendre M. Champouillon, qui commence par la parabole, a voulu clore par le rébus. D'accord ! Mais pourquoi pas alors un petit bonhomme de Cham ou deux vignettes de Randon ?

Signé : DUBARREAU,
ancien directeur du *Courrier de Dax*.

Dax, le 4 décembre 1863.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, par M. A. BECQUEREL, professeur agregé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. Troisième édition, avec additions et bibliographie, par M. le docteur E. BEAUGRAND, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. Un très-fort volume grand in-18 de plus de 900 pages. Prix : rendu *franco* dans toute la France et l'Algerie, 7 fr., broché ; 7 fr. 75, cartonné à l'anglaise. — A Paris, chez P. Asselin, libraire, place de l'Ecole de Médecine.

Annuaire pharmaceutique ou Exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, histoire naturelle pharmaceutique, hygiène, toxicologie, pharmacie et chimie légales, intérêts professionnels ; suivi de la liste alphabétique des docteurs en medecine et en chirurgie de Paris ; par M. O. REVEIL, pharmacien en chef de l'hôpital des Enfants malades, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie et à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième année. In-18 de 359 pages, avec figures. Prix *franco* par la poste : 1 fr. 50. — Paris, 1864, chez J. B. Baillière et fils.

La folie devant les tribunaux, par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin expert près le tribunal civil de la Seine. Un vol. in-8° de 624 pages. Prix : 8 fr. — Paris, 1864, chez F. Savy, éditeur, rue Hautefeuille, 24.

Guérison de la phthisie pulmonaire et de la bronchite chronique à l'aide d'un traitement nouveau ; par M. le docteur Jules BOYER, ancien interne des hôpitaux, etc. 3e édition, revue et augmentée. Prix : 1 fr. 50 c. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 23. — JEUDI 25 FÉVRIER 1864. (37e ANNEE.) N° 23. — JEUDI 25 FÉVRIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance, ainsi que nous l'avions annoncé, à l'élection d'un membre dans la section d'hygiène et de médecine légale. La majorité a quelque peu dérangé, par la répartition de ses voies, les combinaisons de la section, mais elle a sanctionné son jugement en ce qui concerne le premier candidat.

M. Delpech, porté le premier sur la liste, a obtenu au premier tour de scrutin 32 voix, contre 20 données à M. Boudin, 17 à M. Bouchut, 11 à M. Dutrouleau et 2 à M. Bergeron. Au second tour, M. Delpech a obtenu 47 voix, c'est-à-dire 5 de plus que la majorité stricte, M. Boudin, 20, comme au premier tour, M. Bouchut, 14, et M. Dutrouleau, 2. En conséquence, M. Delpech a été élu.

M. Delpech vient d'obtenir là un beau triomphe, et nous ne pouvons pas ne pas l'en féliciter. Mais il nous sera permis de réserver un regret et une espérance pour les vaincus.

Avant et après l'élection, la tribune a été occupée par des rapporteurs officiels dont il nous est loisible d'entendre les œuvres, mais à la condition d'en garder le bénéfice exclusivement pour nous, les exigences administratives le voulant ainsi.

A mardi prochain, probablement, la reprise de la discussion interrompue sur l'origine de la vaccine. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Vertigo ab aure læsa.

Nous avons au n° 31 *bis* de notre salle une femme atteinte de l'espèce de vertige que nous avons décrit sous le nom de *vertigo a stomaco læso*, et qui dépend d'une dyspepsie. Au n° 25 est une autre femme qui a cette autre espèce de vertige que nous avons nommé *vertigo ab aure læsa*, et qui dépend, comme ce nom l'indique, d'une lésion de l'oreille. Je désire vous entretenir de ces malades parce qu'elles vous seront pour l'avenir une occasion de vous rappeler des faits qui sont très-fréquents dans la pratique, et de connaître la cause de troubles qu'on pourrait rattacher à tort à des lésions graves de l'encéphale.

Un mot d'abord sur le vertige en général.

Un individu est placé en voiture, de manière à aller en arrière. Au bout de quelques instants, plus ou moins, selon son âge et sa disposition au vertige, les objets qui fuient devant lui lui causent du tournoiement; le mal de cœur le prend, il vomit et il est obligé de descendre pour échapper à un horrible malaise. Un autre va en bateau, sur mer; il a le mal de bateau, les nausées, le vertige intolérable; il est dans l'impossibilité de se tenir debout; tout tourne autour de lui, et, s'il fait un long voyage sur un navire, il a des vomissements qui durent des mois entiers. Il en est qui ont le vertige sans cause appréciable. Debout, ils voient tous les objets tourner et danser autour d'eux; ils sont obligés de se couvrir les yeux, ou de s'asseoir, ou de se coucher pour que le vertige passe.

D'autres éprouvent un mouvement de giration; il leur semble qu'ils tournent sur eux-mêmes, les uns de droite à gauche invariablement, les autres de gauche à droite, et ils tournent avec mal de cœur, nausées et angoisses très-pénibles.

La giration peut se faire encore dans un autre sens, de la tête aux pieds ou des pieds à la tête, et c'est toujours avec un mal de cœur profond, de la pâleur, de la faiblesse, comme si on allait perdre l'âme.

Dans un certain nombre de cas, la sensation est différente. Nous voyons en ce moment à Paris un malade qui croit être sans cesse soulevé de terre. C'est un homme intelligent, lettré, qui nous exprime fort bien cette sensation, en vertu de laquelle il lui semble qu'il est constamment soulevé en l'air; il sait bien que cela n'est pas, mais il ne peut échapper à la sensation d'être constamment porté vers le plafond, et cela est si invincible que pendant qu'il nous parle il porte la main à sa tête pour empêcher le vertige, et se baisse comme pour se retenir et rester attaché au sol. Quand on lui dit de marcher, il va droit devant lui, mais accompagné de ce sentiment de soulèvement si pénible.

D'autre part, il y a des individus qui, aussitôt qu'ils se mettent en marche, vont invinciblement à droite ou à gauche, moins quand ils gardent les yeux ouverts, plus quand ils les ferment, car n'ayant plus alors de direction visuelle, plus rien pour faire effort contre l'impulsion, ils ne savent que lui obéir. Dans ce cas, ce n'est plus une simple impression, un sentiment comme chez celui qui croit tourner, c'est un fait réel, matériel, un mouvement; si cet individu était conduit à l'entrée du tapis vert de Versailles, les yeux fermés, il ne manquerait pas de prendre aussitôt sa direction vers l'un des côtés au lieu d'aller au milieu.

Chez certains individus, hommes ou bêtes, ce n'est pas une simple incitation à se diriger vers la droite ou vers la gauche; c'est une véritable giration, un tournoiement qui s'effectue sur les pieds. Tel est le tournis des moutons, maladie due à la présence de cœnures dans la tête de cet animal et qui consiste en ce que la bête tourne constamment sur elle-même, enroulant ses pieds de devant dans la paille ou le foin, à quoi le berger reconnaît que l'animal a le tournis. Quand toute la bande sort pour aller aux champs, l'animal malade suit ses camarades, mais toujours en retard et prêt à tourner; si le chien le pousse, il s'élance en avant, mais il ne tarde pas à reprendre la queue et à se diriger plutôt vers la gauche ou vers la droite du troupeau, selon le côté du cerveau où siégent les cœnures. Dès qu'il est seul, il se remet à tourner et à pivoter sur ses pieds de devant.

Parmi ces malades vertigineux, il en est encore qui éprouvent la propulsion non plus de côté ni en giration, mais en avant ou en arrière, et ils sont fréquemment jetés par terre. Il y a donc non-seulement un vertige consistant dans la simple sensation, mais encore un vertige avec mouvement réel dans n'importe quel sens. Dans le plus grand nombre des cas, il est accompagné de nausées, de malaise, de vomissements.

Si maintenant nous nous mettons à la recherche des causes, nous voyons qu'il en est d'essentiellement inorganiques. Expliquons-nous sur cela. Vous avez reconnu chez notre femme vertigineuse, que lorsque je passe plusieurs fois la main autour de sa tête, elle a le vertige; il suffit de promener la main devant ses yeux pour que la sensation giratoire se produise; il suffit que des gens de la salle passent souvent devant elle avec une certaine vitesse pour qu'elle soit obligée de se couvrir les yeux, afin de se dérober au vertige qu'elle ressent; chez elle, dans la rue, le va-et-vient des enfants, le mouvement des personnes et des voitures lui causaient le même effet. Evidemment il n'y a là qu'une sensation de l'encéphale. Dans la valse, c'est encore la même chose, et il n'est pas nécessaire que le mouvement soit très-rapide et bien prolongé; il est des personnes qui perdent la tête et l'équilibre au premier tour; or, y a-t-il là une lésion? Evidemment non; car nous n'admettons pas que pendant cette danse le sang se transporte et s'accumule dans l'un des côtés du cerveau, ce serait une niaiserie physiologique. Les jeux d'escarpolette, de chevaux de bois, produisent le même effet. Quelquefois même il suffit que quelqu'un tourne autour de vous pour que le vertige arrive; cela se voit à chaque instant, et à chaque instant vous entendez des personnes crier aux enfants de se tenir en repos, parce que le vertige les prend.

Toutes ces espèces de vertige sont dues à des causes extérieures. Nous allons en voir qui dépendent de sensations, de causes venues du dedans. Un cheval contracte une indigestion; il est pris de malaise, et peu après d'un mouvement de propulsion en avant, vers la mangeoire, la tête basse; voilà un phénomène nerveux, vertigineux, dans lequel le cerveau n'est cer-

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De la pierre dans la vessie, par M. le docteur DOLBEAU, chirurgien de l'hospice des Enfants assistés, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris [1].

Au moment où les cours complémentaires ou cours spéciaux sont diversement jugés, au moment où un spécialiste dont nous ne discutons pas le mérite, cherche à montrer l'insuffisance supposée de l'enseignement officiel et dépasse la mesure de la discussion et de la critique, il est heureux que l'on puisse démontrer par un exemple ce que peut être un livre spécial qui n'est pas fait par un spécialiste, et jusqu'à quel point il est vrai que les leçons puisées dans l'enseignement officiel ne font pas de bons praticiens.

M. Dolbeau a appris la chirurgie à l'école de MM. Velpeau et Nélaton, il a fait des études solides sur l'anatomie et la physiologie, et riche de ce bagage scientifique, il s'est livré entre autres études à celle des calculs vésicaux, qu'il a envisagée à un point de vue tout pratique.

Après avoir passé en revue les notions élémentaires, sur la forme, la disposition, le nombre, la nature et le mode de formation des calculs, en faisant ressortir tout ce qu'il est important de connaître pour le traitement et les indications thérapeutiques, l'auteur aborde la symptomatologie et le diagnostic. Chemin faisant, il relève quelques-unes des erreurs traditionnelles sur plusieurs symptômes considérés comme réguliers, tels que les hémorrhagies, et cela surtout chez les jeunes enfants. Ce qui caractérise, suivant lui, la pierre dans la vessie, c'est une irrégularité dans la continuité des symptômes dans la première période du développement de la pierre, et à cet égard il fait justement remarquer que les malades n'arrivant pas tous s'offrir à une même période de la maladie, ce serait se tromper que de vouloir à un moment donné trouver tous les phénomènes caractéristiques de la pierre.

Un chapitre sur l'exploration méthodique de l'urèthre renferme des enseignements pratiques, qui ne sont pas tout à fait ceux tenus en honneur aujourd'hui.

D'abord une bougie en gomme est introduite pour explorer le canal, pour chercher s'il n'y a pas de rétrécissement ou de gravier engagé dans l'urèthre, et s'il n'y a pas une sensibilité exagérée du canal.

Un second temps consiste à introduire une sonde métallique à petite courbure, mais différant de celle de M. Mercier en ce qu'il y a une véritable courbure au lieu d'un coude, et l'auteur fait remarquer que cette sonde est précisément celle dont se servait Tolet (1689). Cette sonde exploratrice, introduite d'après les préceptes recommandés par Amussat, explorera en tous sens la vessie remplie par une injection d'eau tiède, et constatera l'état de la sensibilité du col et la force de contractilité de l'organe. Pour connaître les dimensions du calcul, on aura recours à l'emploi d'un petit brise-pierre; c'est le troisième temps de l'exploration, et il va sans dire que ces divers temps peuvent être accomplis consécutivement, en une fois ou à quelques jours de distance. La nécessité de cette exploration est démontrée surtout pour les concrétions formées sur un fongus de la vessie.

Pendant l'exploration et pendant les opérations de la lithotritie ou de la cystotomie, M. Dolbeau est d'avis que le chirurgien s'abstienne du chloroforme; les sensations du malade sont un guide sûr qu'il ne faut pas négliger, et le chloroforme ne met pas à l'abri des contractions spasmodiques de la vessie.

La lithotritie est préférée pour la majorité des cas; elle est surtout indiquée par l'auteur dans le cas où le calcul est friable, où il a débuté depuis peu. Lorsque les calculs sont de moyenne grosseur, c'est-à-dire de 3 à 4 centimètres de diamètre, on peut avoir recours encore à la lithotritie. Les complications de l'opération et l'engagement d'un fragment de calcul dans l'urèthre, les précautions propres à les prévenir, le mode d'application méthodique des instruments lithotriteurs, sont traités complétement; ces parties ne laissent aucune incertitude; les détails donnés mériteraient d'être rapportés ici *in extenso*. Ce n'est pas seulement eu égard au maniement de la lithotritie que ces pages sont bonnes, c'est encore au point de vue de la médecine et de la chirurgie générales des voies urinaires, qui, comme on le sait, ne se préoccupent pas exclusivement de la vessie. Les soins hygiéniques ont une large place: les lavements pris régulièrement chaque jour sont recommandés; les purgatifs, les amers, entretiennent en bon état les fonctions digestives.

Les applications de la lithotritie sont divisées en deux groupes, suivant que les cas sont simples ou compliqués. Il y a, à propos des cas compliqués, une observation de la pratique de l'auteur, où l'uréthrotomie a été faite et où un rétrécissement ainsi détruit a permis de faire avec succès la lithotritie. L'auteur conseille aussi de tenter le broiement de la pierre, malgré une hypertrophie de la prostate. Il accepte, pour les cas de contracture de la vessie, les injections d'acide carbonique; la contracture ayant disparu, grâce à cet agent, on peut alors faire agir le brise-pierre dans la vessie.

La lithotritie chez la femme, pour briser une pierre formée autour d'un corps étranger ou développé spontanément; l'extraction de la pierre par l'urèthre dilaté, sont ensuite étudiées; la lithotritie chez les enfants est comparée à la cystotomie, et l'auteur est d'avis que pour les adolescents il faut préférer la lithotritie. La petitesse du canal ne doit pas être considérée comme un obstacle; il est toujours possible d'introduire un brise-pierre dont le bec est large de 6 millimètres, long de 18 millimètres, et dont la canule a un diamètre de 5 millimètres. Chez les enfants au-dessous de deux ans, au contraire, la cystotomie est préférable.

La cystotomie ou taille est une opération qui ne doit être ni rejetée

[1] Un vol. in-8°. Paris, 1864, chez A. Delahaye, place de l'Ecole de Médecine.

tainement pas lésé; mais la cause, la sensation qui l'a produit ne vient pas du dehors, comme dans la valse; elle est intérieure, et elle va produire du côté de l'encéphale un trouble qui pousse l'animal en avant.

La dyspepsie, surtout celle qui est acide, cause fréquemment le vertige, des nausées telles que le malade est obligé de s'asseoir, même de se coucher. Il y a là quelque analogie avec ce que nous venons de voir chez ce cheval frappé d'indigestion.

Autre exemple.

Voici une femme dont l'utérus est gravide, il contient un fœtus à peine gros comme un pois et un placenta à peine gros comme une noisette, ou même l'imprégnation date de la veille, l'ovulation ne fait que commencer; et, malgré que l'organe soit capace et certainement peu gêné par ce même contenu, cependant le vertige a paru, et il va durer quelquefois jusqu'à la délivrance. Ici aussi il y a une cause intérieure organique.

Vous abaissez une cataracte, le cristallin est déposé au fond de l'œil, et l'individu est pris de vertiges horribles, de nausées, de vomissements incessants. Là encore il existe une cause intérieure.

Nous allons voir enfin un phénomène de même espèce chez cette femme qui a une affection du labyrinthe. Elle a du vertige, elle peut à peine se tenir debout; quand elle marche, elle est projetée du côté droit; cela lui arrive même dans son lit, et elle ne peut s'occuper de quoi que ce soit.

Ainsi donc voilà diverses espèces de vertiges; les uns de causes extrinsèques, les autres de causes intrinsèques. Mais quand nous avons saisi la cause, en sommes-nous plus avancés quant à l'explication? en sommes-nous plus satisfaits? Non. Sommes-nous sûrs, en face d'une cause intrinsèque, qu'il s'est fait dans le cerveau autre chose que ce que peut avoir l'individu qui valse ou qui navigue? Non. Il est certain que des phénomènes nerveux peuvent être produits par des causes très-éloignées, sans qu'il se soit fait la moindre lésion cérébrale. Pour prendre le fait le plus simple, vous savez que l'on peut faire mourir quelqu'un en lui chatouillant longtemps la plante des pieds. Il y a quelques années, un misérable fut condamné aux travaux forcés à perpétuité pour avoir tué successivement deux femmes en les chatouillant aux pieds.

Un enfant a des vers dans l'intestin; il n'est pas très-sensible et rien n'en révèle l'existence, si ce n'est une inexplicable dilatation de la pupille et une démangeaison tout aussi inexplicable au bout du nez. Et puis voici un autre enfant qui a l'intestin très-sensible; les vers le lui chatouillent, qu'il le sente ou non, et il est pris de convulsions, de phénomènes éclamptiques qui pourront le tuer. Et la mort a lieu dans tous ces cas sans la moindre lésion du système nerveux. Les lésions intrinsèques n'expliquent donc pas le moins du monde le vertige, et quand tout à l'heure nous verrons le vertige produit par une affection des canaux demi-circulaires, nous ne pourrons pour cela, pas plus que pour les vers, pour la dyspepsie, pour l'abaissement de la cataracte, pour le chatouillement des pieds, invoquer une relation entre le cervelet et ces canaux demi-circulaires. Certainement il existe entre certaines lésions et le cerveau des connexions connues, vérifiées anatomiquement, mais il n'en faut pas chercher à tort et à travers.

Nous avons en ce moment en ville deux malades qui sont dans les mêmes conditions que la malade qui est le sujet de ces considérations. Le premier est un officier général que nous voyons avec un de nos collègues.

Il y a deux ans, étant en inspection, il faisait exécuter un exercice à feu dont il fut mécontent. Il commanda de le recommencer à vide, et s'approchant à six ou sept pas du front de la troupe, il fit faire cet exercice sans cartouches, restant en avant des soldats pour les surveiller. Au commandement de *feu!* il reçut un peu en arrière de l'oreille la bourre et un peu de la poudre laissées par un militaire dans le canon de son fusil. Le général fut renversé et on le crut tué du coup. Il revint à lui, mais à dater de ce moment il fut pris de violentes douleurs d'oreilles et d'un peu de surdité, et aussi, à partir de ce moment-là, de phénomènes vertigineux qui firent d'abord craindre une forte lésion de l'encéphale. Les douleurs et les vertiges se montrent ensemble; quand l'oreille ne souffre pas, les vertiges ne se font pas sentir, et quand ils existent, tout tourne, et le blessé croit tourner lui-même.

Il allait très-bien sous l'influence de la médication que nous avions instituée, quand, il y a quinze jours, il conduisit une dame visiter la cathédrale; il dut se découvrir et rester ainsi pendant une demi-heure environ; il prit froid; il fut atteint de mal de tête, de gorge et d'oreille, et à l'instant même de vertiges très-violents et tels qu'il désespère de pouvoir continuer son service. Voilà un fait intéressant de vertiges qui sont la conséquence d'une otite interne.

Revenons à notre malade du n° 25. Elle a été prise, il y a dix-huit mois, de douleurs d'oreilles, principalement du côté droit d'abord, puis à gauche, et elle est successivement devenue sourde des deux côtés.

Nous avons prié M. Triquet de l'examiner; il a trouvé sur la membrane du tympan des plis qui sont l'indice certain, selon lui, de la soudure des osselets, soudure qui n'arrive guère que par suite de l'inflammation de l'oreille moyenne; il diagnostiqua en outre une inflammation de l'oreille interne.

Cette femme éprouve une propulsion qui la porte à droite; elle ne peut suivre un trottoir sans se jeter sur les passants qui sont à sa droite. Dans son lit, elle est invinciblement couchée sur son côté droit. C'est l'oreille droite qui est surtout malade, avons-nous dit, et dans cette oreille, les canaux demi-circulaires sont lésés.

Or, nous vous dirons tout à l'heure que les expériences de M. Flourens démontrent que la lésion des canaux demi-circulaires détermine les individus à se porter de côté, toujours du côté affecté. Quand ce sont les canaux demi-circulaires des deux côtés, l'impulsion est en avant.

Nous avons mis à notre femme le cornet acoustique dans son oreille droite, et dès que nous avons parlé dedans, elle a éprouvé un ébranlement si considérable dans la tête qu'elle s'est jetée de côté pour y échapper. Elle nous a raconté à ce sujet que quand elle venait à entendre battre du tambour, elle était plongée dans un état de perturbation horrible, et l'impulsion vers la droite s'en trouvait augmentée.

Lorsqu'il existe une perforation du tympan, et qu'avec un stylet mousse on va à travers l'oreille moyenne toucher la membrane de la fenêtre ronde, il y a un vertige tel, que le malade est quelquefois renversé, ce qui a été vu par M. Triquet et par M. Ménière. Si l'on fait des injections dans l'oreille de certains malades, ils en éprouvent aussitôt le vertige; et si le tympan est perforé et l'injection faite avec peu de ménagements, ils peuvent tomber à la renverse.

Voyons à ce sujet les expériences de M. Flourens. Lorsque l'on coupe les canaux demi-circulaires du côté droit, l'animal est entraîné par un mouvement giratoire à droite; si on les coupe du côté gauche après les avoir coupés à droite, il subit une propulsion soit en avant, soit en arrière, avec tendance à la culbute. Si maintenant on poursuit cette expérience au moyen de celles qu'a faites Magendie, si l'on coupe un pédoncule du cerveau, le mouvement giratoire se fait du côté coupé; de même si l'on sectionne un pédoncule du cervelet.

M. Brown-Séquard a poursuivi le fait encore plus loin; il a prouvé que la déchirure du nerf acoustique suffit pour produire des phénomènes du même genre.

Dans tout cela, on est obligé de se placer au point de vue d'une irritation qui va se propageant non comme une inflammation, mais comme le chatouillement, car il est impossible d'admettre qu'une inflammation, qu'une irritation matérielle se transmette du point lésé jusqu'aux pédoncules du cerveau et du cervelet; et quand bien même on accepterait que le liquide de Cotugno est capable d'onduler et de transmettre l'ébranlement, il n'en est pas moins vrai qu'il n'y a là ni une irritation matérielle, ni une congestion, ni une inflammation. Il y a eu sous ce rapport des erreurs de diagnostic capitales, puisqu'on a pris pour des lésions cérébrales ce qui n'était que l'influence d'une lésion extrinsèque sur le cerveau. Un jour, on nous envoya une femme comme atteinte d'une affection cérébrale. En nous approchant d'elle, nous sentîmes sur son oreiller une odeur de suppuration fétide, et, en examinant de près, nous trouvâmes une vieille suppuration de l'oreille; nous en avons conclu à une carie du rocher, et comme il y avait des symptômes cérébraux intenses, nous avons annoncé qu'il existait une inflammation de la dure-mère et un abcès dans la portion du cerveau correspondant au rocher. Cette femme mourut, et l'autopsie confirma notre diagnostic. Et en effet, quand des individus ont des caries du rocher, il peut se former une inflammation de la dure-mère et des abcès du cerveau, la suppuration de l'os se communiquant à la cavité crânienne, de même que les suppurations vertébrales peuvent se communiquer à la moelle.

Mais on n'est pas, à cause de cela, en droit de conclure que quand un individu a eu longtemps du vertige et que cela finit par un abcès du cerveau, il y a eu primitivement, au début du vertige, une inflammation du cerveau, pas plus que quand le vertige survient à la suite d'une opération d'abaissement de cataracte, on ne peut dire qu'il s'est produit une inflammation cérébrale.

L'histoire du vertige *ab aure læsa* est récente. C'est en 1829 que fut publié un premier mémoire sur le vertige dû à l'inflammation du labyrinthe. M. Cesty en a publié des observations avec autopsie; plus tard, M. Triquet en a également rapporté. En 1861, M. Ménière, à l'occasion d'une lecture que nous avions faite à l'Académie de médecine sur le vertige et les congestions cérébrales, indiqua la fréquence de cette maladie dans les affections de l'oreille.

Qu'il y ait quelque chose à faire au point de vue thérapeutique dans le vertige dépendant d'une lésion du labyrinthe, cela n'est pas douteux. Des sangsues, des vésicatoires, des cautères, des moxas dans le voisinage de l'oreille, tout cela est recommandé et doit être tenté; mais ne comptez pas trop sur un effet décisif, car les maladies profondes de l'oreille sont très-difficiles à guérir.

Quant au vertige qui survient à propos de troubles gastriques, et que Bretonneau a décrit le premier sous le nom de *vertigo a stomacho læso*, c'est celui contre lequel la médecine a la puissance la plus réelle. La médication consiste à prescrire pendant sept ou huit jours d'abord le traitement alcalin; vous donnerez les sels de Pougues, c'est-à-dire 1 gramme de bicarbonate de soude, 1 gramme de magnésie et 1 gramme de craie préparée en prises dans les intervalles des repas. En général, le mieux ne se produit pas tant que dure cette médication alcaline; mais il se dessinera lorsque vous arriverez aux amers, surtout lorsque vous donnerez l'infusion froide (condition indispensable) de *quassia amara*.

Pour cela, le malade mettra des copeaux de quassia à digérer dans un verre d'eau pendant toute la nuit, et boira le matin cette macération aqueuse. Il est le plus souvent inutile d'en faire prendre pendant le jour. Il est rare qu'après sept ou huit jours de l'usage de cette préparation le vertige ne cesse pas; mais ce

---

ni préférée à la lithotritie; elle complète celle-ci dans certains cas où il y aurait péril à continuer la lithotritie: ou elle est un moyen sûr dans les cas de calculs petits et très-durs, ou elle est dangereuse quand les calculs sont gros et quand ils ont plus de 3 centimètres de diamètre. La taille hypogastrique, qui, même suivie de succès, avait effrayé son inventeur Franco, est rejetée par M. Dolbeau. La taille périnéale, modifiée par M. Nélaton, sous le nom de taille pré-rectale, est jugée la plus propre à conduire sur le col vésical et à faciliter l'extraction du calcul. Mais l'auteur met sur le même plan la taille bilatérale, avec une modification qui place cette opération entre la taille pré-rectale de M. Nélaton et la taille bilatérale que faisait Dupuytren. M. Dolbeau est d'avis que si la taille médio-bilatérale favorise moins que la taille pré-rectale l'extraction des grosses pierres, elle expose moins aussi à des fistules consécutives; néanmoins, il conseille la taille pré-rectale, parce qu'il ne recommande l'emploi général de la cystotomie que pour les pierres un peu grosses.

Aux accidents de la taille, à ses difficultés, sont consacrées des pages où parmi les explications et les faits les plus intéressants se trouve l'histoire des incrustations et des dépôts membraneux qui sont rejetés par la plaie. Nos lecteurs ont lu ce chapitre, que nous avons reproduit dans un de nos derniers numéros; ils ont vu que l'auteur avait assimilé ces dépôts membraneux à ceux qui s'observent dans la dyssenterie.

Outre des remarques qui sont toutes personnelles à l'auteur, telles que le débridement des fistules consécutives à la cystotomie, il y a un chapitre sur la lithotritie périnéale qui est une œuvre originale.

Les divers essais qui ont été faits depuis Avicenne, Franco, frère Côme, Lecat, jusqu'à MM. Cazenave (de Bordeaux), Nélaton et Civiale, acceptés et rejetés tour à tour, ont été dictés par la nécessité lorsque la cystotomie étant pratiquée, on ne pouvait extraire la pierre. L'idée de broyer la pierre par la plaie s'est toujours présentée à l'esprit. Mais des difficultés ont entouré toutes les tentatives. D'un autre côté, on a fait une boutonnière pour extraire des calculs engagés dans la portion membraneuse de l'urèthre. Dans les cas où il existait une fistule périnéale, la lithotritie a été essayée à travers un trajet fistuleux.

M. Dolbeau a conclu de tous ces faits. Il en a tiré la lithotritie uréthrale:

Ouvrir la région membraneuse, dilater le col de la vessie ou bien le sectionner, introduire un brise-pierre, fragmenter le calcul et en extraire les débris, telle est la pratique que propose l'auteur.

Deux remarquables observations justifient le précepte que la théorie recommandait *a priori*. En effet, le passage répété des instruments dans l'urèthre est un des écueils les plus redoutables du broiement de la pierre, et l'ouverture de la région membraneuse, la dilatation ou même une petite incision de la prostate et du col, n'ont de la cystotomie que les avantages, et particulièrement celui de permettre d'extraire en une seule fois tout le calcul.

C'est là une bonne opération. Une observation démontre son efficacité dans le seul cas où cette méthode a été mise en usage. Le fait qui a engagé M. Dolbeau à l'employer porte aussi un enseignement: il indique que la combinaison de la lithotritie avec la taille immédiate est une opération possible et qui peut être suivie de succès. Cette tentative a déjà été plus d'une fois démontrée nécessaire, au moins pour les cas où un calcul dur résistait au lithoclaste, et pour les cas plus malheureux où les brise-pierre d'autrefois se sont rompus dans la vessie.

Malgré cela, l'auteur ne cherche pas à recommander le procédé qu'il a inventé et ne le place pas au-dessus des autres, et c'est un mérite assez rare. Il est applicable, dit-il, lorsque la lithotritie uréthrale n'est pas possible et lorsque la pierre est petite.

Le livre est terminé par une étude du traitement médical de la pierre. Il n'est pas accordé une grande confiance aux lithontriptiques. La question n'est pas jugée en dernier ressort, dit Golding.-Bird. soit! Mais au moins il faut dire que jusqu'ici aucun fait démonstratif n'a prouvé la possibilité de dissoudre la pierre dans la vessie ni par un traitement général, ni par les médications internes, ni par les injections dans la vessie, ni par l'électricité. Pour l'auteur, la récidive des calculs vésicaux doit être prévenue par les injections répétées et l'usage journalier de la sonde.

Le traitement palliatif des calculs trop gros pour se prêter à une opération radicale réclame la boutonnière d'Avicenne, la canule à demeure de Thévenin; les opiacés sont applicables, mais de tels moyens ne seront jamais que palliatifs.

Dans cet ouvrage, où les moindres détails ont une réelle importance, nous n'avons pris que les points saillants; le lecteur y trouvera les indications nécessaires et suffisantes pour le mettre à même de traiter les calculeux avec sûreté et succès. Fournir peu de théories et beaucoup de remarques pratiques, tel est le but que nous reconnaissons et que l'on reconnaitra au *Traité de la pierre dans la vessie* de M. Dolbeau. Ajoutons que ce livre est fait avec méthode et précision, et comme il convient à un homme qui joint un véritable bon sens à une riche instruction.

Dr A. Desprès.

Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires, par M. R. Leroy-d'Etiolles fils [1].

La bibliothèque médicale française possède sur l'histoire des dépôts calcaires des urines de bons articles et de bons livres: le *Traité des maladies des reins* de M. Rayer, la *Séméiotique des urines* de Becquerel, la *Chimie pathologique* de MM. Robin et Verdeil, la traduction du livre de Golding-Bird sur les dépôts de l'urine. Chacun de ces ouvrages a fait son chemin et rendu des services à la science; on y trouve de nouveaux aperçus sur la formation et l'évolution, et les moyens de diagnostic et de traitement des cristaux calcaires dans les voies urinaires. M. Leroy d'Etiolles fils vient d'ajouter à ces tra-

[1] Paris, un vol. in-8° avec figures; 1re partie. Chez J. B. Baillière.

serait une grande faute de croire que l'on puisse impunément arrêter tout à fait la médication dès qu'une amélioration s'est manifestée. Le vertige est sujet à des retours nombreux ; il est nécessaire de prendre souvent la quassia pendant une année au moins. Pendant ce long espace de temps, il faut également faire grande attention au régime, car le vertige reviendra avec le premier trouble gastrique. Ajoutons que le malade se trouvera fort bien de prendre après le repas un petit verre de liqueur jaune aromatique de la Grande-Chartreuse, liqueur qui est la plus médicinale de toutes, avec l'anisette de Hollande. Ces liqueurs corroborent la médication, et l'on arrive, avec de la patience et de l'insistance, à faire disparaître définitivement ce vertige stomacal, qui est une des plus odieuses maladies du monde, et contre laquelle les médecins se heurtent si souvent, si même ils ne l'exaspèrent pas, par l'emploi des sangsues, de la diète, du repos ou d'un régime débilitant.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. FANO.

Paralysie du nerf moteur oculaire externe gauche. — Ulcérations de la région frontale. — Traitement antisyphilitique.

Guérison des ulcérations et de la paralysie.

La demoiselle S..., âgée de cinquante-trois ans, écaillère, se présente à ma clinique le 21 octobre.

Elle raconte que depuis le mois d'avril dernier elle est atteinte d'ulcérations nombreuses de la région frontale et de la région sincipitale, qui se sont cicatrisées pour faire place à d'autres.

Depuis deux mois, à la suite de douleurs dans le front et dans la région de l'orbite, l'œil gauche s'est dévié en dedans.

État actuel. — Sur la région frontale gauche se voient des ulcérations nombreuses, de forme irrégulière, à fond grisâtre, disposées dans leur ensemble en forme un peu annulaire. L'œil gauche est dévié en dedans. Les plus grands efforts exécutés par la patiente ne peuvent ramener le globe jusqu'au niveau de la ligne médiane de l'orbite. La pupille gauche est un peu plus petite que la droite. La vision est meilleure à gauche qu'à droite, ce qui, au rapport de la malade, a existé de tout temps.

Il y a de la diplopie. La malade s'est accoutumée, pour éviter celle-ci, à incliner la tête sur l'épaule gauche quand elle veut regarder un objet ou quelqu'un placé en face d'elle. — Tous les matins, une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten.

Le 4 novembre, l'œil gauche exécute des mouvements un peu plus étendus. Les ulcérations de la région frontale présentent toujours une teinte grisâtre. — Liqueur de Van Swieten; attouchement des ulcérations avec de la teinture d'iode.

Le 9, les ulcérations frontales se cicatrisent; les mouvements de l'œil gauche en dehors paraissent manifestement plus étendus. — Liqueur de Van Swieten; badigeonnage des ulcérations avec la teinture d'iode.

Le 14, les ulcérations du front ont meilleur aspect. Les douleurs de la région frontale sont moins fortes. Les mouvements en dehors de l'œil gauche portent l'organe au delà de la ligne médiane de l'orbite. — Ajouter à l'administration de la liqueur de Van Swieten, l'iodure de potassium; l'une est prise le matin, l'autre le soir.

Le 18, les ulcérations du front se cicatrisent. Le globe est manifestement porté en dehors, au delà de la ligne médiane de l'orbite. — Liqueur de Van Swieten; iodure de potassium.

Le 25, les ulcérations du front sont presque complétement cicatrisées. Les mouvements de l'œil gauche en dehors vont au delà de la ligne médiane de l'orbite.

Le 28, les ulcérations du front sont cicatrisées; les mouvements de l'œil en dehors sont plus étendus.

Le 5 décembre, la patiente peut regarder de face sans voir les objets doubles. — Supprimer la liqueur de Van Swieten, continuer l'iodure de potassium.

Le 12, on constate que lorsque l'œil gauche agit isolément, il arrive tout aussi près de la commissure externe que l'œil droit. La vision de face est simple; à droite, elle est simple encore; mais quand la patiente regarde à gauche, les objets paraissent doubles. — Iodure de potassium; pommade au sulfate de strychnine, 0,10 pour 10 grammes, en onctions sur les paupières.

Le 13, dans la journée, la malade se plaint d'une migraine à gauche. L'œil de ce côté s'est de nouveau dévié en dedans pendant tout le cours de la journée, puis il s'est redressé.

Le 16, l'état est conforme à celui du 12. Nous supprimons la solution d'iodure de potassium, et nous prescrivons à titre de reconstituant le vin toni-ferrugineux de Nivet (centauréine ferrée).

Le 6 janvier, il reste encore un peu de faiblesse du muscle droit externe, ce qui empêche l'œil gauche de se rapprocher de la commissure externe des paupières autant que de l'œil droit. La vision de face, la vision à droite, sont simples, c'est-à-dire sans diplopie; la vision à gauche, portée à un certain degré au moins, reste double.

Cataracte molle à gauche. — Kératotomie oblique inférieure. — Beau résultat. — Tremblement de l'iris consécutif à l'opération.

L'examen ophthalmoscopique ne démontre aucune lésion du corps vitré.

M. M..., âgé de cinquante-six ans, marchand de filets de pêche, nous dit que sa vue a commencé depuis deux ans à se brouiller à gauche. Au commencement de novembre 1863, nous constatons que de l'œil gauche le malade ne distingue que la lumière des ténèbres. En arrière de la pupille, il existe de ce côté seulement une tache d'un blanc bleuâtre, entourée d'un cercle noir excessivement étroit.

Le 26 novembre, je pratique la kératotomie oblique inférieure à gauche. Après l'incision de la capsule, le cristallin sort facilement; la pupille demeure très-nette, et le malade me distingue immédiatement. — Occlusion des paupières avec bandelettes de taffetas.

Le 30, l'appareil est enlevé. Le malade distingue très-bien; pas la moindre injection conjonctivale.

Le 2 décembre, il distingue exactement l'heure à ma montre, avec un verre convexe de 2 p. 1/2 de foyer. La pupille est très-nette. La conjonctive scléroticale offre une injection radiée, qui est plus prononcée au niveau de la circonférence de la cornée.

Le 5, cette injection persiste.

Le 7, même état. La pupille est très-nette; l'opéré lit le nº 14 de Jæger avec un verre convexe de 2 p. 1/2 de foyer.

Le 10, la pupille est toujours claire, quoique la conjonctive scléroticale demeure injectée. On recommande l'abstention de toute liqueur stimulante, des lunettes à verres bleus garnis de taffetas; le patient quitte ma clinique.

Le 17, il se représente. La pupille est toujours claire, l'injection de la conjonctive scléroticale a diminué.

Le 22, l'injection de la conjonctive scléroticale a disparu. Le patient lit le nº 8 de Jæger, avec un verre convexe de 2 p. 1/2 de foyer.

Le 30, l'amélioration de la vision est croissante; ainsi, M... lit le nº 6 de Jæger avec un verre convexe de 2 p. 1/2. Depuis plusieurs jours nous remarquions que l'iris, du côté opéré seulement, était animé de mouvements de tremblement, comparables à de véritables ondulations. Désireux de constater l'état des parties profondes de l'œil chez ce malade, voulant connaître si l'opération de la cataracte avait apporté quelque modification dans ces parties, j'instillai quelques gouttes d'atropine. La pupille se dilate assez promptement et prend la figure d'un ovale à grand diamètre vertical, coupé de deux ou trois débris cristalliniens *filiformes*.

Avec le miroir ophthalmoscopique, on constate que le fond de l'œil est d'un beau rose. Avec le miroir et la lentille convexe de 2 p. 1/2 de foyer, on aperçoit, mais pas d'une manière très-nette (ce qui explique l'absence du cristallin), l'image rétinienne. Toutefois, il est facile de reconnaître que la pupille est d'un blanc rosé, que les vaisseaux rétiniens n'offrent aucune anomalie; les milieux réfringents sont d'une transparence parfaite. On ne découvre *aucun corpuscule flottant dans le corps vitré.*

Le 16 janvier, le patient vient me retrouver; l'œil opéré est toujours dans un état aussi satisfaisant; il lit le nº 5 de Jæger, avec un verre convexe nº 2.

CAS DE MORT SUBITE

chez une femme récemment accouchée, causée par l'asphyxie résultant d'une obstruction des bronches par des mucosités.

Par M. le docteur E. VERRIER.

La *Gazette des Hôpitaux* du 21 janvier dernier publie un long et remarquable article de M. le docteur Hervieux, intitulé *Quelques cas de mort subite dans l'état puerpéral.*

Dans ce travail le savant médecin de la Maternité, après avoir fait ressortir tout ce qu'a de terrible pour les familles et de désespérant pour la science un dénoûment aussi étrange qu'imprévu, s'applique à l'examen de ses causes. Il voudrait éclairer ce redoutable mystère, et l'importance d'un tel but était bien digne de l'étude approfondie que lui consacre l'éminent praticien.

Pénétré de toute l'utilité de ses observations, qu'il me soit permis d'apporter dans cette grande question mon rayon de lumière. La clarté qui peut jaillir des faits de l'expérience collective est un faisceau qui admet les plus modestes tributs.

En consultant mes notes, j'y ai trouvé l'observation d'un cas de mort subite chez une femme accouchée depuis douze jours; et comme la cause de cette mort ne me paraît point se rattacher à aucune de celles qu'indique M. le docteur Hervieux dans l'article précité, j'ai cru de mon devoir de signaler un fait qui par son caractère précis peut diminuer le vague des interprétations. On verra, en effet, que les résultats de l'autopsie expliquent dans ce cas la mort par une asphyxie résultant d'une obstruction des bronches par de l'écume et des mucosités; tout dans l'examen du cadavre tend à le démontrer, et telle était l'opinion de M. le professeur Pajot, qui faisait alors le service à la Clinique d'accouchement.

Ces motifs m'ont paru suffisants pour la publicité d'une observation qui peut contribuer à la solution d'un problème que l'Académie de médecine a mis au concours pendant plusieurs années consécutives.

J'y joindrai la relation succincte d'un autre cas, arrivé chez une personne de ma famille, mais dont la cause n'a pas été éclairée par l'autopsie.

OBS. I. — La nommée Marie Ch..., âgée de vingt-trois ans, née à Fréland (Haut-Rhin), avait quitté son pays pour venir faire ses couches à Paris, où elle s'était installée en qualité de domestique, rue Lepelletier, 19.

Depuis trois mois sa grossesse était devenue pénible, elle éprouvait de l'oppression et ne pouvait plus continuer sa profession; elle était enceinte de huit mois lorsqu'elle sollicita son admission à la Clinique d'accouchements, où elle entra en décembre 1859 et fut couchée au nº 14 du service.

Le 1er janvier 1860, elle fut prise des douleurs de l'enfantement; le travail fut lent, elle était d'ailleurs primipare; la tête resta trois heures sur le plancher du bassin; il se produisit un peu d'œdème de la vulve et quelques eschares, mais tout cela guérit rapidement avec les soins ordinaires.

Cette femme allait parfaitement bien, elle mangeait deux portions et devait sortir le lendemain, douzième jour après son accouchement.

Dans la nuit du 11 au 12 janvier, à trois heures et demie du matin, la veilleuse passa auprès de Marie Ch...; elle donnait à teter à son enfant et allait bien. A trois heures cinquante-cinq minutes, une infirmière lui offrit une chemise blanche; elle répondit que devant sortir ce jour-là, elle n'en avait pas besoin.

A quatre heures, les gens du service entendirent un violent coup de sonnette, et quand l'un d'eux arriva près de la malade, il la trouva tombée à terre du côté opposé au berceau de son enfant, dans lequel elle avait replacé celui-ci. Une écume légère lui sortait de la bouche. On la remit sur son lit; elle avait les membres roides, et elle mourut dans cet état sans reprendre connaissance.

Autopsie le 13 janvier. — A l'ouverture du corps, on ne trouve pas d'épanchement dans le thorax ni dans l'abdomen, pas d'adhérences;

vaux une étude sur la gravelle et les calculs urinaires, où il classe et juge les matériaux acquis, et expose les fruits de son expérience personnelle, pour présenter à un point de vue pratique toutes les variations anatomo-pathologiques des gravelles et des calculs, et les indications thérapeutiques qui en ressortent.

Une érudition de bon aloi, où les vieux auteurs sont aussi bien cités que les modernes, enrichit chacun des articles de la première partie du livre, qui contient l'anatomie pathologique complète des calculs et des graviers; les caractères microscopiques des cristaux, leur diagnostic à l'aide de réactifs sous le champ du microscope, leur fréquence relative dans les divers calculs, ne sont pas moins bien exposés, parce que le nom de ceux qui ont observé les faits et analysé les calculs a été cité à propos.

Parmi les sels dont l'histoire est tracée, la cystine, qui a été découverte dans les calculs par Wollaston et que l'on a toujours regardée comme un fait exceptionnel, a été l'objet des recherches de l'auteur. Si l'hérédité semble jouer le plus grand rôle dans la production des calculs de cystine, il semble, d'après les pages que nous analysons, que la cystine existe peut-être plus fréquemment chez la femme, et qu'elle constitue une sorte de gravelle aussi bien que des calculs.

Cette opinion, déjà émise par M. Leroy-d'Etiolles à la Société anatomique, est affirmée dans son travail d'une manière plus positive : l'auteur rappelle que son père a trouvé cinq calculs de cystine sur quarante-deux femmes affectées de la pierre. Il nous apprend aussi que la cystine forme des calculs dans le rein comme dans la vessie, qu'elle est très-soluble dans l'ammoniaque, l'acide oxalique et les acides minéraux, propriété importante à connaître pour le traitement de la gravelle de cystine. Tout l'article, au point de vue de l'examen chimique et microscopique, est au reste rempli d'intérêt.

Dans la description de la gravelle oxalique, il y a deux points importants, à savoir, que les eaux minérales alcalines ne diminuent pas l'acidité de l'urine ni la quantité d'oxalate de chaux déposée, surtout lorsqu'elles ont une action purgative, fait entrevu déjà par Leroy d'Etiolles père; et que si l'oxalate de chaux peut être une transformation de l'acide urique en acide oxalique combiné à la chaux, un degré d'oxydation de cet acide, il est le plus souvent une élimination pure et simple des sels d'acide oxalique, pris dans une alimentation végétale.

Après la gravelle urique et oxalique caractérisée par la présence de cristaux dans une urine acide, la gravelle phosphatique et les calculs qui en dérivent, sont exposés. A propos de la gravelle de phosphate de chaux pure, des exemples de transformation de gravelle sont signalés sous l'influence d'eaux minérales alcalines ou acides. Des graviers de phosphate de chaux ont été remplacés par des graviers d'acide urique, et l'on sait que la réciproque est vraie, que l'inflammation survenant dans un rein, les graviers formés alors sont des phosphates terreux. Il y a dans ce chapitre des exemples de gravelle de phosphate de chaux transformés en calculs de phosphate d'ammoniaque, de magnésie et de chaux.

Parmi les substances qui entrent dans la composition des calculs, le carbonate de chaux est considéré comme rare. M. Leroy d'Etiolles a rassemblé les cas connus de gravelle et de calculs de carbonate de chaux.

Le livre III comprend l'étude des caractères physiques des calculs, et tout ce que l'histoire de la médecine nous a légué de souvenirs authentiques. L'auteur a choisi les faits importants, les types qui peuvent servir à grouper les différents genres de calculs. On pense généralement que l'accroissement rapide d'un gravier dans le rein est la cause qu'il y reste enfermé et y forme un calcul; cette idée trop exclusive a déjà été attaquée. M. Rayer a parlé de calculs formés dans les calices, M. Leroy d'Etiolles a trouvé de petits calculs formés dans un canalicule urinifère, et qui avaient la forme d'un clou ou d'une dent à deux racines. Cette disposition, du reste, comme celle des calculs vésicaux, est sujette à une foule de variations.

Le fascicule est terminé par un chapitre sur la fragmentation spontanée des calculs dans la vessie. Les faits connus depuis Dodonœus, Heister, Deschamps, Camper; les faits vus par Leroy d'Etiolles père, Valette (d'Orléans), Ségalas et par l'auteur sont rapportés, et prêtent à la conclusion suivante, que les calculs se fractionnent par une espèce de clivage.

Cette opinion de M. Leroy d'Etiolles est appuyée sur des constatations anatomiques à l'abri de toute critique. Un calcul extrait par la taille a été vu brisé en quatre portions, et ses surfaces de brisure étaient recouvertes d'urate d'ammoniaque. Un autre calcul a été trouvé, qui, lorsqu'il a été coupé, présentait des fissures s'étendant du centre à la circonférence. Il est beaucoup plus rationnel d'admettre cette explication légitimée par les faits, que de croire, comme Neurhor (de Landau), à une fermentation du noyau du calcul, ou que la vessie hypertrophiée, en serrant la pierre, est capable de la fragmenter.

Le travail de M. Leroy d'Etiolles et celui de M. Dolbeau, très-bien faits tous les deux, disons-le en terminant, puisque le hasard rapproche ces deux comptes rendus, se complètent déjà l'un par l'autre. La suite du *Traité de la gravelle et des calculs urinaires* rappellera sans doute à nos lecteurs ces deux vers du bon Lafontaine :

Mais ce champ ne se peut tellement moissonner,
Que les derniers venus n'y trouvent à glaner.

Dr A. DESPRÉS.

La Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une grande perte. M. le professeur Ribes, l'un des maîtres les plus distingués de cette école, qui a attaché son nom à plusieurs publications importantes, vient de succomber à Perpignan, sa ville natale, dans un âge encore peu avancé, aux suites d'une longue et douloureuse maladie. Le corps médical de France tout entier associera ses regrets à ceux de ses collègues.

seulement un peu d'arborisation rougeâtre à la surface de l'intestin.

Il y avait un kyste séreux dans le ligament large, du volume d'un œuf de pigeon.

Le fond de l'utérus est au niveau de l'excavation; il ne présente pas de perforation; son tissu est ce qu'il doit être douze jours après l'accouchement.

La vessie est rétractée. L'estomac, très-petit, a été ouvert et trouvé sain, ainsi que l'œsophage.

Adhérence ancienne à l'extrémité du foie, qui du reste est sain.

Cœur. — Rien dans le péricarde; surface extérieure du cœur normale, volume ordinaire; ventricules et oreillettes sains; un filet d'eau versé dans le ventricule gauche ne passe pas dans le droit.

Rien dans l'aorte ni l'artère pulmonaire.

Organes respiratoires. — Dans le larynx, on remarque un peu de mucosité seulement; le corps thyroïde est très-développé. On trouve à la bifurcation de la trachée une rougeur ecchymotique, qui s'étend jusque dans les bronches, lesquelles contiennent des mucosités; la membrane muqueuse en est d'un rouge assez intense. Les deux poumons présentent un peu de congestion vers la racine des bronches.

Crâne. — On voit une petite ecchymose causée par la chute de la malade au moment de sa mort; pas d'autre lésion à l'extérieur.

En coupant la dure-mère, on trouve une infiltration générale avec granulations des deux côtés. La substance cérébrale a sa consistance normale et présente un piqueté assez prononcé. Rien dans les ventricules; corps striés, couches optiques, intacts. Cervelet et protubérance sains.

En résumé, léger engouement, inflammation des bronches avec obstruction par des mucosités.

Infiltration séreuse des méninges et de la voûte cérébrale.

Obs. II. — Mme R..., place du Châtelet, 2, venait d'accoucher de son sixième enfant il y avait quinze jours.

Cette femme, petite, bien conformée, d'un tempérament lymphatique, mais très-active, ne s'était pas encore levée.

On l'avait placée sur un lit de sangle pour faire son lit ordinaire, et on venait de la peigner pour la première fois après son accouchement. Elle avait fait des projets de dîner pour le dimanche suivant, tout allait à merveille.

Elle demanda à retourner à son lit en marchant; on ne crut pas devoir le lui refuser, et en effet, soutenue par sa garde, elle gagna facilement son lit; mais en y montant elle fut prise d'une défaillance, poussa un cri, et retomba morte sans qu'on eût le temps de la secourir.

L'autopsie ne put être faite.

CAS DE DYSTOCIE.

Version rendue impossible par l'écoulement des eaux et autres circonstances, et devenue facile en faisant placer la femme sur les genoux et les coudes;

Par M. le Dr Lesure, de Renwez (Ardennes).

Les accoucheurs français recommandent, en général, pour pratiquer la version, de placer la femme dans l'attitude d'un malade qui subit l'opération de la taille sous-pubienne; en Angleterre, on couche la femme sur le côté, et en Irlande, la malade s'accroupit sur les genoux et sur les coudes. *Sic usus, quem penes est faciendi modus.* Ma pratique particulière, depuis vingt ans, me fait regretter que cette position, en usage en Irlande, si préconisée cependant par quelques-uns de nos maîtres, ne soit point mise à l'essai plus souvent parmi nous, dans les versions d'une difficulté extrême.

Ce procédé m'a été enseigné par M. Cambrelin (de Namur). Plusieurs fois, par ce simple moyen, j'ai réussi dans des cas désespérés; et il y a quelques jours encore, en présence de M. Moquart et d'une sage-femme très-habile, j'ai pu faire une version d'une difficulté presque insurmontable.

Dans l'intérêt de l'art et de l'humanité, cette méthode pourrait être vulgarisée avec avantage.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 février 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle) sur les résultats comparatifs obtenus par l'inoculation du virus-vaccin ordinaire et du virus-cowpox (commission de vaccine);

2° Un rapport de M. le docteur Pasturel sur une épidémie de stomatite pseudo-membraneuse en 1863;

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements de l'Aube, de l'Aveyron, des Bouches-du-Rhône, de la Drôme, de la Creuse, de l'Ariége et de l'Orne (commission des épidémies);

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Chaudesaigues (Cantal), par MM. les docteurs Brémont, d'Audinac (Ariége), et De Hoey. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Simorre (de Contres) *sur le traitement de l'angine couenneuse par la méthode antiphlogistique.* (Commissaires, MM. Barth et Roger);

2° Une observation d'ovariotomie pratiquée avec succès le 24 octobre 1863, par M. le docteur Lacroix (de Béziers). [Commissaires : MM. Nélaton, Malgaigne et Huguier.]

3° Une observation de M. le docteur Mathias (d'Annecy) concernant l'extraction d'une longue aiguille enfoncée dans la région suspubienne. (Commissaire, M. Michon.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. **Boudet**, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale.

L'ordre de présentation des candidats est le suivant :

1° M. Delpech, 2° M. Dutrouleau, 3° M. Boudin, 4° M. Bergeron, 5° M. Bouchut, 6° M. Hillairet.

M. le secrétaire procède à l'appel nominal.

Le nombre des membres présents et ayant droit de voter est de 82; majorité, 42.

Au premier tour de scrutin :

M. Delpech obtient. . . . . 32 voix.
M. Boudin. . . . . 20 —
M. Bouchut. . . . . 17 —
M. Dutrouleau. . . . . . . 11 —
M. Bergeron. . . . . . . 2 —

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue, on procède à un second tour de scrutin.

Nombre de votants, 83; majorité, 42.

M. Delpech obtient. . . . . 47 voix.
M. Boudin. . . . . 20 —
M. Bouchut. . . . . 14 —
M. Dutrouleau. . . . . . . 2 —

M. Delpech ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

Son élection sera soumise à la sanction de l'Empereur.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. **Bouchardat**, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture du rapport général annuel sur le service des eaux minérales, en France, pendant l'année 1861.

Ce rapport étant officiel et destiné à être publié dans le volume des *Mémoires de l'Académie de médecine* pour l'année courante, il nous est interdit d'en donner ici une analyse.

Les conclusions, consistant en propositions de médailles et mentions honorables, ont été votées en comité secret avant la séance publique annuelle.

— M. **de Kergaradec** donne de vive voix quelques explications complémentaires relatives au rapport général annuel sur les épidémies, dont il a donné lecture dans l'une des précédentes séances.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Excursion chirurgicale en Angleterre, Lettres adressées à M. le professeur Bouisson; par M. A. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital général. In-8°. Prix : 2 fr. 50 c. *franco* en France. — Paris, chez P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

Du goître et du crétinisme endémiques et de leurs véritables causes, par M. le docteur Chabrann, médecin de l'hôpital civil de Briançon. Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

Dictionnaire général des sciences théoriques et appliquées (mathématiques, physique et chimie, mécanique et technologie, histoire naturelle et médecine, agriculture, etc.), avec figures intercalées dans le texte; par MM. Privat-Deschanel et Ad. Focillon, professeurs de sciences physiques et naturelles au lycée Louis-le-Grand, avec la collaboration d'une réunion de savants, d'ingénieurs et de professenrs. Première partie (A.-C.). Un vol. grand in-8° de 692 pages. Prix : 7 fr. 50. L'ouvrage sera publié en quatre parties. — Paris, 1864, chez F. Tandou et Cie, rue des Ecoles, 78.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité d'anatomie descriptive, par M. Ph. C. Sappey. Tome III, fascicule troisième et dernier. Un vol. grand in-18, pages 397 à 703. L'ouvrage est terminé avec ce fascicule. — Paris, chez Victor Masson et fils.

Origine et développement des os, par MM. A. Rambaud et Ch. Renault. Un vol. in-8° et atlas in-4° de 28 planches dessinées par Léveillé. Prix : sur papier blanc, 20 fr.; sur papier de Chine, 30 fr.

De la pharmacie, par M. Fumouze, pharmacien. Un vol. in-12. Prix : 2 fr.

Ces deux ouvrages sont en vente chez F. Chamerot, 13, rue du Jardinet.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 24. — SAMEDI 27 FÉVRIER 1864. (37e ANNEE.) N° 24. — SAMEDI 27 FÉVRIER 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Recherches anatomo-pathologiques sur la démence sénile.

La démence sénile n'est point, comme on l'a répété trop souvent, un fait quasi-normal, une simple conséquence physiologique des progrès de l'âge. Trop d'exemples viendraient protester, pour l'honneur de la vieillesse, contre cette proposition malsonnante.

La démence sénile est un état pathologique; non point une entité morbide spéciale et distincte, mais un ensemble symptomatique qui se rattache à des lésions organiques matérielles du centre nerveux encéphalique.

C'est ce que M. le docteur Marcé s'est proposé d'établir d'après des recherches cliniques et anatomo-pathologiques multipliées qu'il a faites sur ce sujet dans sa division d'aliénés de Bicêtre, et dont il a consigné les résultats dans un beau travail que nous avons sous les yeux (*Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale*).

« En poursuivant ces recherches sur un grand nombre de sujets, dit M. Marcé, je suis arrivé à cette conviction, que le mot de démence sénile est un terme compréhensif aussi vague que la désignation de dartres appliquée à toutes les affections cutanées.

» Tous ces vieillards en enfance que l'on voit errer dans les cours des asiles, insouciants, incapables de se diriger, quelquefois agités ou mélancoliques, offrent avec les aliénés d'intimes analogies, car ils ont perdu toute conscience de leurs actes et ne sont plus responsables d'eux-mêmes; mais pour peu qu'on envisage leur état au point de vue de la pathologie pure, on voit bien vite qu'il s'agit là d'un ensemble symptomatique formé à la fois de troubles de l'intelligence et de troubles de la motilité, bien différent des vésanies pures, mais offrant quelque analogie avec la paralysie générale, et auxquels correspondent des lésions organiques nombreuses. »

Parmi ces lésions, les unes, visibles à l'œil nu, ont été décrites depuis longtemps; d'autres ne peuvent être appréciées qu'au microscope. Ce sont ces dernières que M. Marcé a essayé surtout de mettre en lumière avec le concours de nos micrographes les plus exercés. Mais ce qui fait surtout l'intérêt de son travail, c'est la recherche constante des connexions qui lient intimement ces deux ordres de lésions entre elles et avec les symptômes de la démence sénile.

Nous passerons sur la symptomatologie, la marche et les phases diverses de la démence sénile, décrites avec une fidélité et une vérité de ton qui font de ce travail un petit modèle de monographie, et nous arriverons de suite à la partie réellement neuve et originale de ces recherches, à l'étude des lésions cérébrales corrélatives.

Toutes les fois que la motilité et l'intelligence sont atteintes simultanément, on trouve à la fois et des lésions des fibres blanches ou de leurs renflements, et des lésions de la couche corticale, et ces deux ordres de lésions sont toujours en raison directe de l'intensité de chacun des deux ordres de symptômes observés.

M. Marcé, dans le grand nombre d'examens nécroscopiques qu'il a faits, a constamment trouvé dans les corps striés, dans les couches optiques, dans la protubérance, dans le cervelet, quelquefois aussi dans la substance blanche du cerveau, des tumeurs, de vastes ramollissements, des cicatrices, d'anciens foyers hémorrhagiques qui ont détruit une portion plus ou moins considérable des fibres cérébrales, et dont la situation et l'étendue expliquent toujours le siége et le degré de la paralysie.

Si, en effet, fait remarquer M. Marcé, l'hémiplégie a été bien accentuée, la lésion prédominante est dans les parties motrices de l'un des hémisphères. Si, au contraire, l'affaiblissement a été général et a porté à la fois sur les deux moitiés du corps, les lésions sont bilatérales et à peu près égales des deux côtés. Si l'on constate entre les deux bras et les deux jambes des inégalités de force contractile qui disparaissent ou même varient en sens inverse d'un jour à l'autre, on peut encore conclure, suivant M. Marcé, ou plutôt d'après ses observations, qu'il y a des foyers multiples dont la marche, inégalement progressive, peut rendre compte de toutes ces différences.

Enfin, M. Marcé a remarqué que l'étendue des ramollissements était presque toujours en raison directe de l'intensité des phénomènes paralytiques.

Quant aux troubles de l'intelligence, M. Marcé les a toujours trouvés en rapport avec des lésions ou des modifications plus ou moins appréciables dans la texture de la couche corticale des circonvolutions.

Une remarque importante trouve ici sa place.

M. Luys, dans ses recherches sur la structure du cerveau, a signalé la coexistence presque constante des ramollissements profonds et des ramollissements superficiels. Les observations de M. Marcé ont confirmé l'exactitude de cette indication. Un examen attentif de l'ensemble de la couche corticale et des circonvolutions, fait à l'œil nu et au microscope, lui a révélé, en outre, dans tous les cas de démence, tout un ordre de lésions qu'il classe sous les trois chefs suivants :

1° Atrophie des circonvolutions;

2° Altération des cellules nerveuses et des tubes nerveux;

3° Altération des capillaires.

L'atrophie des circonvolutions peut porter sur les deux hémisphères ou sur un seul, sur un lobe tout entier ou sur quelques circonvolutions isolées. Elles sont alors amincies et amaigries, séparées des circonvolutions voisines par de larges sillons, par de véritables lacunes remplies de sérosité, au-dessus desquelles la pie-mère passe comme un pont; en les incisant, M. Marcé a constaté que l'atrophie porte principalement sur la substance grise, dont l'épaisseur a diminué de plus d'un millimètre.

A côté de cette lésion bien connue, et qui a été si complétement décrite, notamment par M. Parchappe et par M. Cruveilhier, et alors même qu'elle n'est pas encore bien manifeste, les circonvolutions des sujets en démence présentent des changements d'aspect et de couleur qui font présumer de profondes modifications de structure que le microscope met en évidence. Leur surface est dépolie, chagrinée, rugueuse et comme érodée; au lieu d'être pleines et rénitentes comme à l'état normal, elles sont flétries, ratatinées, plus dures et moins élastiques. Leur coloration a changé : au lieu de la teinte grise normale, elles sont d'une couleur jaunâtre, ambrée, analogue à celle de la cire.

Cet aspect rugueux, cette teinte jaunâtre, sont toujours l'indice de la dégénérescence graisseuse des tubes et des cellules nerveuses, ainsi que des parois des capillaires.

Les tubes nerveux et les cellules nerveuses offrent à un degré variable la dégénérescence athéromateuse. Les cellules déchiquetées sur leurs bords, irrégulières, méconnaissables, offrent une coloration jaune ambrée, leurs prolongements sont rompus; elles sont couvertes de granulations graisseuses jaunâtres, et finissent par disparaître, laissant à leur place des amas athéromateux. Tantôt les cellules ainsi altérées sont en petit nombre, tantôt, au contraire, on en trouve à peine quelques-unes ayant conservé quelques traces de l'aspect normal.

Les tubes nerveux, déformés, rétractés, se couvrent d'abord de granulations; plus tard, le contenu a disparu, et il ne reste plus qu'un cylindre d'aspect nerveux, de teinte jaune ambrée, qui fait place, à un degré plus avancé, aux parois de la gaîne revenue sur elle-même; en dernier lieu, tubes et gaînes ont disparu.

La paroi interne des capillaires apparaît incrustée de granulations graisseuses jaunâtres qui la recouvrent complétement, s'accumulent de manière à faire saillie dans l'intérieur du vaisseau, et parfois même remplissent toute sa cavité. Cette infiltration graisseuse est très-commune et se présente à divers degrés. Souvent on rencontre, juxtaposées aux granulations graisseuses, des granulations et des cristaux d'hématine ou des incrustations calcaires, cristallisant par l'addition d'acide sulfurique, qui contribuent à diminuer la perméabilité du vaisseau ou même à l'oblitérer complétement. Des varicosités, des ruptures qui donnent naissance à des hémorrhagies capillaires et à des exsudations hématiques, se rencontrent sous le microscope à côté de ces altérations.

Cet état remarquable des capillaires, dont le calibre se rétrécit de plus en plus et qui progressivement deviennent imperméables au sang, est pour M. Marcé l'élément générateur de la plupart des lésions que l'on rencontre dans la démence sénile : atrophie, ramollissement, disparition des tubes et des cellules. C'est la reproduction pour tout le système capillaire cérébral et

---

QUELQUES BIOGRAPHIES MÉDICALES DU DIX-SEPTIÈME SIÈCLE [1].

GUY PATIN.

Nous avons montré, dans Renaudot, l'homme intelligent, actif, chercheur, toujours à l'affût d'une découverte nouvelle, utile à ses semblables; nous allons essayer d'esquisser maintenant le portrait d'un docteur qui fut, dans toute l'acception du mot, un vrai médecin, un érudit et un homme d'esprit.

Guy Patin est né, dit M. Réveillé-Parise, mieux informé sur ce point que la plupart des biographes, à La Place, petit hameau dépendant de la commune de Hodenc-en-Bray, non loin de Beauvais, le 31 août 1601. Il sortait d'une bonne famille bourgeoise; un de ses parents était avocat au Parlement de Paris, et son père lui-même fut avocat dans cette ville; celui-ci se retira bientôt dans son pays natal, où le seigneur de Hodenc le chargea de la gestion de ses biens. Guy Patin parle avec amour et respect de sa famille, des vertus et de l'innocente vie de ses parents; son père, dit-il lui-même, avait du talent et *parfait* d'or. C'est dans Plutarque qu'il apprit à lire, et Plutarque resta toujours un de ses auteurs favoris. Après voir commencé ses études à Beauvais, notre futur docteur vint les terminer au collége de Boncourt, à Paris.

Les seigneurs de Bray, pour récompenser le père de quelques services rendus, offrirent au fils un bénéfice, qu'il refusa « tout plat; » et certes, vu l'humeur dont il se sentait, il eut parfaitement raison. Malheureusement ce refus le brouilla avec sa famille, principalement avec sa mère. Sa pension, à Paris, fut considérablement diminuée; Guy Patin, pour vivre, se fit correcteur d'imprimerie, profession honorable, souvent exercée dans ces temps par les plus grands esprits. Il se livra dès lors activement à l'étude de la médecine, et fut reçu docteur en 1627. Il se maria bientôt après avec une femme riche, et il prend soin lui-même de noter ce point, qui ne lui est pas indifférent; non pas que Patin tienne outre mesure à l'argent, mais parce que, avec son caractère, la nature de son esprit et sa légitime ambition, il sent très-bien que l'indépendance est pour lui la chose la plus enviable.

Il acquit assez rapidement une réputation de bon médecin et de savant, et, en 1654, il succéda, au collége de France, à Riolan dans la chaire de botanique, de pharmacie et de médecine; il eut rapidement un nombreux auditoire; il note avec soin d'abord quatre-vingt-dix auditeurs, puis cent, puis cent vingt; il est fier de ses succès et en tire une juste vanité. On allait l'écouter pour sa vaste érudition, son esprit vif, ses saillies, et aussi pour son éloquence et pour la pureté de son élocution. Sa renommée devint assez considérable pour être signalée par Bartholin lui-même.

Célèbre déjà, presque illustre, Guy Patin nourrissait une ambition nouvelle, celle d'être doyen de la corporation à laquelle il se faisait honneur d'appartenir. Déjà son nom avait été plusieurs fois dans le chapeau, il en sortit enfin en 1650. Ce fut une grande joie pour lui, et certes il ne s'en cache pas; il traite magnifiquement trente-six de ses collègues dans un banquet; il ne vit jamais tant rire et tant boire pour des gens sérieux.

Mais Guy Patin n'est pas de ces hommes, comme on en a toujours tant vu, qui briguent une place pour l'honneur qu'elle rapporte et sans s'inquiéter s'ils sont aptes à la remplir; nous avons déjà dit quelle importance pouvaient acquérir alors ces nobles et modestes fonctions de doyen. Notre docteur eut un décanat extrêmement occupé et laborieux : outre les règlements intérieurs à faire observer, il dut souvent représenter la Faculté dans les occasions solennelles et soutenir ses droits dans plusieurs procès. Son grand savoir, la facilité de sa parole, son éloquence tantôt élevée, tantôt plaisante, en firent bientôt le véritable avocat de la Faculté. Celle-ci ne fut pas ingrate, et Guy Patin eut l'honneur, rare alors, d'être élu doyen une seconde fois.

Cependant, comme médecin, Guy Patin est aujourd'hui fort peu connu; à part quelques thèses qui firent en leur temps un certain bruit, il n'a à peu près rien écrit. Il eut longtemps l'intention, qu'il n'a jamais réalisée (et cela est vraiment fâcheux), de composer une histoire de la Faculté de Paris et des hommes marquants de cette Faculté. Mais, en somme, son nom serait depuis longtemps tombé dans l'oubli, s'il n'eût laissé, sans le savoir, dans sa vaste correspondance, le livre le plus curieux, le plus amusant et le plus instructif à la fois. C'est là qu'est tout l'homme, et c'est là qu'il faut aller le chercher. Jusqu'ici, dans ces études, nous ne l'avons montré que sous un point de vue, celui qui lui fait le moins honneur; ce serait bien mal le connaître que de ne le considérer que sous son côté satirique et querelleur, et nous serions assurément bien injuste et bien blâmable si nous ne montrions pas l'autre côté de l'homme, le bon.

Les lettres de Guy Patin n'ont aucune analogie avec les lettres académiques et pompeuses de Balzac, le *grand épistolier*, ou de Voiture; elles ne peuvent même en aucune façon être comparées aux délicieuses l'épître de Mme de Sévigné. — Balzac écrit pour être lu et admiré; l'épître n'est qu'un prétexte pour développer avec art et avec un grand talent une idée, une pensée quelconque; jamais il

jusque dans les dernières ramifications vasculaires, de ce qu'on observe dans quelques cas de ramollissement bien limité, où l'artère qui aboutit au foyer malade, à moitié remplie par un caillot fibrineux, ne laisse plus au sang qu'un passage étroit et tortueux, ou même se trouve oblitérée complétement.

Cette dégénérescence favorise la rupture des parois vasculaires ainsi que les hémorrhagies cérébrales; elle amène le ramollissement, qui n'est, pour ainsi dire, que son expression la plus élevée; elle fait comprendre par sa généralité pourquoi ces diverses affections semblent solidaires l'une de l'autre, pourquoi la couche corticale finit toujours par s'altérer quand des lésions graves se sont produites dans les parties centrales.

Les altérations microscopiques dont il vient d'être question coïncident toujours, lorsqu'elles sont anciennes et portées à un très-haut degré, avec l'atrophie et l'aspect jaunâtre des circonvolutions. Mais lorsqu'elles sont récentes, lorsqu'elles ne datent que de quelques mois, par exemple, elles peuvent ne pas changer d'une manière notable l'aspect des circonvolutions, et il serait impossible alors de les soupçonner sans le secours du microscope.

Il est d'ailleurs remarquable que M. Marcé a toujours vu l'étendue et le degré de ces lésions être en raison directe du degré de la démence. C'est ainsi, par exemple, que dans l'une des observations qu'il rapporte, où le malade fut emporté par une pneumonie intercurrente, un mois seulement après l'apparition des premiers symptômes d'affaiblissement musculaire et intellectuel, l'examen à l'œil nu ne lui révéla qu'un petit foyer dans un des corps striés, et les altérations microscopiques de la couche corticale furent beaucoup moins marquées que dans les autres cas.

En résumé, et c'est là la conclusion de cette première partie des recherches de M. Marcé sur ce sujet, dans la démence sénile les lésions organiques sont toujours proportionnées au degré d'affaiblissement de la motilité et de l'intelligence.

Il resterait, pour compléter l'exposé de ces recherches, à dire quels sont les rapports de la démence sénile et de la paralysie générale.

Ce sera le sujet d'un second article.

Amputation de la jambe au tiers inférieur.

M. Nélaton vient de faire une amputation de la jambe pour une carie de l'astragale chez un adulte. Se fondant sur l'impossibilité de préciser l'état des surfaces articulaires de la mortaise tibio-péronière, il a préféré pratiquer l'amputation de la jambe au tiers inférieur plutôt que de tenter la désarticulation tibio-tarsienne, dont la gravité n'est pas moindre que celle de la première opération.

Le professeur a eu recours à un procédé à deux lambeaux taillés de dehors en dedans, un lambeau antérieur long de 3 centimètres environ et un lambeau postérieur un peu plus court. Les parties molles et les os ont été sectionnés d'après les règles accoutumées. Les avantages de ce procédé sont de donner une cicatrice transversale qui ne repose point sur les os aux points où portent les appareils prothétiques. M. Nélaton a plusieurs fois observé combien était douloureux le contact d'une cicatrice formée au-devant de la section du tibia avec les bottines prothétiques et les jambes artificielles; et il est des cas même où, après une amputation faite par le procédé de Lenoir, les malades ont préféré la jambe de bois aux appareils prothétiques [1]. Il faisait remarquer en même temps que pour se servir de la bottine ou de la jambe artificielle, il était nécessaire que les malades pussent diriger l'appareil avec l'extrémité du moignon portant surtout sur sa face antérieure.

Déjà il a été observé qu'il y avait un inconvénient à mettre en pratique sur le vivant l'opération de Lenoir, quoique sur le cadavre ce procédé donne un excellent résultat. Après la guérison de la plaie, malgré la suture de l'incision verticale, il reste une cicatrice sur la face antérieure du tibia qui tend à adhérer à la crête de cet os, et se trouve précisément aux points sur lesquels le moignon s'appuie pour mouvoir le membre artificiel. M. Soupart a proposé l'emploi d'une méthode elliptique. On taillait un lambeau de 4 à 5 centimètres de long sur la face antéro-externe de la jambe, et on divisait les téguments circulairement sur le reste du membre, entre les deux bords de la base du lambeau. Mais ce procédé elliptique a un inconvénient, surtout à la partie inférieure de la jambe, où les parties molles sont constituées presque exclusivement par la peau des tendons et des aponévroses, et où la peau seule peut être utilisée réellement. Or on sait que les grands lambeaux constitués seulement par la peau ont une grande tendance à se mortifier, tandis que les lambeaux un peu courts échappent aux dangers de cette éventualité. Est-il nécessaire d'ajouter que le manuel opératoire de l'amputation à deux lambeaux est d'une application facile et peut être exécuté aussi vivement qu'aucun des autres procédés?

(1) Malgaigne, *Médecine opératoire*, 1854, p. 277.

Des effets de la compression du pneumo-gastrique par les anévrysmes de l'aorte et du tronc innominé.

Le docteur Habershon a lu à la Société pathologique de Londres [1] un travail clinique sur les effets de la compression du pneumo-gastrique par les anévrysmes et les autres tumeurs, et il en a tiré une conclusion déjà connue depuis Valsalva et Morgagni, que les compressions du nerf ou de ses branches, le nerf récurrent en particulier, déterminaient des accès de suffocation et des contractions spasmodiques des muscles du larynx. Il a ajouté que les muscles auxquels se distribue le nerf pneumo-gastrique sont paralysés, et que les poumons sont congestionnés. Parmi ces conclusions, la dernière est la seule qui puisse être considérée comme une nouveauté, et elles ne renferment pas, au moins d'une façon explicite, d'autres faits sur lesquels M. Louis a insisté, les douleurs sur le trajet du pneumo-gastrique, et auxquelles le nom d'angine de poitrine symptomatique a même été donné. Mais comme l'auteur semble n'envisager que les effets de la compression du nerf et non ceux de son inflammation, on s'explique le silence gardé sur le phénomène douleur qui suit assez souvent les compressions exercées sur le nerf pneumo-gastrique.

Le fait de la congestion pulmonaire et de l'induration consécutive du poumon présente un intérêt réel. Ce n'est pas qu'il soit tout à fait nouveau, et que des travaux étrangers aux anévrysmes de l'aorte n'en aient démontré la possibilité.

Déjà les chirurgiens ont vu des congestions pulmonaires et des pneumonies hypostatiques ou asthéniques des Anglais amener la mort chez des malades auxquels avait été faite une ligature malheureuse de la carotide primitive où le pneumo-gastrique avait été serré avec l'artère; mais on n'avait prêté que peu d'attention à ces faits, parce que les mêmes altérations anatomiques avaient été rencontrées alors que la ligature de la carotide avait laissé le pneumo-gastrique intact. Néanmoins, Erichsen [2] attribuait les lésions pulmonaires à un trouble nerveux occasionné par la gêne de la circulation cérébrale. Mais ce n'était qu'une hypothèse, à laquelle une objection naturelle se présentait. On pouvait dire que les lésions préexistaient à la ligature de la carotide primitive, et qu'elles étaient dues à la compression du nerf pneumo-gastrique par l'anévrysme qui avait nécessité la ligature.

Au point de vue physiologique, les expériences ont appris que les sections du nerf pneumo-gastrique entraînent la congestion pulmonaire. Bien que ce ne soit pas par une altération de la fonction de l'hématose, mais plutôt par un obstacle à la respiration au niveau du larynx, par un engorgement des bronches, qui n'expulsent plus les mucosités (Traube); par une paralysie des fibres musculaires des bronches (Schiff, Cl. Bernard, Longet), le fait n'en existe pas moins et autorisait la dernière conclusion de l'auteur anglais. Entre la section d'un nerf et sa compression, il n'y a pas une énorme différence; la cessation plus ou moins complète de la propagation des excitations nerveuses est toujours le résultat principal.

(1) *Medical Times and Gazette*, fév. 1864, p. 161.
(2) Erichsen, *The science and art of surgery*, London, 1853.

Des vaccinations précoces des nouveau-nés.

Nous avons plusieurs fois examiné ici la question des vaccinations précoces des nouveau-nés, depuis l'époque où elle fut soulevée à la Société médicale des hôpitaux par M. Barthez. On se rappelle que des opinions très-diverses à cet égard ont été émises, les uns soutenant l'innocuité des vaccinations faites dans les premiers jours de la vie, les autres signalant au contraire les dangers de cette pratique, suivant qu'ils avaient été ou non témoins d'accidents qui lui fussent attribuables; d'autres enfin proposant d'introduire dans la pratique de la vaccination des modifications destinées à prévenir toute chance de danger. Au milieu de ces dissidences est intervenue l'opinion de M. le professeur Depaul, qui, dans son Rapport général sur la vaccine, du 21 janvier 1862, s'est prononcé en faveur des vaccinations précoces.

M. Louis Sentex, aide de clinique obstétricale de M. le professeur Rousset, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, a recueilli sur ce point des documents cliniques qu'il a consignés dans son Compte rendu de la clinique d'accouchements de cet établissement.

Les faits que M. Sentex apporte au débat tendent, comme on le verra, malgré quelques exceptions explicables par une influence épidémique accidentelle, à confirmer d'une manière générale l'innocuité des vaccinations précoces.

« Les enfants qui naissent à la Clinique ne pouvant être gardés au plus que quinze jours et sortant quelquefois plus tôt, soit qu'ils accompagnent leurs mères, soit qu'on les envoie à l'hospice des Enfants-Assistés ou en nourrice, nous ne pouvons par conséquent pratiquer ici que des vaccinations hâtives. L'épidémie de variole qui a régné à Bordeaux et à l'hôpital Saint-André, depuis le mois de janvier 1863 jusqu'à ces derniers temps, nous faisait d'ailleurs un devoir de vacciner tous les enfants le plus tôt possible; aussi, les vaccinations ont-elles été plus nombreuses en 1862 et en 1863 que pendant les années qui ont précédé: 443 enfants ont été vaccinés. Je n'ai trouvé relaté aucun accident dans les registres tenus par mes collègues, et cette année seulement nous avons observé ce qui suit:

» Pendant le mois de février 1863, c'est-à-dire au fort de cette funeste épidémie d'érysipèles qui ravage depuis dix mois l'hôpital Saint-André, un enfant de trois jours est vacciné avec du vaccin pris sur une petite fille qui sort cinq jours après en parfaite santé. Je fais six piqûres, et le huitième jour je me sers de ce vaccin, qui s'est développé d'une manière très-normale, pour vacciner deux autres enfants. Dès le lendemain, l'enfant qui a fourni le vaccin a un commencement d'érysipèle sur le bras droit, et il succombe quatre jours après. Chez l'un des deux enfants, un érysipèle se développe aussi autour des piqûres, et, comme le premier, il succombe le huitième jour. Du vaccin pris sur le second de ces enfants sert à vacciner un nouveau-né, qui à son tour est pris d'érysipèle et guérit.

» Voilà donc trois érysipèles qui sont survenus autour des piqûres et qui ont occasionné deux morts. Faut-il accuser les vaccinations hâtives de ce funeste résultat? A mon sens, la question ne peut être résolue que d'une manière négative. Si l'on songe, en effet:

» 1° Que nous étions alors en pleine épidémie d'érysipèle;

» 2° Que chez quelques enfants, et à la même époque, des érysipèles se sont développés spontanément autour de la cicatrice ombilicale;

---

n'eût écrit une seule page s'il n'avait pas pensé qu'elle fût destinée à illustrer son nom auprès de ses contemporains et de la postérité. — Les lettres de Mme de Sévigné sont le modèle le plus exquis du genre; mais malgré tout le talent de la spirituelle marquise, on sent l'art le plus achevé sous la plus délicieuse simplicité. Mme de Sévigné espère, sait même qu'elle sera beaucoup lue, et elle écrit en conséquence; plus d'une fois, assurément, elle jette à la dérobée un petit coup d'œil sur la postérité, prévoyant peut-être l'accueil si empressé qu'elle lui a fait.

Notre auteur n'est ni de cette trempe ni de ces écoles; celui-là n'écrit pas pour écrire ou penser, il écrit pour causer, et ses lettres ne sont qu'une longue, spirituelle et intéressante causerie, avec tout le laisser-aller, le sans-façon, et même les négligences de la conversation la plus intime et la moins apprêtée. Elles n'en ont pas moins un cachet spécial, une grande saveur, un intérêt soutenu, et, comme le dit très-justement Bayle, elles sont remplies de faits curieux, de traits vifs et hardis qui divertissent et font faire de solides réflexions. Le style de Guy Patin est souvent négligé, incorrect; les fautes même n'y manquent pas. Il était cependant très-capable de bien écrire; pourquoi ne l'a-t-il pas fait? Ceci nous conduit à dire un mot de la façon dont nous croyons que ces lettres célèbres ont dû être composées.

Pour Guy Patin, la langue de prédilection et d'apparat, c'est le latin, qu'il parle et qu'il écrit d'une façon très-remarquable; ses meilleures pensées, les maximes les plus profondes, il les exprime toujours dans la langue de Cicéron, et souvent avec une élégance et une vigueur qui rappellent alternativement Tacite et le grand orateur romain. Cela fait qu'il traite le français fort cavalièrement et presque comme un intrus sous sa plume savante; s'il y a une faute, en vérité, cela ne vaut pas la peine d'être corrigé. Nous pensons, d'ailleurs, que notre docteur aimait peu à se corriger; il ne devait guère raturer ses lettres, et, dans tous les cas, il ne devait pas en prendre copie. Il les écrivait au jour le jour, souvent interrompu, selon toutes les probabilités, et, quand il reprenait la plume pour continuer ou achever son épître, ne se donnant pas même la peine d'en relire le commencement. Il n'est pas rare de trouver le même fait relaté, et presque avec des termes identiques, dans deux ou trois lettres successives adressées au même personnage; il n'est pas même très-rare de trouver le même fait signalé deux fois dans la même lettre; il y a plus, il commence une de ses lettres en annonçant que le roi vient d'être sacré à Reims, et dans le courant de la même épître, il annonce que le roi sera sacré prochainement. « Le roi » fut sacré à Reims dimanche dernier. » Et plus loin: « Le roi est » sorti de Paris le 30 au matin... il veut être sacré et le sera bien-» tôt. » (*Lettre du 9 juin 1654.*)

C'est que, encore une fois, cette correspondance n'est qu'une causerie continuelle, avec son laisser-aller habituel, ses interruptions, ses redites, et, de même qu'on ne change pas une conversation, Guy Patin se garde bien de rien changer à ses lettres. Il écrit comme il pense, gardant toujours son premier jet, et bien sûr d'intéresser tout au moins l'indulgent ami auquel elles sont adressées. Ce n'est pas l'ami seul qu'il a intéressé, mais la postérité tout entière qu'il tient continuellement sous le charme de son esprit, de sa vivacité, de sa franchise, et qu'il ne lasse pas un seul instant.

Cette absence de toute prétention, ce déshabillé continuel, sont un des plus grands charmes de cette volumineuse correspondance. L'homme s'y réfléchit comme dans un miroir, et la société tout entière s'y trouve peinte avec un naturel que rien ne saurait compenser. Quand il le veut, le satirique docteur a une grande profondeur de pensée, et sa phrase courte, hachée, incisive, la grave profondément. En outre, il a beaucoup de sel et de montant, un peu trop dans quelques cas; c'est encore le vieux et vrai Gaulois, et il tient parfaitement sa place après Rabelais, Montaigne et La Fontaine. Assurément on n'a jamais songé, on ne songera jamais à faire de Guy Patin un auteur classique, mais les écrivains eux-mêmes auraient tort de le négliger; il a son cachet tout à fait spécial, il sent encore le bon terroir et répand autour de lui un parfum franc et agréable, qu'il est bon de respirer quelquefois.

D'ailleurs, ces lettres offrent encore ce double intérêt qu'elles sont la meilleure biographie de l'auteur et qu'elles peignent jour par jour, pendant un long intervalle, la société française d'alors (ce dont nous n'avons pas à nous occuper ici), et la société médicale du dix-septième siècle, du 20 avril 1630 au 22 janvier 1672.

Guy Patin est lui-même le type du docteur selon la vieille Faculté de Paris, imbu des anciennes maximes, partisan des vieux usages, ne connaissant guère que les vieux auteurs, routinier, ne comprenant déjà plus l'époque présente, celle dans laquelle il vit et s'agite, ne prévoyant rien dans l'avenir; voilà pour le médecin. Comme homme, au contraire, il ne croit presque plus à rien; volontiers il se moque à peu près de tout; il est frondeur, incrédule, profondément désabusé; il a toutes les idées larges et libérales des vieux réformateurs, et par plus d'un point il donne la main aux philosophes sceptiques et railleurs du dix-huitième siècle. Examinons d'abord le médecin, c'est pour nous le point le plus intéressant.

Dr H. MONTANIER.

(La suite prochainement).

» 3° Que, avant et après, des vaccinations pratiquées dans les mêmes circonstances n'ont été suivies d'aucun accident; je crois qu'on ne peut mettre sur le compte des vaccinations précoces les deux morts dont je viens de parler.

» Je reste convaincu, en outre, qu'à ce moment et pendant l'épidémie de variole que nous avons traversée, il était de notre devoir de vacciner les enfants le plus tôt possible pour les soustraire à l'influence variolique dont quelques femmes en couches ont ressenti les effets. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 février 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— Sur une observation du secrétaire au sujet de la publication du travail de M. Boinet sur la thérapeutique des kystes hydatiques du foie, plusieurs membres engagent M. Boinet à rédiger un court résumé de son travail, qui a paru dans un autre journal.

M. Boinet doit remettre ce résumé.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine.

Studi clinici sul virus sifilitico. Turin, 1863; par M. C. Sperino, membre correspondant.

Une lettre et un mémoire autographié de M. Verrier sur les *difformités de la taille.*

— Une brochure de M. le docteur Félix Bron intitulée *Incision des rétrécissements de l'urèthre. Nouvel uréthrotome*, etc. Lyon, 1859. Cette brochure est accompagnée d'une lettre où l'auteur réclame la priorité de l'uréthrotome présenté à la Société par M. Trélat dans la séance du 17 juin 1863.

M. TRÉLAT fait remarquer que la seule analogie qui existe entre l'instrument de M. Bron et le sien, c'est l'articulation de la lame; qu'il a signalé cette analogie lors de sa présentation, qu'en dehors de ce point il n'y a aucune similitude ni dans la disposition ni dans la manœuvre des deux instruments; qu'en conséquence la réclamation de M. Bron est sans objet.

— M. GIRALDÈS présente, au nom de M. Holmes Coote (de Londres), membre correspondant, un mémoire manuscrit intitulé *Contribution à la pathologie des exostoses, avec figures, d'après les pièces déposées au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy.*

M. Giraldès est chargé de rendre compte de ce mémoire.

Instruments. — M. SALES-GIRONS envoie le petit appareil dont nous donnons ici la figure.

Il a pour objet de rendre possibles et faciles les applications topiques des liquides actifs dans les cas d'angines et de laryngites chroniques.

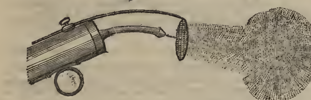
L'instrument est une petite seringue qui pulvérise le liquide sur le miroir laryngoscopique lui-même.

Lorsque ce miroir est placé au fond de la bouche de manière à mettre en vue le pharynx et la glotte, il suffit d'un demi-tour de piston pour que la poussière liquide se produise et que toute la surface en soit abondamment arrosée.

Cette impression ne produit pas le spasme du larynx comme le contact des éponges ou des pinceaux.

En remplaçant le miroir ci-dessus par un objectif en toile métallique fine, l'instrument devient très-commode pour donner des douches pharyngiennes.





— M. LE PRÉSIDENT montre un autre appareil pulvérisateur fabriqué par M. J. Charrière, d'après les indications de M. Galenzowski.

Le mécanisme simplifié de cet appareil en fait le principal mérite.

Il consiste :

1° En un tube A qui plonge dans le liquide B, et se trouve à l'extérieur par une ouverture très-petite;

2° En un petit ballon de caoutchouc E avec soupape, et dont un tube D conduit l'air soufflé au point C, où il rencontre l'extrémité du tube à liquide.

En cet état, il suffit de comprimer le petit ballon pour que le jet d'air produise l'ascension du liquide, et que ce liquide soit pulvérisé, comme le montre la figure.

— M. VERNEUIL adresse la lettre suivante :

Monsieur et très-honoré collègue,

Permettez-moi de vous entretenir une dernière fois de l'incident soulevé dans le sein de la Société par la lecture de l'Eloge de Robert.

Je regarde tout d'abord comme un devoir de remercier mes collègues de la forme éminemment courtoise qu'ils ont donnée à leurs critiques, et du soin qu'ils ont mis à dégager ma personne tout en attaquant mon œuvre avec vivacité. De mon côté, en portant de suite le débat sur le terrain des principes, en n'invoquant pas l'incompétence de ceux qui blâmaient mes paroles sans les connaître, en acceptant enfin sans aigreur ni dépit une censure rétrospective, je crois avoir dans ma défense observé les mêmes égards.

Peut-être donc penserez-vous avec moi que le comité secret n'était pas nécessaire, et que le public n'aurait pu qu'applaudir la modération et la dignité avec lesquelles la Société traite les questions les plus brûlantes.

Quoi qu'il en soit, vous le savez, la conclusion a été une sorte de vote de confiance, mes collègues, pour la plupart, voulant bien s'en rapporter à moi pour introduire dans mon discours les modifications capables de donner satisfaction aux scrupules exprimés.

Je suis reconnaissant de cette marque d'estime, et cependant je me décide après mûre réflexion à ne la point accepter, ou, pour mieux dire, à n'en point profiter, car elle crée une position délicate et des difficultés que je ne saurais résoudre.

L'esprit de mon discours n'ayant été défendu par personne, il est présumable qu'en le conservant même partiellement je blesserais tout le monde, et qu'on me reprocherait avec quelque raison d'avoir abusé du blanc-seing qui m'a été si complaisamment octroyé.

D'autre part, mes paroles ont été prononcées en séance solennelle, devant une assistance assez nombreuse; elles appartiennent donc à la publicité. Ce qui leur a valu le blâme des uns leur attire l'assentiment des autres; les châtier jusqu'à faire disparaître tout ce qui a déplu aux premiers, serait aux yeux des seconds une faiblesse, pour ne rien dire de mieux, que je ne saurais commettre.

N'est-il donc pas plus juste et plus simple à la fois de dégager la Société de toute solidarité avec cette œuvre subversive, et de laisser la responsabilité toute entière peser sur qui de droit?

Je retire mon discours, et, libre de toute entrave, je me dispose à le soumettre à l'appréciation du public avec ses défauts et ses qualités. La Société voudra bien ne voir rien d'hostile ni de blessant dans cette solution nette et franche.

Une seule considération, je l'avoue, m'a fait beaucoup hésiter. La Société tout entière désire que Robert soit officiellement loué par un de ses organes, et la mesure que j'adopte ajournera nécessairement encore la publication d'un éloge accepté par tous. Mais j'ai réfléchi que le délai ne saurait être regrettable avec l'éminent secrétaire général que vous vous êtes donné, et qui dans une circonstance analogue a déployé des qualités littéraires si précieuses.

Je termine, Monsieur le Président, en vous priant de communiquer ma lettre à la Société, et d'appuyer, si vous le jugez convenable, la demande que je fais de sa publication dans le procès-verbal.

Recevez, etc. Dr A. VERNEUIL.

12 février 1864.

Kystes du foie. — M. DOLBEAU demande la parole l'occasion du procès-verbal.

J'ai avancé dans la dernière séance que M. Bonnet n'avait pas employé le premier les sondes à demeure pour les kystes du foie, et j'en apporte la preuve. Je la tire du livre de M. Boinet, l'*Iodothérapie*, publié en 1855. A l'article KYSTES DU FOIE, il conseille la canule à demeure et les lavages répétés. Trois faits sont relatés dans cet article, entre autres celui du service de M. Briquet, recueilli en 1851 par M. Mesnet. Dans ces trois cas, on n'a employé que les incisions et les lavages iodés, et non la sonde à demeure. M. Boinet ajoute que dès 1852 M. Nélaton employait la sonde à demeure pour les kystes du foie. Or, M. Nélaton ne revendique pas la priorité de cette pratique; car on trouve dans les annales de la science plusieurs cas où elle a été mise en usage. J'ai lu une observation de kyste de l'abdomen, publiée en 1835, où le traitement par la canule à demeure fut suivi de guérison.

LECTURES.

M. PRAVAZ lit un mémoire sur la curabilité des luxations congénitales du fémur.

Après cette lecture, M. Pravaz fait voir les modèles réduits des divers appareils qu'il emploie pendant le traitement, et montre une petite fille de dix ans qui a été soumise à ce traitement.

Le travail de M. Pravaz est renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Broca et Bouvier.

Destruction traumatique de la portion sous-pubienne de l'urèthre. Rétablissement de la continuité du canal par une opération. Guérison. — M. NOTTA communique le fait suivant :

Trosley, âgé de quarante ans, d'une robuste constitution, demeurant à Moyaux, à trois lieues de Lisieux, fut pris sous un éboulement dans une marnière. Il ne put donner aucun détail sur son accident; toujours est-il qu'on le dégagea de dessous un amas de marne, n'ayant pas perdu connaissance, mais le corps horriblement meurtri, et avec une plaie entre l'anus et les bourses, par laquelle s'écoulait beaucoup de sang.

Je vis cet homme le 27 mai 1863, environ sept heures après l'accident. Il souffrait beaucoup dans tout le corps, qui était contusionné, et particulièrement au niveau des hanches, où l'on observait plusieurs grandes ecchymoses. Il lui était impossible de faire le plus petit mouvement dans son lit; il était pâle et avait perdu beaucoup de sang par la plaie périnéale. Un médecin avait cherché à le sonder, mais n'avait pu pénétrer dans la vessie.

Je le fis placer avec beaucoup de peine en travers sur le bord de son lit, et maintenant les jambes écartées par des aides, je pus constater au-devant du rectum, sur la ligne médiane, une plaie contuse qui admettait facilement l'indicateur. En y pénétrant, on trouvait une grande cavité pouvant contenir au moins un œuf de poule, située au-dessous et en arrière de la symphyse pubienne, et formée par la destruction des parties molles de cette région. Le doigt, porté de bas en haut, arrivait sans rencontrer le canal de l'urèthre ni aucun autre intermédiaire, sur la face postérieure de la symphyse du pubis, complétement dénudée, puis sur la branche descendante de cet os du côté gauche, également dénudée dans toute son étendue.

Une sonde introduite par l'urèthre pénétrait dans cette cavité, rencontrait le doigt, et il était impossible de retrouver l'orifice du col de la vessie, la solution de continuité de la portion périnéale de l'urèthre étant au moins de deux travers de doigt. Un doigt introduit dans le rectum me permit de constater l'intégrité de l'intestin.

Le blessé m'apprit qu'il avait uriné plusieurs fois depuis son accident, que chaque fois qu'il urinait, il ne sortait rien par la verge, mais qu'il éprouvait des douleurs atroces, et que les bourses devenaient grosses comme les deux poings. Celles-ci avaient une coloration noirâtre livide, due à une ecchymose considérable.

Je pratiquai dans la plaie un large débridement d'arrière en avant, de manière à agrandir la plaie extérieure et à ouvrir la poche scrotale, afin d'empêcher l'urine d'y séjourner. Le ventre était tendu, très-douloureux à la pression, surtout à l'hypogastre. Le pouls était petit, fréquent; pas de hoquet.

Prescription. 12 sangsues sur le bas-ventre; cataplasmes; bouillons; limonade.

Avant mon départ, le malade urina par la plaie périnéale, mais cette fois sans douleur, et l'urine, trouvant une issue facile, ne s'épanchait plus dans les bourses.

Le 2 juin, c'est-à-dire le sixième jour après l'accident, je revois cet homme. Il n'y a plus de sensibilité dans le ventre; l'urine s'écoule bien par la plaie périnéale sans qu'il y ait d'infiltration urineuse. Le malade retient bien ses urines et n'éprouve le besoin de les rendre que quatre ou cinq fois en vingt-quatre heures. Le doigt introduit dans la plaie, qui a bon aspect, permet de constater de nouveau les nombreuses lésions précédemment décrites : dénudation de la face postérieure du pubis et de sa branche descendante gauche, destruction complète de la portion sous-pubienne de l'urèthre. Une sonde introduite dans l'urèthre rencontre le doigt, et malgré de nombreuses tentatives, ne peut pénétrer dans la vessie. Le malade a de l'appétit, mange et digère bien; il a moins de douleurs dans les hanches.

Après bien des hésitations, T.... se décide à venir à Lisieux pour se soumettre à une opération que je lui propose, et ce n'est que le 9 juin, c'est-à-dire quatorze jours après l'accident, que je puis mettre à exécution mon projet, avec l'aide et le concours bienveillant de mes confrères MM. de Labardette, Vauquelin et James.

Le malade, auquel j'ai recommandé de ne pas uriner avant l'opération, est placé sur une table garnie d'un matelas, dans la même position que pour l'opération de la taille. Ses deux jambes sont relevées et fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin, et elles sont maintenues dans cette position par deux aides.

La plaie périnéale est située le long du raphé médian, elle commence à 1 centimètre de l'anus et se prolonge en avant dans une longueur de 5 centimètres. Le doigt introduit dans cette plaie permet de constater les lésions précédemment décrites, moins étendues cependant, à cause du travail de cicatrisation. Une sonde introduite dans la verge ne rencontre plus le doigt, l'extrémité rompue de l'urèthre est cicatrisée, et malgré une forte pression, il est impossible de détruire la cicatrice. On sent que le bec de la sonde est séparé du doigt par un tissu de quelques millimètres d'épaisseur.

Tout cela bien constaté, je pratique à 3 centimètres au-devant de l'anus, dans une direction perpendiculaire à la plaie, une incision courbe, à concavité dirigée du côté de l'anus, comme pour la taille bi-latérale, et j'ouvre ainsi largement cette cavité sous-pubienne formée par la destruction des parties molles du périnée.

Après une dissection longue et laborieuse de trajets fistuleux qui s'étaient déjà formés de toutes pièces, dissection pendant laquelle je pris les plus grandes précautions pour ne pas blesser le rectum, j'engageai le malade à uriner afin de me guider dans mes recherches. Malgré son courage et sa bonne volonté, il ne put y parvenir. Enfin, après bien des tâtonnements, je finis par trouver sur la ligne médiane, derrière le pubis, à 5 ou 6 centimètres de la surface cutanée du périnée, une petite dépression dans laquelle j'introduisis une sonde cannelée. Un filet d'urine m'annonça que j'étais dans la vessie. J'avais préalablement inclsé sur un cathéter métallique introduit dans la portion pénienne de l'urèthre l'extrémité cicatrisée de ce conduit, et j'avais remplacé ce cathéter par une sonde en caoutchouc vulcanisé ouverte à son extrémité vésicale, de telle sorte que cette extrémité sortait par la plaie périnéale, où elle était maintenue par un aide. J'introduisis alors une longue bougie de baleine dans cette sonde, je la fis repartir par la plaie périnéale, et il me fut facile d'en faire glisser l'extrémité dans la rainure de la sonde cannelée jusque dans la cavité vésicale. Cela fait, je retirai la sonde cannelée et je fis glisser sur le mandrin de baleine la sonde jusque dans la vessie, puis je retirai le mandrin. Un jet d'urine m'apprit que j'avais complétement réussi. La sonde fut fixée par un bandage approprié, et le malade fut reporté dans son lit. Des coussins furent placés sous les deux jarrets, et on n'appliqua sur la plaie d'autre pansement qu'une éponge légèrement humide. — Bouillons, potages. Prendre en trois fois dans la journée la potion suivante :

Alcoolature d'aconit	3	grammes.
Sirop de quinquina au vin	30	—
Eau	125	—

Le 10, le malade va bien. Ténesme vésical; à la fin de chaque miction il s'échappe quelques gouttes d'urine par la plaie périnéale. — Cataplasmes de farine de lin. Suppositoires opiacés. Alcoolature d'aconit, 4 grammes.

Le 11, mieux marqué; appétit. — Côtelettes.

Le 14, un abcès s'est formé au haut de la cuisse gauche, en dehors du pli génito-crural. On l'ouvre largement; on supprime l'alcoolature, qui dégoûte le malade.

Le 22, il a été pris hier soir d'un violent frisson, qui a duré plus d'une heure. Sueurs très-abondantes toute la nuit. Ce matin, il n'a pas de fièvre. Un stylet introduit dans l'ouverture de l'abcès pénètre à une profondeur de 7 à 8 centimètres, et rencontre la branche descendante du pubis dénudée. — Sulfate de quinine, 2 grammes en 12 pilules, 4 tous les matins à jeun.

Les accès de fièvre ne se reproduisent pas, mais une tumeur dure se forme à la racine des bourses; la verge est tuméfiée, et bien que la fluctuation ne puisse être perçue, il y a lieu de croire qu'il existe en ce point une collection purulente. Et en effet, le 28 juin, une grande quantité de pus s'écoule par la plaie périnéale et par l'urèthre, et à partir de ce moment, le malade éprouve un grand soulagement; il dort bien toute la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis huit jours. Chaque jour son appétit augmente; sa bonne mine revient.

Vers la fin de juillet, la verge paraît se raccourcir; il semble qu'elle s'enfonce sous le pubis.

Le 11 août, lorsque le malade fait des efforts de défécation, quelques gouttes d'urine s'échappent par la plaie périnéale qui n'est plus aujourd'hui qu'une fistule, et souvent en urinant il s'écoule de l'urine par la verge entre la sonde et le canal. Nous nous décidons à changer la sonde. Pour la retirer, nous la faisons glisser sur un mandrin de baleine, préalablement introduit dans sa cavité, et nous la remplaçons par une autre.

Bien qu'elle ait séjourné dans la vessie pendant deux mois, elle ne

présente aucune altération, aucune incrustation ; elle est aussi souple que le premier jour.

Le 30 octobre, la sonde est enlevée ; elle est restée quatre-vingt-deux jours dans la vessie, et elle n'est aucunement altérée. Je puis immédiatement passer facilement dans la vessie des sondes en étain de 8 millimètres de diamètre. Le malade urine bien par la verge dans la journée ; seulement, à chaque miction, quelques gouttes d'urine s'échappent par la fistule périnéale.

Le lendemain je cherche en vain à introduire une nouvelle sonde. Mes tentatives renouvelées les jours suivants ne sont pas plus heureuses. Le malade, urinant bien d'ailleurs par la verge, retourne dans son pays.

Le 12 janvier 1864, T... revient me voir ; il a très-bon visage, a pris de l'embonpoint. La fistule périnéale est complétement cicatrisée et ne donne lieu à aucun suintement d'urine. Pendant la miction le jet d'urine est bien lancé et ne tombe plus sur ses pieds, comme lorsqu'il est sorti de l'hôpital. La verge est plus courte qu'auparavant ; les érections sont incomplètes.

J'introduis assez facilement une bougie de 3 millimètres de diamètre. Je la laisse à demeure pendant vingt-quatre heures, et les jours suivants j'augmente le volume des bougies, que je ne laisse dans le canal que quelques minutes.

Au bout de huit jours, l'urèthre admettait facilement des bougies de 7 à 8 millimètres de diamètre ; je continuai à passer ces bougies pendant six jours et le malade retourna dans son pays, me promettant de revenir me voir tous les mois, afin que je m'assure par le cathétérisme de l'état du canal et que je prévienne ainsi la formation d'un rétrécissement.

Cette observation a beaucoup d'analogie avec un fait publié dans l'*Union médicale* (4 mars 1858) par M. Demarquay, fait dont la connaissance m'a tout d'abord empêché de désespérer de la guérison de mon malade et m'a ensuite servi de guide pour le traitement et l'opération qu'il a eu à subir.

La grande étendue de la destruction du canal de l'urèthre, qui avait au moins deux travers de doigt, pouvait déjà inspirer quelques craintes sur la possibilité du rétablissement de ce canal. Mais la dénudation de toute la symphyse du pubis et de la branche descendante de cet os était une complication grave. Il y avait à craindre la formation de quelque séquestre dont la présence aurait pu avoir l'influence la plus fâcheuse sur la cicatrisation de l'urèthre.

Heureusement, ces appréhensions ne se sont pas réalisées ; aucun séquestre ne s'est formé. La sonde, une fois placée, des bourgeons charnus se sont développés de toute part, ont rempli l'excavation qui s'était formée au milieu des parties molles ; puis, revenant peu à peu sur eux-mêmes, ils ont pour ainsi dire ressoudé les deux extrémités de l'urèthre ; et nous en avons la preuve dans le raccourcissement manifeste de la verge, qui a commencé à se produire lorsque le travail de cicatrisation avançait lui-même. Mais, il faut le dire, nous avons été puissamment aidés par l'emploi de la sonde en caoutchouc vulcanisé de M. Gariel, que nous avons pu laisser à demeure pendant deux mois, sans qu'elle subît la moindre altération. Si nous n'avions eu à notre disposition que des sondes en gomme élastique, qu'il eût fallu renouveler tous les huit jours, il est évident que le passage fréquent de ces sondes eût été beaucoup moins favorable à la cicatrisation des parties.

Remarquons en outre avec quelle tolérance elles ont été supportées par la vessie, puisque, pendant tout ce temps (deux mois la première fois, quatre-vingt-deux jours la seconde), elles n'ont déterminé aucune irritation au col, et n'ont amené aucune trace de catarrhe dans les urines.

Le malade a gardé une sonde à demeure pendant près de cinq mois.

Au bout de ce temps, j'ai pensé qu'elle pouvait être retirée sans inconvénient, et cependant la rétraction du tissu cicatriciel a en vingt-quatre heures si bien dévié le canal de l'urèthre qu'il m'a été impossible pendant quelque temps d'y faire pénétrer une sonde. Aujourd'hui que j'ai pu de nouveau y introduire des bougies et arriver facilement à une dilatation de 8 millimètres de diamètre, je crois que l'on peut regarder la guérison comme assurée, pourvu toutefois que le malade ait soin de passer de temps en temps des bougies, afin de prévenir la formation d'un rétrécissement qui ne manquera pas de se produire sans cette précaution.

M. DEMARQUAY. Je remercie M. Notta d'avoir bien voulu rappeler un fait que j'ai publié. Le malade que je soignais a présenté après sa guérison des conditions qui m'ont frappé. Il s'est trouvé dans un état de frigidité à peu près complet. Parfois cependant il a une érection suffisante pour pratiquer le coït ; il éprouve des sensations voluptueuses, mais il n'y a aucune éjaculation. J'ai nommé cet état aspermie. Peut-être, en raison des modifications profondes des parties qui résultent de l'opération, le sperme s'écoule-t-il dans la vessie. C'est un point que je n'ai pu vérifier.

Quant aux sondes en caoutchouc, bien que je les emploie fréquemment, elles m'ont paru avoir certains inconvénients. Elles s'incrustent comme les autres, et peuvent facilement s'échapper de la vessie, pour peu que cet organe se contracte avec une certaine énergie. Elles conviennent spécialement chez les vieillards à vessie peu contractile, et chez lesquels on veut combattre les effets de l'hypertrophie prostatique.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il y a longtemps que j'emploie les sondes en caoutchouc vulcanisé. Elles peuvent séjourner fort longtemps dans la vessie sans s'altérer, et n'offrent jamais les graves inconvénients, les dangers des sondes rigides. Celles-ci, ainsi que je l'ai observé trois fois, peuvent perforer les parois vésicales et déterminer des épanchements le plus souvent mortels. Quand je suis forcé d'y avoir recours, j'ai bien soin de ne laisser saillir dans la vessie que la partie rigoureusement nécessaire pour que l'urine s'écoule par les yeux de la sonde.

M. DESORMEAUX. Je partage complétement l'opinion de M. Morel. J'ai laissé des sondes en caoutchouc dans le canal pendant trois semaines sans les voir s'altérer. Certains malades, un entre autres atteint d'une large déchirure de l'urèthre, en ont porté sans inconvénient pendant plusieurs mois.

M. MARJOLIN. La remarque de M. Morel sur la possibilité de perforer la vessie avec les sondes rigides me paraît importante comme indication. Il faudrait engager les fabricants à ne donner aux sondes que la longueur nécessaire pour pénétrer dans la vessie, et à placer les yeux de la sonde le plus près possible de son extrémité. On éviterait ainsi les chances d'accidents.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Ostéosarcome du tibia. — M. ODIER communique un fait d'ostéosarcome recueilli sur un malade du service de M. Morel-Lavallée.

(Nous le publierons dans le prochain numéro.)

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Arnaut, chirurgien principal de la marine. Par le charme et l'aménité de ses relations, cet honorable confrère avait su se faire aimer de tous ceux qui l'approchaient. Pendant la guerre de Crimée, il avait été chargé d'organiser l'hôpital de Thérapia.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera un cours public sur la syphilis mardi 1er mars, à sept heures du soir, et le continuera les mardis et samedis suivants, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

A nos abonnés. — Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de ces numéros est de 20 centimes.

Ceux qui désirent faire relier leur collection peuvent l'envoyer au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Les personnes qui ont remis leur collection pour être reliée, pourront la retirer à notre bureau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de diagnostic médical ou Guide clinique des signes caractéristiques des maladies, par M. V. A. RACLE, médecin de l'hôpital des Enfants malades, professeur agrégé de la Faculté de médecine. Troisième édition, revue, augmentée, et contenant un Précis des procédés physiques et chimiques d'exploration clinique. In-18 jésus de VIII-698 pages, avec 17 figures. Prix : 6 fr. — Paris, 1864, chez J. Baillière et fils.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 25. — MARDI 1er MARS 1864. (37e ANNÉE.) N° 25. — MARDI 1er MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 FÉVRIER 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

On n'a sans doute pas oublié les belles études anatomiques du système nerveux de M. Jacubowitch. Cet habile anatomiste, on se le rappelle, a démontré que le système nerveux cérébro-spinal des animaux vertébrés est composé de trois genres de cellules, les unes d'où proviennent principalement les fibres qui constituent les racines antérieures ou motrices, les autres d'où émanent surtout les fibres formant les racines postérieures ou sensibles, et enfin des cellules dites ganglionnaires, dont les prolongements concourent avec les autres, en proportions variables, à constituer les nerfs. Depuis les travaux de M. Jacubowitch, on a reconnu également chez les animaux invertébrés des fibres de plusieurs sortes. On a pu observer chez les animaux articulés les deux sortes principales de fibres; et une étude histologique des centres médullaires thoraciques chez quelques espèces, a permis de montrer que les cellules d'où elles proviennent étaient bien distinctes.

Aucun caractère distinctif de ce genre n'avait été constaté encore chez les mollusques; il était intéressant cependant de s'assurer si l'on rencontrerait dans la constitution des centres médullaires de ces animaux des éléments distincts les uns des autres, comme chez les vertébrés et les articulés.

C'est l'objet que s'est proposé M. Trinchese, dans un travail remarquable sur lequel M. Em. Blanchard a lu un rapport à l'Académie.

M. Trinchese, grâce à des préparations délicates, a réussi à mettre en évidence la structure très-complexe des principaux ganglions chez plusieurs gastéropodes de l'ordre des Pulmonés. Il a constaté dans les centres médullaires de ces mollusques la présence de cellules de trois sortes parfaitement reconnaissables : des cellules de grande dimension, de forme arrondie, entourées d'une gaîne épaisse, occupant la portion périphérique et surtout la région supérieure des ganglions; des cellules à peu près piriformes, plus petites que les précédentes; et enfin des cellules sans paroi distincte, toujours très-petites.

Bien que les études de M. Trinchese se bornent jusqu'ici à la seule constatation d'un fait anatomique, il est permis, dès à présent, de par l'analogie, d'y voir une confirmation nouvelle de l'unité de plan et de composition, que des comparaisons multipliées ont déjà permis d'apercevoir dans la constitution du système nerveux des divers types du règne animal. De là à la perspective d'arriver plus sûrement un jour à la détermination du rôle physiologique de ces différentes sortes d'éléments, il n'y a qu'un pas. Nous nous en rapportons au zèle des expérimentateurs pour compléter l'œuvre de l'anatomie.

— Nous signalerons à nos lecteurs, parmi les communications de cette séance, une savante étude de M. Giraud-Teulon, sur la position du centre optique de l'œil et la détermination des valeurs réfringentes de ses différents milieux.

Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. MOREL-LAVALLÉE.

Ostéosarcome du tibia.

(Observation lue à la Société de chirurgie par M. ODIER, interne des hôpitaux.)

Martin (Jean-Antoine), âgé de vingt-six ans, entre le 15 janvier 1864 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Morel-Lavallée, pour une affection de la jambe droite.

Voici ce que nous apprennent les renseignements fournis par le malade :

Il est charretier de son état, a toujours joui d'une bonne santé, et rien du côté de sa famille ne peut faire soupçonner l'existence d'affections tuberculeuses ou cancéreuses.

Le 26 mai 1860, à la suite d'une chute, il perdait connaissance dans la rue et était amené à l'hôpital Beaujon. M. Morel-Lavallée constatait le matin suivant une fracture du pariétal droit avec une plaie des téguments crâniens.

Le 26 septembre de la même année, il quittait les salles complétement guéri.

Le 1er janvier, un coup de pied de cheval au niveau du tiers inférieur du tibia le força à garder le lit pendant trois semaines; une contusion violente, limitée aux téguments seulement, se termina par suppuration et cicatrisation.

Depuis cette époque, il a reçu plusieurs coups de pied de cheval qui ne l'ont jamais obligé à discontinuer son travail. D'un caractère du reste querelleur, il m'avoue avoir eu souvent avec ses camarades des discussions orageuses accompagnées de voies de fait.

En août 1863, il ressentit pour la première fois une douleur très-vive à la partie postérieure de la jambe, et reconnut alors que son mollet était plus volumineux et plus dur que celui du membre gauche. Quelques jours de repos enlevèrent à la douleur son acuité, et ce n'est qu'en septembre 1863 qu'une nouvelle grosseur du volume d'une noix l'engagea à consulter un homme de l'art.

A ce moment, c'est-à-dire à la fin de septembre, les douleurs, de sourdes et lancinantes, devinrent aiguës et presque continues, se propageant surtout du côté du pied : le mollet avait grossi uniformément, et la jambe était parfois engourdie.

Un charlatan des environs de Paris lui fit tenir sur la grosseur des compresses imbibées de sa propre urine, et lui conseilla des marches forcées.

Le malade s'y conforma, et pendant deux mois suivit ce traitement sans obtenir aucune amélioration.

La jambe n'avait pas augmenté de volume, mais elle avait durci : il semblait au malade que son mollet s'était pétrifié; des douleurs atroces ne lui laissaient pas un seul instant de repos.

Enfin, dans le mois de décembre, la station était impossible, la jambe à demi fléchie sur la cuisse, les douleurs continues; le malade, à bout de ressources, affaibli et démoralisé, se décide à entrer à l'hôpital.

Voici ce que nous constatons :

Décubitus dorsal; la cuisse est dans l'abduction; la jambe, à demi fléchie sur la cuisse, repose sur la face externe, et présente un développement exagéré au niveau de son tiers supérieur, ce qui donne au membre une forme conique à base dirigée en haut. La partie postérieure de la jambe présente dans son tiers supérieur une saillie uniforme, non bosselée, tandis qu'une petite tumeur du volume d'une noix siége au niveau de la tête du péronée.

La peau qui recouvre le membre n'est pas altérée; absence d'œdème; la sensibilité et la température y sont normales.

L'articulation fémoro-tibiale ne présente à la vue qu'un légère augmentation de volume.

Le malade nous montre à la partie postérieure de la jambe, à 3 centimètres environ du pli articulaire, un point excessivement douloureux situé sur la ligne médiane. C'est là, me dit-il, qu'est mon mal; on dirait qu'on me tire tous les nerfs. — Les mouvements spontanés de la jambe sont nuls par suite de la douleur qu'ils occasionnent; mais si l'on cherche à communiquer des mouvements, il est facile de voir que l'articulation fémoro-tibiale est libre.

Au toucher, on reconnaît que tout le mollet est remplacé par une tumeur exactement circonscrite à la région, uniformément développée, bosselée, dont la base large se continue avec le tibia. Elle est d'une dureté remarquable, presque pierreuse par place, tandis que l'on peut trouver des points plus mous se laissant déprimer sous le doigt. La tumeur ne présente aucun battement, aucun mouvement d'expansion, et offre une tension plus grande lorsqu'on cherche à étendre la jambe sur la cuisse.

Les ganglions du creux poplité sont développés, et ressemblent à de petits marrons; ceux de l'aine sont même moins développés que ceux du côté opposé.

L'état général du malade est bon. Il y a un peu d'amaigrissement, depuis deux mois surtout; la décoloration des téguments n'est accompagnée d'aucun autre signe de l'anémie, et rien ne rappelle la cachexie cancéreuse.

Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. L'état moral du malade est bon; aussi accepte-t-il très-facilement l'idée d'une amputation que M. Morel-Lavallée lui présente comme seule chance possible de guérison.

Le 12 février, l'opération est pratiquée par M. Morel-Lavallée un peu au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. On emploie la méthode circulaire. Le malade, chloroformé, perd fort peu de sang.

Vingt-quatre heures après l'opération, j'examine le membre amputé et constate que le pied, ainsi que le tiers inférieur de la jambe, ne présente aucune altération apparente; pas d'œdème, pas de développement de l'articulation sous-cutané.

Le fémur est intact ainsi que les téguments et les muscles qui le recouvrent. L'articulation du genou renferme un peu de sérosité épaisse et visqueuse, gélatiniforme, d'un aspect un peu rougeâtre.

La synoviale, un peu épaissie, présente deux ecchymoses de 2 à 3 millimètres.

J'enlève facilement la peau qui recouvre la tumeur; le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sérosité; au niveau de la tête du péronée, il y a une adhérence assez forte entre la peau et une tumeur mollasse.

L'aponévrose jambière est considérablement distendue et exerce une compression assez forte sur toute la tumeur; le creux poplité est intact, au point où le nerf sciatique poplité interne s'enfonce entre les jumeaux, on constate un étranglement marqué du nerf, ainsi que quelques petits vaisseaux développés à ce niveau; c'est là probable-

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne (1).

Sous ce titre, MM. L. Belhomme et Aimé Martin ont écrit d'une plume élégante un excellent livre. Nourris des plus saines doctrines, ces zélés travailleurs ont fait une bonne œuvre en publiant le résumé de leurs travaux, résumé dans lequel nous retrouvons l'expression la plus concise de l'état actuel de la science. Si nous ne connaissions particulièrement le mérite des auteurs, nous aurions été surpris de la richesse d'érudition qui orne ce travail, et cela, sans faste et sans prétention. Aussi avons-nous été heureux de leur voir combler avec tant de talent la lacune qui existait présentement dans la science à l'endroit de la syphilis.

Depuis une dizaine d'années, la syphiliographie a été presque transformée; nous sommes bien loin aujourd'hui des doctrines absolues qui, il y a quelques années, régissaient cette branche de la science médicale. Ces doctrines ont été presque toutes sapées par leur base ou du moins profondément modifiées. Il était donc nécessaire de résumer les progrès accomplis dans un traité qui fût l'expression exacte de l'état actuel de la question.

(1) Chez M. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 32.

Nous allons analyser rapidement l'ouvrage de ces deux jeunes auteurs passés maîtres en l'art d'écrire et de bien savoir; mais avant tout, nous ne pouvons nous empêcher de louer la précision et la clarté des descriptions qu'il contient. D'un style pur et facile, il se lit avec plaisir, même aux passages les plus ardus, et il ne présente jamais à l'esprit que des idées parfaitement nettes et lucides.

Dans une introduction qui n'a pas moins de cent pages, les deux auteurs ont fait l'historique des maladies vénériennes et étudié la pathologie générale de ces affections. Examinant tour à tour les diverses théories émises depuis plusieurs siècles, l'identité, la non-identité, l'unicité, l'hybridité et le dualisme, ils se rangent complétement à cette dernière opinion qui tend aujourd'hui à prévaloir, et qu'ils appuient de nombreuses preuves historiques, cliniques et expérimentales.

La seconde partie de l'introduction est consacrée à l'étude du mode d'action du virus syphilitique. MM. Belhomme et Martin ne commettent pas l'erreur de leurs devanciers qui spécialisaient la syphilis et l'isolaient dans le cadre nosologique; pour eux, tout au contraire, ils essayent de rattacher cette maladie aux diverses maladies virulentes, et ils tirent de cette comparaison une foule de déductions importantes. Ils étudient successivement le pouvoir contagieux des diverses lésions syphilitiques. Ils se rangent au dogme aujourd'hui adopté par tous de la transmissibilité des accidents secondaires, et, sans reconnaître en principe le pouvoir contagieux du sang d'un syphilitique à la période secondaire, ils ne le nient pas absolument, après les expériences de Waller, de l'Anonyme du Palatinat, et surtout après celles du professeur Pellizari (de Florence). Ils terminent l'introduction par l'étude des différents modes de la contagion.

Passant ensuite à la description des symptômes de la syphilis, les auteurs traitent d'abord du chancre infectant, qu'ils regardent comme une première manifestation de la maladie générale. On trouve dans ce chapitre un tableau dans lequel sont résumés beaucoup plus nettement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, les signes différentiels qui distinguent le chancre infectant du chancre simple, une étude histologique très-complète de l'induration, et enfin une réfutation du chancre mixte, dont on a tant, pour ne pas dire trop parlé depuis quelque temps.

Ce n'est pas que les deux auteurs rejettent absolument le chancre mixte, mais ils soutiennent que, contrairement à ce qu'on a avancé, ce chancre n'existe pas comme *espèce distincte*, et que c'est le résultat d'une simple coïncidence, de l'existence simultanée au même point des deux virus syphilitique et vénérien.

Dans le chapitre relatif aux syphilides, on trouve une analyse des remarquables travaux de l'école de Saint-Louis, et une description très-exacte de ces lésions cutanées de formes si complexes et si variées. Les lésions viscérales de la syphilis ont été aussi décrites avec de minutieux détails; on remarquera surtout les pages consacrées aux affections syphilitiques de l'œil. Les lésions profondes que l'emploi de l'ophthalmoscope permet de diagnostiquer sont étudiées avec le plus grand soin. C'est la première fois qu'un livre sur les maladies vénériennes contient des articles spéciaux sur les affections du corps vitré, de la choroïde et de la rétine.

ment la cause des douleurs atroces que percevait le malade dans le mollet.

Les muscles jumeaux recouvrent exactement la tumeur : ils sont amincis, décolorés, et renferment par place des plaques grisâtres que le microscope démontre être de nature cancéreuse.

Lorsque l'on essaye à détacher les deux muscles de la tumeur, on constate qu'ils lui adhèrent intimement, et que même par place ils font corps avec elle.

La tumeur se présente alors à nous limitée en haut par la base du condyle du tibia et en dehors par la face postérieure du péronée, en dedans par le bord interne du tibia. Elle se prolonge en bas au-devant du tibia. Sa base repose sur la face postérieure du tibia. Sa longueur est de 18 centimètres, sa largeur de 10 centimètres. On remarque au niveau de la tête du péronée un prolongement de la tumeur faisant saillie en avant.

Sans consistance est très-grande.

La partie antérieure de la jambe ne présente rien de particulier si ce n'est une véritable hypertrophie générale de l'os.

Je pratique sur la tumeur une coupe antéro-postérieure longitudinale sur la ligne médiane, au moyen d'une scie, de manière à diviser le tibia en deux parties.

La partie centrale de l'os est sponsieuse et présente des points blanchâtres de la grosseur d'une petite tête d'épingle.

La partie périphérique de l'os est formée de tissu compact plus épais et plus dur; le périoste épaissi est ossifié par place.

Mais à la face postérieure de la jambe, le tissu compact du tibia présente une véritable hypertrophie dans un espace de 6 centimètres. C'est ce qui constitue une partie de la tumeur du mollet. En ce point sa dureté est telle que la scie ne l'entame qu'avec peine. C'est de ce point éburné que partent des prolongements osseux en forme d'aiguilles enchevêtrées les unes dans les autres. On dirait un véritable buisson implanté sur le tibia dont les branches regarderaient en arrière.

Cette partie osseuse de la tumeur est recouverte de masses grisâtres, fongueuses, de consistance molle, un peu fibreuses, par place présentant des centres d'ossification. C'est ce qui constitue la partie charnue de la tumeur, si j'ose m'exprimer ainsi. De telle sorte que l'on pourrait envisager la tumeur du jarret comme formée par l'emboîtement de deux tumeurs, l'une osseuse plus considérable et d'une dureté pierreuse, l'autre fibro-charnue.

On trouve dans cette portion charnue des cavités pleines de détritus et de pus, et deux d'entre elles, du volume d'une noix, renferment du sang fraîchement épanché.

L'artère poplitée et la veine poplitée sont intactes et passent en arrière de la tumeur.

M. Gubler, qui a examiné cette tumeur au microscope, y a retrouvé les éléments du cancer de l'os et de l'hypertrophie osseuse.

HOPITAL DE MILIANAH. — M. Widal, médecin-major.

Hoquet rebelle guéri par le sulfate de quinine.

J'ai publié en 1862, dans la *Gazette médicale de l'Algérie*, un cas de hoquet rebelle dû à des excès alcooliques, et qui, après avoir résisté aux médications les plus diverses, disparut de la façon la plus inattendue sous l'influence du sulfate de quinine, dont rien ne semblait indiquer l'emploi.

Il s'agissait alors d'un cordonnier de Dellys adonné aux boissons alcooliques et particulièrement à l'absinthe. A la suite d'une libation copieuse, il avait été pris d'un hoquet violent dont les spasmes incessants et redoublés le rendaient impropre à tout travail et le forcèrent à garder le lit. Le hoquet dont souffrait ce malade était tellement intense et bruyant que les éclats en étaient entendus jusque dans la cour de l'hôpital. Il s'y joignit une dyspnée considérable, de l'agitation, de l'anxiété, des vomissements, et en dernier lieu un état de torpeur inquiétant.

En vain on eut recours successivement à toutes sortes d'antispasmodiques et de révulsifs, tels que : potions avec éther et laudanum, vésicatoire sur l'épigastre, opium à haute dose, extrait de belladone, valérianate de zinc, sous-nitrate de bismuth, chloroforme à l'intérieur, vinaigre en potion, etc., le hoquet durait toujours.

De guerre lasse et ne sachant trop pourquoi, je prescrivis le sulfate de quinine, bien que l'affection de ce cordonnier n'offrît rien de paludéen ni d'intermittent. Trois heures après l'ingestion de ce sel, le hoquet avait disparu; mais, le quatrième, le malade ayant pris un peu de vin, le hoquet reparut sans intensité, pour disparaître complètement après une nouvelle dose de quinine. Le hoquet avait duré dix-neuf jours.

Surpris de ce succès, je me promis bien de recourir encore au sulfate de quinine dans le premier cas de hoquet rebelle que j'aurais à traiter. L'occasion s'en présenta plus tôt que je ne l'espérais.

Le 16 mai dernier, entra à l'hôpital de Milianah le nommé C..., sergent au 3e de ligne. Ce militaire, âgé de quarante-deux ans, me raconta qu'à l'occasion de son départ d'Orléansville, il avait bu en compagnie de ses camarades une grande quantité de vin, d'absinthe et d'autres alcooliques.

Le lendemain, en se levant pour se mettre en route, il se sentit la bouche empâtée et amère, et fut pris, au bout d'une heure de marche, d'un hoquet violent qui ne le quitta plus. En vain s'imposa-t-il la diète et la tempérance; les spasmes diaphragmatiques continuèrent sans relâche, au point de déterminer des vomissements et de pénibles insomnies.

Le malade m'avoua que dans les premiers temps de sa vie militaire il avait abusé des alcooliques, mais qu'il y avait renoncé depuis, le moindre excès le rendant malade.

État actuel. — Pouls normal, langue blanche, saburrale, épigastre légèrement douloureux à la pression, constipation, céphalalgie frontale. Le hoquet, un peu moins fréquent depuis le matin, reparaît pendant que je lui parle. Les spasmes se reproduisent de minute en minute. Soif, nausées, inappétence complète.

Me rappelant le cas de hoquet observé à Dellys à peu près dans les mêmes circonstances, je recourus cette fois d'emblée au sulfate de quinine, dont je prescrivis 0,6 décigr., à prendre en une dose; tisane commune; alimentation légère; lavement laxatif. Le hoquet cessa deux heures après l'ingestion du sulfate de quinine, mais reparut après le repas du matin, pour durer près de trois heures. Après le repas du soir, il y eut un nouvel accès, mais moins prolongé.

Le lendemain 17 mai, on prescrit du bouillon pour tout aliment et 0,8 de sulfate de quinine. Dès ce moment, le hoquet ne reparut plus. Le médicament est encore administré pendant deux jours.

Le 19, le malade mange la demie et boit un peu de vin, et le 23 mai il sort de l'hôpital, complétement rétabli. Le hoquet avait duré huit jours.

Bien que le hoquet soit plus souvent un symptôme qu'une affection idiopathique, il peut néanmoins, quand il se prolonge comme dans notre premier cas, amener un état grave qu'il importe de combattre par tous les moyens. Le plus souvent, on le sait, le hoquet est lié à une affection gastrique. Dans les deux cas que nous avons cités, il était évidemment d'origine alcoolique, et dépendait, selon nous, d'une subinflammation chronique de l'estomac déterminée par l'action prolongée et irritante des spiritueux. Cela explique, croyons-nous, l'impuissance des antispasmodiques et l'efficacité des alcalis et des amers. Ni le retour à la tempérance, ni l'abstinence complète des alcooliques n'ont d'influence immédiate sur le hoquet des ivrognes.

Il est probable que dans notre deuxième cas les antispasmodiques et les narcotiques seraient restés sans action et nous auraient fait perdre un temps précieux. Nous croyons, en résumé, que contre le hoquet des ivrognes, ce n'est pas aux narcotiques qu'il faut recourir, mais aux amers, parmi lesquels le sulfate de quinine tient le premier rang. Empirique ou rationnel, l'emploi de ce médicament est, dans ces cas, d'une efficacité incontestable.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

dans l'albuminurie et l'éclampsie puerpérale.

Les accoucheurs sont loin d'être d'accord sur l'utilité de l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de convulsions éclamptiques. Les partisans de l'opération invoquent la disparition fréquemment observée de ces redoutables accidents, soit après un accouchement naturel, soit après l'expulsion provoquée du fœtus; les adversaires, au contraire, s'appuient sur ce que l'éclampsie peut guérir spontanément ou par des moyens thérapeutiques, et sur les cas assez nombreux où l'on a vu les convulsions persister après la déplétion de l'utérus. « Je suis disposé à croire, dit M. Dubois, que l'éclampsie serait moins mortelle si tous les accoucheurs étaient bien convaincus que l'intervention hâtive de l'art, au lieu d'être utile, est au contraire funeste [1]. »

Si la conduite à suivre, lorsque l'éclampsie est franchement déclarée, est si peu nettement tracée, l'incertitude sera bien plus grande encore lorsqu'il n'existe que quelques légères convulsions. La conduite de certains chirurgiens anglais diffère de la nôtre; étant donnée une femme albuminurique arrivée au septième mois de sa grossesse, et chez laquelle on peut redouter l'imminence de convulsions éclamptiques, ils n'hésitent pas à pratiquer immédiatement l'accouchement prématuré. Nous croyons donc être agréable à nos lecteurs en analysant ici quelques observations que le docteur Robert Lee vient de publier récemment [2].

Obs. I. — Le 29 janvier 1863, M. Robert Lee voyait une jeune dame enceinte de trois mois, d'une très-grande irritabilité nerveuse, sujette à des douleurs d'estomac, et accusant une sensibilité assez vive dans la région hypogastrique. Le pouls n'était pas très-rapide, et il n'y avait aucun symptôme capable d'inspirer quelque inquiétude.

Vers la fin de mars, des troubles étant survenus du côté de la vue, M. Bowman reconnut, après un examen ophthalmoscopique, qu'une altération profonde envahissait les différentes membranes de l'œil. L'état de la rétine et de la choroïde lui fit soupçonner l'existence d'une maladie des reins, et l'analyse des urines permit de constater une notable quantité d'albumine. Il n'y avait d'œdème ni à la face ni aux extrémités; toutefois il existait de la céphalalgie, et le pouls était accéléré. Comme la malade se trouvait dans le sixième mois de sa grossesse, M. Robert Lee crut à l'imminence d'attaques convulsives; il fit appliquer une sangsue à chaque tempe, et prescrivit un grain de calomel pour le soir et un apéritif pour le lendemain matin.

Les symptômes s'aggravèrent les trois jours suivants. Convaincu que la maladie des yeux aussi bien que celle des reins étaient dues à la grossesse, et qu'aucun traitement ne réussirait tant que le fœtus et ses enveloppes resteraient dans l'utérus, M. R. Lee proposa l'accouchement prématuré.

Quelques années auparavant, il avait vu dans les salles du docteur Bence Jones, à l'hôpital Saint-Georges, une femme atteinte d'albuminurie avec anasarque, chez laquelle tous les symptômes disparurent rapidement après l'expulsion spontanée d'un fœtus de sept mois mort-né.

Le docteur Ferguson, appelé en consultation, ne jugea pas à propos de recourir à l'accouchement prématuré, surtout parce que la vie de l'enfant devait être nécessairement sacrifiée, la grossesse n'étant encore qu'au sixième mois. Il fut décidé en conséquence que pour le moment on s'abstiendrait de toute intervention.

Dans la nuit du 10 avril, il y eut une attaque de convulsions, mais les symptômes durèrent peu de temps. Ils furent cependant assez violents pour faire redouter une éclampsie mortelle si l'on ne mettait fin à la grossesse. La proportion d'albumine dans les urines n'avait pas diminué. A la suite d'une consultation avec MM. Ferguson et Bowman, l'accouchement prématuré fut déclaré très-urgent. M. R. Lee n'éprouva aucune difficulté à introduire un cathéter pointu et à ponctionner les membranes; mais il sortit une assez grande quantité d'un liquide sanguinolent entièrement différent du liquide amniotique normal.

Les douleurs du travail apparurent dans l'après-midi, et à onze heures du soir la malade mit au monde un fœtus de quatre mois dans un état de décomposition. Il y avait eu présentation des pieds et enroulement du cordon autour du cou. Le placenta était altéré, et on ne retira qu'avec beaucoup de difficulté un de ses fragments qui adhérait fortement à l'utérus.

Les 12, 13 et 14, l'état de la malade alla en s'améliorant; l'albumine de l'urine diminuait graduellement.

Dans la soirée du 15, la malade éprouva quelques frissons suivis de crampes dans les muscles du bras et de la jambe gauches, ainsi qu'au niveau des mâchoires. On fit usage de stimulants et de calmants, en même temps que de fomentations et de frictions chaudes, et les crampes ne tardèrent pas à disparaître.

Les 16 et 17 il y avait moins d'albumine dans l'urine, la vision revenait sensiblement, ainsi que le sommeil.

Enfin, le 21, le mal de tête avait complétement disparu et la malade pouvait distinguer nettement les divisions du cadran d'une montre. Elle supportait très-bien les aliments et sentait ses forces revenir. L'albumine n'avait pas encore entièrement disparu de l'urine, mais ce n'était presque rien comparativement à ce qui existait avant l'accouchement prématuré.

Obs. II. — Le 7 décembre 1862, M. Bowman était consulté par

[1] Société de médecine pratique, 1851. — Voir aussi *Leçons cliniques* recueillies par M. Laborie, in *Union médicale*, 1848, p. 481.

[2] *De l'accouchement prématuré dans les cas de grossesse compliquée d'albuminurie, d'anasarque et d'amaurose*, in *Medico-chirurgical Transactions*, 1863, p. 169.

A propos du traitement, MM. L. Belhomme et A. Martin ont passé successivement en revue les effets des divers agents dont dispose la thérapeutique pour combattre la syphilis; les préparations mercurielles, l'iodure de potassium, les préparations d'or, d'argent et de platine, les bois sudorifiques, la syphilisation, la vésication, le traitement arabique, etc... Ils déterminent les règles du traitement classique basé sur l'usage du mercure ou de ses composés, mais ils insistent sur la prudence qui doit présider à l'administration de ce médicament; ils analysent à ce sujet les idées si neuves et si originales récemment émises par M. Diday dans un livre qui a eu un retentissement mérité.

Un chapitre très-important sur la syphilis héréditaire termine l'étude de la vérole. Chacun des points qui se rapporte à ce sujet est l'objet d'une discussion approfondie; mettant à profit les conquêtes récentes que la science a faites sur ces différentes questions, les auteurs arrivent à des solutions très-nettes et très-précises. Ce chapitre se recommande également au médecin légiste et au praticien.

Les auteurs, fidèles à l'idée du dualisme, qu'ils adoptent sans réserve, ont divisé leur Traité en deux parties bien distinctes : la première, dont nous venons de parler, a trait seulement à la syphilis; la seconde est spécialement consacrée aux maladies vénériennes (chancre simple et affections blennorrhagiques).

Cette deuxième partie du volume a moins d'importance que la première au point de vue doctrinal, car les diverses questions théoriques qui s'y rattachent ont été résolues dans l'introduction du livre. Cependant on y trouve l'examen des diverses hypothèses émises pour répondre à cette interrogation : *La blennorrhagie est-elle une affection catarrhale simple, ou bien tient-elle à un contagium spécial?* Sans adopter l'hypothèse du virus granuleux de M. Thiry, ni celle des parasites blennorrhagiques de M. Jousseaume, ou du moins sans s'y arrêter, les auteurs du Traité soutiennent avec énergie l'existence d'un principe contagieux spécial à la blennorrhagie. Il est certain, disent-ils, que ce principe trace une ligne de démarcation entre elle et les inflammations catarrhales simples, et qu'il faudrait y mettre une étrange bonne volonté pour la placer dans la même classe nosologique que le coryza ou la conjonctivite.

Aucune des complications si nombreuses et parfois si graves du chancre simple et de la blennorrhagie n'a été oubliée, non plus que les diverses formes de la blennorrhagie chez la femme.

Le traité contient en outre un chapitre consacré à la prophylaxie, c'est-à-dire aux diverses mesures prises ou à prendre contre l'extension des maladies vénériennes, et aux moyens ou soins hygiéniques destinés à rendre la contagion moins facile, et il se termine par un formulaire spécial.

Nous avons à signaler dans le traité de MM. Belhomme et Martin une innovation à laquelle nous applaudissons vivement, c'est l'introduction dans le livre de chapitres spécialement consacrés à la bibliographie. L'historique et la syphilis infantile sont accompagnés de l'indication de tous les ouvrages qui traitent du même sujet, avec tous les renseignements de date, de lieu, d'impression, etc.... Ces articles bibliographiques sont d'une utilité immense, et on ne saurait se figurer que de labeurs inutiles ils épargnent aux travailleurs. Il serait fort à désirer que cet exemple fût suivi par les auteurs de livres élémentaires.

En résumé, pas un des points qui se rattachent au vaste sujet de la syphilis n'a été négligé, et, tout en conservant la forme élémentaire, les auteurs ont su aborder et résoudre les questions les plus controversées de cette branche de la pathologie.

En présence des nombreuses qualités dont fourmille ce livre, il n'eût pas été besoin d'être prophète pour lui prédire le plus légitime succès. Aussi le monde médical l'a-t-il accueilli avec la faveur qu'il méritait, et le conseil de santé des armées s'est-il empressé de l'adopter; nous félicitons donc MM. L. Belhomme et A. Martin d'avoir ainsi de leur coup d'essai fait un coup de maître.

Dr E. Simon,
chirurgien des hôpitaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouvelles expériences sur la génération spontanée et la résistance vitale, par M. F. A. Pouchet, correspondant de l'Institut (Académie des sciences). Un vol. grand in-8° de xv-256 pages, avec 27 figures gravées dans le texte et une planche coloriée. Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1864, chez Victor Masson et fils.

Deux leçons de pathologie générale; par M. Noël Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc. Brochure in-8° de 38 pages. Prix : 1 fr. *franco*. Paris, 1863. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

une jeune femme dont la vue s'était tout à coup éteinte sans qu'il y eût eu antérieurement ni céphalalgie ni intolérance pour la lumière. L'exploration ophthalmoscopique ne permit de reconnaître aucune trace de congestion. Comme il existait un peu d'œdème à la paupière inférieure, l'urine fut examinée avec soin, et on trouva une notable quantité d'albumine. MM. Paget et Wert furent consultés, et tous deux confirmèrent le pronostic porté par M. Bowman, à savoir que des convulsions d'une mauvaise nature éclateraient pendant l'accouchement. Néanmoins, le 9 janvier, la malade mit au monde, avant terme, un fœtus mâle mort-né.

On administra largement le chloroforme, et il ne survint aucune convulsion; la malade entra lentement en convalescence, et actuellement elle a recouvré ses forces; mais la vision n'est revenue qu'en partie, et les urines sont encore albumineuses comme avant l'accouchement. La médication suivie consista en noix vomique, préparations de fer, purgatifs, huile de foie de morue, et en révulsifs légers dans la région lombaire.

Obs. III. — Le 10 mai 1863, le docteur Fly Smith appelait en consultation M. R. Lee pour voir une malade arrivée au terme de sa grossesse et qui avait eu des convulsions toute la nuit. Elle était dans un état d'insensibilité complète. Les pupilles étaient largement dilatées et la salive s'écoulait de la bouche. Il y avait du trismus; et les muscles de la face ainsi que ceux des extrémités étaient contracturés; pouls rapide et faible, aucun symptôme de travail. La dilatation de l'orifice utérin n'était pas encore commencée; toutefois on sentait avec le doigt la tête de l'enfant et les membranes distendues par le liquide amniotique.

Les membranes furent immédiatement rompues, et la tête étant repoussée, il s'écoula une grande quantité de liquide amniotique. On dilata ensuite lentement l'orifice utérin avec le doigt. Au moyen de ventouses scarifiées appliquées derrière les oreilles, on retira 7 à 8 onces de sang. Le cathétérisme fut pratiqué, et l'on reconnut que l'urine renfermait de l'albumine.

L'insensibilité fut la même jusqu'au soir. Le travail commença alors et la malade accoucha d'un fœtus vivant. Elle resta encore plusieurs jours tout à fait insensible, mais les convulsions diminuèrent graduellement. On la transporta à l'hôpital Saint-Georges; la connaissance revint complétement, mais non la vision. L'état albumineux des urines disparut peu à peu, et il est très-probable que cette femme recouvrera l'intégrité de sa santé.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 février 1864. — Présidence de M. Morin.

Structure du système nerveux. — M. E. BLANCHARD lit, au nom de M. Milne Edwards et au sien, un rapport favorable sur un travail de M. Salvatore Trinchese, intitulé *Recherches sur la structure du système nerveux des mollusques gastéropodes pulmonés.* (Voir le *Premier-Paris.*)

Nouvelle étude sur la position du centre optique de l'œil et la détermination des valeurs réfringentes de ces différents milieux, par **M. GIRAUD-TEULON.**

Au moyen d'expériences qui rappellent par leur objet celles de Haldat, mais dans lesquelles l'auteur a modifié :

1° La direction suivie par la lumière, à laquelle, par une réflexion sur un miroir plan à 45 degrés, j'ai fait suivre la direction verticale de bas en haut;

2° Les procédés d'exploration, en examinant les images formées à la surface postérieure du cristallin au moyen du microscope, il a obtenu les résultats suivants :

1° Mesurant la distance des images à la surface antérieure de la cornée pour les rayons parallèles, puis leur distance quand l'objet était rapproché à 2 pouces de l'œil, c'est-à-dire aux deux limites extrêmes de l'accommodation, il a reconnu, contrairement aux faits annoncés par de Haldat, que pendant ce mouvement de l'objet, de l'horizon à 2 pouces de distance de l'œil, le lieu des images était reculé de 2 millimètres 05 à 3 millimètres environ chez l'homme.

2° Répétant les mêmes expériences sur l'œil dépourvu de cornée et d'humeur aqueuse, les résultats ont été sensiblement les mêmes. Il paraît bien établi que les rayons qui tombent sur le cristallin dans l'air et ceux partis du même point et qui le rencontrent, après avoir subi l'effet réfringent dû à l'humeur aqueuse et à la cornée, vont former foyer à la même distance de la face postérieure du cristallin.

3° Le cristallin étant isolé dans l'air, les différences, réelles toujours, entre la longueur focale principale et celle conjuguée d'un point situé à 2 pouces de distance de la lentille, ne sont plus que de 1/3 à 1/2 millimètre.

Il suit de là que pour passer de la vision distante à la vision des objets situés à 2 pouces de lui, l'œil a besoin d'un appareil qui fasse parcourir chez l'homme, au foyer conjugué intérieur, une distance de 2 millimètres 05 à 3 millimètres entre le parallélisme des rayons incidents et la divergence qui correspond à 2 pouces.

Le centre optique de l'œil entier, et même celui du cristallin considéré isolément dans l'air, sont en arrière de la face postérieure du cristallin. Dans l'œil de lapin albinos, le seul où l'on puisse bien exactement reconnaître sa position, le centre optique ou de réfraction est exactement au centre même de figure et de mouvement du globe.

Une expérience physiologique décisive montre l'exactitude de cette coïncidence dans l'œil humain, lors de l'exercice régulier de la vue. On dilate une pupille au moyen de l'atropine; puis, au moyen d'un ophthalmoscope fixe binoculaire, on observe, par le procédé de Knapp, l'image *nette* de la flamme d'une lampe sur la choroïde. Le sujet maintenant sa tête parfaitement fixe, on fait exécuter à son œil des mouvements réguliers et lents d'un angle de l'orbite à l'autre.

Or, pendant ces mouvements, l'image ne varie aucunement de grandeur ni de position. Il suit évidemment de là que le centre optique du système coïncide avec le centre de mouvement du globe.

Cette expérience donne lieu en outre à l'observation accessoire que voici : si le narcotique mis en usage est assez faible pour n'avoir pas atteint ou entravé notablement l'accommodation, et qu'on fasse exécuter au sujet un effort portant son attention d'un point éloigné vers un point voisin situé dans la même direction, comme dans l'expérience de Crammer, on voit l'image de la lampe, d'abord parfaitement délimitée et nette sur ses contours, devenir tout à coup étalée, confuse et mal définie. Le changement de l'état dioptrique pendant l'adaptation de l'œil est par cette expérience encore une fois démontré.

(Commissaires, MM. Becquerel, Bernard et Fizeau).

Du traitement de l'iritis sympathique par l'iridectomie. Note de **M. TAVIGNOT.**

Guidé par mes propres recherches touchant l'efficacité des ponctions de l'iris dans l'iritis ordinaire, en présence surtout des succès multipliés obtenus par de Graefe dans le traitement du glaucome à forme phlegmasique par l'excision, je me suis décidé, en raison même des analogies que j'ai constatées entre ces deux affections, à traiter l'iritis sympathique comme le chirurgien de Berlin traite le glaucome, c'est-à-dire par l'iridectomie.

Il s'agissait, dans l'espèce, d'une jeune fille de onze ans ayant perdu l'œil droit à la suite d'un coup de ciseaux, et chez laquelle l'iritis sympathique du côté gauche avait débuté cinq semaines après l'accident.

J'avais affaire à la seconde attaque de la maladie irido-choroïdienne.

L'opération, exécutée avec ma pince-crochet, eut pour effet de supprimer un tiers environ de l'iris vers sa partie externe, de sa petite à sa grande circonférence. L'iritis a été, pour ainsi dire, enlevée d'emblée : aucun accident, soit primitif, soit consécutif, n'est survenu, et la guérison, qui date aujourd'hui de trois mois, est aussi complète que possible. Il n'y a pas eu de récidive.

Si cette guérison persiste, comme tout semble le faire espérer, l'iritis sympathique aura donc cessé d'être une affection au-dessus des ressources de l'art, ainsi que la plupart des auteurs l'ont répété jusqu'à présent.

— **M. RIONDEL**, dans une lettre adressée à M. Flourens de la rivière d'Alvarado (Mexique), signale quelques cas de longévité cités par M. Lerdo de Tejada dans son histoire de la Vera-Cruz. D'après le recensement de 1849, il y avait dans le district de la Vera-Cruz onze personnes ayant plus de cent années.

— **M. COLIN** (Léon) présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un ouvrage qu'il vient de faire paraître sous le titre de *Études cliniques de médecine militaire.*

(Commission des prix de médecine et de chirurgie).

— **M. HALDEN V. BADON** adresse de Miklos, comitat d'Œdenbourg (en Hongrie), une note écrite en allemand sur un remède qu'il annonce être employé avec succès contre les fièvres périodiques, et que l'on modifie suivant l'âge et le sexe des malades.

M. Bernard est invité à prendre connaissance de cette note et à faire savoir à l'Académie si elle est de nature à devenir l'objet d'un rapport.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 décembre 1863. — Présidence de M. Guersant, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Gyoux (de Saint-Jean d'Angély), membre correspondant, adresse à la Société un ouvrage intitulé *Analyse des travaux parus jusqu'à ce jour sur la rage.*

Question de dignité professionnelle. — La Société décide à l'unanimité que la lettre suivante sera adressée à la Société de chirurgie et imprimée en entier dans le procès-verbal.

« Paris, le 3 décembre 1863.

» *A Monsieur le président de la Société de chirurgie.*

» Monsieur le président,

» Le procès-verbal d'une séance de la Société de chirurgie, publié le 22 août dans la *Gazette des Hôpitaux,* contient une observation de M. Deguise fils, intitulée *Plaie pénétrante de l'abdomen*, accompagnée des considérations suivantes :

» Il est absolument nécessaire que j'aille au-devant d'un reproche qui pourrait m'être adressé, à savoir : que le fait dont je viens vous entretenir, a déjà été publié dans une autre société savante. (Société de médecine pratique, séance du 4 juin 1863.) Ma réponse sera courte.

» Cette communication dans une autre enceinte a été faite à mon insu, et je n'en ai eu connaissance que quelques jours avant de vous présenter mon blessé, en lisant un compte rendu de la Société de médecine pratique.

» Ma surprise, je vous l'avoue, a été grande en apprenant que cette communication avait pour auteur M. le docteur Deperthuis (*sic*), de Champigny, qui assistait à l'opération dont je vous ai entretenu.

» J'éprouve le regret, en terminant, d'être obligé de dire que ce médecin, en publiant un fait qui ne lui appartenait point, en taisant à dessein mon nom et celui du service d'hôpital dans lequel ce fait a été recueilli, en employant une rédaction assez complaisante qui lui permit de s'adjuger un certain air de priorité, a manqué à toutes les bienséances et à tous les usages généralement acceptés. »

» Cette attaque, se produisant dans une compagnie qui occupe un si haut rang parmi les sociétés savantes, a vivement ému la Société de médecine pratique; non moins injuste que passionnée, l'accusation frappe un praticien aussi honorable que modeste, M. Dupertuis, et non Deperthuis.

» Le malade que M. Deguise fils appelle son blessé, a reçu les premiers soins de M. Dupertuis, a été conduit par lui à l'hôpital de Charenton, et la Société pense que M. Dupertuis était parfaitement en droit de publier l'observation en entier.

» Mais cette observation, M. Dupertuis n'a nullement songé à se l'approprier, et il est à regretter que l'honorable M. Deguise fils n'ait pas bien compris que sa communication et celle de M. Dupertuis constituaient des faits complétement distincts.

» La communication de l'honorable M. Deguise à la Société de chirurgie est intitulée *Plaie pénétrante de l'abdomen.* Il s'agit d'un fait clinique, d'une guérison dont tout l'honneur revient à M. Deguise.

» La communication de M. Dupertuis à la Société de médecine pratique a pour titre : *Blessures faites par les bêtes à corne, moyens de prévenir ces accidents.*

» Pour appuyer l'emploi des moyens préventifs que propose notre honorable collègue M. Dupertuis, il cite différents accidents dont il a été le témoin, et tels que les journaux politiques en enregistrent si souvent. Où M. Dupertuis a dirigé le traitement, le compte rendu de la séance dit : Je; quant à l'observation de l'honorable M. Deguise, le procès-verbal dit : On.

» Cette distinction d'ailleurs était superflue, M. Dupertuis n'ayant pas eu dans sa communication l'intention de proposer un traitement des plaies pénétrantes, mais bien un moyen qui lui semblait utile pour prévenir ces accidents.

» La nature de la communication de M. Dupertuis et l'espace limité accordé à la publication de nos travaux expliquent suffisamment la place que n'a pu y occuper M. Deguise.

» Loin d'avoir à dessein tu le nom de M. Deguise, M. Dupertuis, qui ne s'est jamais mis dans le cas d'être rappelé à l'accomplissement des devoirs des médecins entre eux, n'avait pas manqué de citer, avec un éloge mérité, l'habileté du chirurgien de Charenton.

» Mais ces détails étant sans utilité dans la lettre adressée au ministre pour appeler son attention sur les moyens de prévenir les accidents causés par les bêtes à corne, ont été supprimés dans le compte rendu analytique, par le secrétaire général, auquel, aux termes du règlement, appartient la publication des procès-verbaux.

» Veuillez, Monsieur le président, donner communication de cette lettre à la Société de chirurgie et agréer l'expression de nos sentiments confraternels.

» *Pour le bureau, le secrétaire général,*

» A. Magne. »

De la trachéotomie dans le croup. — M. GUERSANT. A la fin de chaque année, depuis 1850 jusqu'à 1861, je vous ai indiqué en chiffres la statistique des trachéotomies faites à l'hôpital des Enfants par moi et par les internes. Pendant onze années, nous avons relevé 783 opérations sur lesquelles nous trouvons 191 guérisons. Dans tous ces cas, nous avons toujours employé la canule double et la cravate au-devant de la canule; tous les enfants étaient malades depuis plusieurs jours, et tous, pour la plupart, à la période d'étouffement continu.

Aujourd'hui, dernière séance de l'année de notre Société, je désire vous donner la statistique de mes trachéotomies de la ville. J'ai commencé à pratiquer cette opération en 1834. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, j'ai pratiqué 156 trachéotomies; j'ai sauvé 28 enfants. Mes 32 premières opérations n'ont pas été très-heureuses, je n'ai sauvé que deux malades; il est vrai de dire qu'à cette époque (de 1834 à 1845) j'opérais avec la canule simple, et sans l'excellente précaution de la cravate. Sur les 124 opérés après ces 32 premières, j'ai été beaucoup plus heureux, j'en ai sauvé 26; je n'ai jamais manqué de mettre en usage la canule et la cravate.

Laissant de côté toutes ces premières opérations depuis 1834 jusqu'à 1863, je veux aujourd'hui insister seulement sur celles que j'ai faites cette année dans ma pratique.

J'ai opéré 11 enfants; 5 ont guéri, 1 de cinq ans, 2 de trois ans, 1 de six ans, 1 de quatre ans et demi. Chez eux, l'affection diphthéritique était bornée au larynx et à la trachée; elle n'était pas généralisée. Tous les opérés étaient atteints d'un étouffement continu, et par conséquent n'étaient pas au début; ils étaient pris depuis deux ou trois jours et plus. Un seul avait eu des sangsues et un vésicatoire derrière le cou. Ils ont tous pris le chlorate de potasse après l'opération, quelques-uns avant.

L'un d'eux a eu au moment de l'opération un emphysème au cou et à la face, par suite de la difficulté à mettre la canule; cet emphysème a cédé sans rien faire, et l'enfant a guéri. Il en est un qui a eu un érysipèle autour de la plaie; il a guéri par l'emploi du collodion. Les bronchites antérieures ont disparu par l'emploi de la teinture d'iode appliquée sur la poitrine et du kermès à l'intérieur. Tous ces enfants ont gardé la canule six ou sept jours au plus; ils ont tous été nourris aussitôt après l'opération; plusieurs ont pris du quinquina dans du café.

Rétrécissements bridiformes; rétention d'urine; débridement; guérison. — M. BEYRAN communique un cas de brides dont la présence dans l'urèthre a donné lieu à la rétention d'urine. Voici le résumé de cette observation :

G..., âgé de quarante-neuf ans, rentier, a eu deux écoulements blennorrhagiques, dont le dernier, contracté en 1859, passa à l'état chronique et persista sous forme de *goutte militaire*, malgré tous les moyens thérapeutiques employés. Dès lors, le malade renonça à tout traitement jusqu'en 1862; d'ailleurs il ne souffrait pas en urinant, et la miction se faisait assez bien, mais avec fréquence.

Au mois d'août 1863, il fut pris *subitement* (expression du malade), et sans cause nouvelle, d'une rétention complète d'urine. M. le docteur Delcroix, appelé, ne trouva rien dans le canal de l'urèthre qui expliquât cette rétention d'urine; la sonde parcourait même facilement toute la longueur de ce canal jusqu'à la vessie, qui fut évacuée. De sorte qu'en présence de cette liberté du canal urinaire, d'une part, et de la cessation immédiate des accidents après le cathétérisme, ce praticien pensa qu'il ne s'agissait que d'un rétrécissement spasmodique.

Mais le lendemain, l'impossibilité d'uriner spontanément, ou la rétention d'urine reparaît avec son cortége ordinaire d'accidents locaux et généraux, et notre confrère, appelé de nouveau près du malade, pratique le cathétérisme, toujours avec la même facilité que la première fois; puis tout semble encore rentrer dans l'ordre naturel.

Le surlendemain, mêmes accidents; cathétérisme, cessation immédiate de la rétention d'urine.

Enfin, au bout de deux semaines, en présence de ces alternatives, M. Delcroix engage le malade à se sonder trois fois par jour, afin d'éviter le retour de la rétention d'urine; ce qui fut fait pendant plusieurs mois. Mais ce moyen, quoique rationnel, ne pouvait suffire pour constituer un traitement définitif, et dès qu'on cessait l'emploi de la sonde, les accidents reparaissaient avec la même intensité qu'au début de la maladie.

G... était dans cet état lorsqu'il consulta M. le docteur Cerise, qui me l'adressa.

L'exploration du canal à l'aide de diverses bougies me permet de constater la présence de plusieurs brides dans l'urèthre, de sorte que la rétention d'urine dépend du redressement de ces productions morbides au moment de la sortie de l'urine. Indépendamment de bougies à boule, les bougies en cire molle laissées dans le canal rapportèrent plus exactement l'empreinte de quatre brides linéaires rapprochées les unes des autres, semblables à des étranglements produits par quatre fils serrés autour d'une bougie molle.

Trois modes de traitement pouvaient être employés : l'arrache-

ment, la cautérisation et le débridement. C'est à ce dernier procédé que je donnai la préférence. Après avoir traversé ces quatre brides par mon uréthrotome, je les ai divisées d'arrière en avant ; une sonde flexible fut ensuite introduite dans l'urètbre et laissée pendant une heure tous les deux jours. Au bout de dix jours, cessation de tout traitement, le malade urine sans gêne et comme dans l'état normal. Depuis, j'ai revu le malade ; la guérison est définitive.

Quelques particularités relatives à un cas d'épilepsie. — M. LEGRAND DU SAULLE communique sous ce titre une observation qui sera publiée très-prochainement dans la *Gazette des Hôpitaux*.

De la tonsure conjonctivale. — M. COURSSERANT. Dans l'ophthalmie blennorrbagique ou purulente, le professeur Sanson attribuait surtout au contact du pus sécrété par la conjonctivite le ramollissement, l'ulcération et la fonte purulente de la cornée ; aussi, dans un cas excessivement grave, dépouilla-t-il le globe oculaire de toute la conjonctive qui lui sert de membrane d'enveloppe et de protection, mettant ainsi largement en pratique l'aphorisme : *Sublata causa, tollitur effectus*. Cette tentative hardie, couronnée d'un plein succès, fut baptisée du nom de *méthode éradicative*, laquelle, j'ai hâte de le dire, ne fut employée que cette seule fois par celui-là même qui venait la proposer comme le moyen le plus sûr à opposer à la marche parfois si promptement désorganisatrice des ophthalmies purulentes graves ; et si on veut bien lire, dans l'ouvrage de pathologie externe de Vidal (de Cassis), le récit abrégé des souffrances au milieu desquelles s'accomplit cette espèce d'énucléation sanglante du globe oculaire, on comprendra facilement pourquoi ce nouveau mode de traitement les praticiens ne conservent que le nom. Cependant, plus tard, grâce au chloroforme, les chirurgiens ayant pu au besoin supprimer, dans les opérations les plus douloureuses, toutes les complications, toutes les contre-indications, qui semblent être le cortége inévitable de la douleur, l'opération faite par Sanson, déposée comme un germe fécond dans la science, fut reprise, commentée et généralisée par M. le docteur Furnari, qui, en octobre 1862, au congrès ophthalmologique réuni à Paris, lut un travail important sur la tonsure conjonctivale appliquée au traitement des affections les plus graves de la cornée.

En effet, des pannus complets ayant jusque-là déjoué tous les efforts de l'art, des kératites panniformes de vieille date, des infiltrations de la cornée, totales ou partielles, disparaissent promptement sous l'influence de cette intervention chirurgicale ; la fonte purulente de la cornée, alors qu'elle paraît imminente, est arrêtée par cette opération dont le heureuse hardiesse ne le cède qu'au peu de traumatisme, soit local, soit général, qu'elle suscite au sein de l'économie ; aussi doit-elle être regardée comme une précieuse conquête chirurgicale dont s'est enrichie à notre époque la thérapeutique oculaire.

M. Furnari conseille d'enlever toute la conjonctive bulbaire ; cependant, fort de mon expérience personnelle, j'estime que, dans l'immense majorité des cas, il y aura plusieurs avantages à ne dépouiller la sclérotique que sur sa moitié antérieure ; mais je ne saurais trop insister, avec notre confrère de Palerme, sur la nécessité d'enlever, dans toute l'étendue de la portion tonsurée, et les filaments ou plaques de tissu cellulaire sous-conjonctival plus ou moins infiltré, plus ou moins induré, qui adhèrent à la sclérotique, et surtout les bourrelets conjonctivaux, infiltrés, épaissis et indurés, qui très-souvent enchâssent la cornée comme dans un anneau, et qui, par la pression qu'ils exercent sur la limite marginale de cette membrane, doivent être considérés, avec juste raison, comme un obstacle considérable à son mode de nutrition.

Mais quelle peut être la cause de l'action si manifestement médicatrice attachée à l'opération dont je viens d'indiquer les particularités les plus saillantes ? Evidemment l'explication donnée par Sanson touchant les propriétés corrosives et si nuisibles du pus ne saurait être acceptée d'une manière absolue. Même dans la supposition des ophthalmies de nature purulente graves, l'observation attentive des faits lui donnerait un démenti trop péremptoire.

Si, au contraire, on veut bien faire attention aux infiltrations si rapides qui, dans cette redoutable maladie, s'opèrent surtout dans la conjonctive et dans le tissu cellulaire sous-conjonctival ; et si, d'un autre côté, on considère que ces tissus, ainsi infiltrés de liquides morbides, de produits plastiques, offrent souvent la consistance du *carton ramolli* (chémosis phlegmoneux), on reconnaîtra sans peine la gêne considérable que tous ces désordres organiques doivent apporter dans la circulation sanguine de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival et par suite dans la circulation de toutes les membranes internes et dans celle de tous les tissus de l'œil. Or, la tonsure conjonctivale faisant subitement cesser la pression que les tissus infiltrés et indurés exercent sur les vaisseaux rampant à la surface de la sclérotique, lesquels sont principalement chargés d'apporter à la cornée les liquides qu'elle doit élaborer pour sa nutrition, il en résulte que la membrane transparente de l'œil échappe par le bénéfice de la tonsure conjonctivale aux causes de destruction, de désorganisation qui la menaçaient de toutes parts. Au reste, l'amélioration souvent subite qui survient dans cette maladie consécutivement à une perforation de la cornée prèterait à l'explication que je viens de donner tout le secours d'une induction rationnelle.

Toutefois, quelle que soit l'affection grave de la cornée pour laquelle *on se soit cru dans la nécessité de faire intervenir ce moyen chirurgical extrême*, il ne faut pas oublier que l'abondante déplétion sanguine qu'il opère instantanément et directement dans tous les tissus de l'œil doit réclamer une large part dans la guérison. Six fois déjà j'ai fait avec succès la tonsure conjonctivale, et si la Société désirait juger *de visu* des résultats obtenus, je me tiens entièrement à sa disposition.

Le secrétaire annuel, **MILON.**

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* publie aujourd'hui un très-intéressant rapport de M. Duruy, sur une expédition scientifique au Mexique.

S. E. le ministre de l'instruction publique rappelle les bienfaits de l'Institut d'Égypte. C'est à cette expédition que nous devons l'étude du climat et des conditions géographiques du Nil, étude qui fit trouver les moyens d'assainir le pays et d'assurer à ses habitants une hygiène meilleure.

Les sciences naturelles auront une large et magnifique part dans cette exploration du Mexique.

Une commission est instituée près le ministère de l'instruction publique pour préparer l'organisation et assurer les résultats de cette expédition scientifique.

Sont nommés membres de cette commission : MM. le ministre de l'instruction publique, *président* ; le maréchal Vaillant, le baron Gros, Michel Chevalier, le vice-amiral Jurien de la Gravière, Boussingault, Combes, Decaisne, Faye, de Longpérier, Maury, Milne-Edwards, de Quatrefages, Ch. Sainte-Claire Deville, de Tessan, membres de l'Institut ; le baron Larrey ; Angrand, ancien consul général au Guatemala ; le colonel Ribourt, chef du cabinet de M. le ministre de la guerre ; Viollet-le-Duc, César Daly, architectes ; Marié-Davy, astronome à l'Observatoire impérial ; Vivien de Saint-Martin ; l'abbé Brasseur de Bourbourg ; Aubin ; Bellaguet, chef de division au ministère de l'instruction publique ; Anatole Duruy, *secrétaire*.

— M. Depaire, membre de l'Académie de médecine de Belgique, est nommé professeur de chimie pharmaceutique à l'École de pharmacie de l'Université de Bruxelles.

— La médecine légale vient de faire une grande perte dans la personne du célèbre professeur de Berlin, Casper, qui a succombé le 24 février dernier.

— Le tribunal correctionnel d'Evreux a, le 14 janvier 1864, condamné le nommé Lacroux, prévenu d'exercice illégal de la médecine par l'emploi du magnétisme animal, en trois amendes de chacune 15 francs et aux dépens.

— Le *Journal de la Haute-Loire* nous apprend qu'un de nos estimables confrères de cette contrée, M. le docteur Gallice, maire de Langeac, a péri au milieu des neiges, samedi 20 février, en se rendant auprès d'un mourant qui réclamait ses soins. Encore une victime du devoir qui vient augmenter le long martyrologe de notre profession !

— M. le docteur Gugert, inspecteur des eaux minérales de Bade, vient de mourir à la suite d'une pneumonie. Cet honorable confrère n'était âgé que de cinquante-neuf ans.

— La Société des sciences médicales a renouvelé son bureau pour l'année 1864. Ont été élus :

Président, M. le docteur Charrier ; *vice-président*, M. Mallez ; *secrétaire général*, M. Allix ; *secrétaire annuel*, M. Prat ; *archiviste*, M. Boutin.

— Samedi, 20 février, a eu lieu la séance publique annuelle de la Société de médecine de Bordeaux, dans la salle du Musée de la ville. L'affluence était considérable, malgré le froid et la neige, et on remarquait dans l'auditoire un assez grand nombre de dames. Son Eminence le cardinal Donnet et plusieurs notabilités administratives de la Gironde s'étaient rendues à l'invitation faite par le président de la Société. Le vénérable prélat a été vivement applaudi quand il a joint ses félicitations aux éloges donnés au principal lauréat de la fête, M. le docteur Marx, fils du grand rabbin, enlevé récemment à l'estime de tous les Bordelais.

La séance a été remplie par un discours remarquable de M. le docteur Ch. Dubreuilh, président, sur l'influence de l'éducation physique et morale sur la santé de la femme, et par une esquisse fort intéressante des travaux de la Société pendant l'année 1863, due au secrétaire général le docteur Dégranges.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance demain mercredi 2 mars, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville.

Ordre du jour : 1° Des injections sous-cutanées dans le traitement des névralgies, par M. le docteur Sandras ;

2° Des inspirations iodées dans le traitement des affections de l'appareil respiratoire, par M. le docteur Domerc.

3° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

Lettres sur la contagion, par M. le docteur A. NETTER, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg. Brochure in-8° de 41 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Essai sur les albuminuries produites par l'élimination des substances toxiques, par M. le docteur OLLIVIER, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-8°. Prix ; 1 fr. 25 *franco*. — Paris, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 26. — JEUDI 3 MARS 1864. (37e ANNEE.) N° 26. — JEUDI 3 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 MARS 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a repris aujourd'hui la suite de la discussion interrompue sur l'origine de la vaccine. M. Depaul avait à répondre à cinq ou six argumentations accumulées sur sa tête depuis son dernier discours. Il a eu garde de décliner son droit.

C'est quelquefois un tort que d'avoir *trop* raison. M. Depaul, à qui, comme l'a dit un de ses contradicteurs, les rôles trop modestes conviennent peu, nous ferait volontiers l'effet, en admettant que sa thèse fût hors de toute contestation, de ne savoir pas éviter cet excès. Il n'est pas un argument, pas une objection, pas un fait, pas une allégation, si inoffensive qu'elle soit, qu'il ne se croie obligé de réfuter par une argumentation en règle, inaccessible aux doutes qui s'élèvent de toutes parts, et s'irritant en quelque sorte comme d'une opposition personnelle de toute observation qui tend à ébranler son système. A force de vouloir avoir raison de tous les faits qu'on lui oppose, nous craignons qu'il ne finisse par affaiblir sa cause aux yeux même de ceux qui étaient le mieux disposés à l'embrasser.

C'est l'impression qu'a produite sur notre esprit la première partie de la nouvelle argumentation dans laquelle M. Depaul s'est proposé de répliquer successivement aux discours de MM. Bouvier, Bouley, Reynal, Magne, Bouillaud, Leblanc, J. Guérin, Bousquet, etc. Ce sont plus particulièrement les membres de la section de médecine vétérinaire de l'école d'Alfort, qu'il a pris à partie hier. Les discours de MM. Bouley, Reynal et Magne ont fait tous les frais de cette première moitié de sa réplique. Il se propose de répondre mardi prochain à MM. J. Guérin et Bousquet.

Il ne nous aurait pas été possible, quand nous l'aurions voulu, de reproduire aujourd'hui les paroles de M. Depaul. En ce qui concerne M. Bouley, c'est presque une reproduction des faits et des arguments déjà produits dans ses précédentes argumentations. Quant à la partie de sa réplique qui s'adresse aux discours de MM. Reynal et Magne, elle n'aurait aucune signification précise pour nos lecteurs, qui n'ont pas encore eu connaissance des argumentations de ces deux honorables membres. Nous croyons donc, avant de résumer cette réplique, et pour que tous les éléments de la discussion soient mis sous les yeux de tous, devoir rappeler d'abord ici en quelques mots le sens de ces deux argumentations.

M. Reynal s'est proposé de démontrer dans son discours du 12 janvier : que la maladie aphtheuse n'est pas la variole de l'espèce bovine; que la clavelée, qui a une grande ressemblance de forme avec la variole de l'homme, n'est pas de la même nature; que M. Depaul n'a pas établi l'identité de ces deux maladies avec la variole humaine; qu'enfin il n'est pas démontré que l'exanthème généralisé du cheval soit identique, quant à sa nature, avec la variole de l'homme.

Admettant, par concession, comme une chose démontrée, que l'exanthème généralisé observé chez les chevaux, à Alfort, est bien la variole identique avec la variole de l'espèce humaine, M. Reynal ne pense pas qu'il en découle toutes les conséquences que M. Depaul en a tirées. Il n'admet pas, par exemple, avec M. Depaul, que la maladie de l'espèce bovine, désignée par les vétérinaires sous le nom de maladie aphtheuse, que la clavelée de l'espèce ovine, soient identiques avec la maladie vaccinogène du cheval et avec la variole de l'espèce humaine. Il se fonde en cela sur ce que la maladie aphtheuse des animaux autres que le cheval, est une affection vésiculeuse et non une affection pustuleuse.

Le témoignage de M. Rayer, invoqué par M. Depaul, n'a pas la signification qu'il lui prête; il n'en ressort pas, comme l'a prétendu M. Depaul, que l'éruption de la bouche des vaches atteintes de l'épizootie aphtheuse soit de nature pustuleuse.

Du parallèle établi par M. Reynal entre l'éruption des mamelles atteintes de l'épizootie aphtheuse et le cowpox ou la variole, il résulte pour lui qu'il n'y a aucun rapport d'identité, le cowpox, communiqué ou spontané, se transmettant sûrement par inoculation à l'homme et aux animaux de la même espèce, tandis que jamais les éruptions du pis des vaches atteintes de la maladie aphtheuse d'apparence pustuleuse, n'ont pu être inoculées. D'ailleurs, ajoute M. Reynal, si la maladie aphtheuse était, comme le prétend M. Depaul, la variole de l'espèce bovine, elle devrait mettre cette espèce animale à l'abri d'une nouvelle atteinte de variole. Or, c'est justement l'inverse qui a lieu, d'après l'expérience qu'il a faite à Alfort avec M. Bouley.

Quant à l'identité de la clavelée et de la variole soutenue par M. Depaul, elle ne repose que sur le témoignage des expériences de Sacco, témoignage déjà récusé. M. Reynal la considère comme formellement contredite par l'expérience.

Enfin, relativement à l'identité de nature de la maladie vaccinogène du cheval avec la variole de l'homme, à l'égard de laquelle M. Reynal a cru devoir faire tout d'abord ses réserves, sans la nier, il la laisse dans le doute, en se basant sur la différence très-grande qui lui a paru exister entre ces deux affections et sur les résultats négatifs de l'inoculation de la variole de l'homme aux animaux.

Telle a été en substance l'argumentation de M. Reynal.

Pour M. Magne comme pour ses collègues, l'origine de la vaccine est complétement résolue. Une seule maladie donne naissance au cowpox et à la vaccine. Mais s'ensuit-il que l'affection vaccinogène et la variole sont identiques, qu'elles ne constituent qu'une seule et même maladie? Il ne le pense pas. Parmi les différences qui les distinguent, M. Magne insiste surtout sur la manière différente dont l'une et l'autre se propagent. Quant à l'argument tiré des transformations que le virus vaccinogène ou la variole auraient subies en passant du cheval à la vache et de la vache à l'homme, ou réciproquement de l'homme à ces animaux, M. Magne le réfute par de nombreux exemples empruntés à la médecine comparée, qui apprend que les virus ne se modifient, en passant d'une espèce animale à une autre, que lorsqu'ils sont produits par des maladies qui ne sont pas communes à ces espèces, et qu'ils conservent toutes leurs propriétés, tous leurs caractères, dans le cas contraire.

— Nous signalerons à nos lecteurs le document historique curieux au point de vue de la question qui nous occupe, qui a été présenté à l'Académie par M. Bouvier, de la part de M. Auzias-Turenne. On le trouvera dans le compte-rendu de la séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Deux cas d'albuminurie passagère à la suite d'intoxications alcoolique et copahique.

Par M. le docteur Aug. VOISIN, chef de clinique.

La question de l'élimination des substances médicamenteuses et toxiques n'est pas tellement claire que l'on doive laisser dans l'ombre les faits qui peuvent contribuer à y jeter quelque

---

QUELQUES BIOGRAPHIES MÉDICALES
DU DIX-SEPTIÈME SIÈCLE.

GUY PATIN (1).

Il reste peu de chose des œuvres médicales de Guy Patin, lesquelles ont une importance médiocre et se réduisent à quelques thèses, et à quelques petits traités fort peu estimés par l'auteur lui-même.

D'ailleurs, il nous apprendra pourquoi il n'écrit pas de livres, et on verra qu'il était ou bien timoré ou bien prudent. « La » postérité se passera aisément de mes écrits; aussi n'ai-je pas beau- » coup d'envie d'en laisser. Il n'y a que deux sortes de gens qui » écrivent, les sages et les fous, et je me connais pour n'être ni l'un » ni l'autre. De plus, la vie que nous menons à Paris est trop agitée; » l'exercice de notre profession nous ôte cette tranquillité qu'il faut » avoir quand on veut écrire pour l'éternité. » Après avoir rappelé l'exemple de de Thou, il ajoute : « Que sait-on si dans quelques » siècles il ne se trouverait pas quelque tyran qui lancerait sa foudre » sur ma famille, de chagrin que j'aurais écrit quelques vérités sur » ses ancêtres? » — Notre homme ne se doutait guère qu'il laissait, à ce compte, assez de documents pour faire foudroyer toute sa postérité. Dans tous les cas, ces raisons ne sauraient s'appliquer à des livres de médecine, et Guy Patin n'a rien laissé qui mérite d'être lu.

Mais si nous ne pouvons pas trouver dans des ouvrages *ex professo* les opinions médicales de notre auteur, sa correspondance va cependant nous permettre de faire avec le médecin une assez ample connaissance. Pendant une maladie d'un de ses correspondants, M. Belin le père, il continue d'écrire à Belin le fils, jeune docteur à qui il croit devoir donner quelques conseils sur les auteurs qu'il doit lire et méditer. L'énumération de ces livres va nous donner toute la pensée de Patin. — « ... Ne laissez passer aucun jour sans étudier pour » le moins huit heures (1); lisez soigneusement la Pathologie de Fernel » et les quatre premiers livres de sa Méthode générale, ajoutez-y la » pratique de Hollier avec les Enarrations de M. L. Duret, et même » lisez les Coaques d'Hippocrate, avec les Commentaires du même » Duret, et les Aphorismes d'Hippocrate, avec les commentaires de » Galien, de Hollier et de Heurnius.... Il y a trois traités de Galien » que vous devez choisir et y lire souvent quelque chose, savoir : » *De locis affectis; de morborum et symptomatum causis et differen-* » *tiis*, et ses livres de la méthode... Ne perdez point de temps à lire » tant de modernes, qui n'ont fait des livres de notre art que faute de » pratique et pour avoir trop de loisir; surtout fuyez les livres de » chimie, *in quorum lectione oleum et operam perdes.* » Dans une autre lettre, il revient sur ce sujet : « Ne lisez qu'Hippocrate, Galien, » Aristote, Fernel, Hollier, Duret, Sylvius, Riolan, Tagault, Joubert » (ces deux derniers pour la chirurgie), et fort peu d'autres, *in qui-* » *bus Hofmannus ipse dux regit examen.* »

Comme on le voit, Guy Patin s'en tient presque exclusivement à Hippocrate, Aristote et Galien; toute sa médecine est là, et il y revient mainte et mainte fois dans sa correspondance. Parmi les modernes, un seul trouve réellement grâce devant ses yeux, c'est Fernel, pour qui il a un vrai culte; il aimerait mieux être descendu de Fernel que d'être roi d'Ecosse; il se reproche de ne pas être allé rendre visite à la dernière descendante de ce grand homme, un de ses saints, avec Galien et feu M. Piètre; on comprend cet enthousiasme quand on a lu les ouvrages de Fernel. Voilà donc le médecin, un homme qui pense que tout se trouve dans les anciens, qu'on ne saurait faire mieux qu'eux, qu'il suffit parfaitement de les lire et de les méditer. Il ne comprend pas les modernes, et ne veut pas même qu'on les étudie; il est vrai que la plupart des contemporains ne valaient guère la peine d'être lus. Mais cet amour de l'antiquité a si bien illusionné notre docteur, qu'il n'a rien compris ou voulu comprendre à aucune des découvertes modernes; nous avons vu ce qu'il pense de l'antimoine, du quinquina, de la circulation du sang, de la découverte de Pecquet; nous n'avons pas à y revenir en ce moment.

A propos de Fernel, il se permet cependant de n'être pas de son avis sur deux points, et il faut lui tenir compte de cette divergence d'opinions: il rejette les causes occultes et se moque de la démonomanie; tout le monde, en son temps, n'était pas encore aussi sage. « Je ne crois point aux qualités occultes en médecine, quoi qu'en » aient dit Fernel et d'autres, de qui toutes les paroles ne sont point » mots d'Evangile. Je les puis déduire par plus de cinquante passages » d'Hippocrate et de Galien, à point nommé et par l'expérience....» Il est peut-être fort heureux qu'Hippocrate et Galien viennent à son aide; il ne les invoque pas cependant à propos des démons, dont, malgré l'autorité de Fernel, il se moque fort librement on plusieurs endroits.

Si l'on juge de la théorie médicale de Guy Patin par sa thérapeutique, on doit penser qu'il ne voyait guère que de l'inflammation dans les maladies. A la systématisation près, peut-être professait-il les idées médicales de Broussais, dont il est bien loin d'avoir le génie. Sa thérapeutique est presque celle du grand médecin de notre siècle, et se borne à la saignée et à l'eau chaude; il y ajoute cependant les purgatifs, mais il les choisit assez doux. D'ailleurs il ne comprend pas qu'on puisse guérir des malades qu'on ne saigne pas et qu'on ne purge pas. « ..... Où est-ce que ces gens-là ont appris la » médecine? s'écrie-t-il avec colère. Saigner très-peu ou point du » tout; purger peu et avec des poudres, des pilules ou de l'antimoine, » et puis faire suer des malades qui ont les vaisseaux et l'habitude

(1) Voir le numéro du 27 février.

(1) Que les jeunes médecins qui ont des oreilles entendent et fassent leur profit de ce conseil.

jour. C'est ce qui m'a engagé à faire connaître les deux cas suivants, qui se sont présentés à mon observation. L'un des malades dont il est question a été atteint de choléra copahique à la suite de l'administration d'une potion de Chopart, et le second d'intoxication alcoolique aiguë. L'urine de ces deux sujets a été pendant quelques heures franchement et abondamment albumineuse.

Le premier cas me paraît unique, si j'en juge par les recherches bibliographiques que j'ai faites; quant au deuxième, il vient corroborer les idées de Bright, de Christison, de Ludger Lallemand, de MM. Perrin et Ollivier. Cet accident n'est pas des plus fréquents, d'après le résultat des recherches que je fais depuis près de deux ans à la Charité, et par celui que M. Marcé annonçait il y a peu de temps à la Société médico-psychologique; c'est donc à cause de la rareté du fait et de son importance au point de vue doctrinal, que j'ai cru devoir livrer ces observations à la publicité.

Intoxication copahique. — Accidents cholériformes. — Albuminurie passagère.

Au nº 15 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé G..., garçon d'hôtel, âgé de trente-deux ans.

Cet homme est atteint de blennorrhagie depuis vingt jours. Il y a trois jours, un étudiant en médecine lui a ordonné une potion de Chopart; il en a bu en deux jours la moitié (150 grammes de potion à peu près, si j'en juge par ce qui reste dans le flacon).

Dans la nuit du 11 au 12 février dernier, dix heures après avoir pris deux cuillerées à café de la potion, il est pris de diarrhée très-abondante, de vomissements alimentaires d'abord, puis muqueux, de nausées très-fatigantes, de frissons, de céphalalgie frontale, de demi-surdité, d'étourdissements, de crampes très-douloureuses dans les jambes, dans les parois du ventre et dans les membres supérieurs.

Il lui fut appliqué pendant la nuit des cataplasmes sur le ventre, et on lui administra des boissons aromatiques.

Les phénomènes morbides n'en persistèrent pas moins et se compliquèrent d'un refroidissement notable de la peau du corps. Je fus appelé auprès de ce malade à huit heures et demie du matin. Je lui trouvai le nez pincé, froid, les yeux caves, la peau froide, le pouls presque insensible et chétif, battant 96 fois par minute, le ventre très-plat, douloureux spontanément et à la pression. La diarrhée était presque continue et précédée de coliques; des nausées et des vomissements muqueux se produisaient à tout moment.

Le malade accusait en outre de l'oppression et une pesanteur épigastrique. La voix était notablement voilée; pas d'urine depuis la veille au soir, et je n'en constatai pas la présence au moyen de l'examen de la région sus-pubienne.

Traitement. — Je lui fis donner immédiatement, dans un peu d'eau sucrée, 20 gouttes de laudanum de Sydenham; lavement: eau, 60 grammes; laudanum, 6 gouttes; et je fis mettre dans son lit trois bouteilles remplies d'eau bouillante.

Dix minutes à peine après l'ingestion du laudanum, cet homme ressentit de la chaleur dans la région épigastrique; le corps se réchauffa progressivement, et depuis ce moment plus de diarrhée, de nausées ni de vomissements; cependant le malade demanda à être transporté à l'hôpital dans l'après-midi.

Je le revois à cinq heures dans l'état suivant: le pouls est devenu bien sensible, d'une résistance modérée (92 pulsations). La peau est d'une chaleur exagérée, un peu sèche; faiblesse générale; étourdissements fatigants; la voix est bien libre et claire. Pas de nausées ni de vomissements depuis la prise du laudanum; le malade a cependant bu, depuis son entrée dans la salle, deux pots de tisane d'orge. Langue légèrement saburrale.

Cet homme vient d'uriner pour la première fois depuis la veille au soir, dans un verre à expériences; la quantité en est de 15 grammes; elle est jumenteuse, d'une couleur jaunâtre sale; elle ne sent pas le copahu. L'acide nitrique produit un précipité blanc, floconneux, abondant, qui ne se dissout pas à la chaleur. Poussé jusqu'à l'ébullition, le précipité prend une teinte fortement rouge; le lendemain matin, ce précipité est d'une couleur jaune d'ocre.

Le 13, l'urine a été assez abondante depuis hier soir (trois verres à expériences en sont remplis). Ce liquide est jaunâtre, clair, acide. Vers le fond est un léger trouble nuageux qui disparaît complétement par l'acide nitrique et la chaleur. Aucun précipité ne se forme, mais il se produit d'abord une teinte lie-de-vin, puis une belle couleur violacée.

Le malade n'éprouve plus d'autre phénomène que de la faiblesse; seulement l'hémorrhagie persiste. Appétit; légère augmentation de la chaleur de la peau; 76-80 pulsations. — Deux soupes.

Le 14, l'urine ne présente plus rien de particulier. Apyrexie complète. — Deux portions.

Le 15, *exeat*.

Intoxication alcoolique aiguë. — Albuminurie passagère. Hyperémie hépatique.

Au nº 10 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé C..., âgé de vingt-deux ans, ouvrier opticien.

L'avant-veille de son entrée à l'hôpital, ce jeune homme a passé une après-midi et une nuit à boire avec de jeunes conscrits. Il s'est grisé avec du vin chaud. Il est resté couché presque toute la journée du lendemain, et, revenu à lui, il a ressenti de la céphalalgie frontale gravative, des étourdissements, et une douleur vive en avant de la poitrine, au niveau des fausses côtes droites, en dedans de la vésicule biliaire. C'est pour cet ensemble de phénomènes qu'il entre à l'hôpital, le 23 février 1864. Il avait éprouvé dans la nuit du 22 au 23, à quatre heures, un léger frisson et des sueurs.

Lorsque je l'examinai le soir de son entrée, je le trouvai dans l'état suivant:

Face excessivement rouge, vultueuse; conjonctives très-injectées; céphalalgie frontale; ni délire ni hallucinations; langue blanchâtre à la base, rouge sur les bords et à la pointe; soif vive; un peu d'appétit; selles normales. Même douleur que ci-dessus; les grandes inspirations et la toux l'augmentent. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, et cette partie qui fait saillie correspond au siége de la douleur, la hauteur du foie dans la ligne mamillaire est de 0,13. L'urine de ce soir est assez colorée, ainsi que celle du lendemain matin; elle présente un léger trouble dans le milieu de la hauteur du verre à expériences, où elle a été recueillie dès le matin. Traitée par l'acide nitrique, elle contient un précipité floconneux blanc, cailleboté, très-abondant, qui persiste à la chaleur; après l'ébullition, le précipité prend une teinte très-légèrement vineuse qui devient gris jaunâtre après le refroidissement. La peau est d'une chaleur exagérée; le pouls est petit, dépressible (64 pulsations par minute). Rien autre chose dans la poitrine que quelques ronchus disséminés; deux crachats séro-muqueux.

Le 24, à une heure du matin, un peu de frisson, suivi bientôt de sueurs qui durent encore. La chaleur de la peau est légèrement exagérée, et sa teinte est généralement un peu rougeâtre; langue saburrale; même douleur qu'hier soir, et même état du foie. — Ventouses scarifiées sur la région du foie (une palette et demie de sang); lavement purgatif; cataplasmes sur l'hypochondre droit; tisane de gomme et de graine de lin.

Le 25, l'urine est un peu safranée. Plus de précipité ni de coloration particulière; l'acide nitrique produit beaucoup d'effervescence à la surface du liquide. Plus de douleur hypochondriaque. — Deux potages.

Le 26, la peau est encore moite; sa chaleur est à peu près normale. Les pulsations sont bien nettement frappées (84 pulsations). Appétit. — Deux potages, deux soupes.

Le 27, apyrexie complète. Il ne reste qu'une légère moiteur. Le foie ne déborde plus les fausses côtes. — Une portion.

Le 29, guérison complète.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Nouveau cas de guérison d'un vaste kyste hydatique du foie par les ponctions, la sonde à demeure, l'incision et les injections iodées. Nouveau procédé pour déterminer la formation des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, et éviter un épanchement dans le péritoine.

(Lu à la Société de chirurgie, par M. le Dr BOINET)

Vers le commencement du mois d'août 1863, une jeune fille, âgée d'environ huit ans et demi, me fut amenée par M. le docteur Clerc, chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain en Laye. Cette enfant, d'une belle et bonne constitution, d'une fraîcheur remarquable, très-vive, très-active, très-pétulante, d'un caractère très-gai et très-décidé, bien développée pour son âge, présentait dans la région épigastrique une saillie considérable, oblongue de haut en bas, assez mal circonscrite et sans changement de couleur à la peau. Les digestions ont toujours été très-bonnes, et elle n'a jamais eu la jaunisse. Elle n'a jamais été malade, et tout annonce chez elle une santé excellente. Elle a toujours été grande mangeuse de viande, et aime peu les légumes. Depuis qu'elle est au monde, elle s'est toujours trouvée dans des conditions d'hygiène et d'alimentation qui ne laissaient rien à désirer, et s'est toujours livrée aux jeux de son âge avec une ardeur rare.

Il y a environ quatre ans qu'on crut remarquer au creux épigastrique quelque chose d'anormal, une espèce de saillie allongée, de bosse qu'on ne savait à quoi attribuer. La pression sur cette région, que l'enfant frappait souvent pour montrer que cette tumeur ne lui faisait aucun mal, ne déterminait aucune douleur ni aucun trouble dans la digestion et la respiration, et comme d'ailleurs la petite malade se portait très-bien et n'en éprouvait rien de fâcheux, on n'y apporta qu'une médiocre attention, s'arrêtant à l'idée d'une mauvaise conformation; pendant longtemps on chercha à y remédier par une compression méthodique à l'aide de pelotes élastiques, de bandages, etc. Mais enfin, voyant que la région épigastrique, malgré la compression exercée jour et nuit, prenait un développement plus considérable, et que cette bosse épigastrique devenait de plus en plus saillante sans cependant amener aucun malaise chez cette enfant, qui continuait à bien exécuter toutes ses fonctions, on crut avoir affaire à un écartement de la ligne blanche, à une espèce d'éventration; la compression fut encore continuée à l'aide de ceintures de diverses espèces: tous ces moyens furent inefficaces, et la tumeur prit des proportions telles que les parents commencèrent à s'en alarmer plus sérieusement, quoique la petite malade se portât bien d'ailleurs.

On vint consulter à Paris plusieurs célébrités, qui annoncèrent que cette tumeur était probablement un kyste hydatique du foie; mais la position était excessivement fâcheuse. C'était aussi l'avis de M. le docteur Clerc, médecin habituel de la famille.

Le creux épigastrique est en effet le siége d'une voussure très-prononcée, oblongue de haut en bas et mal circonscrite. Cette voussure s'étend de l'appendice xyphoïde qui est soulevé à l'ombilic, et latéralement d'une hypochondre à l'autre. Point de changement de couleur à la peau; indolence complète de cette tumeur; absence de douleur ou d'élancements; bon état habituel des voies digestives, de la respiration; embonpoint normal; état général très-bon, au physique comme au moral; la palpation n'est nullement douloureuse, la pression donne la sensation d'une résistance élastique, et la percussion celle d'une fluctuation manifeste. On ne constate ni crépitation ni frémissement. Avec tous ces signes réunis, je n'hésitai pas à diagnostiquer un vaste kyste du foie, probablement uniloculaire, et renfermant un liquide limpide clair comme de l'eau de roche; j'annonçai que cette poche renfermait plus d'un litre de liquide, parce que ces kystes, tout prononcés qu'ils sont dans l'hypochondre droit ou dans la région épigastrique, ne laissent jamais soupçonner leur véritable dimension, qui est toujours plus vaste qu'on ne le suppose.

Quoique ce kyste n'eût produit aucun phénomène fâcheux depuis plusieurs années qu'il existait, et que les symptômes qu'il présentait éloignassent toute idée de suppuration et par conséquent d'adhérences périphériques, je conseillai de l'opérer sur-le-champ, parce qu'il arriverait un moment où son augmentation de volume, refoulant tous les organes environnants, causerait de la gêne dans leurs fonctions et pourrait amener une rupture qui serait promptement mortelle; que d'ailleurs il n'y avait que danger certain à abandonner cette maladie aux efforts si lents, si souvent impuissants et presque toujours dangereux de la force médicatrice de la nature.

Je proposai pour traitement, d'abord les ponctions capillaires, qui quelquefois, mais rarement, peuvent guérir radicalement: on les continuerait tant que le liquide du kyste conserverait sa limpidité; puis, si le liquide, après une ou plusieurs ponctions capillaires, devenait trouble, jaunâtre, purulent, on tenterait une ponction suivie d'une injection iodée; enfin, si après ce moyen le liquide se reproduisait

---

» du corps pleins d'ordure et de beaucoup d'impuretés, n'est-ce » pas là être des bourreaux plutôt que des médecins? Je suis, mon» sieur, etc. » Guy Patin s'arrête tout court, on sent que la colère l'étouffe; peut-être en a-t-il profité pour se faire phlébotomiser au lieu et place des Hollandais qu'on ne saigne pas.

Nous trouvons dans ses *Lettres* quelques théories médicales malheureusement fort abrégées, mais qui ne manquent pas d'un grand intérêt rétroactif. Ainsi, à propos d'une de ses thèses sur la variole, il dit d'excellentes choses et sur sa nature et sur son traitement, tout cela en latin, comme il convient à un vrai savant. En français, c'est tout différent, on croirait que le moqueur reparaît; c'est pourtant avec le plus grand sang-froid qu'il nous dit: « Or est-il que plusieurs ne » l'ont jamais eue (la petite vérole)..., et ceux qui n'ont jamais mangé » de bouillie en sont beaucoup plus exempts. Je crois que c'est une » des raisons qui m'en a exempté, feue ma mère ne m'ayant jamais » nourri que de ses mamelles; la bouillie étant un aliment grossier » qui fait beaucoup de colle et d'obstruction dans l'estomac et dans » le ventre, et qui fournit beaucoup de disposition à une maladie de » pourriture. »

Il a sur les fièvres la plus singulière opinion qu'on puisse imaginer, et sa pratique est au niveau de sa théorie; ici, comme toujours, force saignées et pas mal de purgatifs; les purgatifs, passe encore. Cependant, comme en somme on ne purge pas sans avoir une intention, Guy Patin va nous la faire connaître. Un de ses malades vomit beaucoup; il a été purgé très-souvent et a rendu des quantités considérables de bile jaune et verdâtre. « Je pense que toute cette impureté » descend de son mésentère, qui est la partie dans laquelle est contenue et se croupit toute la cause conjointe des accès de la fièvre » tierce, *ex sententia nostri Fernelii, quam puto esse verissimam.* » Les médecins qui auront lu la correspondance de notre auteur ne comprendront jamais que le même homme ait pu tout à la fois avoir en médecine des idées aussi arriérées, quand ses opinions étaient si éclairées sur tant d'autres points. Cela s'explique cependant: Patin était docteur et même doyen de la Faculté de Paris en plein dix-septième siècle; il pensait comme l'école, et c'était pour lui un article de foi.

Imbu de certains principes, attaché à une certaine érudition, il ne croyait pas pouvoir s'en séparer, et il regardait comme un devoir de transmettre à son tour aussi intactes que possible les doctrines qui avaient fait la base de son éducation. Grave erreur assurément, et qui a longtemps arrêté les progrès de la science, mais qui était, en ce temps-là, commune à beaucoup de très-bons esprits, et que, en cherchant bien, on retrouverait peut-être quelque part chez nous, quoique moins grossière dans la forme.

Guy Patin fut un des médecins de Paris les plus répandus et les mieux appréciés; il ne dut pas ses succès à son esprit seulement; en tenant compte à sa décharge de beaucoup d'erreurs théoriques puisées dans les livres et dans les doctrines régnantes; en laissant de côté l'abus qu'il fit de la saignée, il est certain qu'il mit généralement en usage une thérapeutique raisonnable et qui devait être bien appréciée par les gens du monde eux-mêmes. On devait aux Arabes et à leur longue domination scientifique une matière médicale extrêmement compliquée, souvent ridicule, et telle, dans tous les cas, que les médecins ne savaient guère ce qu'ils faisaient. Heureux quand, avec tout cet attirail pharmaceutique, sous prétexte de tuer la maladie, on ne tuait pas le malade littéralement gorgé de médicaments! Guy Patin eut encore ce point de ressemblance avec Broussais, qu'il s'appliqua constamment à simplifier la matière médicale et à nettoyer ces nouvelles écuries d'Augias. Il y réussit au moins pour un temps. Sa devise, et il la cite souvent, est celle-ci: *Pauca sed selecta et longo usu probata*; et si les remèdes dont il faisait usage eussent pu être mieux choisis, ils étaient au moins en nombre fort limité. Selon lui, toute la médecine peut très-bien se faire avec la saignée, le séné et le sirop de roses pâles; c'est à peine s'il admet quelques autres médicaments fort anodins. Sa correspondance est pleine d'invectives contre les *cuisiniers arabesques*, et de réflexions extrêmement sensées sur la réforme pharmaceutique. Il n'est pas certain qu'il n'entrât pas dans sa conduite un peu de la haine qu'il a vouée aux apothicaires, et c'est de cette veine que coulent les injures qu'il prodigue si volontiers à ses ennemis; mais c'est son bon sens et sa pratique raisonnable qui l'ont soutenu et encouragé dans cette utile et sage réforme.

En philosophie, Guy Patin est peu éclairé, et cela se comprend; la philosophie et la médecine des anciens se touchent très-intimement; il est scolastique par certains côtés, sceptique par d'autres; assez fortement épicurien avec son ami Gassendi; mais ce qui fait le fond de sa philosophie, c'est le sens commun: dans la vie ordinaire, c'est là son guide; seulement chez un homme tel que notre docteur, souvent passionné, emporté, irascible, entêté, le sens commun reçoit pas mal d'accrocs. Cependant il prise très-fort cette précieuse qualité, et il dira un jour en parlant de l'avocat général Talon: « Le plus beau sens commun qui ait jamais été dans le palais. » Il n'aime pas Descartes, qu'il ne comprend pas ou plutôt qu'il comprend mal, et chez lequel il ne semble voir qu'un partisan de l'antimoine et des nouvelles doctrines médicales, un homme qui cherche à bouleverser les anciennes croyances.

Encore une fois, Guy Patin, dans les sciences, n'a pas la moindre intelligence des choses nouvelles; il regarde en arrière, et se tient attaché obstinément aux idées de sa jeunesse; il est docteur tout en plein dans le seizième siècle.

Dr H. MONTANIER.

(La suite à un prochain numéro.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Séméiotique des maladies de l'enfance, par M. Henri ROGER, médecin de l'hôpital des Enfants malades, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc. Un vol. in-8º. Prix: 3 fr. 50 *franco* en France. — Paris, chez P. Asselin, éditeur, place de l'École de Médecine.

promptement, il faudrait recourir aux ponctions avec un gros trocart, à la sonde à demeure et aux injections iodées.

Ce plan de traitement ayant été accepté par la famille et par mon excellent et habile confrère M. Clerc, qui voulut bien me seconder, on me confia cette petite malade, à laquelle je fis une ponction capillaire le 9 août 1863; il s'écoula environ 14 ou 1,500 grammes d'un liquide limpide, clair comme de l'eau de roche, incoagulable à la chaleur et renfermant des crochets d'échinocoques. Après cette ponction, la tumeur épigastrique disparut complétement. La canule du trocart fut retirée, et une compression méthodique fut faite sur le kyste, dans le point où il avait été ponctionné.

Dès le troisième jour, la jeune malade, qu'on aurait pu croire guérie, reprit ses jeux et ses habitudes, conservant tous les attributs d'une excellente santé; mais l'espoir de la guérison ne fut que de très-courte durée. Au bout de dix ou douze jours, on remarqua que le creux épigastrique se gonflait de nouveau, que le liquide se reproduisait et donnait lieu à une fluctuation évidente; de plus, il était survenu plusieurs phénomènes qui annonçaient la suppuration du kyste. Notre petite malade avait perdu l'appétit, le soir elle avait de la fièvre, la nuit des sueurs, de l'agitation, de l'insomnie; elle maigrissait; dans la journée, elle éprouvait un malaise général, un abattement qui contrastaient singulièrement avec ses habitudes d'autrefois; la peau était chaude et sèche, parfois brûlante; tout indiquait la formation d'un foyer purulent.

Dans cette circonstance, je n'hésitai pas à agir, et le 25 août, avec un trocart plus gros qu'un trocart capillaire, mais moins gros qu'un trocart à hydrocèle, je fis une nouvelle ponction, suivie cette fois d'une injection iodée à parties égales. Il s'écoula environ 1,200 gr. de matière verdâtre, purulente, renfermant quelques détritus d'hydatides. L'injection iodée ne fut nullement douloureuse et ressortit en totalité après un séjour de sept ou huit minutes. Pour retirer la canule du trocart, on prit les mêmes précautions que la première fois.

Les jours suivants, tous les symptômes généraux diminuèrent promptement et disparurent complétement. Notre petite malade reprit son appétit, sa gaieté, et retourna à ses jeux comme par le passé; mais malheureusement ce mieux ne dura que peu de temps, et de nouveaux signes vinrent nous annoncer que le kyste se remplissait et que le liquide qu'il renfermait était purulent. Il fallut songer à un autre moyen de traitement, à ouvrir largement le kyste, pour pouvoir le débarrasser et des hydatides et du liquide purulent qu'il contenait.

Comme j'avais affaire à une enfant de la docilité de laquelle je me défiais et avec raison, et qui, d'autre part, était effrayée par l'idée d'une opération, au lieu de pénétrer dans le kyste avec un gros trocart comme c'était mon intention première, je crus devoir suivre le procédé de Récamier, et m'ouvrir une voie par la cautérisation. Un morceau de potasse caustique fut donc appliqué au centre de la tumeur, mais il ne produisit qu'une eschare très-superficielle et qui n'intéressa que la peau. La douleur avait été si vive qu'il devint difficile de décider l'enfant à une seconde application; on y arriva cependant. La première eschare enlevée, une seconde application de potasse fut faite, mais ne fut tolérée que quelques heures par l'enfant, qui fit tout enlever et ne voulut jamais consentir à une autre application. Je songeai alors à employer un bouton de chlorure de zinc (pâte de Canquoin), dont l'enfant ignorait les effets, et qu'elle croyait sans action douloureuse, puisqu'elle pouvait le toucher, le garder dans sa main sans en rien ressentir. Au bout de quelques heures, ce nouveau caustique produisit des douleurs tellement vives qu'il fallut l'enlever; les cris poussés par cette enfant étaient si aigus, qu'on dut craindre un instant des convulsions ou même la rupture du kyste, tant son agitation était grande; en somme, toutes ces cautérisations n'avaient pas pénétré au delà de l'aponévrose *fascia superficialis*. Il y avait urgence, le kyste se remplissait de plus en plus et pouvait se rompre; tous les symptômes généraux devenaient plus intenses; l'appétit était nul, la fièvre continue, avec des sensations de froid et de frissons; les forces diminuaient rapidement, et tout annonçait une fièvre hectique avec résorption putride.

Je ne voyais de ressources que dans la méthode que j'avais proposée d'abord et qui m'avait déjà réussi dans un cas semblable, c'était d'ouvrir le kyste avec un gros trocart, d'y mettre une sonde à demeure pour le vider d'une manière continue et provoquer en même temps des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale; puis, celles-ci une fois établies, de pratiquer une contre-ouverture à l'extrémité supérieure de la tumeur, vers l'appendice xyphoïde, avec un gros trocart courbe, dans la canule duquel on glisserait une sonde en gomme élastique percée de trous latéraux; puis des adhérences étant formées autour de cette contre-ouverture, de pratiquer une incision assez large pour laisser sortir en une seule fois tous les acéphalocystes contenus dans le kyste, et enfin de faire des injections iodées pour empêcher la putridité du pus.

Cette méthode suivie exactement a amené une guérison radicale.

Le 7 octobre, assisté de mes savants confrères MM. Clerc et Firmin, avec un gros trocart, celui dont je me sers pour la ponction des kystes de l'ovaire, je pénétrai dans le kyste, dans le point où les caustiques avaient été appliqués. Il sortit un flot de pus verdâtre puant, mélangé de nombreux lambeaux d'hydatides. Une grosse sonde en gomme élastique fut glissée dans la canule du trocart et mise à sa place; des injections d'eau tiède d'abord pour bien nettoyer le kyste et faire sortir tous les débris des hydatides, furent répétées plusieurs fois, et je terminai par une injection composée d'eau et de teinture d'iode à parties égales. Le poids du liquide écoulé était de 1,250 gr. Les injections iodées furent continuées pendant plusieurs jours matin et soir, et sous leur influence le pus perdit bien vite sa mauvaise odeur et ses mauvaises qualités. Un mieux sensible se manifesta dans l'état général, la fièvre disparut, ainsi que les sueurs et l'insomnie; l'appétit revint, et la guérison aurait pu s'ensuivre si les hydatides avaient pu sortir par la sonde laissée à demeure non-seulement pour faciliter l'écoulement des matières liquides renfermées dans le kyste, faire des lavages quotidiens, mais aussi et surtout dans le but de faire naître des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale.

Le 11, la sonde laissée à demeure fut remplacée par une sonde plus grosse, et deux jours après par une plus grosse encore. Bien sûr alors que des adhérences solides existaient dans le point où j'avais fait ma première ponction, le kyste étant complétement vidé de toute la matière liquide qu'il pouvait contenir.

Le 18, je retirai la sonde et introduisis à sa place un gros trocart courbe, dont la pointe était entrée dans la canule. Dirigeant sa pointe en haut, vers l'appendice xyphoïde, je soulevai la paroi abdominale de dedans en dehors; avec le bout de la canule du trocart et avec les doigts de la main gauche appuyés sur la région épigastrique, je cherchai à reconnaître le point où correspondait l'extrémité de la canule, dans le but de mesurer la distance que je voulais mettre entre mes deux ouvertures et de déterminer l'endroit où je voulais pratiquer une contre-ouverture. Ceci étant fait, je fis saillir la pointe du trocart hors de sa canule et le fis sortir entre mon pouce et mon indicateur gauches, dans l'endroit que j'avais décidé. Cette nouvelle ouverture était placée à 5 centimètres au-dessus de la première et à l'extrémité supérieure de la tumeur, vers l'endroit où le kyste avait eu probablement son siége primitif. Le trocart traversait le kyste et la paroi abdominale en deux points opposés. Une grosse sonde en gomme élastique, percée de trous latéraux, fut introduite dans la canule du trocart et laissée à demeure à la place de la canule, que je retirai aussitôt. Cette sonde, que l'on a appelée dans ces dernières années un drain, faisait l'office d'un séton creux, ouvert à ses deux extrémités. Elle me servit à continuer les injections et les lavages, à favoriser la sortie de tout le liquide qui se formait dans le kyste, et surtout à provoquer des adhérences, non-seulement autour de la contre-ouverture que je venais de pratiquer, mais encore dans l'intervalle compris entre les deux ouvertures, de manière à fixer solidement le kyste à la paroi abdominale et à pouvoir l'ouvrir largement et sans craindre un épanchement dans le péritoine.

Au bout de quelques jours, les adhérences étant établies, je remplaçai la sonde par un tube à drainage en caoutchouc, dont je réunis les deux bouts à l'aide d'un fil ciré qui formait une anse au-devant du ventre. Chaque jour on nettoyait l'intérieur du kyste et du tube par des lavages et des injections iodées, qui amenaient quelques débris d'hydatides.

Le 1er novembre 1863, bien sûr que des adhérences solides existaient autour des deux ouvertures que j'avais pratiquées et probablement dans leur intervalle, assisté de MM. les docteurs Clerc et Firmin, je fis, de l'ouverture supérieure vers l'inférieure, une incision d'environ 3 centimètres, de façon à ne pas pénétrer du premier coup dans le kyste; puis, à l'aide d'une sonde cannelée introduite dans l'intérieur du kyste, au-devant du drain que je n'avais pas retiré, j'agrandis cette ouverture avec précaution de dedans en dehors. Mon doigt, introduit aussitôt dans cette ouverture agrandie, servit à arrêter un petit écoulement de sang insignifiant qui avait eu lieu après l'incision. Laissant toujours mon doigt introduit dans le kyste, je fis placer la petite malade sur le côté droit, et dès que mon doigt fut retiré, un liquide verdâtre, purulent, s'écoula d'abord, puis de grosses hydatides se présentèrent naturellement à l'ouverture et sortirent facilement sous l'influence de la pression exercée par MM. Clerc et Firmin, sur le ventre et sur les hypochondres, et aussi par les efforts de toux et d'expiration auxquels se livrait notre petite malade. Les hydatides sorties formaient une masse de la grosseur du poing d'un adulte; plusieurs avaient le volume d'un petit œuf de poule; elles offraient une couleur blanc laiteux, leur tissu était mou, gélatiniforme, très-friable, ressemblant à du blanc d'œuf cuit. Plusieurs lavages faits immédiatement pour vider complétement ce kyste firent encore sortir une grande quantité de débris et une foule de petites hydatides de différentes grosseurs.

Un drain plus volumineux fut mis à la place de l'ancien, et un pansement à plat, à l'aide de plumasseaux de charpie recouverts d'onguent styrax, fut fait sur les deux ouvertures; un bandage de corps modérément serré fut appliqué, et la petite malade mise dans un lit bien chaud. Cette opération ne produisit pas la plus petite réaction.

Les jours suivants, des lavages à l'eau tiède et des injections iodées furent faits matin et soir à l'aide d'une grosse sonde qu'on introduisait à chaque pansement, et ensuite des injections iodées pures furent pratiquées tous les deux ou trois jours.

A deux reprises différentes, le jour de l'opération et le lendemain, au moment des lavages, il s'écoula une petite quantité de liquide jaunâtre bilieux qui indiquait une communication probable avec un des conduits biliaires; mais cet écoulement ne s'est pas renouvelé les jours suivants.

Sous l'influence de ce traitement, le kyste revint promptement sur lui-même, et c'est à peine s'il admettait 80 à 100 grammes de liquide huit jours après l'opération. Peu à peu l'ouverture que j'avais faite avec le bistouri s'est rétrécie, et la sonde en gomme élastique a été remplacée par une grosse sonde de femme en argent, que j'avais fait faire exprès, avec des œils très-larges, pour permettre aux débris hydatiques qui auraient pu encore exister dans le kyste de sortir facilement. Bientôt le kyste a été réduit à un trajet fistuleux entretenu par la présence du drain; il était tellement réduit que les injections faites par les bouts du drain ressortaient sans séjourner et sans amener aucun détritus. Il n'y avait d'autre suppuration que celle qui était entretenue par la présence du drain, agissant comme un séton.

Dans la crainte que le kyste ne fût pas complétement oblitéré et qu'il y eût du danger à laisser les ouvertures des ponctions se fermer trop vite, le 20 novembre je remplaçai le drain par un séton composé de plusieurs fils cirés, qu'on avait soin de faire aller et venir matin et soir; mon but était de favoriser la sortie des matières, soit purulentes ou autres, qui auraient pu exister encore, ce séton ne donnant lieu qu'à un écoulement de pus provenant du trajet fistuleux établi entre les deux ouvertures.

Je me décidai à l'enlever définitivement le 1er décembre, c'est-à-dire un mois après l'incision.

Le 8, le kyste paraissait être complétement oblitéré; l'ouverture inférieure du trajet fistuleux était fermée depuis plusieurs jours, mais l'ouverture supérieure continuait à fournir un peu de suppuration et de sérosité.

A partir de ma dernière opération, c'est-à-dire de l'incision pratiquée le 1er novembre, un mieux remarquable a eu lieu chez notre petite malade; son appétit, son sommeil et ses forces sont revenus; elle a repris de l'embonpoint, ses couleurs, et tous les signes d'une bonne santé; au bout de quinze jours, elle se levait une partie de la journée et descendait dîner à table.

Le creux épigastrique n'est pas douloureux à la pression; il est déprimé comme dans l'état normal; la percussion faite dans tous les points de l'épigastre, là où il y avait une matité très-prononcée lors de l'existence du kyste, donne une sonorité normale. Le foie n'offre rien à noter. Les fonctions digestives et respiratoires sont parfaites; l'enfant a retrouvé sa gaieté et sa vivacité ordinaires; elle est revenue à tous ses jeux avec son ardeur habituelle; tout fait espérer jusqu'à présent que ce kyste était uniloculaire et que la guérison sera radicale. Elle a repris ses études, et le 23 janvier 1864 j'ai constaté qu'elle jouissait d'une excellente santé.

PURPURA HÆMORRHAGICA.

Accidents graves. — Intermittence. — Perchlorure de fer et sulfate de quinine. — Guérison.

Par M. le docteur NYSSENS, de Maeseyck (Limbourg).

Je fus appelé le 14 mai 1863 près d'une jeune fille que l'on disait atteinte de rougeole depuis cinq jours. On se proposait de laisser la prétendue affection rubéoleuse parcourir ses périodes, lorsque le cinquième jour une hémorrhagie gingivale assez intense survint et décida les parents de la malade à venir réclamer mes soins. Voici cette observation telle que je la recueillis.

D. N..., jeune fille âgée de treize ans, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, était rentrée chez ses parents, après une absence de trois mois, atteinte de fièvre intermittente. A la suite de cette fièvre était survenue cette éruption cutanée que tout d'abord l'on avait prise pour une simple rougeole. A ma visite, je trouvai la malade au lit, très-affaissée, d'une grande pâleur, et rejetant incessamment une salive épaissе, sanguinolente. Examinant la poitrine, l'abdomen et les bras, je trouvai ces parties recouvertes d'une grande quantité de taches de grandeur variée et offrant une couleur lie de vin. Les plus grandes taches existaient particulièrement à la région sternale. La face, les pieds et les mains n'offraient aucune altération, si ce n'est la pâleur dont j'ai déjà parlé. La malade éprouvait de temps en temps des horripilations; la peau était chaude; le pouls petit, accéléré, donnait 110 pulsations à la minute. Point d'appétit; soif vive; pas de diarrhée. Les organes intérieurs, examinés avec soin, ne trahissent aucune altération matérielle. Je diagnostique un *purpura hæmorrhagica* résultant du grand affaiblissement de la constitution de cette jeune fille, et je prescris :

Perchlorure	1 gramme.
Sirop simple.	30 grammes.
Eau distillée.	120 —

A prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures. De plus, j'ordonne une légère solution d'alun pour toucher les gencives.

Le 15 mai, la médication précédente n'a produit que peu d'effet. L'hémorrhagie gingivale a cependant diminué; mais il y a eu une hémorrhagie nasale, et de nouvelles taches d'un rouge plus clair se sont produites à la peau. L'état général n'est pas modifié. Je porte le perchlorure de fer à 2 grammes; je prescris une limonade sulfurique, et je permets de donner à la malade un bouillon et un œuf.

Le 16, les taches cutanées deviennent plus grandes, les gencives persistent à saigner; il y a eu deux épistaxis; hématurie et entérorrhagie. Le pouls est à peine sensible; la face est pâle, bouffie; la malade ne répond plus aux questions que je lui adresse; prolapsus général. Confiant dans ma médication, je persiste dans les mêmes moyens thérapeutiques, seulement j'augmente encore la dose du perchlorure de fer, que je porte à 4 grammes. Trois bouillons et un œuf.

Le 17, l'hémorrhagie intestinale et l'hématurie ont diminué, le sommeil est profond; il y a une sorte d'insensibilité, peu de chaleur à la peau; on constate des frissons avec claquements de dents; le pouls est misérable, la position de la malade semble désespérée. En présence de cette persistance du mal et de son aggravation rapide, je fus frappé par ces frissons intercurrents; je me rappelai que l'on m'avait renseigné une fièvre intermittente et je n'hésitai plus un instant à saisir la nouvelle indication qui se présentait. Nonobstant la gravité du cas, j'augurai bien du sulfate de quinine et je prescrivis :

Sulfate de quinine.	60 centigrammes.
Sucre blanc.	q. s.

Pour faire six poudres. Prendre une poudre toutes les deux heures. La potion au perchlorure de fer est néanmoins continuée, ainsi que les bouillons.

Le 18, le résultat prévu s'est réalisé, toutes les hémorrhagies ont cessé, il y a cependant encore un léger accès de fièvre. Je continue le sulfate de quinine et le perchlorure de fer. Régime tonique.

Le 19, plus d'hémorrhagie; le pouls se relève, la physionomie de la malade se ranime; elle s'occupe de ce qui l'entoure, elle désire de la nourriture; la température de la peau redevient plus franche. Bref, l'amélioration est notable. Je continue la même médication.

Le 20, l'amélioration progresse activement, les taches cutanées tendent à disparaître, le pouls se développe, devient régulier; plus de frisson; tout annonce une guérison prochaine. Je remplace le sulfate de quinine par les pilules suivantes :

Fer réduit par l'hydrogène . .	5 centigrammes.
Quinquina	q. s.
Pilules.	n° 50.

A prendre trois pilules par jour, matin, midi et soir. Je cesse le perchlorure de fer et tous les autres moyens. Régime fortifiant.

A partir du 22, l'amélioration va progressant; la guérison est désormais certaine; la petite fille se lève, se promène dans sa chambre et bientôt dans son jardin; elle présente ceci de remarquable que si sa maladie a acquis en peu de temps un haut degré de gravité, elle a aussi rétrocédé et disparu sous l'influence d'un traitement efficace et opportun avec une non moins grande rapidité.

(*Presse méd. belge* et *Abeille méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mars 1864. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet un mémoire de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), sur la constitution médicale de 1863 dans le département de la Haute-Marne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Davaine, qui se présente comme

candidat dans la section de thérapeutique et de matière médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Léon Soubeiran, qui déclare se désister de sa candidature;

3° Une note sur les virus, la variole et la vaccine, par M. le docteur G. de La Plagne;

4° Des observations de goître aigu recueillies en 1863 par M. le docteur Dourif (de Clermont-Ferrand) (commission des épidémies);

5° Une note de M. Candeo, médecin à Venise, sur le traitement de la surdité par les injections d'éther (commission des remèdes secrets et nouveaux);

6° M. Galante présente une nouvelle sonde articulée qu'il a construite d'après les indications de M. le docteur Fauvel.

Cet instrument a pour but d'écraser dans l'intérieur de la glotte les polypes et les végétations de consistance molle, et d'obtenir ainsi une dilacération de ces productions morbides, dilacération qui les rend plus accessibles à l'action dissolvante des caustiques que l'on applique ensuite sur leur surface déchirée.

Description de l'instrument.

C'est une sonde courbe, à la partie inférieure de laquelle est fixé un écrou correspondant à un mandrin C, lequel est placé dans l'intérieur, et qui correspond à son tour avec chacune des brisures de la partie concave de l'instrument.

Lorsque la sonde est introduite, on tourne l'écrou de gauche à droite, ce qui fait basculer ces brisures, qui forment alors les dents B qui servent à arracher les granulations.

L'opération finie, on tourne en sens contraire, c'est-à-dire de droite à gauche; les dents reprennent alors leur place première, et l'on peut retirer l'instrument facilement.

La sonde est percée au bout et sur le dessus, afin de laisser respirer le patient.

— M. TARDIEU, au nom de M. le docteur Desnos (de Paris), présente une brochure intitulée *De la curabilité de la phthisie pulmonaire.*

— M. LARREY présente trois *Bulletins* de la Société de médecine d'Alger pour 1863.

— M. DEVERGIE présente, au nom de M. le docteur Liégard (de Caen), une brochure sur l'éclampsie puerpérale et son traitement.

— M. BOUVIER dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Auzias-Turenne, un document historique qui se rattache à la question actuellement pendante de l'origine de la vaccine; c'est une lettre du Dr de Carro, de Vienne, au professeur Pictet, de Genève, à la date du 22 juin 1803. Voici le texte de cette lettre, dont M. Bouvier a indiqué en quelques mots la teneur:

Vienne, le 22 juin 1803.

Outre la confirmation que le docteur Sacco, de Milan, a donnée par une variété d'expériences à la théorie du docteur Jenner sur la connexion du *grease* et du cowpox, un médecin français, M. Lafont, établi depuis longtemps à Salonique, en Macédoine, vient d'obtenir les mêmes résultats. Il a de fortes raisons de croire, d'après le rapport de plusieurs paysans albanais, que le cowpox existe dans le pays qu'il habite.

Les maréchaux ferrants de Salonique connaissent fort bien le *grease* que M. Lafont appelle javart, et ils le distinguent en javart *phlegmoneux, scrofuleux* et VARIOLIQUE.

Le javart *variolique est accompagné d'une éruption semblable à la petite vérole.* C'est de cette espèce que M. Lafont s'est servi, et c'est avec la matière que contenaient de petits ulcères sur les jambes de devant, qu'il a produit des pustules parfaitement semblables à la vaccine.

Les deux premiers enfants inoculés avec le virus du cheval ont eu des symptômes de fièvre beaucoup plus forts; mais les inoculations suivantes ont été aussi bénignes que d'ordinaire.

(*Bibliothèque britannique*, t. XXIII, sciences et arts, an XI (mai 1803; vieux style), p. 435).

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

La parole est à M. Depaul.

Suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

M. DEPAUL commence une longue argumentation dans laquelle il se propose de répliquer successivement aux objections qui lui ont été faites dans les divers discours qui ont été prononcés sur cette question. Dans la première partie de cette argumentation, il discute le dernier discours de M. Bouley et ceux de MM. Reynal et Magne. Le temps lui manquant pour terminer, il renvoie la suite de son argumentation à la séance prochaine. (Voir le premier-Paris.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 24 février, M. le docteur Michon, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Nous ne pouvons insérer ce décret sans nous associer à l'impression de générale satisfaction qu'une récompense aussi méritée a produite dans tout le corps médical.

M. Brame, président de la commission des hospices de Lille, a été promu par le même décret au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— L'une des sociétés savantes de Paris est honorée en ce moment par l'étranger des marques les plus flatteuses de considération: elle vient d'être choisie pour arbitre dans trois graves questions de déontologie et de médecine légale.

Un praticien de Bologne, le professeur Monti, médecin d'un hôpital d'aliénés, se trouvant blessé dans sa dignité par l'intervention inopportune d'administrateurs qui prétendent lui donner des conseils sur le mode de traitement de ses malades, sollicite l'appui moral de la Société médico-psychologique, et obtient gain de cause.

Un gentleman du nom de Townley assassine sa fiancée, et est condamné à mort. Le docteur Forbes Winslow, convaincu de l'insanité d'esprit de Townley, en appelle aux lumières de la Société médico-psychologique, laquelle a immédiatement chargé MM. Jules Falret, Legrand du Saulle et Brierre de Boismont de lui faire un rapport sur cette affaire, qui passionne toute la presse anglaise. Townley est provisoirement déposé dans une maison d'aliénés.

Plusieurs médecins espagnols, impliqués dans un procès en séquestration illégale d'une dame Sagrera, sont condamnés à dix-huit et vingt ans de réclusion. La Société médico-psychologique est consultée, et elle proclame l'innocence de ces médecins. La reine d'Espagne signe la grâce, élève le docteur Antonio Pujadas, membre associé étranger de la Société médico-psychologique, au grade de commandeur de l'ordre de Charles III, et le nomme, en outre, commissaire général pour l'inspection des asiles d'aliénés du royaume.

Ces trois affaires, dont l'importance ne saurait échapper à personne, prouvent l'intérêt qu'on attache à l'étranger aux travaux d'une de nos savantes sociétés médicales, et elles démontrent également que l'esprit d'association et de solidarité pénètre de plus en plus dans les rangs de notre corporation.

—Les *Tablettes des deux Charentes* annoncent, sous toutes réserves, la fondation et la publication prochaine, à Paris, d'un *Journal de médecine navale*, qui serait rédigé par l'un des professeurs de l'Ecole de médecine de Brest.

— M. le docteur Landouzy, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Reims, membre correspondant de l'Académie de médecine, auteur de travaux nombreux, et qui avait pris dans ces derniers temps une part si active dans l'étude de la pellagre, est mort le 1er mars, après une courte et cruelle maladie, et à un âge où il était encore susceptible de rendre de très-grands services à la science.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Lebas, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Bourges, et de M. Lacassin, pharmacien à Toulouse. Ce dernier a succombé, le 13 février, à une rapide affection rhumatismale, âgé seulement de quarante-neuf ans.

— Dans son audience du 17 février, le tribunal correctionnel de Toulouse a condamné, sur la plainte portée au parquet par l'Association de cette ville, à 25 fr. d'amende et aux dépens, le sieur Laville, déjà condamné au mois de mai 1863, pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Dans la même audience, il a appliqué la peine de quinze jours d'emprisonnement, 25 fr. d'amende et les frais, au sieur Guillet, pour exercice illégal de la médecine et escroquerie. Le sieur Guillet débitait au public, au prix de 4 fr. le flacon, un sirop que l'analyse chimique a démontré n'être qu'une décoction de pommes, et auquel le prospectus accordait, entre autres vertus, celles de régénérer l'espèce humaine et d'exhausser la taille des conscrits!...

— On demande pour l'Angleterre des étudiants en médecine de 2e et 3e année, et des élèves en pharmacie munis d'un certificat d'au moins deux années de stage. Ces élèves seront subventionnés par leur hôpital respectif.

Ecrire *franco* à MM. Pratt and sons, J. Russel street, Cumberwell New-Road, London.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 27. — SAMEDI 5 MARS 1864. (37e ANNEE.) N° 27. — SAMEDI 5 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rapports de la démence sénile et de la paralysie générale.

Nous avons dit, dans la dernière *Revue*, en résumant les recherches cliniques et anatomo-pathologiques de M. Marcé sur la démence sénile, que nous compléterions cet exposé par le parallèle de cette affection avec la paralysie générale. Les nombreuses ressemblances qui existent entre ces deux états exigeaient, en effet, ce parallèle.

A part les cas où la démence sénile est consécutive à une franche attaque d'apoplexie, fait remarquer M. Marcé, on observe dans les deux maladies, sous forme progressive, l'affaiblissement de l'intelligence, l'embarras dans la parole et l'abolition de la motilité; dans les deux maladies, on voit du délire maniaque, du délire mélancolique ou des conceptions délirantes isolées se surajouter aux symptômes de démence, et des congestions cérébrales à formes variables aggraver par leur apparition l'intensité des symptômes ou accélérer la terminaison fatale. L'âge, il est vrai, est une circonstance qui peut aider beaucoup à éclairer le diagnostic, la paralysie générale se manifestant le plus ordinairement entre trente-cinq et quarante-cinq ans. Mais que la paralysie générale survienne à un âge plus avancé, dans la vieillesse, ainsi que cela se voit quelquefois exceptionnellement, le diagnostic différentiel devient alors très-difficile.

Cependant M. Marcé n'en maintient pas moins que, dans l'immense majorité des cas, ces deux affections peuvent être distinguées l'une de l'autre au point de vue clinique, et qu'elles diffèrent essentiellement par la nature de leurs lésions anatomiques.

Voici les considérations qui, dans l'examen des cas difficiles, lui paraissent devoir contribuer à éclairer le diagnostic.

L'hémiplégie absolue ou relative, très-fréquente au début ou pendant le cours de la démence des vieillards, est plus rare et moins accentuée dans la paralysie générale : dans cette dernière affection, elle est le plus souvent passagère et due uniquement à des congestions unilatérales avec lesquelles elle disparaît; ce n'est qu'exceptionnellement que l'on observe une hémiplégie persistante due à la prédominance des lésions de la couche corticale dans l'un des hémisphères.

Si l'hémiplégie du bras et de la jambe est loin d'avoir dans la paralysie générale la fréquence et la fixité qu'elle présente dans la démence sénile, cette différence est encore plus marquée pour l'hémiplégie faciale. Il est bien rare que dans les ramollissements du cerveau une des commissures labiales ne soit pas abaissée, qu'il n'y ait pas une déviation apparente de la langue due à l'inégalité de ces commissures. Or, dans la paralysie générale, rien de plus rare qu'une hémiplégie faciale permanente et nettement caractérisée.

L'examen des mouvements de la langue et l'état de la parole fournissent à leur tour de précieux moyens de diagnostic. Dans la paralysie générale, la langue est rarement déviée; elle peut sortir obliquement, mais presque toujours elle finit par s'étaler largement et en ligne droite, présentant à sa surface des ondulations et des contractions fibrillaires caractéristiques, que l'on retrouve au niveau des muscles des lèvres. Dans la démence sénile, pour peu qu'il y ait hémiplégie, la langue reste entraînée du côté paralysé; quelquefois, le corps de l'organe se tord sur lui-même, de manière à présenter en avant une de ses faces latérales; il peut arriver enfin que, malgré d'énergiques efforts, il soit impossible de projeter sa pointe entre les deux arcades dentaires. Quant aux contractions fibrillaires, M. Marcé ne les a rencontrées que très-rarement à la surface de la langue, et surtout dans les muscles des lèvres chez les sujets en état de démence sénile, et il est porté à attribuer à ce signe une certaine importance pour le diagnostic.

Enfin, dans la paralysie générale, la parole est comme scandée; certaines syllabes sont précédées d'un moment d'arrêt et d'hésitation, et il faut un certain effort pour qu'elles soient prononcées. Dans la démence sénile, la parole est pâteuse, confuse, mal articulée, comme si les sujets avaient un corps étranger dans la bouche.

En un mot, dans les deux premières périodes de la paralysie générale, les troubles de la motilité consistent moins en une véritable paralysie qu'en une irrégularité et un défaut de coordination de la contraction musculaire; tandis que chez les déments, il y a réellement diminution des forces musculaires.

Les troubles de l'intelligence présentent des caractères distinctifs moins tranchés. L'affaiblissement de la mémoire et de toutes les facultés se rencontre dans les deux cas avec des caractères presque identiques; l'excitation maniaque, le délire mélancolique se rattachent également à ces deux états morbides. Le délire ambitieux seul, bien qu'il ait été constaté quelquefois dans le cours d'un ramollissement, conserve cependant pour la généralité des cas sa valeur caractéristique comme symptôme de la paralysie générale.

Comparées au point de vue de l'anatomie pathologique, la démence sénile et la paralysie générale offrent des différences plus accusées que celles que fournit l'examen clinique.

On a vu dans la description des lésions anatomiques de la démence sénile qu'aux troubles de la motilité correspondaient des lésions placées sur le trajet et à l'origine des fibres motrices, et à l'affaiblissement de l'intelligence l'atrophie des circonvolutions, l'infiltration graisseuse et l'oblitération plus ou moins complète des capillaires, la dégénérescence athéromateuse des cellules et des tubes nerveux.

La démence sénile et la paralysie générale présentent, à ce point de vue, comme résultat terminal commun, l'atrophie et la dégénérescence graisseuse des tubes et des cellules. Mais dans la paralysie générale, cette atrophie est consécutive à une exsudation plastique qui, se faisant autour de la paroi adventice des capillaires, détermine les adhérences de la pie-mère à la couche corticale, diminue le calibre du vaisseau qu'elle comprime et met obstacle à la circulation du sang. Dans la démence sénile, au contraire, l'oblitération est consécutive aux dépôts athéromateux qui se produisent spontanément, par suite des progrès de l'âge et de la diminution de la force assimilatrice dans les cavités des capillaires.

Dans le premier cas, ce sont surtout les adhérences des méninges avec la couche corticale sous-jacente qui constituent la lésion caractéristique; les parties centrales restent le plus souvent intactes. Dans le second cas, au contraire, non-seulement les membranes épaissies, opaques, infiltrées, sont rarement adhérentes ou ne le sont que partiellement; mais on trouve presque toujours dans les parties centrales, des foyers de ramollissement multiples, des cicatrices apoplectiques et des altérations organiques de toute nature.

En un mot, ces deux états diffèrent en ce que l'un est un mouvement sinon inflammatoire, du moins fluxionnaire, l'autre un arrêt de nutrition.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue, dans ce parallèle, que la démence sénile et la paralysie générale, malgré les différences cliniques et anatomiques qui les séparent, peuvent se compliquer quelquefois ou se succéder, ce qui explique la confusion qui peut avoir lieu dans quelques circonstances entre les symptômes et l'impossibilité à peu près absolue de les distinguer.

Tumeur cérébelleuse de nature syphilitique. Guérison.

La pathologie du cervelet a été depuis quelques années l'objet de recherches cliniques qui ont élucidé beaucoup de points obscurs de son histoire, en même temps qu'ils ont jeté un nouveau jour sur la physiologie de cet organe.

Les plus récentes de ces recherches sont celles de MM. Leven et Ollivier. Nous en avons exposé le résumé l'année dernière. Il en résulte, on s'en souvient, que la motilité est la seule fonction qui soit atteinte par les lésions du cervelet; que les phénomènes principaux qu'elles produisent sont des mouvements convulsifs des membres, un affaiblissement musculaire, des mouvements de rotation, de manége, l'hémiplégie, etc.; que le système musculaire de l'œil, celui de la langue, sont particulièrement troublés; enfin, que ces symptômes se compliquent souvent de phénomènes dépendant de troubles fonctionnels de la moelle allongée, tels que vomissements, respiration stertoreuse, irrégularité du pouls, etc.

Il s'est présenté récemment dans le service de M. le docteur Duplay, à l'hôpital Lariboisière, un fait du plus grand intérêt sous ce rapport : d'abord, comme exemple peu commun d'une affection du cervelet suivie de guérison, affection appartenant, il est vrai, au seul ordre de lésions de cet organe qui aient été jusqu'ici accessibles à la thérapeutique; et en second lieu, à cause de la confirmation qu'il donne à la symptomatologie décrite par MM. Leven et Ollivier.

Voici cette observation, dont M. Leven a communiqué la relation à la Société de biologie :

Une femme de trente et un ans entre dans le service de M. le docteur Duplay, à l'hôpital Lariboisière, portant sur les membres supérieurs une syphilide pustuleuse très-bien caractérisée; elle avait eu un chancre induré suivi de plaques muqueuses, etc. Depuis plusieurs semaines, elle se plaignait de céphalalgie occipitale très-violente; elle avait des vomissements incoercibles, et l'iodure de potassium qu'on lui avait administré restait inefficace en présence de cet accident.

Bientôt cette malade se sentit s'affaiblir; elle titubait, la marche devenait de plus en plus pénible, et bientôt elle fut obligée de garder le lit. Dans le décubitus, elle pouvait encore exécuter des mouvements dans tous les sens voulus avec ses membres inférieurs; elle coordonnait ses mouvements. Il n'y avait donc ni ataxie locomotrice ni paralysie proprement dite, mais un affaiblissement musculaire considérable. Il en était de même des membres supérieurs, très-notablement affaiblis aussi, mais conservant intacte la puissance de coordination.

En même temps que cette diminution considérable de force musculaire des membres, il survint un strabisme double convergent qui alla croissant jusqu'au point que les deux globes oculaires disparurent en partie derrière les paupières, ce qui donnait un aspect hideux à la physionomie de cette malade. Le strabisme se compliquait, au début, de diplopie.

L'intelligence et la sensibilité étaient restées intactes au milieu de ces désordres considérables, ainsi que les principales grandes fonctions. Il n'y avait point de fièvre; la malade ne toussait point; la nutrition seule avait été profondément altérée par les vomissements prolongés. M. Duplay diagnostique une affection cérébelleuse d'origine syphilitique.

Un traitement mercuriel fut institué : 2 pilules de Sédillot par jour. Au bout de huit jours déjà, il y eut une amélioration sensible; les maux de tête étaient calmés; les vomissements avaient cessé; les autres symptômes s'amendèrent successivement peu à peu; la malade récupéra ses forces; bientôt elle put rester assise dans son lit, se tenir sur ses jambes; le strabisme cessa également. Après six semaines de traitement, les douleurs de tête et les vomissements avaient complétement disparu; la malade avait récupéré la puissance de ses mouvements; elle quitta l'hôpital pouvant marcher facilement.

M. Leven a pu suivre l'observation de cette malade jusqu'à sa sortie de l'hôpital; il l'a vue depuis, et il a pu s'assurer que sa guérison a été définitive. Cette femme a repris ses travaux.

La guérison n'est certainement pas la circonstance la moins digne d'intérêt de cette observation si intéressante déjà à d'autres points de vue. Le fait n'est pas unique, du reste, sous ce rapport. On trouvera dans l'excellent ouvrage de MM. L. Gros et Lancereaux, sur les affections nerveuses syphilitiques, plusieurs cas semblables, où les symptômes ne laissaient pas de doutes sur l'existence d'une lésion du cervelet d'origine syphilitique, et qui se sont également terminés par la guérison.

Grenouillette. Traitement par le tube perforé.

Lundi dernier M. Chassaignac a opéré une petite fille âgée de dix ans, qui portait une tumeur enkystée du plancher de la bouche, à gauche du frein de la langue, tumeur vulgairement appelée grenouillette. Son origine datait de deux mois, ou plutôt les parents de l'enfant avaient remarqué son développement il y a deux mois. Elle présentait une fluctuation assez franche, était arrondie, mal limitée et non bilobée. Aucun des troubles caractéristiques décrits par les auteurs n'existait encore. Il n'y avait pas de gêne de la parole, et la tumeur ne faisait point une saillie assez considérable pour gêner la mastication; la région sous-hyoïdienne était seulement un peu saillante.

Deux particularités signalaient cette grenouillette. Elle variait de volume. Parfois il semblait qu'elle se vidait en partie, et dans d'autres moments, au dire du père de l'enfant, elle grossissait sensiblement. Le kyste s'ouvrait sans doute spontanément par une petite perforation, et se refermait ensuite, ainsi que cela a déjà été observé plusieurs fois. Les choses en étaient à ce point, que M. Chassaignac se proposait de remettre l'opération à un jour où la tumeur serait très-saillante. Mais en pressant de bas en haut sur la région sous-hyoïdienne, il a fait saillir la grenouillette sur le plancher buccal, où elle est apparue avec le volume primitif qu'elle présentait lorsque le chirurgien l'avait vue pour la première fois. C'était là la seconde particularité. On avait affaire à une de ces grenouillettes qui se développent de préférence vers le cou.

Avant d'opérer, M. Chassaignac a dit quelques mots sur la nature et le siége de la grenouillette. Il a complétement repoussé la théorie de l'oblitération du conduit de Wharton et de la

dilatation. Sans admettre la théorie de Dupuytren et de Breschet, qui assimilaient la grenouillette, l'un à un kyste muqueux, l'autre à un kyste séreux, il se rangeait à l'opinion moderne, formulée par M. Malgaigne (1), à savoir que c'était un kyste développé dans un follicule isolé des glandules buccales, ou dans une bourse muqueuse, comme l'a pensé Fleischmann (2).

Passant ensuite en revue les divers modes de traitement qui ont été appliqués contre la grenouillette, il a établi que le bouton double de Dupuytren, le séton de Physik (de Philadelphie), n'étaient avantageux que parce qu'ils maintenaient ouvert le kyste, y déterminaient une inflammation et l'empêchaient ensuite de se reformer.

Poursuivant les conséquences de ces données, et se fondant sur des expériences déjà faites et des succès obtenus ainsi pour la grenouillette, M. Chassaignac a accordé la préférence aux tubes en caoutchouc perforé, qui, tout en produisant les mêmes effets que le séton, possèdent le double avantage d'entretenir un écoulement continu des produits de l'inflammation, et de permettre l'application des injections iodées, sans avoir recours à aucune manœuvre nouvelle.

Voici comment l'opération a été faite : à l'aide d'un gros trocart droit du n° 16 de la filière Charrière, une ponction a été faite sur la tumeur rendue saillante par une compression exercée sous la région sous-hyoïdienne. Le trocart a pénétré d'arrière en avant, la pointe étant dirigée sur le doigt introduit dans la bouche. Après que la tumeur a été traversée de part en part, l'instrument a été ramené à l'ouverture de la bouche, en faisant subir au kyste traversé un mouvement de torsion auquel les tissus se sont prêtés sans qu'il se produisît la moindre déchirure. Un tube perforé a été engagé dans la canule, et celle-ci a été retirée ; il a été alors facile de couper le tube et de le lier de façon qu'il puisse être contenu dans la bouche sans gêner la fonction de la mastication ni la parole. Le résultat immédiat ne laissait rien à désirer.

Pendant cette opération, il s'est écoulé à peu près la valeur d'une cuillerée de ce liquide filant, visqueux qui caractérise les grenouillettes.

A l'occasion de ce fait, qu'il nous soit permis de citer une thèse sur les calculs salivaires de M. Th. de Closmadeuc (3), où se trouvent des faits de nature à repousser l'idée du siége de la grenouillette dans le canal de Wharton, comme Louis, à l'Académie de chirurgie, l'avait admis *à priori*, et comme Malcomson et M. Richet ont essayé de le démontrer à notre époque. Sur 39 cas rapportés de calculs salivaires développés dans le canal de Wharton, pas un n'était accompagné de véritable grenouillette. Et cependant la présence d'un calcul dans le canal de Wharton semble une condition des plus favorables à un arrêt du cours de la salive.

L'auteur cite même un cas emprunté à la pratique de M. Chassaignac en 1844, une observation où un calcul engagé dans l'orifice du canal de Wharton avait déterminé la dilatation de ce canal et un engorgement douloureux de la glande sous-maxillaire ; l'extraction du calcul a été immédiatement suivie de guérison.

Ce fait prouve qu'il y a une distance énorme entre une oblitération du canal excréteur de la glande sous-maxillaire et une grenouillette qui est toujours indolente et ne s'accompagne pas d'un engorgement douloureux de la glande. Cette remarque avait aux yeux de M. Nélaton (4) une très-grande valeur pour juger le siége de la grenouillette.

Cancroïde du pavillon de l'oreille.

Un malade âgé de soixante-sept ans, couché au n° 16 de la salle Sainte-Vierge, dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, a été opéré pour une tumeur de nature cancéreuse située au niveau du tragus.

Une petite tumeur du volume d'une aveline, d'une consistance charnue, ulcérée à la superficie dans une étendue de 6 à 8 millimètres, mobile avec la peau sur les parties profondes, ne saignant pas, s'était développée depuis deux mois, et avait apparu sous forme d'un petit bouton, que le malade avait arraché. En province, un médecin avait été consulté, et avait pratiqué une ablation de la petite tumeur ; sans doute le mal n'avait pas été enlevé en totalité, car la production morbide s'était accrue avec une nouvelle intensité.

L'état général du malade était excellent, il n'avait rien perdu de son embonpoint ; il n'y avait pas de retentissement du cancroïde sur les ganglions voisins, et quelques rares douleurs lancinantes existaient.

M. Velpeau disait à ses élèves que l'accroissement rapide de la tumeur indiquait évidemment une tumeur maligne, à défaut des signes locaux qui la distinguaient d'un kyste sébacé et d'une tumeur graisseuse. Il ajoutait que pour un cancroïde la durée était singulièrement courte, si l'on comparait l'évolution de ce mal à celle du cancroïde des lèvres. Et il a diagnostiqué une tumeur cancéreuse, contenant très-probablement du tissu fibro-plastique et des éléments de cancer encéphaloïde.

La tumeur, saisie par une érigne double, a été circonscrite à sa base par deux incisions elliptiques emportant avec la tumeur une portion de peau saine. Une petite artériole a été ouverte pendant l'opération, et a donné un peu de sang. La tumeur était bien circonscrite à la peau ; il n'y avait pas d'adhérences profondes, si ce n'est avec le sommet du tragus. Des bandelettes de charpie ont été placées dans la plaie pour arrêter l'hémorrhagie produite par la petite artériole divisée. Un pansement à plat a été fait. Le malade, très-courageux, n'avait pas voulu être endormi, et, soit qu'il fût réellement très-courageux ou qu'il jouît d'une insensibilité locale toute spéciale, comme cela se voit chez certains malades opérés de lipomes, il n'a pas laissé échapper une plainte.

La tumeur enlevée présentait à la coupe une disposition lobulée un peu rameuse, et ne laissait suinter aucun suc; elle était peu vasculaire; la partie du cartilage du tragus enlevée avec la tumeur était un peu jaunâtre, et ne semblait pas autrement altérée.

La pièce sera examinée au microscope; nous en parlerons dans notre prochaine *Revue*.

M. Lebert a décrit une variété de cancer du derme qu'il appelait le cancroïde diffus : est-ce là ce qu'il y a chez le malade de la Charité? Est-ce le cancroïde alvéolaire de Küss (1) et de Wirchow? une sorte de cancer encéphaloïde et fibro-plastique? Est-ce un cancroïde glandulaire? C'est ce que nous apprendra l'examen des éléments histologiques.

QUELQUES PARTICULARITÉS

relatives à un cas d'épilepsie (2).

Par M. le Dr LEGRAND DU SAULLE.

En matière d'épilepsie, les succès — si minimes qu'ils soient — sont rares dans la pratique des médecins spéciaux, et l'on doit saluer presque comme une bonnefortune les cas suivis de quelque amélioration. C'est à ce titre que je prie la Société de vouloir bien m'accorder quelques instants d'attention.

Depuis quinze mois je donne des soins à un étranger, âgé aujourd'hui de trente-trois ans, et qui est devenu épileptique à l'âge de quatorze ou quinze ans à la suite d'onanisme. Les crises parurent d'abord à des intervalles éloignés et irreguliers, et furent combattues, sur les conseils de M. Trousseau, par l'administration de la belladone. Plusieurs années s'écoulèrent, et la maladie résista aux diverses médications qui furent successivement mises en œuvre. Sur la foi de trompeuses promesses, le malade, plein d'illusions bien pardonnables, alla se fixer à Rio-Janeiro, où il comptait d'ailleurs des parents et des amis, et se soumit au traitement antiphlogistique le plus barbare. Il resta sept ans au Brésil, et consacra la seconde moitié de son séjour à se remettre des troubles variés qu'une anémie profonde avait apportés dans sa santé générale. L'épilepsie, comme on devait bien s'y attendre, s'aggrava extrêmemânt. Les facultés de l'intelligence se voilèrent, la mémoire se perdit, le caractère se modifia, et un embarras permanent dans la prononciation apparut.

Ce jeune homme reprit tristement le chemin de la France et fut vu d'abord par M. Baillarger, qui voulut bien ensuite me l'adresser. Lorsque j'intervins, le malade avait une attaque tous les cinq jours, de six à huit heures du matin ; mais chaque fois la crise était invariablement précédée d'une pollution. J'administrai sans le moindre succès le valérianate de quinine : la périodicité ne fut pas ébranlée. Je conseillai un traitement hydrothérapique, et je vis, sous cette influence, l'économie renaître, l'état général se reconstituer, mais la perte séminale et l'attaque d'épilepsie, enchaînées l'une à l'autre par un lien indissoluble, arrivaient toujours à heure fixe.

Je résolus alors de diminuer la sécrétion du sperme à l'aide de grandes dépenses physiques, de gymnastique, de longues marches, etc. Je prescrivis simultanément du valérianate d'atropine. Le caractère intermittent commença cette fois à céder, et des intervalles de six, de neuf, de onze et de treize jours se montrèrent fréquemment ; mais chaque fois que l'attaque épileptique reparaissait, elle avait été annoncée quelques heures à l'avance par une pollution nocturne. J'avais eu raison de penser que l'économie ne s'occupe de la reproduction de l'espèce qu'après avoir pourvu à la conservation de l'individu, et je cherchai à diminuer de plus en plus la sécrétion spermatique. Pendant ce dernier été, le malade se rendit aux eaux de Contrexéville, et il y fut abondamment purgé pendant trente jours consécutifs. Un intervalle de quinze jours sans pollution et sans crise fut obtenu. Depuis ce temps, j'ai fait continuer le valérianate d'atropine — médicament auquel j'ai dû quelquefois des résultats sérieux, — les promenades de 8, 10 ou 12 kilomètres, une hygiène alimentaire spéciale, et j'ai ordonné en outre deux bains de siége froids par jour, d'une durée de deux minutes.

L'amélioration a progressé, et la dernière crise est venue après vingt-deux jours d'une irréprochable santé : une perte séminale l'avait devancée d'une heure seulement. Le malade vit dans une continence absolue. J'ai de graves raisons pour interdire le mariage aux épileptiques, et le coït n'est pas d'ailleurs une formule de la thérapeutique dont je puisse ou doive me servir. Il est, ce me remble, des détails physiologiques que l'on ne doit doser qu'avec une timidité voisine de l'abstention.

Le malade n'a plus d'embarras de la parole; il est plus gai, il va, vient, lit les journaux, s'occupe de politique et récupère sa mémoire : il s'écoute vivre et constate qu'il va mieux. Je crains d'être arrivé à l'apogée du succès, car puis-je diminuer davantage les exonérations de liqueur fécondante ? Il s'agit, vous le savez, d'un homme de trente-trois, et à cet âge la nature fait si peu l'abandon de ses droits ! Je vais avoir recours maintenant au jardinage et à la menuiserie, et je suis résolu à insister plus que jamais sur tous les exercices violents. Le système nerveux en fera son profit, et l'intelligence, bénéficiant de la longueur des trêves, sera de moins en moins exposée à sombrer. Quant à une guérison radicale, je n'y compte pas.

Je n'ai jamais observé un cas d'épilepsie placé d'une façon aussi immédiate et aussi patente sous l'action des organes génitaux, et je remercie la Société d'en avoir accueilli la relation avec tant de bienveillance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 février 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. Fleury (de Clermont) adresse à la Société, avec la pièce pathologique à l'appui, l'observation suivante :

Calcul salivaire retiré de la glande sublinguale.

J'ai été consulté, le 13 janvier 1864, par un jeune cultivateur âgé de vingt et un ans, qui se plaignait d'éprouver depuis un mois des douleurs en mangeant.

La mastication n'est plus possible depuis deux jours, me dit-il ; il rapporte surtout la douleur au côté gauche du plancher de la bouche, au-dessous de la langue. Dans cette région, la muqueuse est rouge et gonflée ; les deux glandes sublinguales sont plus volumineuses qu'à l'état normal ; le gonflement est plus prononcé dans la gauche que dans la droite; elle a bien en volume un tiers de plus que l'autre ; sa forme, du reste, est la même, et si la rougeur de la muqueuse n'accusait pas de l'inflammation, on serait tenté de croire à une simple hypertrophie de l'organe.

En promenant le doigt sur sa face supérieure, on ne perçoit aucune fluctuation, la glande paraît peut-être même un peu plus dure qu'à l'état normal, la pression y détermine quelques douleurs.

On ne trouve dans la région sous-maxillaire correspondante aucune trace d'engorgement; les mouvements de la langue sont faciles, la prononciation n'offre aucune altération. L'état général est on ne peut plus satisfaisant. Ce jeune homme est fort et bien constitué.

L'inégalité de volume qui existe dans les deux glandes me porte à penser que là est le point de départ des accidents dont se plaint le malade, car une inflammation de la muqueuse buccale ne serait pas aussi bien circonscrite, et depuis un mois qu'elle existe, elle se serait terminée par résolution ou par suppuration.

J'exerce une pression légère d'arrière en avant, pour savoir si le conduit excréteur donne passage à la salive; rien ne s'échappe à l'extérieur. Je fais alors une petite ponction à la glande ; la pointe du bistouri est bientôt arrêtée par un corps dur, qui me paraît constitué par un calcul; le malade croit que j'ai touché une dent.

J'agrandis un peu l'incision, et je tâche d'amener la pierre à l'extérieur, en la saisissant avec une pince à griffes, j'en retire bien quelques fragments, mais le noyau résiste : il paraît enchatonné.

J'introduis alors une curette avec laquelle je soulève son extrémité antérieure, à laquelle j'imprime un mouvement de bascule, qui la fait arriver à l'ouverture extérieure; il suffit, pour la retirer, de la saisir avec la pince.

C'est en effet un calcul volumineux, puisqu'il pèse 3 grammes 90, il a la forme d'une olive allongée. (Les calculs salivaires retirés jusqu'ici ne pesaient pas 3 grammes.)

Le malade, aussi étonné que moi, éprouve aussitôt du soulagement. Comme il est reparti après l'opération, je n'ai pu savoir si la plaie s'était refermée immédiatement ou si elle était restée fistuleuse.

Quelle que soit la cause de la formation de ce corps étranger, on ne peut pas faire remonter son origine à un mois seulement ; ce qui m'a le plus étonné, c'est que sa présence n'ait pas provoqué plus tôt de la douleur.

Ostéoplastie périostique. — M. LARREY communique la lettre suivante de M. Sédillot, et montre à la Société les pièces pathologiques qui y sont annexées.

« Strasbourg, le 22 février 1864.

» Je vous envoie, mon cher collègue, la voûte palatine d'un jeune chien, dont j'avais enlevé, le 18 décembre 1863, une lamelle osseuse ovalaire de huit millimètres de largeur maximum sur dix-huit millimètres de longueur. Les deux périostes nasal et buccal avaient été parfaitement ménagés. Le premier était resté complet, sans aucune perforation; le second avait été incisé, puis décollé sans lacération ni contusion. La plaie était réunie le lendemain et l'animal n'en éprouva aucun accident. Il mangeait comme d'ordinaire et ne parut nullement incommodé.

» Je le sacrifiai quarante-trois jours plus tard, en lui insufflant de l'air dans la jugulaire, et l'examen des parties démontra qu'il ne s'était fait aucune régénération osseuse. Les deux périostes et les muqueuses desséchés sont devenus transparents, comme vous pourrez le remarquer, et sur les portions examinées au microscope, on n'a constaté l'existence d'aucun nucléole osseux.

» Mon ami le docteur Marmy (de Lyon) a répété de son côté la même expérience. La lamelle osseuse enlevée n'avait qu'un centimètre de longueur, et la résistance de la voûte palatine semblait si forte à la pression du doigt, qu'il admettait comme très-probable, sinon certaine, la reproduction de l'os. Il n'en était rien cependant, et le chien ayant été sacrifié le soixantième jour de l'expérience, on ne trouva pas la moindre trace d'ossification.

» Avis à ceux qui présentent des malades opérés d'ouranoplastie, chez lesquels ils affirment que les os se sont reproduits complétement au bout d'un mois et quelquefois moins, comme en témoignaient, disent-ils, la dureté et la résistance de la voûte reconstituée; confirmation enfin de la nécessité de mettre sous les yeux des hommes de l'art des os véritablement reformés et reproduits, pour que ces faits puissent être acceptés par la science,

» Je vous serai obligé, mon cher collègue, de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie la pièce anatomique ci-incluse que je vous adresse, etc. » SÉDILLOT. »

Instrument. — M. Lüer, fabricant d'instruments de chirurgie, adresse à la Société un instrument très-portatif destiné à pulvériser les liquides qu'on veut projeter dans les cavités, gorge, oreilles, vagin. Il se manœuvre d'une seule main, ainsi qu'on peut le voir sur la figure ci-jointe, comme une seringue d'Anel. La pulvérisation totale du liquide, sans qu'une seule goutte se condense, a lieu directement à l'orifice A. Si on veut atteindre des parties plus profondément situées, on adapte facilement une canule droite ou courbe B, à l'extrémité de laquelle le liquide est poudroyé. La gradation du piston par un curseur C permet de doser exactement la quantité de liquide pulvérisé qu'on veut employer; disposition qui peut être utile pour

(1) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*. 1859, t. II, p. 57.
(2) *Archives de médecine*, 1862, t. XIII, p. 360.
(3) Th. de Closmadeuc. Paris, 1855.
(4) Nélaton, *Pathologie chirurgicale*, 1847, t. II, p. 759.

(1) Küss, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1846, p. 109.
(2) Communiqué à la Société de médecine pratique, dans sa séance du 3 décembre 1863.

les liquides stimulants ou caustiques qu'on emploie, surtout dans la gorge et le larynx.

COMMUNICATION.

Deux cas d'aphémie traumatique produits par des lésions de la troisième circonvolution frontale gauche. — Diagnostic chirurgical.

M. BROCA. Notre collègue M. Ange Duval, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine navale de Brest et membre correspondant de la Société, m'a prié de vous présenter un mémoire dans lequel il a consigné deux observations de fracture du crâne compliquées de lésions cérébrales qui ont produit l'aphémie.

J'ai décrit sous ce nom d'*aphémie*; il y a près de trois ans, les altérations de la faculté du langage articulé, et j'ai été conduit par les résultats des autopsies à considérer la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale comme étant le siége à peu près exclusif des lésions de l'aphémie.

Pour établir cette opinion, je n'ai pu me servir des faits antérieurs à mes recherches, parce que dans ces observations, précieuses sous le rapport des symptômes, le siége des lésions sur telle ou telle circonvolution n'était pas indiqué. Jusqu'à une époque toute récente, la plupart des anatomistes croyaient que les circonvolutions du cerveau étaient aussi désordonnées que celles de l'intestin. Cette opinion est encore assez généralement répandue, quoique des recherches déjà anciennes aient démontré la fixité de certains sillons et de certaines circonvolutions, et quoique des recherches plus récentes aient prouvé que *toutes* les circonvolutions fondamentales sont parfaitement fixes quant à leur nombre, leur connexion et leurs rapports. L'étage supérieur du lobe frontal, en particulier, se compose de quatre circonvolutions bien distinctes, l'une postérieure et transversale, qui forme le bord antérieur du sillon de Rolando, les trois autres antéro-postérieures, qui commencent en avant derrière l'arcade orbitaire et qui, cheminant d'avant en arrière, vont se jeter isolément dans la circonvolution transversale. Ces trois circonvolutions antérieures sont désignées de dedans en dehors sous les noms de première, deuxième et troisième circonvolution frontale. La première longe la scissure médiane du cerveau; la troisième forme en arrière le bord supérieur de la scissure de Sylvius, et la couche de substance grise qui la tapisse se réfléchissant dans le fond de cette scissure, se prolonge immédiatement sur le petit lobe central désigné sous le nom d'*Insula de Reil.*

Ces rapports sont absolument fixes, mais ils sont encore peu connus, et ils étaient très-généralement inconnus lorsque j'ai publié mes premières observations d'aphémie. On ne pouvait donc pas trouver, dans les faits antérieurs à cette époque, l'indication nominative des circonvolutions lésées. Les auteurs se bornaient à dire que la lésion était située à la partie antérieure, moyenne, ou postérieure de l'hémisphère, et, quoique leurs observations soient fort précieuses à consulter, la plupart d'entre elles ne peuvent servir à déterminer avec une précision suffisante le siége des lésions de l'aphémie.

M. Bouillaud, il est vrai, avait réuni une masse imposante de faits tendant à démontrer que la perte de la faculté du langage articulé dépendait des lésions des lobes antérieurs. Mais on lui avait opposé d'autres faits relatifs à de graves lésions de ces lobes sans perte de la parole. La lecture de ces faits prouve qu'on ne s'entendait même pas sur ce que c'est que les lobes antérieurs. La plupart des auteurs ne donnaient ce nom qu'à la partie du lobe frontal qui est située au-dessus de la voûte orbitaire et qui forme à peine la moitié de ce lobe. Or, c'est dans la moitié postérieure du lobe frontal, dans celle qui est au-dessus de la scissure de Sylvius, que sont situées les lésions de l'aphémie.

Il n'en faut pas davantage pour expliquer le nombre assez considérable des observations qui ont été invoquées contre les idées de M. Bouillaud. J'ajoute que la plupart de ces observations contradictoires sont relatives à des lésions du lobe frontal *droit*, tandis que les observations nombreuses recueillies depuis près de trois ans tendent à établir que les lésions de l'hémisphère *gauche* sont seules capables de produire l'aphémie. Cette proposition est étrange sans doute; mais quelque embarrassante qu'elle soit pour la physiologie, il faudrait bien l'admettre si les faits ultérieurs continuaient à déposer dans le même sens que les premiers.

On a recueilli depuis environ trois ans plus de vingt observations d'aphémie *suivies d'autopsie*. Dans tous ces cas, sans exception, la lésion était située sur l'hémisphère gauche, et dans tous ces cas, à une seule exception près, le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale était profondément altéré. Ce fait exceptionnel, jusqu'ici unique, a été recueilli par M. Charcot. La troisième circonvolution frontale gauche était à peu près saine, mais la circonvolution pariétale externe, avec laquelle elle se continue sans interruption et qui forme la moitié postérieure du bord supérieur de la scissure de Sylvius, était détruite.

On sait que pour plusieurs anatomistes ces deux circonvolutions n'en font qu'une seule, désignée par eux sous le nom de *circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius*, ou de *circonvolution marginale supérieure*. Si l'on interprétait dans ce sens le fait de M. Charcot, on pourrait aisément le concilier avec les autres. Mais il faut attendre d'autres observations avant de se prononcer.

Les faits déjà nombreux sur lesquels reposait mon opinion étaient jusqu'ici exclusivement relatifs à des cas pathologiques, à des lésions spontanées telles que l'apoplexie et les diverses espèces de ramollissement. Mais ces affections n'entraînent ordinairement la mort qu'après avoir produit dans le cerveau des dégâts assez étendus. On trouve presque toujours plusieurs circonvolutions malades. Le lobule de l'*insula*, si voisin de la troisième circonvolution frontale, comme je l'ai dit, est presque toujours lésé en même temps qu'elle; le noyau extra-ventriculaire du corps strié, immédiatement sous-jacent aux minces circonvolutions radiées de l'*insula*, est aussi atteint le plus souvent, ce qui donne lieu à une hémiplégie du côté *droit*. Parmi tant de lésions diverses, il est difficile de découvrir celle qui a produit l'aphémie. Toutefois, en comparant les autopsies, on est autorisé à considérer comme éventuelles les lésions qui ne sont pas constantes, et c'est ainsi que par voie d'élimination, j'ai été conduit à indiquer la troisième circonvolution frontale comme le siége des lésions de l'aphémie.

Mais cette voie est indirecte, et avant d'admettre comme démontré un fait physiologique, on attend ordinairement qu'il ait été confirmé par l'expérimentation directe. S'il s'agissait d'une tout autre faculté que de la faculté du langage, on pourrait songer peut-être à instituer des vivisections; mais l'homme seul possède cette faculté, et il ne reste d'autre ressource que d'étudier les effets des lésions traumatiques accidentelles du cerveau de l'homme. Il peut arriver que ces lésions soient assez circonscrites pour être équivalentes à des vivisections méthodiques. Il s'agit donc de constater le siége précis des plaies ou des contusions cérébrales chez les individus qui deviennent aphémiques à la suite d'une chute ou de tout autre accident. C'est une nouvelle série de recherches à entreprendre, et les deux observations que M. Ange Duval nous envoie aujourd'hui, quoique inégalement démonstratives, doivent être signalées comme les premières de ce genre qui aient été recueillies.

L'une de ces observations date déjà d'une quinzaine d'années, et le nom de la circonvolution lésée n'a pu être indiqué sur le procès-verbal de l'autopsie. Mais le siége de la lésion est si nettement spécifié qu'il est impossible de méconnaître qu'elle occupait principalement, sinon exclusivement, la troisième circonvolution frontale.

L'autre observation a été recueillie tout récemment. Le sujet a été étudié attentivement pendant la vie au point de vue de l'aphémie, et il y a ceci de remarquable que M. Ange Duval a pu, avant l'autopsie, diagnostiquer le siége et la nature de la lésion. La question de l'aphémie rentre par là dans la catégorie de celles qui intéressent directement les chirurgiens, puisqu'elle fournit un nouvel élément au diagnostic des lésions traumatiques du cerveau. Il faut maintenant attendre de nouveaux faits, et la communication faite à la Société de chirurgie par notre collègue de Brest contribuera certainement à attirer sur ce sujet l'attention des chirurgiens. (Nous publierons prochainement l'observation de M. Ange Duval.)

DISCUSSION.

Thérapeutique des kystes hydatiques du foie.

M. VOILLEMIER. Je ne saurais partager entièrement l'opinion de notre excellent collègue M. Giraldès, qui conteste toute nouveauté au procédé de M. Boinet. Sans doute l'emploi du trocart dans l'opération des kystes du foie et le séjour de la canule dans la plaie pour déterminer des adhérences ne sont pas choses nouvelles; mais M. Boinet, en substituant une sonde en gomme élastique à la canule aussitôt après l'opération, en faisant deux ponctions au lieu d'une, en divisant avec le bistouri le pont de parties molles qui les sépare, a créé des complications, des modifications, si vous voulez, véritablement nouvelles. Remarquez bien que je dis nouvelles sans ajouter qu'elles sont bonnes, et, chemin faisant, si l'occasion se rencontre, j'en examinerai la valeur.

Quant à la sûreté du procédé, comme à coup sûr je ne l'emploirai jamais, je ne pourrai juger de sa valeur par mon expérience personnelle. Mais je suis sûr qu'il ne se passera pas un long temps avant que M. Boinet vienne nous avouer, avec sa bonne foi habituelle, que l'infaillibilité dans les hommes ou dans les procédés n'est plus guère de notre époque. Cependant, notre confrère nous a apporté une observation intéressante qui pourra servir à l'histoire des kystes du foie; chacun l'examinera à son point de vue et en tirera le parti qu'il voudra, mais nous devons tous l'en remercier. Après tout ce qui a été dit, je n'aurais pas demandé la parole si M. Boinet, après avoir lu son observation à l'Académie de médecine, n'avait pas montré le désir, en la présentant à notre société, qu'elle devînt le sujet d'une discussion sérieuse. Aussi, je suis convaincu qu'en l'examinant même un peu sévèrement, je lui serai particulièrement agréable.

Ce qui m'a frappé tout d'abord en lisant le travail de M. Boinet, c'est qu'il présente la ponction des kystes du foie comme une opération inusitée, « une témérité chirurgicale qu'on ne conseille pas, et qu'on ose encore moins pratiquer. » Et relevant le courage des chirurgiens, il leur indique son procédé comme pouvant désormais rendre leur conduite « moins incertaine et moins vacillante. » Mais est-ce donc d'hier qu'on opère les kystes du foie? Roux, MM. Velpeau, Jobert, Lenoir, Robert, Denonvilliers et moi-même, nous avons tous pratiqué cette opération. Les médecins eux-mêmes ne s'en sont pas fait faute: Récamier, Legroux, Aran, MM. Cruveilhier, Monneret, Moissenet, et bien d'autres, en ont rapporté des observations. Les faits sont nombreux aujourd'hui, et la ponction des kystes du foie est de pratique commune. Mais ce qui m'étonne plus encore, c'est que M. Boinet s'appuyait, pour parler ainsi, sur l'autorité de Bérard, de Cruveilhier, de MM. Monneret et Moissenet. J'avais lu les travaux de ces messieurs, et j'en avais gardé une impression très-différente. Alors j'eus la curiosité de les relire, et je fus bien vite convaincu que notre confrère les avait étrangement interprétés.

Ainsi il nous dit que M. le professeur Bérard, dans un article du *Dictionnaire* en 30 volumes, a écrit: *qu'il vaut mieux respecter les kystes du foie que de les ouvrir.* — J'ouvre cet article et voici ce que j'y trouve: « *M. Récamier a non-seulement pratiqué l'ouverture des kystes du foie, mais encore il a érigé cette opération en précepte, et cinq succès bien authentiques sont de nature à encourager à la pratiquer de nouveau.* » (Vol. XIII, page 248.)

Il est vrai que deux pages plus loin il emploie les expressions qu'a citées M. Boinet, mais seulement à propos d'un procédé opératoire qu'il regarde comme dangereux. M. Bégin conseillait de faire une large incision à la peau, de diviser les muscles, d'ouvrir le péritoine, de repousser l'épiploon ou l'intestin s'ils se présentaient dans la plaie, et enfin de pénétrer dans le kyste. Et M. Bérard disait: « *Si ce procédé est le seul applicable, ne vaudrait-il pas mieux respecter les kystes hydatiques du foie que de les ouvrir?* » En parlant ainsi, Bérard avait raison; car je ne connais pas de procédé plus dangereux que celui de Bégin. Notre collègue avait lu trop rapidement ce passage, et il n'a pas vu que les paroles de Bérard ne s'appliquaient pas à l'ouverture des kystes, mais à un procédé opératoire défectueux.

M. Boinet n'est pas plus exact quand il cite les auteurs du *Compendium de médecine.* Non-seulement M. Monneret ne repousse pas l'ouverture des kystes du foie, mais il dit que *le traitement chirurgical est le seul duquel on puisse espérer quelque succès.* (Article FOIE, page 112.)

Notre collègue est encore moins heureux quand il invoque l'autorité de M. Moissenet. Celui-ci écrivait, dans son travail sur les kystes du foie (page 150), que *la méthode de Récamier ne lui paraissait pas exempte de danger.* M. Boinet lui fait dire qu'il trouve cette méthode *très-dangereuse.* Ou les mots ne signifient plus rien, ou c'est prêter à M. Moissenet une pensée autre que la sienne. Que M. Boinet juge pour lui-même: si je lui disais que son procédé n'est pas exempt de danger, il me pardonnerait peut-être; mais si j'ajoutais qu'il est très-dangereux, il se montrerait à coup sûr moins tolérant. Pourtant, il aurait pu se tromper dans les mots et conserver l'esprit du travail de M. Moissenet. Loin de là; et la preuve est dans la dixième proposition, qui se termine ainsi: « Lorsque l'état de faiblesse du malade et » le volume énorme de la tumeur font prévoir que l'évacuation ne » poura être faite que peu à peu, à diverses reprises, *il faut, avant* » *tout, chercher à produire des adhérences solides entre le kyste et les* » *parois abdominales, par l'application de cautères profonds sur la* » *partie la plus saillante de la tumeur*, tant pour pratiquer sans danger de péritonite la ponction capillaire, que pour être en mesure » d'adopter plus tard telle autre méthode de traitement qui paraîtra » plus convenable. » Ainsi, M. Moissenet ne trouve pas très-dangereuse, comme le disait M. Boinet, la méthode de Récamier; il la conseille même pour la ponction capillaire ou tout autre procédé employé ultérieurement pour ouvrir le kyste.

Chose singulière, M. Moissenet, dont vous connaissez tous la sage réserve, ne parle avec quelque sévérité que d'un seul procédé, et ce procédé est celui de la canule à demeure, celui de M. Boinet. Comment notre collègue a-t-il eu l'instinct de ne pas lire ce passage, que je cite textuellement: « L'évacuation du kyste au moyen d'un trocart » de moyenne grosseur, doit nécessairement amener son affaissement » et le glissement de l'orifice de ponction sur les parois lisses de la » canule, tandis que les parois abdominales, en raison même de leur » épaisseur et de leur contractilité plus grande, doivent étreindre » et fixer solidement la canule au point d'arrêt. Si la séparation des » deux ouvertures n'est pas le résultat immédiat de l'évacuation du » kyste, n'a-t-elle donc pas de grandes chances d'être produite par » les mouvements de la canule laissée en place? Mouvements inévitables, quel que soit le soin que l'on mette à la fixer. Un effort de » toux, un éternument ou toute autre secousse peuvent compromettre cette position d'équilibre instable d'une canule métallique plantée dans des tissus d'organisation différente, et dont rien ne peut » garantir la rétraction ou l'expansion simultanées. Ici encore, je » voyais naître la péritonite aux efforts mêmes que l'on faisait pour » l'éviter. »

M. Boinet me répondra sans doute que M. Moissenet n'a pu critiquer en 1859 un procédé publié en 1864. Je suis forcé de convenir que la chose est, en effet, difficile. Mais pourtant rien n'est plus vrai; et cela tendrait à faire croire que le procédé de M. Boinet n'est peut-être pas aussi nouveau qu'il veut bien le dire.

Je demande pardon à la Société d'entrer dans tous ces détails. Ce n'est pas ma cause que je défends, mais celle de collègues qui ne sont pas ici pour relever les erreurs qu'on leur attribue. Du reste, j'aborde la question elle-même: M. Boinet repousse la méthode de Récamier en lui reprochant: 1° *d'être douloureuse; 2° de permettre difficilement d'arriver jusqu'au kyste*, 3° *de ne pas produire sûrement des adhérences péritonéales; 4° d'exposer à des péritonites graves.*

Voyons ces divers points: Quand M. Boinet mit de la potasse caustique sur le kyste de sa jeune malade, espérait-il ne pas causer de douleur? Nul n'ignore que l'emploi des caustiques est toujours plus ou moins douloureux. Là n'est pas la question. Il s'agit de savoir si la douleur qu'un moyen détermine est suffisamment compensée par les avantages qu'on en retire. Si ménager qu'on soit de la sensibilité de ses malades, quel est donc le chirurgien qui reculera devant la souffrance qu'éveillera l'emploi d'un caustique, s'il doit, à ce prix, éviter une péritonite? La petite malade de M. Boinet n'a pas voulu souffrir la douleur produite par la potasse... Qu'est-ce que cela prouve, après tous les cas que nous avons chaque jour sous les yeux? C'est que notre collègue a eu affaire à une enfant mal élevée; rien de plus. — Et voulez-vous, pour épargner les douleurs, un moyen auquel je n'ai pas fait l'honneur de la publicité? Chez une dame très-pusillanime, j'avais à ouvrir une tumeur fluctuante de la fosse iliaque. J'endormis la malade; pendant son sommeil je divisai avec un bistouri la peau et l'aponévrose, et dans la plaie je mis de la pâte de Vienne un peu consistante. L'action du caustique ne demanda pas plus de douze minutes, et le lendemain j'ouvris la tumeur avec toute sécurité. M. Boinet, qui veut épargner la douleur à ses malades, croit-il que son procédé est tout plaisir, quand il fait dans le kyste deux ponctions et coupe ensuite avec le bistouri et par couches le pont de tissus qui les sépare? Laissons cela, et passons aux autres reproches.

Les caustiques permettent difficilement d'atteindre le kyste. A la rigueur, on aurait pu adresser cette objection à Récamier le premier jour où il proposa sa nouvelle méthode. Mais ne tombe-t-elle pas devant les faits nombreux qui existent dans la science? N'est-elle pas singulière à une époque où quelques chirurgiens veulent remplacer le bistouri par les caustiques, où chaque jour on enlève avec la pâte au chlorure de zinc les tumeurs les plus volumineuses? La Société comprendra que je ne veuille pas insister sur ce point.

Voici qui est plus important: M. Boinet prétend que les caustiques ne produisent pas sûrement des adhérences péritonéales. M. Cruveilhier, sur l'autorité duquel il s'appuie, a douté également; mais il a fait des expériences, et avec cette loyauté que nous lui connaissons, il est venu dire qu'il s'était trompé; que les caustiques déterminaient des adhérences; que ces adhérences étaient bornées, et qu'on ne devait pas craindre de péritonite étendue. Or M. Boinet ne pouvait pas en ignorer, car ces faits sont énoncés dans l'article même de Bérard qu'il a cité. Contester aujourd'hui ces adhérences, c'est nier une des lois les mieux établies de la pathologie générale, cette loi de l'inflammation adhésive, une des plus grandes gloire de Hunter.

Que M. Boinet me permette de le lui dire, il se montre quelque peu ingrat en attaquant la méthode de Récamier, qui lui a fourni un

cas heureux, la moitié des deux cas sur lesquels il fait reposer la supériorité de son procédé. Il s'agissait d'un homme ayant un kyste hydatique du foie. Notre collègue veut l'ouvrir avec les caustiques; la première application est faite le 17 du mois, et le 22 on était parvenu sur le kyste. Il est ouvert, et il sort une grande quantité de liquide entraînant beaucoup d'hydatides de volume variable, les unes grosses comme des noix, les autres comme des œufs. Le 24, *l'ouverture est agrandie avec un bistouri boutonné*. On ne dit pas pourquoi cette incision, quoique les hydatides sortissent si bien, ni quelle longueur on lui a donnée. — Mais, dans cette occasion, comment s'y est donc pris M. Boinet pour arriver jusqu'au kyste, lui qui trouve cela si difficile? A cette époque, il avait donc confiance dans les adhérences que déterminent les caustiques, pour avoir osé agrandir l'ouverture du kyste? Et qu'avais-je donc besoin de réfuter notre collègue, puisqu'il a si bien pris soin de se réfuter lui-même? — Ce fait, puisque j'en parle, pourquoi donc M. Boinet le place-t-il à côté de celui qu'il nous présente aujourd'hui à l'appui de son procédé? Il avait détruit les parois abdominales avec les caustiques, et il ne s'est servi du trocart que lorsqu'il était arrivé sur le kyste. Ce fait doit être porté au compte de la méthode de Récamier, et non à celui du procédé de M. Boinet. Les deux faits se réduisent donc à un, à un seul, et voyons quelle est sa valeur, en même temps que celle du procédé.

Je ne veux pas reproduire les critiques très-justes de M. Moissenet sur la ponction. Mais encore, dans ce procédé tel qu'il est généralement employé, après avoir ponctionné le kyste, on laisse à demeure la canule, qui est toujours plus grosse que le mandrin et qui remplit exactement le trajet de la plaie. M. Boinet, aussitôt après la ponction, substitue à la canule une sonde élastique nécessairement plus petite, puisqu'il l'introduit dans la canule elle-même. Qui ne voit de suite que dans ce double mouvement de l'ablation de la canule et de l'introduction de la sonde, une certaine quantité de liquide peut s'échapper du kyste et passer dans le péritoine? Et ce danger, M. Boinet s'y expose deux fois en pratiquant deux ponctions. Comme ces deux ouvertures ne suffisent point pour la sortie des hydatides, il les réunira plus tard en coupant le pont de 3 centimètres qui les sépare. Mais quelle garantie a-t-il qu'il existe des adhérences dans cet intervalle? Il répondra qu'il a réussi chez sa jeune malade; mais avant de placer une canule à demeure, il avait ponctionné le kyste une première fois avec un trocart capillaire, et une seconde fois avec un trocart un peu moins gros que celui dont on se sert pour l'hydrocèle; quand il intervint en dernier lieu, ce fut quand il existait *des signes annonçant que le liquide était purulent*. Ne peut-on supposer avec quelque raison que l'inflammation qui avait amené la transformation du liquide avait en même temps produit des adhérences? Admettons un instant que ces adhérences soient dues à la présence de la canule; je le veux bien. Peut-on, avec un seul fait, établir la supériorité d'un procédé sur tous les autres? M. Boinet est-il bienvenu à parler ainsi quand il cite avec un certain dédain les *quelques succès* de la méthode de Récamier, qui en comptait déjà cinq en 1825?

La Société me pardonnera de m'exprimer avec une certaine vivacité; mais quand je songe avec quelle peine et après combien de temps la méthode de Récamier est parvenue à se faire accepter dans la pratique, quand je compte les services qu'elle a rendus, je ne puis voir avec calme qu'on s'efforce de la discréditer, et cela avec un seul fait, un fait mal établi. Si on y parvenait, qu'arriverait-il? C'est que plus d'un praticien, n'ayant plus confiance dans un moyen à l'aide duquel il croyait pouvoir éviter les épanchements dans le péritoine, n'oserait plus ouvrir les kystes du foie et abandonnerait les malades à une mort assurée. Aussi, en défendant la méthode de Récamier, je crois servir le double intérêt de la science et de l'humanité.

Il est encore un autre point sur lequel je ne puis être d'accord avec M. Boinet. Déjà plusieurs fois il a dit dans cette enceinte, et avec une certaine affectation, que la teinture d'iode n'était pas irritante, qu'elle ne pouvait produire une inflammation, et je crois même, si je le poussais un peu, qu'il dirait que l'iode est un antiphlogistique. (M. Boinet fait un signe d'assentiment.) Oh! me voici bien plus à mon aise. Si l'iode est un antiphlogistique, pourquoi donc est-il nécessaire de couper sa teinture de moitié d'eau avant de l'injecter dans les cavités closes? Pourquoi l'a-t-on vu, dans quelques cas malheureux, déterminer des inflammations terribles et causer la mort des malades? Mais les faits abondent contre cette manière de voir. J'ai traité un jeune homme (je ne sais si M. Boinet lui avait fait part de ses idées) qui voulut se couper une chaudepisse avec une injection de teinture d'iode. Quand je le vis, il avait une rétention complète d'urine; sa verge était volumineuse, rouge, et tout faisait craindre une terminaison phlegmoneuse. Ce n'est qu'avec un renfort de sangsues, de bains, d'antiphlogistiques, vrais ceux-là, que je parvins à conjurer des accidents sérieux. J'ai vu un de nos confrères qui avait essayé de traiter des blépharites chroniques avec la teinture d'iode, développer des conjonctivites intenses. Dernièrement, j'ai fait l'autopsie d'un homme que j'avais opéré d'hydrocèle, et qui, après plusieurs années, est venu mourir dans mon service; j'ai trouvé la tunique vaginale du côté opéré oblitérée. Dans tous ces faits, vous ne voudrez pas reconnaître l'action inflammatoire de l'iode. Et vous dites: Non, l'iode est un modificateur. Cela est bon pour les gens du monde; mais ici, cette parole n'est pas sérieuse. Tous les topiques sont des modificateurs. Le vin, l'alcool, les acides affaiblis ou non, la solution d'azotate d'argent, sont, comme l'iode, des modificateurs. Je dirai plus, ils ont chacun une action spéciale qui nous échappe souvent; mais ils se rattachent par un lien commun, celui d'irriter, d'enflammer les tissus quand ils sont employés avec une certaine énergie et dans certaines conditions.

Voilà la doctrine contre laquelle j'éprouvais le besoin de m'élever, parce qu'elle est contraire aux saines notions de la thérapeutique, et surtout contraire aux faits.

Toutefois, j'espère que M. Boinet voudra bien ne voir dans cette discussion que mon désir peut-être ambitieux de le convertir à mes opinions, et nullement l'intention de déprécier son travail.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— M. le docteur Ph. Bardou vient de succomber à une pneumonie aiguë contractée en se livrant à la pêche.

Cet honorable confrère, reçu docteur en 1829, pratiquait depuis cette époque dans la Corrèze, où il possédait le château qui avait appartenu à la famille du Saillant. Les du Saillant étaient alliés à Mirabeau et au jurisconsulte Sirey.

— Un des praticiens les plus estimés de Bordeaux, M. le docteur Sainmartin, vient de mourir à l'âge de soixante-dix ans.

— La Société de médecine de Bordeaux a décerné, dans sa séance du 20 février, les récompenses suivantes:

1re médaille d'or, M. le docteur Marx; 2e médaille d'or, M. le docteur Mandon; mention honorable, M. le docteur Rouzier-Joly; médaille d'encouragement, grand module, M. H. Jacquemet.

— Une *Société de climatologie* vient d'être fondée à Alger. Elle a pour but l'étude de la géographie, de la topographie, de la météorologie, de la statistique, des sciences morales, physiques et naturelles, envisagées au point de vue de la climatologie algérienne.

Les adhésions peuvent être adressées à M. le docteur E. Bertherand, à Alger.

— L'Académie royale de médecine de Belgique met au concours les questions suivantes:

« Démontrer par l'examen critique des travaux existants et par de nouvelles recherches la formation des globules du sang. » — Médaille de 1,500 fr. Clôture du concours, 15 juin 1864.

« Faire l'histoire de la glycosurie, en insistant particulièrement sur les causes, la nature et le traitement de la maladie. » — Médaille de 800 fr. Clôture du concours, 1er avril 1865.

« Exposer en l'appréciant le mouvement scientifique médical qui s'est produit depuis 1835 dans les établissements d'instruction supérieure et les corps savants de la Belgique. » — Médaille de 1,000 fr. Clôture du concours, 1er avril 1865.

« Constater par des observations et des expériences les effets de l'usage et de l'abus du tabac chez l'homme sain. » — Médaille de 300 fr. Clôture du concours, 1er juillet 1865.

« Faire connaître les caractères de la maladie connue sous la dénomination de typhus charbonneux qui attaque les animaux domestiques; indiquer ses causes, les moyens thérapeutiques à y opposer et ceux à l'aide desquels on peut en empêcher le développement. » — Médaille de 500 fr. Clôture du concours, 1er avril 1866.

« Faire l'histoire chimique de la digitaline, en établir nettement par de nouvelles expériences les caractères distinctifs et la composition. Exposer un procédé simple et facile pour son extraction. Le procédé doit être de nature à donner un produit constant et défini. Un échantillon du produit devra être fourni à l'appui du mémoire. » — Médaille de 500 fr. Clôture du concours, 1er avril 1866.

Les mémoires, écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand, seront seuls admis à concourir; ils devront être adressés, *francs de port* et dans les formes académiques, au secrétariat de l'Académie, place du Musée, no 1, à Bruxelles.

Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

L'Académie, exigeant la plus grande exactitude dans les citations, demande aux auteurs d'indiquer les éditions et les pages des livres qu'ils citeront.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité du rhumatisme musculaire ou névro-myalgie. Nouveau mode de traitement de cette maladie et des névralgies en général, par M. le docteur Dupuy (de Frenelle). Paris, 1864, chez Asselin, place de l'Ecole-de-Médecine. Broch. de 167 pages. Prix: 2 fr. 50 c.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 28. — MARDI 8 MARS 1864. (37e ANNÉE.) N° 28. — MARDI 8 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 MARS 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question de la haute antiquité de l'homme a encore fait l'objet de plusieurs communications dans cette séance. M. Milne-Edwards, qui, dans l'une des séances précédentes, avait déjà présenté quelques remarques sur les résultats de fouilles faites dans une caverne de l'Aveyron, établissant la coexistence de l'homme dans le midi de la France avec le renne et d'autres espèces animales perdues, a présenté à l'Académie de nouvelles observations de MM. Lartet et Christy, qui confirment le même fait pour le Centre.

Des recherches faites pendant les cinq derniers mois de 1863, dans une grotte de la commune de Tayac, dans l'ancien Périgord, ont fait découvrir à MM. Lartet et Christy un amalgame d'os fragmentés, de cendres, de débris de charbon, d'éclats et de lames de silex, taillés sur des plans divers et dans des formes définies, avec une association d'autres outils et armes travaillés en os ou en bois de renne.

D'un autre côté, M. de Vibraye a rendu compte des observations qu'il a pu faire dans de nombreux voyages entrepris dans le cours de la même année. Il a réuni un grand nombre de témoignages du même genre, et en particulier, au milieu de milliers d'instruments de silex et d'une multitude d'objets en os travaillés, des représentations d'animaux dessinés ou sculptés à la pointe sur des fragments d'os, et même des figures humaines.

M. Milne-Edwards a mis sous les yeux de l'Académie une série de ces objets, qui témoignent d'une manière irrécusable en faveur de ces trois faits principaux, fruit de longues et persévérantes recherches, et qui viennent aujourd'hui se contrôler, savoir : que l'homme des premiers âges se dévoile par ses œuvres; qu'il s'associe par sa dépouille aux races éteintes; et qu'il se fait enfin révélateur de sa propre existence en reproduisant lui-même son image.

Il ne saurait donc plus subsister de doute aujourd'hui à l'endroit de la coexistence de l'homme et des animaux de races éteintes ou qui ont immigré à des époques préhistoriques vers d'autres points du globe, à la suite de modifications probables dans les climats ou dans les milieux ambiants.

On peut donc répéter avec M. de Vibraye qu'à cet égard la cause est entendue.

Mais loin que le sujet soit épuisé, il reste encore bien des points secondaires à éclaircir sur cette intéressante question de paléontologie. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Goître exophthalmique.

Nous avions depuis quelque temps dans le service une femme atteinte de goître exophthalmique, qui a succombé à une attaque d'apoplexie. Une autre femme, qui est encore dans nos salles, présente aussi un exemple de la même affection. Vous connaissez mes opinions sur cette maladie; je la considère comme une névrose du trisplanchnique; je crois que sous l'influence de quelque modalité encore inconnue dans le système nerveux ganglionnaire, il se fait des congestions partielles vers les yeux, vers la glande thyroïde et vers le cœur. On n'a pas souvent l'occasion de faire des autopsies de sujets atteints de cette affection. Aussi avons-nous dû saisir avec empressement l'occasion qui nous en était offerte.

Mais avant de vous faire connaître les résultats de cet examen, je dois vous retracer l'histoire de cette malade, et vous rappeler d'abord à grands traits les caractères principaux de la maladie qui a été désignée sous le nom de goître exophthalmique.

Vous savez par quoi est caractérisée cette affection singulière :

1° D'abord par une exophthalmie qui vous frappe tout de suite; avec des yeux énormes pouvant à peine être recouverts par les paupières; avec de la mobilité, un brillant extraordinaire des yeux et un regard étrange. C'est généralement pour cette exophthalmie que les malades vont d'abord consulter les médecins, surtout les médecins oculistes. Aussi voient-ils le goître exophthalmique plus souvent que nous. Cependant nous devons dire qu'il ne se passe pas de mois que nous n'en ayons quelques cas à notre consultation, et en ce moment même nous traitons quelques femmes, car ce sont principalement des femmes qui sont atteintes de cette maladie.

2° On constate une hypertrophie, surtout du lobe droit de la glande thyroïde. Pourquoi le lobe droit? nous n'en savons rien.

3° En même temps que cette exophthalmie et que cette hypertrophie thyroïdienne, il y a des battements de cœur très incommodes, des palpitations violentes.

Exophthalmie, bronchocèle et hypertrophie du cœur, voilà ce qui constitue ce qu'on a appelé la triade pathologique du goître exophthalmique.

Notre malade avait soixante ans. Son histoire est curieuse. Voici ce qui s'était passé chez elle à ce point de vue :

C'était une ancienne cantatrice de théâtre, bien élevée, ayant reçu une bonne instruction et cultivé le monde. Il y a sept ans, elle avait perdu son père qu'elle aimait tendrement. Au milieu de son désespoir, elle se sentit frappée d'une certaine douleur aux deux yeux. Elle n'y porta d'abord aucune attention; mais dès le lendemain, elle s'aperçut qu'elle éprouvait de la peine à fermer ses paupières. Elle pensa que les pleurs qu'elle versait en étaient la cause, et elle ne s'en occupa pas autrement. Mais voici que quarante-huit heures après elle fut prise de battements de cœur, de palpitations très-vives, et de plus elle reconnut que son cou se gonflait. Le troisième jour, effrayée de ces symptômes singuliers, elle alla consulter le docteur Desmarres, qui lui donna une ordonnance sur laquelle il écrivit le diagnostic de goître exophthalmique. Elle partit pour l'Algérie et y contracta la fièvre intermittente. Elle entra à l'hôpital d'Alger et y reçut les soins du docteur Bertherand, lequel constata également l'existence de cette affection. Mais, chose à noter, pendant que le médecin la soignait, le goître disparut, ou plutôt la saillie s'effaça et ne reparut plus, du moins extérieurement. Mais nous retrouvâmes la tumeur thyroïdienne à l'autopsie. Elle resta avec son exophthalmie et ses palpitations de cœur.

Il y a cinq mois, elle se présenta dans notre service, offrant cette saillie des deux globes oculaires et des battements précordiaux très-violents. Elle resta cinq semaines et elle sortit avec une exophthalmie moindre et un cœur beaucoup moins agité. On a pris la photographie de cette femme à l'époque de son entrée. J'ai des photographies d'autres malades atteintes de la même affection et prises à des périodes différentes de la maladie. On peut juger d'après elles de l'aspect tout particulier qu'offrent ces malades et suivre en quelque sorte les diverses phases qu'elle parcourt dans sa marche.

Nous avions constaté du vivant de cette femme qu'elle avait une hypertrophie cardiaque. En effet, à l'autopsie, nous avons trouvé un cœur de 11 centimètres dans tous les sens, ce qui dépasse les limites habituelles du cœur à l'état normal. Elle nous revint, il y a peu de temps, avec une altération plus considérable du cœur, avec de l'œdème pulmonaire et de l'œdème aux jambes; l'exophthalmie n'avait pas fait de progrès.

La malade succomba, comme nous l'avons dit, à des accidents du côté du cerveau, accidents tout à fait indépendants de l'état du cœur, car les malades atteints de goître exophthalmique meurent ordinairement de tout autre chose que d'une affection cérébrale.

(Elle était assise sur son lit, quand tout à coup elle tomba. Ses voisins accoururent au bruit que fit sa tête en frappant contre le mur, et la trouvèrent avec les membres roides et le râle de l'agonie. Le lendemain matin elle vivait encore, complétement hémiplégique du côté droit. Son côté gauche conservait toute sa sensibilité et sa motilité. Elle mourut dans la matinée. Nous avons trouvé dans l'hémisphère gauche, un peu en dehors de la couche optique, un énorme foyer de ramollissement rouge, et deux petits noyaux hémorrhagiques dans la protubérance. C'est cette petite hémorrhagie probablement qui a produit l'accident soudain auquel cette femme a succombé.)

Je reviens aux symptômes du goître exophthalmique.

Outre le gonflement des yeux, de la thyroïde et du cœur, on signale encore dans cette affection des faits très-curieux sur lesquels nous voulons tout de suite appeler votre attention, et qui vous feront comprendre la pathogénie de la maladie de Graves. On observe des phénomènes nerveux, surtout chez les femmes, des inquiétudes d'esprit, un changement dans le caractère qui tourne à l'irritation, quelquefois à l'aliénation mentale. Beaucoup de ces malades ont une excitation nerveuse étrange. Voilà pour le cerveau. Nous savons que du côté des fonctions circulatoires il y a des mouvements véhéments du cœur. D'autre part, nous avons rencontré dans les autopsies ou dans les examens cliniques, des hypertrophies du foie, et dans beaucoup de cas des troubles très-sévères du côté des fonctions gastriques. Les malades sont pris alternativement d'une boulimie féroce qui les porte à manger trois ou quatre fois plus que de coutume, ce qui ne les empêche pas de continuer à maigrir, ou d'une dyspepsie, de vomissements, de diarrhée qui peut durer plusieurs mois. Les femmes ont de l'aménorrhée, des troubles quelquefois graves du côté des fonctions utérines. Il y a perpétuellement chez elles des dérangements gastriques et utérins.

Or, lorsqu'on voit une maladie caractérisée par des phénomènes congestifs étranges comme ceux qui se passent du côté des yeux, du corps thyroïde, du cœur, du cerveau, du canal alimentaire et de l'utérus, on doit supposer qu'il y a là-dessous quelque chose qui provient du système ganglionnaire, et que si la maladie de Graves est, selon toutes les apparences, une névrose, nous pouvons en poursuivre plus profondément la nature en nous servant des travaux de M. Cl. Bernard et de M. Schiff. Ces expérimentateurs si sagaces prouvent que le grand sympathique est un appareil vaso-moteur, qu'il a une action très-marquée sur les vaisseaux; que les lésions de quelque partie restreinte ou étendue du grand sympathique excitent les vaisseaux à se dilater et à produire des hyperémies. Tout cela est encore à l'état expérimental; les preuves cliniques manquent malheureusement; et vous comprenez de quel immense intérêt il était dans le cas présent de rechercher chez cette femme s'il existait réellement une lésion dans les nerfs ganglionnaires. Ceux d'entre vous qui sont descendus avec nous dans cette cave, dans cet affreux cachot privé de lumière, d'espace et d'air, qu'on appelle l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, savent combien de difficultés on rencontre pour faire des autopsies convenables.

Nous désirions vivement que le sujet fût disséqué avec le soin le plus minutieux. Mais malgré tout le temps et toute l'attention qu'on a pu y mettre, l'autopsie a été incomplète; nous n'avons pas laissé cependant que de trouver des lésions importantes.

Voici quel a été le fruit de nos recherches.

Dans le ganglion ophthalmique et dans le cervical supérieur, rien. Dans l'inférieur, l'œil nu rencontre de grosses lésions. Ce ganglion est beaucoup plus volumineux, plus rouge, plus injecté que de coutume. En l'examinant au microscope, on constate que les cellules ganglionnaires y sont rares, qu'elles sont petites, déformées, et que les tubes nerveux sont plus petits qu'à l'état normal. En retour, on y trouve des vaisseaux beaucoup plus nombreux, des traces d'une ancienne sécrétion plastique convertie en tissu conjonctif beaucoup plus abondant et plus serré qu'il ne devrait l'être, étreignant les tubes nerveux et les détruisant en grande partie. Nous avons observé de plus que ce tissu conjonctif était, par certains endroits, en train de se convertir en matière graisseuse, comme les tissus qui ont été longtemps hyperémiés.

Par conséquent, il y avait eu là, dans un ordre régulier : d'abord de l'hyperémie, puis une sécrétion plastique, ensuite une condensation de ces éléments plastiques en tissu conjonctif, et enfin passage du tissu conjonctif à l'état graisseux, comme quand une phlegmasie a duré longtemps. L'élément nerveux était donc comprimé dans des éléments adventifs, et il s'est passé là quelque chose d'analogue à ce qui arrive quand on détruit expérimentalement les ganglions cervicaux, c'est-à-dire des phénomènes de congestion, d'hyperémie, dans les organes servis par les ganglions.

Voilà ce que nous avons trouvé de particulier dans ce ganglion; malheureusement nous n'avons pu examiner les autres, car il faudrait des jours entiers de travail pour tout voir. Mais nous n'en devons pas moins supposer, en présence de cette altération du ganglion cervical inférieur, que ceux qui correspondent au foie, au cœur, aux reins, à la rate, devaient offrir des lésions analogues.

Du côté du cœur, qu'y avait-il? L'hypertrophie que nous avions constatée pendant la vie, des rugosités et l'épaississement de la valvule mitrale. Du côté du cerveau, pas d'embolie dans l'artère cérébrale moyenne. Le foie était en état de cyrrhose manifeste. Nous vous avons déjà dit que dans un très-grand nombre de circonstances le foie s'hypertrophie chez les individus affectés de goître exophthalmique, et qu'à la suite de cette hypertrophie il y a un accroissement considérable du tissu conjonctif, qui étrangle les *acini* du foie absolument comme dans la

cyrrhose. Du côté de la rate, hypertrophie considérable des glomérules de Malpighi avec hypertrophie de l'organe. Dans les reins, état cyrrhotique et adhérence de la capsule avec le tissu du rein. Rien du côté de l'utérus; mais souvenons-nous que c'était une femme âgée, et que son utérus était depuis longues années inactif. Quant au corps thyroïde, nous voyons tout de suite que cette femme, chez laquelle un des facteurs de la triade exophthalmique manque, offrait une grave altération de cette glande, malgré que la saillie extérieure eût disparu depuis longtemps. Elle présentait aussi, comme le foie, une véritable cyrrhose et une atrophie. Enfin, du côté des yeux, voici ce que nous observons: chez cette malheureuse femme, l'exophthalmie était monstrueuse, vous vous le rappelez; les paupières ne suffisaient plus à recouvrir le globe et étaient forcées de se tenir ouvertes pendant le sommeil. A l'autopsie, on trouva les cornées plus saillantes, ressemblant à des cornées d'hydrophthalmique. Les milieux étaient normaux, mais quoique cette femme fût très-maigre de tout le corps, excepté de l'épiploon, nous rencontrâmes dans les orbites une énorme masse de tissu graisseux.

Mais voici qui est extraordinaire.

Certains jours, quand les palpitations étaient véhémentes, l'œil prenait plus de saillie. D'autres jours, il y en avait moins. Et ce n'était plus la saillie simple formée par le tissu adipeux, c'était une hyperémie qui s'y ajoutait à certains moments. Chez d'autres malades, comme chez celle-ci, vous noterez en effet des saillies subites, se formant en vingt-quatre heures, et pour lesquelles vous serez bien obligé d'invoquer un flux hyperémique, et non plus la seule hypertrophie graisseuse. Il est d'autant plus difficile d'accepter toujours la présence du coussinet graisseux comme cause de l'exophthalmie, que nous la voyons non-seulement s'accroître brusquement, mais encore disparaître quelquefois en huit jours. Nous vous avons déjà parlé dans une autre circonstance de cette jeune fille de Clermont-sur-Oise, laquelle nous a offert des alternatives extrêmement remarquables d'accroissement et de réduction de l'exophthalmie.

Parfois, elle a été portée chez elle jusqu'à la luxation du bulbe; c'est-à-dire que les globes oculaires sortaient des paupières, et que celles-ci se luxaient en arrière, si bien que cette pauvre créature, quand elle avait des paroxysmes, retenait son œil de sa main de peur qu'il ne tombât.

Nous avons vu plusieurs malades avoir la même préoccupation. D'après cela, vous devez comprendre comme nous que chez cette même jeune fille il y eut non pas seulement un développement excessif du tissu cellulaire graisseux, mais quelquefois, de plus, une sorte d'érection qui jetait l'œil au dehors. Et d'autre part, après huit ou dix jours, cette saillie extraordinaire tombait d'elle-même. Cette observation a été faite non pas une fois, mais vingt fois sur cette malade, par elle-même, par sa mère, par son médecin, par tous ceux qui l'approchaient. La tumeur, qui était à certains moments monstrueuse, rétrocédait spontanément en sept ou huit jours. Il y avait donc là une sorte d'éréthisme vasculaire de tout le coussinet graisseux, qui, en définitive, ne sert qu'au maintien de la saillie par son hypertrophie, mais ne peut expliquer les alternatives si on n'admet pas une poussée sanguine qui le gonflait et cédait de temps à autre.

A côté de ce fait si caractéristique qui vient de nous servir à esquisser à grands traits la question du goitre exophthalmique, nous avons encore une autre malade couchée au n° 2 de notre salle des femmes. Elle est âgée de soixante ans. La question de sexe n'est plus rien ici, car son utérus ne fonctionne plus; aussi n'est-il pas hypertrophié. Elle n'offre qu'un degré modéré d'hypertrophie cardiaque, mais elle porte et le goitre et l'exophthalmie. Sous l'influence de l'hydrothérapie, que nous appliquons malgré le mauvais état de la saison, nous avons obtenu chez cette malade un amendement considérable. Elle ne pouvait descendre de son lit ni franchir les escaliers; maintenant, elle va et vient, descend et monte, vit de la vie commune, n'a presque plus de battements; son exophthalmie diminue, ainsi que la glande thyroïde.

L'hydrothérapie nous paraît être le plus puissant moyen de traitement qui puisse être appliqué à cette maladie. Quoi que nous ayons essayé, nous n'avons pu modifier l'affection que quand nous avons eu recours à l'hydrothérapie. Cependant, disons que nous avons parfois obtenu quelque avantage au moyen des préparations ferrugineuses, et dans certains cas par les préparations iodées.

Le docteur Léon Gros a guéri une malade par l'iode; mais le plus souvent on s'en trouve très-mal, et l'on a fréquemment des accidents iodiques.

Cependant, quoique je m'élève d'une manière générale contre l'emploi de la teinture d'iode dans le goitre exophthalmique, le fait de M. Gros me porte à être plus indulgent envers ce moyen, et je suis même disposé à reprendre l'expérience sur notre malade du n° 2.

OBSERVATION D'UNE ANGINE COUENNEUSE GRAVE.

Emploi de la glace. — Guérison.

Par M. le Dr Violette.

Le 3 janvier, à neuf heures du soir, je fus appelé près du jeune Gustave J..., âgé de cinq ans, qui depuis deux jours était atteint d'un violent mal de gorge. A l'exploration de cet organe, je constatai sur l'amygdale gauche et sur tout l'espace qui la sépare de la luette la formation de fausses membranes assez épaisses, d'un blanc jaunâtre et paraissant s'étendre jusque dans le pharynx. Les ganglions sous-maxillaires du côté gauche étaient notablement tuméfiés et douloureux au toucher. L'enfant n'accusait pas, à proprement parler, de douleur; la déglutition se faisait assez bien. Le pouls était petit; peu de chaleur; 112 à 116 pulsations. Soif un peu développée; appétit assez conservé; pas de diarrhée ni de vomissements. La voix était légèrement enrouée; par les fosses nasales s'écoulait un liquide jaunâtre assez abondant. La maladie avait, me dit-on, débuté par un coryza.

L'enfant était depuis deux jours soumis à un traitement homœopathique. J'avais affaire à une diphthérite pharyngienne des mieux caractérisées. Je prescrivis immédiatement un vomitif, composé de 60 grammes de sirop d'ipéca et de 60 centigrammes de poudre d'ipéca; j'en fis prendre une cuillerée à bouche tous les quarts d'heure. J'obtins ainsi trois vomissements, dans l'un desquels je trouvai des débris de fausses membranes.

Une heure après le dernier vomissement, je fis à deux heures de distance, à l'aide du doigt indicateur, deux applications de poudre d'alun qui provoquèrent encore le rejet de quelques débris de fausses membranes. — Bouillon. Infusion de feuilles de ronces.

Le 4 au matin, je trouvai l'enfant fatigué; il avait eu très-peu de sommeil. Je répétai l'application d'alun toutes les deux heures. — Bouillon.

Dans la soirée, la respiration devint un peu plus pénible; je fis prendre encore un vomitif semblable au premier. Des fausses membranes furent expulsées; mais l'écoulement jaunâtre des fosses nasales augmentait; la fétidité devenait caractéristique. L'enfant s'affaiblissait de plus en plus; le pouls était à peine sensible.

Je me déterminai alors à avoir l'avis de M. le docteur Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie; il constata que nous avions affaire à une angine à forme maligne, très-grave, du genre de celles qu'on voit quelquefois dans la scarlatine; les fausses membranes se renouvelaient au fur et à mesure qu'elles se détachaient; la fétidité de l'écoulement nasal augmentait; le pouls se sentait à peine, et la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires du côté gauche était considérable.

M. Barthez, jugeant la position très-grave, me conseilla donc de cesser tout à fait les vomitifs et de recourir seulement aux toniques.

Toutes les heures l'enfant devait prendre une cuillerée à bouche d'une potion dans laquelle entrait l'extrait de quinquina (4 gr. pour 100 gr. de véhicule); de temps en temps on devait pratiquer dans la gorge une insufflation de tannin au moyen de l'insufflateur de Bretonneau. La nourriture fut continuée sous forme de bouillon et de potages légers. — Ce traitement fut ponctuellement suivi toute la nuit, mais sans amener aucune amélioration. Cinq insufflations de tannin avaient été faites depuis onze heures du soir jusqu'à huit heures du matin.

Ce fut à ce moment, le 5 janvier, que je revis l'enfant; il était complétement défait, avec tous les caractères de l'intoxication. Une insufflation de tannin fut faite sous mes yeux: elle provoqua de violents efforts de la part de l'enfant, qui essaya, mais en vain, de rejeter quelques débris de fausses membranes; une hémorrhagie nasale s'ensuivit; j'eus beaucoup de peine à l'arrêter; c'était une épistaxis tout à fait semblable à celle que l'on observe dans les fièvres typhoïdes.

En présence d'une situation aussi alarmante, je songeai à employer la glace, sur le compte de laquelle l'attention publique a déjà été plusieurs fois éveillée.

Je conseillai de donner toutes les dix ou quinze minutes une cuillerée à café de glace pilée, sans mettre aucune interruption. Je fis cependant continuer l'usage de la potion de quinquina (une cuillerée à bouche toutes les deux heures), et les insufflations de tannin furent faites aussi le plus souvent possible: il n'était pas toujours facile de les pratiquer, tant l'enfant y mettait de résistance.

Ce traitement, commencé le 5 janvier, à onze heures du matin, fut continué toute la journée. Le soir, l'enfant était plutôt mieux; à la suite d'une insufflation de tannin, les fausses membranes se détachaient plus facilement. Durant la nuit, il reposa à peu près trois heures; le traitement était toujours le même: de la glace très-souvent; un peu de nourriture, un potage, un peu de viande à sucer.

Le 6, au matin, je trouvai l'enfant assez gai; il avait plus de forces; l'hémorrhagie nasale ne s'était plus reproduite; les fausses membranes commençaient à être circonscrites par un rebord rosé, de bon aspect; mais l'écoulement nasal conservait son abondance et sa fétidité.

Même traitement: de la glace d'une façon incessante; toutes les deux heures une cuillerée à bouche de la potion de quinquina; potages et viande à sucer.

Les insufflations de tannin pratiquées toutes les trois heures faisaient toujours détacher des débris de fausses membranes. La nuit qui suivit fut meilleure que les précédentes; l'enfant avait goûté un sommeil de plusieurs heures.

Le 7 au matin, l'enfant était relativement bien; toute la partie de la gorge, tapissée encore la veille de fausses membranes, ne présentait plus qu'une coloration grise. Il y avait bien encore quelques débris de fausses membranes fixés près de la luette.

Le même traitement fut néanmoins continué avec la même sévérité jusqu'au 11, en augmentant peu à peu la nourriture: aux potages, je fis ajouter quelques aliments plus substantiels et un peu de vin de Bordeaux.

Ce jour-là, le 11 janvier, je regardai l'enfant comme tout à fait hors de danger. En effet, la guérison s'est parfaitement maintenue. Je l'ai présenté depuis à M. Barthez.

Je ne viens pas ici, sur un seul fait, prôner la glace et en faire un spécifique dans les angines couenneuses. Je dois cependant constater que dans une maladie de cette nature, à forme maligne, sévissant par intoxication, j'ai été heureux de trouver un agent qui m'ait donné un aussi bon résultat.

DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME

dans le traitement des anévrysmes par la compression digitale.

Par M. le Dr Alf. Liégard (de Caen).

Le traitement des anévrysmes par la compression a été depuis quelques années, en France, en Belgique, en Angleterre, etc., suivi de succès remarquables; mais la *compression digitale* semble prévaloir sur la compression mécanique, indirecte, double alternative. En effet, elle n'en offre pas les inconvénients; elle est généralement beaucoup moins douloureuse, ne peut jamais produire la gangrène du point comprimé et réussit beaucoup plus constamment. Elle peut d'ailleurs s'appliquer là où l'autre ne le pourrait pas, par exemple: les anévrysmes de la partie supérieure de l'artère brachiale, de l'axillaire, de la partie supérieure de la carotide primitive, des carotides internes et externes, etc.

Mais cette précieuse méthode a présenté souvent dans son application des douleurs tellement intolérables que, dans plusieurs cas, on a été obligé d'y renoncer.

M. Desvaux a rapporté, dans les *Annales médico-chirurgicales de Bruges* (mars 1863), plusieurs cas de guérison de l'anévrysme poplité par la compression; il insiste sur ce fait, que ces cures ont été précédées de douleurs violentes dans la tumeur, et il fait observer que la guérison est d'autant plus certaine que la douleur est plus intense, plus insupportable, ce qui avait déjà été noté par plusieurs chirurgiens.

Il cherche à expliquer ce phénomène par un grand nombre d'hypothèses qui à juste titre ne le satisfont pas entièrement. Il lui semble cependant évident qu'il annonce la formation et le dépôt successif de caillots et de couches fibrineuses dans le sac anévrysmal. L'un de ces malades a supporté pendant trois jours la compression. Un autre, après l'avoir tolérée pendant soixante-treize heures, fut contraint, par la violence de la douleur, de la faire suspendre.

A ce moment, la circulation parut très-ralentie, mais non encore arrêtée entièrement dans la tumeur. Quelques jours après, cependant, bien qu'on ne fût pas revenu au traitement antérieur, toute pulsation y avait cessé spontanément. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement, et quand l'intensité des douleurs a fait abandonner cet héroïque moyen, l'anévrysme n'a fait aucun progrès vers sa guérison.

Depuis plusieurs années déjà je me suis demandé pourquoi, dans de pareilles circonstances, on n'a pas recours au chloroforme pour empêcher de suspendre ainsi la compression au moment même où elle allait être couronnée d'un succès complet. C'est pour moi un sujet d'étonnement que cette idée si naturelle ne soit venue à la pensée d'aucun de nos grands chirurgiens! Serait-on arrêté par la crainte de prolonger l'anesthésie dans certains cas pendant plusieurs jours? S'il en était ainsi, je rappellerais aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* le fait si intéressant sous d'autres rapports de ce jeune garçon qui pour un tétanos traumatique fut tenu nuit et jour, pendant trois semaines entières, sous l'influence du chloroforme, et sortit parfaitement guéri de l'hôpital de Mary le Bone de Londres, où j'avais recueilli cette observation (*Gazette des Hôpitaux*, 29 juillet 1862). Mais je ferai remarquer, pour rassurer les plus timides:

1° Qu'il n'est pas nécessaire dans ces cas de pousser l'anesthésie jusqu'au collapsus; il suffirait ici d'employer le chloroforme aux doses légères suffisantes dans le travail de l'accouchement;

2° Qu'on pourrait ne pas commencer l'emploi de cet anesthésique dès le premier temps de la compression, période dans laquelle elle peut être intermittente, n'étant destinée encore qu'à déterminer la dilatation des collatérales.

Il suffirait d'endormir le malade seulement lorsque commence la formation des caillots et des couches fibrineuses successives dans la tumeur, époque où, comme nous l'avons vu, commencent aussi à se manifester les violentes douleurs: alors quelques heures de sommeil suffiraient dans la plupart des cas. On pourrait enfin, si on le préférait, prolonger l'anesthésie sans nouvelles doses de chloroforme, au moyen d'une injection souscutanée d'acétate de morphine, selon le procédé de M. Nusbaum.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 février 1864. — Présidence de M. Morin.

Paléontologie. — M. Milne-Edwards présente, au nom de MM. Lartet et Christy, des observations relatives à l'existence de l'homme dans le centre de la France à une époque où cette contrée était habitée par le renne et d'autres animaux qui n'y vivent pas de nos jours.

— **M. de Vibraye** communique une note sur de nouvelles preuves de l'existence de l'homme dans le centre de la France à une époque où s'y trouvaient aussi divers animaux qui de nos jours n'habitent pas cette contrée. (Voir pour ces deux communications le *premier-Paris*.)

— **M. E. George** lit la première partie d'un travail intitulé « *Étude sur quelques nouveaux anesthésiques.* »

Cette première partie, se composant surtout de considérations générales et de renseignements historiques sur les substances essayées jusqu'à ce jour, est peu susceptible d'analyse. Quand l'auteur, poursuivant ses communications, fera connaître les résultats de ses propres expériences, nous aurons occasion d'y revenir. (Commissaires, MM. Chevreul, Pelouze, Bernard.)

— **M. Foucaud de l'Espagnery** présente l'observation de trois cas de tumeurs blanches traitées avec succès par la compression méthodique. (Commissaires, MM. Velpeau, Bernard, Cloquet.)

— **M. Rayer** présente, au nom de M. le docteur E. Lancereaux, les trois opuscules dont les titres suivent:

De la thrombose et de l'embolie cérébrales, considérées principalement dans leurs rapports avec le ramollissement du cerveau. Paris, 1862, in-4°.

Des hémorrhagies méningées, considérées principalement dans leurs rapports avec les néo-membranes de la dure-mère crânienne. Paris, 1862, brochure in-8°.

De l'amaurose liée à la dégénération des nerfs optiques dans les cas d'altération des hémisphères cérébraux. Paris, 1864, brochure in-8°.

— M. LE Dr FAURE envoie pour le concours des prix de médecine et de chirurgie de 1864, un travail ayant pour titre *Recherches expérimentales sur les caillots fibrineux et sur les produits d'inflammation du cœur.* Paris, 1864, brochure in-8°.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 24 février 1864. — Présidence de M. RICHET.

M. BOINET lit la réponse suivante aux objections qui lui ont été adressées par MM. Giraldès et Dolbeau :

Dans les objections de M. Giraldès, il y a deux questions, l'une de personne, ou plutôt de dignité médicale, l'autre de science; je vais répondre aux deux.

M. Giraldès a commencé par me dire que j'avais eu tort de donner à mon observation le titre que je lui avais donné; que c'était sans doute à mon insu que j'avais mis procédé nouveau et sûr, puisque le procédé que je proposais n'était ni nouveau ni sûr, et que d'ailleurs dire qu'un procédé est sûr, *infaillible* pour la guérison des kystes du foie, n'est pas d'un homme de science ni d'un chirurgien digne de ce nom...; qu'il ne faut jamais dire en médecine qu'on possède un moyen sûr, *infaillible*, et qu'on doit moins le dire lorsqu'une pareille affirmation ne repose que sur deux faits; que deux guérisons sont insuffisantes pour mériter au procédé dont je me proclame l'inventeur, les noms de sûr et d'*infaillible que je leur donne*...; enfin, qu'il faut être entièrement étranger à l'anatomie des kystes du foie, pour ne faire aucune exception et prétendre les guérir tous par le même procédé sûr et *infaillible*, etc.

Telles sont les critiques de mon collègue M. Giraldès, auquel je dirai d'abord que je ne permets à personne de toucher à mon honorabilité pratique et scientifique, et, lorsqu'il dit qu'il n'est pas d'un homme de science ni d'un chirurgien digne de ce nom de dire qu'il a un procédé *infaillible*, si c'est à moi que M. Giraldès a voulu adresser ces allusions malveillantes, je les repousse de toutes mes forces et le prie de les réserver pour ceux qui annoncent des méthodes *infaillibles*. Quand mon confrère dit que je propose un moyen *infaillible pour guérir les kystes du foie*, il y a erreur de sa part, car le mot infaillible n'est sorti ni de ma plume ni de ma bouche; qu'il veuille relire mon observation, et il restera convaincu que ce mot est de son invention; il ne trouvera nulle part, ni dans l'observation ni dans les réflexions qui l'accompagnent, que je propose un moyen *infaillible* pour la guérison des kystes du foie; M. Giraldès me prête donc une expression et une opinion qui ne m'appartiennent pas, et si je la relève, c'est qu'un journaliste, qui sans doute n'a pas lu non plus mon observation, a accepté les paroles de M. Giraldès comme vraies, et a cru devoir renchérir sur notre collègue en soulignant plusieurs fois le mot infaillible dans son compte rendu de la séance de la Société de chirurgie, peut-être pour mieux signaler à l'attention du public médical un médecin qui annonce des remèdes infaillibles pour guérir les kystes du foie.

Je ne doute pas des bonnes intentions du journaliste, que je n'ai pas l'honneur de connaître, puisqu'il cache son nom derrière un pseudonyme; mais s'il a voulu me rappeler ce que je dois à mon diplôme et à votre Société, dont j'ai l'honneur de faire partie, il a eu tort, car je n'ai jamais oublié ce que je me dois à moi-même et au corps auquel j'ai l'honneur d'appartenir comme médecin. Qu'il me permette donc d'espérer qu'à l'avenir, au moins, pour ce qui me concerne, il voudra bien ne pas ajouter *du sien* dans ses comptes rendus de la Société de chirurgie.

Ceci dit, j'aborde les objections de M. Giraldès. La sévère admonition qu'il m'a adressée vient du titre de mon observation; autrement, sans ce malheureux titre et les déductions que j'en ai tirées, je n'aurais reçu que des éloges, car il a eu la bonté de trouver mon observation intéressante, importante même, et digne de rester dans la science.

Que mon austère contradicteur veuille donc bien me permettre de lui faire observer qu'il a mal lu et mal compris le titre de mon observation, qui n'est pas intitulée procédé nouveau et sûr *pour guérir tous les kystes du foie*, comme il me l'a reproché et dit plusieurs fois, mais procédé nouveau et sûr *pour déterminer des adhérences entre le kyste et les parois abdominales*.

Deux faits pour vous permettre une pareille affirmation, ne sont pas suffisants, dit M. Giraldès... Je suis de votre avis, cher confrère, deux faits ne sont pas suffisants. Aussi me suis-je appuyé sur un plus grand nombre, et si vous aviez bien lu ou bien écouté mon observation, vous vous seriez dispensé de votre critique et vous auriez compris que le procédé que je propose pour déterminer des adhérences entre un kyste et les parois de l'abdomen n'est pas basé sur deux faits seulement, mais sur des faits déjà nombreux, empruntés aux kystes de l'ovaire, qui, eux, sont rarement adhérents à la paroi abdominale et sont par conséquent plus exposés à un retrait sur eux-mêmes que les kystes du foie, qui siégent dans un organe qui par sa position anatomique n'est pas susceptible de déplacement. Ce n'est pas sur mes deux faits seulement de kystes du foie que repose la sûreté du procédé que je propose, mais sur l'observation d'un grand nombre de kystes de l'ovaire que j'ai traités par la sonde à demeure, ainsi que j'ai pris soin de vous le dire dans mon observation.

Avec un langage qui n'est pas très-confraternel, M. Giraldès dit qu'il faut être entièrement étranger à l'anatomie des kystes du foie pour ne faire aucune exception et prétendre *les guérir tous* par le même procédé. C'est aussi une des objections de M. Dolbeau. Ce n'est pas à moi sans doute que s'adressent ces objections, puisque je suis de l'avis de ces messieurs, auxquels je ferai remarquer que je n'ai dit ni écrit nulle part une pareille absurdité; je ne puis que renvoyer ces messieurs à mon travail, pour leur montrer que sur ce point ils ont encore fait une objection qui n'avait pas de raison d'être.

Tous deux ils se sont écriés : Votre procédé n'est pas nouveau, vous n'avez inventé ni les trocarts, ni les ponctions, ni les injections, ni les sondes à demeure, ni l'incision... Rien n'est à vous.... Mais où ai-je donc eu la prétention de m'attribuer ce qui ne m'appartient pas? où ai-je dit que j'avais inventé les injections iodées, les ponctions, les sondes à demeure, les contre-ouvertures?... Est-ce dans mon observation ou ailleurs? Non, on serait fort en peine de le prouver, car jusqu'à présent on m'a opposé des assertions vagues en me disant : On a fait ceci, on a fait cela avant vous... mais on a oublié de le prouver.

Ce que je réclame pour la nouveauté de mon procédé, ce ne sont ni les injections ni le trocart, etc., mais c'est la combinaison de tous les moyens qui m'a permis d'arriver à un bon résultat, et par une voie et des détails que personne n'a suivis jusqu'à présent, quoi qu'en disent MM. Giraldès et Dolbeau.

Non, je n'ai pas inventé les injections iodées, mais je les ai appliquées dans des cas où personne avant moi ne les avait employées. Non, je n'ai pas inventé les gros trocarts, mais j'ai montré par des faits qu'on pouvait pénétrer d'emblée et sans adhérences préexistantes avec un gros trocart dans les kystes de l'ovaire et du foie, et qu'on pouvait, en agissant ainsi, déterminer promptement et sans danger des adhérences solides entre les kystes et les parois abdominales à l'aide de sondes à demeure, et plus sûrement qu'avec tous les autres moyens employés jusqu'à ce jour....

Les contre-ouvertures, je ne les ai pas inventées non plus, mais j'ai appris qu'en en faisant usage, c'est-à-dire en perçant le kyste en deux points assez rapprochés l'un de l'autre, on arrivait sûrement à développer des adhérences sur une plus large surface, à se mettre à l'abri d'un épanchement dans le péritoine en suspendant le kyste à la paroi abdominale et en le fixant dans une plus grande étendue, d'où plus de sûreté pour pratiquer une large incision que je reconnais encore ne pas avoir inventée, pas plus que les bistouris qui servent à la faire. La nouveauté de mon procédé ne gît donc pas dans chacun des instruments ou moyens que j'ai employés, mais dans la combinaison raisonnée, réfléchie, de plusieurs manœuvres chirurgicales connues.

Que la Société veuille bien me permettre une petite comparaison qui peut-être paraîtra hors de propos, mais qui rendra bien ma pensée. Il est une invention que tout le monde connaît, c'est le fusil Lefaucheux; pour créer son système ou son procédé, cet inventeur a-t-il inventé le canon, la crosse, les batteries du fusil?... Toutes ces parties de son arme nouvelle existaient avant lui. Eh bien, avec toutes ces parties connues, anciennes, il a fait du nouveau... C'est ce que je crois avoir fait; je me suis servi du gros trocart, de la sonde à demeure, des injections iodées, etc.; avec cela, je crois avoir fait du nouveau.

Enfin, voulant établir jusqu'au bout que je ne devais avoir aucune prétention à un procédé que je crois mien, on m'a opposé des assertions et quelques faits sans date que je vais examiner. Il sera facile de voir qu'ils n'ont pas la valeur qu'on leur attribue pour me déposséder.

L'observation la première en date et la plus importante, parce qu'elle est la plus ancienne, est celle d'Owen Rees, citée par M. Giraldès. Cette observation est consignée dans les *Archives générales de médecine*, t. XX, 4e série, p. 346, juillet 1849, et intitulée : *Kyste hydatique du foie traité avec succès par des ponctions successives.*

Le titre de cette observation indique le mode de traitement qui a été suivi; il n'est question ni de sonde à demeure ni d'injections iodées. Au reste, voici ce qui regarde le traitement.

Comme la santé générale paraissait altérée, M. Rees se borna à des frictions iodurées sur la région hépatique; il donna l'iodure de potassium à l'intérieur. Ce traitement fut continué pendant vingt jours sans avantage réel; le malade commençait à être tourmenté par des vomissements de matières pultacées, d'un brun clair, rejetées subitement et violemment, en grande quantité à la fois. Le pouls était fréquent, la face anxieuse; il y avait une toux fatigante.

Le 4 décembre, une ponction exploratrice fut faite dans la tumeur par M. Hilton, qui plongea son trocart au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le cartilage de la neuvième côte, à la réunion du tiers gauche de la tumeur avec le tiers moyen. Cette ponction donna issue à 38 onces d'un liquide transparent; le soulagement fut immédiat; les nausées et les vomissements disparurent; la petite plaie se guérit sans péritonite. Cependant, la tumeur se remplissant de nouveau, elle fut ponctionnée le 7 janvier avec un très-petit trocart; cette fois, au lieu d'un liquide transparent, on ne put tirer que 40 onces d'un pus très-fétide, parce que la canule s'obstrua. Deux jours après, on pratiqua une nouvelle ponction, à un quart de pouce au-dessus de la première, avec un large trocart, et lorsqu'on retira cet instrument, on laissa dans la plaie une sonde de gomme élastique, qu'on avait introduite par la canule. On obtint ainsi la sortie de 24 onces de pus fétide, de flocons membraneux et d'hydatides affaissées. Deux jours après, on retira la sonde de gomme élastique lorsque les adhérences furent établies. Il ne survint pas de symptôme de péritonite, mais seulement un peu de fièvre.

Le 18 janvier, il fallut ouvrir la plaie du trocart pour donner issue à des hydatides qui s'accumulaient et qui empêchaient la sortie du pus. La suppuration continua à se faire dans l'intérieur du sac; les hydatides, entières ou en débris, *s'échappaient continuellement*, mais le kyste revenait chaque jour sur lui-même, et la suppuration prenait un caractère plus louable. Un érysipèle, qui se développa au commencement du mois de mars et qui s'étendit à une partie du tronc, vint entraver pendant quelques jours la convalescence; mais à partir du 13 mars, la guérison ne formait plus de doute.

Le 11 avril, la plaie était *presque entièrement fermée*, et la tumeur de l'hypochondre droit n'avait plus que le volume d'une petite noix. » (*Guy's Hospital Reports*, t. VI, octobre 1848).

Comme je l'ai fait remarquer, le titre de cette observation indique d'une manière positive que l'auteur lui-même n'a pas eu la pensée de traiter son malade par la sonde à demeure, dans le but arrêté, réfléchi, de provoquer des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, puisqu'il intitule son observation : *Kyste du foie traité avec succès par des ponctions successives.*

C'est donc aux ponctions successives qu'il attribue la guérison; et quand je dis la guérison, je devrais dire l'amélioration, puisque lorsque le malade quitta l'hôpital, la plaie était encore fistuleuse. Si j'avais apporté un pareil fait à M. Giraldès, il n'eût pas manqué de me faire observer que mon malade n'était pas guéri, et qu'un chirurgien honnête et digne de ce nom aurait dû attendre pour le publier que la guérison fût complète; mais notre distingué collègue a pour les étrangers des complaisances qu'il n'a pas pour ses compatriotes d'adoption.

Le procédé que j'ai suivi est-il celui du chirurgien anglais? Comme lui j'ai ponctionné le kyste avec un gros trocart, comme lui j'ai laissé une sonde à demeure; mais ici déjà se trouve une première différence. Je laisse la sonde à demeure pendant dix à douze jours pour provoquer des adhérences, je la change plusieurs fois, j'augmente son volume, et M. Rees ne l'a laissée que *deux jours*. A ce premier temps de l'opération, j'en ajoute un second : je fais une contre-ouverture à quelque distance de la première ponction, toujours dans le but de provoquer d'autres adhérences autour de cette contre-ouverture et d'augmenter leur étendue entre le kyste et la paroi abdominale, et de faire adhérer le kyste à une surface plus grande dans le but de pratiquer une incision assez large pour permettre à tout le contenu du kyste, liquide et hydatides, de sortir en une seule fois. Ensuite, la sonde que je laisse à demeure est percée de trous latéraux; elle traverse le kyste et les deux ouvertures que j'ai pratiquées, et je la laisse en place pendant tout le temps du traitement, pour permettre l'écoulement continu de la sécrétion du kyste et faire des injections iodées pour modifier le pus. Cette sonde fait l'office d'un séton creux, d'un drain, si l'on veut.

M. Rees a fait en effet une incision, mais évidemment trop petite pour permettre l'évacuation complète du kyste, puisque les jours suivants la suppuration a continué de se faire dans l'intérieur du kyste, et que des hydatides entières ou des débris s'échappaient continuellement. Enfin, le malade de M. Rees est sorti de l'hôpital, non guéri. Qu'est devenu ce malade? On n'en sait rien; il est probable que la fistule et la suppuration, qui persistaient, étaient entretenues par la présence de quelques hydatides restées dans le kyste.

D'un autre côté, M. Giraldès admet-il qu'une sonde laissée en place pendant quarante-huit heures peut produire des adhérences assez bien organisées et assez solides pour se croire autorisé à faire une large incision à un kyste du foie? Si des adhérences anciennes et préexistantes à la ponction faite par un large trocart n'avaient pas existé, M. Rees se serait exposé à un épanchement dans le péritoine, car il ne pouvait guère compter sur les adhérences qu'une sonde laissée à demeure pendant deux jours avait pu produire. Ce qui prouve d'ailleurs que ces adhérences existaient avant la ponction et la sonde à demeure, ce sont les symptômes que le malade avait éprouvés, vomissements, fièvre, face anxieuse, qui indiquaient un commencement de péritonite adhésive. Enfin, je ferai remarquer que M. Owen Rees n'a pas fait usage des injections iodées. Ce fait de M. Owen Rees ne peut donc m'être opposé pour prouver qu'on a employé avant moi la méthode que j'ai suivie.

MM. Giraldès et Dolbeau ont aussi invoqué la pratique de M. Nélaton pour dire que ma méthode n'avait rien de neuf, et que je n'avais fait qu'imiter ce savant professeur. Si on veut bien examiner les faits de M. Nélaton et la date de ces faits, tout le monde restera convaincu que je n'ai rien emprunté à mon excellent ami M. Nélaton. Jusqu'à présent, MM. Giraldès et Dolbeau n'ont avancé que des assertions vagues qui ne prouvent rien. Ils auraient dû, pour me combattre, apporter la date et le texte des faits qu'ils m'opposent; car il n'y a qu'un moyen d'établir une preuve avec impartialité, c'est de rapporter des faits d'une authenticité certaine, par ordre de dates et sans commentaires.

Avant d'entrer dans l'examen des faits de M. Nélaton, j'ai à signaler une confusion qui me paraît exister dans l'esprit de M. Dolbeau; quand je parle d'injections iodées, il parle de sonde à demeure et *vice versâ*. Ainsi, il me dit : Chez le malade que vous avez opéré à la Charité en 1851, et dont l'observation a été publiée par M. le docteur Mesnet, vous n'avez pas fait usage de la sonde à demeure; donc vous ne pouvez invoquer cette date et ce malade pour soutenir que vous avez employé la sonde à demeure avant M. Nélaton... Jamais je n'ai cité ce fait pour établir que j'avais fait usage de la sonde à demeure, je ne l'ai rappelé que pour prouver que j'avais fait *des injections iodées dans les kystes du foie* avant tout autre; et si chez ce malade je n'ai pas fait usage de la sonde à demeure, ce n'est pas parce que j'en ignorais les bons effets, mais c'est parce que, le kyste étant adhérent à la paroi abdominale, j'ai pu tout d'abord inciser le kyste sans recourir à la sonde à demeure. Mes applications de sonde à demeure dans les kystes de l'abdomen pour provoquer des adhérences entre ces kystes et la paroi abdominale remontent beaucoup plus loin qu'en 1851, et je vous en donnerai la preuve. Je me sers de la sonde à demeure pour faire des injections iodées dans les abcès froids ou chauds depuis 1839 : on peut consulter la *Gazette médicale*, année 1840, p. 605; le *Journal des Connaiss. médico-chirurg.*, 1846, page 49, et beaucoup d'autres publications. Mais ce n'est qu'en 1848 que j'ai reconnu que cette sonde laissée à demeure provoquait des adhérences, et que je m'en suis servi dans ce but particulier de faire naître des adhérences, et si M. Dolbeau veut en avoir la preuve, il peut consulter nos *Bulletins de la Société de chirurgie*; il y verra que dans la séance du 6 février 1850 je parlais de la guérison des kystes de l'ovaire par les injections iodées, et que dans un mémoire que j'ai publié au commencement de l'année 1852 dans le *Bulletin de Thérapeutique*, tome XLIII, page 161, j'insistais sur tous les avantages de la sonde à demeure dont je me servais depuis plusieurs années. Je pourrais encore invoquer le témoignage de nos collègues MM. Velpeau et Follin, auxquels j'ai montré en 1850 une dame que je traitais par la sonde à demeure. Ces dates et ces faits montreront donc à MM. Giraldès et Dolbeau que j'ai fait usage de la sonde à demeure avant 1850, dans le but de déterminer des adhérences entre les kystes et les parois abdominales, et que j'ai fait en 1851 des injections iodées dans les kystes du foie.

Voyons maintenant les faits de M. Nélaton, et examinons leur date. M. Dolbeau me renvoie à sa thèse inaugurale soutenue le 2 mai 1856, et rédigée en grande partie d'après les leçons de son maître M. Nélaton, et il affirme qu'*il a amplement indiqué l'emploi de la sonde volumineuse laissée à demeure dans les six observations que renferme cette thèse.* Où M. Dolbeau a oublié ce qui est dans sa thèse, ou s'il s'en souvient je suis forcé de lui dire qu'on n'y trouve pas ce qu'il a avancé. Votre thèse renferme huit observations et non pas six; mais sur ces huit observations, six malades n'ont été soumis à aucun traitement. C'est au point de vue de l'anatomie pathologique que M. Dolbeau a présenté ces observations, et non pour démontrer les avantages de la sonde à demeure et des injections iodées. Par conséquent il n'a donc pas raison de me les opposer pour prouver qu'on avait employé avant moi la sonde à demeure et les injections.

Voici d'ailleurs les deux seules observations, parmi les huit de M. Dolbeau, où il soit question de traitement. Je vais les citer textuel-

lement, afin que la Société puisse juger des assertions de mes contradicteurs.

La première est intitulée : *Kyste de la face convexe du foie. — Ponction exploratrice avec l'aiguille à cataracte. — Suppuration du kyste. — Traitement par l'injection iodée. — Méthode Récamier. — Mort.*

Femme de vingt-sept ans. Application de pâte de Vienne le 28 février, 4 mars, 20 avril 1854. M. Nélaton plonge une aiguille à cataracte afin de juger de la distance séparant le kyste des téguments. Cette exploration est le point de départ d'accidents graves.

Le 23 avril, ponction à travers l'eschare ; deux litres d'un liquide louche, renfermant des pellicules blanchâtres, d'une odeur très-fétide.

Le 27 avril, la canule est laissée à demeure, mais une canule trop fine, qui ne favorise pas l'écoulement du liquide, qui est plus épais ; injection iodée qui reste dans le kyste.

Le 30, la *canule* s'échappe et nécessite une nouvelle ponction, qui ne laisse rien s'écouler ; de nouveaux accidents surviennent, et la malade succombe.

Ma première remarque sera que M. Nélaton n'a pas fait usage de la sonde à demeure, mais de la canule d'un trocart ordinaire. La seconde, c'est qu'on note à l'autopsie que trois applications de pâte de Vienne, faites le 28 février, le 4 mars, le 20 avril, n'ont, dans l'espace de cinquante et quelques jours, déterminé aucune adhérence entre le kyste et la paroi abdominale, et qu'il y avait seulement quelques brides très-faibles au niveau des piqûres d'un trocart ordinaire resté en place pendant trois ou quatre jours.

Evidemment MM. Giraldès et Dolbeau ne peuvent invoquer ce fait pour prouver que le procédé que je propose est celui qu'a employé M. Nélaton, et qu'il a employé avant moi les injections iodées dans les kystes du foie. Où est le gros trocart que j'emploie d'emblée et sans déterminer des adhérences ? Où est la grosse sonde que je place tout d'abord et pour empêcher l'épanchement dans le péritoine et pour provoquer des adhérences, et dont j'augmente le volume de temps en temps ? Où est la contre-ouverture que j'ai faite ? où est la grosse sonde percée de trous latéraux qui traverse le kyste en deux points opposés pour augmenter l'étendue des adhérences ? Où est la large incision de 3 centimètres pour faire sortir tout le contenu du kyste ? Où sont les injections iodées quotidiennes pour modifier le kyste et enlever au pus ses mauvaises qualités ? M. Dolbeau, aidé de M. Giraldès, aura beau chercher dans son observation, la commenter, l'interpréter comme il voudra, il n'y trouvera rien de semblable.

L'autre fait a été publié en 1856 par M. Cadet Gassicourt dans sa thèse inaugurale.

Il s'agit d'un malade de trente-six ans, qui entre à l'hôpital le 25 mars 1854. M. Nélaton commence par appliquer la potasse caustique, et dix jours plus tard, lorsque les adhérences sont établies, il enfonce d'abord une aiguille à cataracte, et, après avoir vu sourdre quelques gouttes de pus, il donne un coup de trocart dans la tumeur, et fait immédiatement une injection iodée, remplace la canule du trocart par une sonde en gomme élastique, qu'*il laisse à demeure pour continuer les injections iodées.*

Ici encore la sonde à demeure n'a donc pas été placée pour provoquer des adhérences, puisque celles-ci avaient été établies par le procédé Récamier, mais seulement pour *continuer les injections iodées.*

Sont-ce ces faits, invoqués par MM. Giraldès et Dolbeau, qui prouveront que M. Nélaton a fait avant moi des injections iodées dans les kystes du foie, et placé des sondes à demeure dans le but de provoquer des adhérences ? Ces faits d'ailleurs, publiés en 1856, ne remontent qu'à 1854, et j'ai indiqué plus haut la date des miens, qui remontent beaucoup plus loin. Probablement que mes savants collègues, pour soutenir qu'il n'y a rien de nouveau dans mon procédé, ont en réserve quelques autres faits qu'ils vont nous faire connaître. J'en serai heureux, ma pratique aura au moins servi à confirmer celle de mes devanciers.

M. Giraldès nous a dit qu'il est inutile d'ailleurs de surcharger la science de tant de procédés nouveaux et inutiles, parce qu'il existe toujours des adhérences entre les kystes du foie et les parois abdominales. L'observation de M. Nélaton est là pour démontrer que des adhérences n'existent pas toujours, et que même trois applications de pâte de Vienne, faites à des intervalles assez éloignés, ne les produisent pas toujours, pas plus que les piqûres successives d'un trocart et une canule laissée à demeure pendant quatre jours. Si des adhérences existaient *toujours*, toutes les précautions prises et recommandées par les praticiens pour se mettre à l'abri de l'épanchement péritonéal seraient inutiles, et on devrait toujours pénétrer dans les kystes du foie par une large incision. Malheureusement, jusqu'à présent, les faits ne sont pas venus confirmer l'opinion de M. Giraldès ; et c'est parce que le procédé de Récamier, dont le but était excellent, a de nombreux inconvénients, que bien des médecins, parmi lesquels je citerai MM. Bégin, Jobert, Trousseau et d'autres, ont cherché des procédés meilleurs pour établir ces adhérences et se mettre à l'abri des épanchements dans le péritoine. Et pour mon compte, quoi qu'en disent mes honorables opposants, je crois avoir appliqué un procédé plus sûr que tout ce qui existait. J'ajoute que je crois avoir rendu un service à la science et à l'humanité ; le temps et l'expérience en décideront.

En résumé, les déductions que j'ai tirées de mes observations sont-elles donc si graves et si antiscientifiques, que la moralité chirurgicale de M. Giraldès ait dû s'en émouvoir si vivement ? La Société en jugera ; les voici :

« Etant impossible de reconnaître *à priori* si un kyste du foie est » uniloculaire ou multiloculaire, s'il est unique ou multiple, s'il renferme une ou plusieurs vessies hydatiques, il faut, dès qu'il est » connu, et autant que possible avant qu'il ait contracté des adhérences avec les organes environnants, ce qui n'a souvent lieu que » lorsqu'il est ancien ou devenu très-volumineux, il faut, disons-nous, » commencer le traitement par les ponctions capillaires, et les répéter aussi longtemps que le liquide se reproduit clair et limpide ; » mais dès que ce liquide devient louche, trouble, jaunâtre, purulent, » il faut immédiatement recourir à la méthode que nous venons d'indiquer. Ainsi que nous l'avons fait chez deux de nos malades, il » faut laisser le drain en place jusqu'à l'oblitération complète et la » cessation de tout écoulement de liquide, et jusqu'à ce que les organes environnants, qui avaient été déplacés et refoulés par le kyste, » aient repris leur place normale et comblé l'espace que le kyste avait » envahi, et qui maintenant, fixé à la paroi abdominale par les adhérences qu'on a provoquées, s'est rapproché de son point de départ, » c'est-à-dire de son siége primitif.

» Cette méthode, quoiqu'elle ne repose encore que sur deux faits, » servira, nous l'espérons, à faire avancer la thérapeutique des tumeurs hydatiques du foie, et la conduite du praticien sera moins » incertaine et moins vacillante, maintenant que nous avons des indications et des règles de traitement bien établies. »

M. GIRALDÈS. Avant de corriger et de rétablir l'exactitude des citations, M. Boinet devrait les vérifier lui-même. Il aurait pu lire l'observation d'Owen Rees dans le *Guy's Hospital Reports*, 1847, vol. VI, 1re partie, et aurait vu de ses propres yeux que je n'ai rien avancé que de rigoureusement exact. L'observation est intitulée *Cas de maladie hydatique du foie guérie par l'opération*. Il n'y a là rien qui autorise l'interprétation de M. Boinet.

M. BOINET. J'ai cité l'observation de Rees d'après la rédaction qu'en avait donnée M. Moissenet dans les *Archives*, rédaction qui avait été indiquée par M. Giraldès dans le cours de la discussion.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Bouisson vient de recevoir le cordon de chevalier de l'ordre de Charles III.

— On lit dans le rapport de M. Michel Chevalier à l'Académie des sciences morales et politiques, les chiffres suivants sur la statistique des morts-nés : de 1853 à 1860, on a compté 53 mort-nés pour 100 dans le département de la Seine, 5,16 dans les villes, 3,65 dans les populations rurales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité du rhumatisme musculaire. Nouveau mode de traitement de cette maladie et des névralgies en général, par M. le docteur DUPUY (de Frenelle). Brochure de 167 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1864, chez Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

De la maladie de l'Algérie et des pays chauds. Première partie : Aperçu sommaire de l'endémie de l'Algérie et des pays chauds ; énumération de ses principales formes, son siége, sa nature, par M. le docteur HÉLYE, de Dangy (Manche), médecin des hôpitaux militaires de l'Algérie. In-8° de IX-131 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1864, chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

L'Année médicale, annuaire général des sciences médicales, par M. le docteur CAVASSE, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint de Mazas, etc. Nouvelle série. Deux volumes in-8° par année, contenant le résumé de tout ce qui est publié en France sur les sciences médicales, et des travaux les plus importants faits à l'étranger. Un vol. in-8°. Prix : 6 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

De la fièvre typhoïde, par M. le docteur J. A. MANDON (de Limoges), ancien interne lauréat (*bis*) 1er prix des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine de Paris (ouvrage couronné par la Société impériale de médecine de Bordeaux). Un vol. in-8° de 420 pages. Prix : 6 fr. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 29. — JEUDI 10 MARS 1864. (37e ANNEE.) N° 29. — JEUDI 10 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST (M. Duval). Observation d'aphémie pour servir à la détermination du siége de la faculté du langage. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 8 février. — Nouvelles. — FEUILLETON. Quelques biographies médicales au dix-septième siècle.

PARIS, LE 9 MARS 1864.

Nous avons la douleur d'annoncer à nos lecteurs la perte cruelle que vient de faire la *Gazette des Hôpitaux* dans la personne de son directeur M. E. Le Sourd, enlevé prématurément, par une courte maladie, à l'affection de sa famille et de ses nombreux amis. La *Gazette des Hôpitaux* perd en lui l'administrateur habile et éclairé qui l'a élevée et maintenue au degré de prospérité dont elle jouit depuis plus de vingt ans. Les regrets profonds que sa mort inspire à tout le personnel de la *Gazette*, seront partagés par tous ceux de nos confrères qui, dans leurs rapports directs avec lui, ont été à même d'apprécier la justesse et la rectitude de son esprit, la bienveillance de son caractère et l'aménité parfaite de ses manières. Les rédacteurs regretteront surtout en M. Le Sourd un ami sûr, un conseil droit et judicieux, un directeur ferme autant que bienveillant, et la société tout entière un homme aimable et plein de distinction.

Au nom de la Rédaction, Dr BROCHIN.

Les obsèques auront lieu demain jeudi, *à midi précis*, en l'église Saint-Germain des Prés. On se réunira à la maison mortuaire, rue Bonaparte, 31.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Depaul a terminé dans cette séance sa réplique à ses nombreux contradicteurs. Mieux inspiré que dans la précédente séance et dégagé des pénibles entraves de la personnalité, il a abordé à l'occasion des argumentations de MM. Guérin et Bousquet le véritable point du débat, et est entré dans le vif de la question. Nous reviendrons sur cette partie de la discussion, qui nous fournira de sérieux arguments à examiner.

La candidature ouverte dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale appelle les lectures des candidats. L'Académie a entendu hier deux lectures : l'une de M. Boinet, sur un moyen d'administrer l'iode complétement soluble ; la seconde de M. Robert Latour, sur les bons effets de l'emploi des enduits imperméables dans le traitement de la péritonite. On trouvera dans le compte-rendu une rapide analyse de ces deux communications, ainsi qu'un extrait d'une lecture de M. A. Mercier, sur une cause peu connue de récidive après la lithotritie et la taille.

Au commencement de la séance, M. Grisolle a payé un tribut de regrets bien mérités à la mémoire de M. Landouzy, qui était un des correspondants les plus distingués de l'Académie. — Dr BROCHIN.

ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST. — M. A. DUVAL.

Observations d'aphémie pour servir à la détermination du siége de la faculté du langage.

Les recherches que j'ai été obligé de faire dans les divers recueils sur le siége de la faculté du langage et sur l'aphémie m'ont convaincu que les deux observations suivantes pourraient concourir à la solution de cette question difficile. Elles n'ont qu'un mérite, celui de donner la relation fidèle des phénomènes présentés pendant la vie des sujets et des altérations trouvées après leur mort.

OBS. I. — *Fracture du crâne. — Aphémie immédiate et complète. — Conservation de l'intelligence. — Mort le douzième jour. — Autopsie. — Contusion profonde et désorganisation de la troisième circonvolution frontale gauche.*

Querniar, âgé de trente-quatre ans, fusilier au 2e régiment d'infanterie de la marine, est porté à l'hôpital le 4 janvier, vers cinq heures du matin. Il a fait une chute dans la rue, et la partie postérieure de la tête a porté avec force sur l'angle d'un trottoir.

A son arrivée, il paraît plongé dans le coma ; il ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse. Les membres sont dans la résolution ; mais des mouvements y naissent lorsque des excitations y sont produites. On constate qu'il n'existe aucune paralysie des membres. Les pupilles, d'un diamètre normal, se contractent avec vivacité sous l'influence de la lumière. La peau est froide ; le pouls assez plein, à 70 pulsations ; 14 inspirations par minute. Pas de nausées ni de vomissements. Pas d'odeur alcoolique ; il est cependant certain qu'il a bu de l'eau-de-vie la veille. Pas de plaies ni d'ecchymoses visibles ; pas d'écoulement de sang ou de sérosité par les narines et les conduits auditifs. L'emploi des moyens de calorification usités en pareil cas amène, peu d'heures après, une réaction suffisante ; le pouls est plein, à 95. Dans un moment où l'infirmier de garde était occupé, le malade se lève pour aller aux lieux d'aisance ; il tombe au moment de s'asseoir sur le siége. Relevé aussitôt et reconduit à son lit, il a une selle volontaire, qu'il fait dans le vase. L'urine est abondante et limpide. — Dix sangsues sont appliquées deux par deux au-devant des apophyses mastoïdes, de manière à donner lieu à un écoulement de sang minime, mais continu ; pendant ce temps, un purgatif est administré.

Le 6 au matin, l'œil est ouvert, intelligent ; le malade ne répond à aucune des questions, mais l'audition est parfaite ; il remue le membre indiqué lorsqu'on le lui demande, tire la langue, etc. Il ne paraît éprouver de douleur que lorsque le doigt parcourt la *région latérale droite postérieure* du crâne, depuis le pavillon de l'oreille jusqu'auprès de la protubérance occipitale externe. Il essaye, en remuant la tête du côté opposé, d'échapper à la douleur ; mais il ne peut proférer même une de ces plaintes si fréquentes chez tous les malades, les simples monosyllabes : *Ah ! ah !*

Tous les essais faits devant les élèves, aux visites du matin et du soir et les jours de clinique, ont démontré pendant tout le cours de la maladie que la parole est complétement abolie et que les facultés mentales fonctionnent d'une manière normale.

La déglutition est facile, le malade prend avec plaisir cinq ou six tasses de bouillon dans les vingt-quatre heures, et par des signes intelligibles en demande et en refuse. Il repousse une potion émétisée qu'on lui présente. Constipation.

Cet état reste le même dans la journée du 7.

Le 8, mon frère, aujourd'hui directeur du service de santé à Brest, et moi, nous constatons une contracture très-prononcée du bras droit, moindre dans l'extrémité supérieure gauche. Les fléchisseurs sont seuls contractés. Les membres supérieurs restent dans la résolution et ont conservé leur sensibilité et leur motilité normales.

Ce jour-là, quelques petits mouvements convulsifs agitent pendant quatre ou cinq heures environ les muscles grands zygomatiques canin et releveur propre de la lèvre supérieure. Ces mouvements sont plus prononcés à droite, ils paraissent six ou huit fois par heure et durent chaque fois environ une minute. — Dix nouvelles sangsues sont appliquées deux par deux; une potion avec 40 grammes d'huile de ricin, deux lavements purgatifs, l'un avec séné, l'autre avec 30 grammes de sel marin.

Le 10, l'état de contracture des fléchisseurs a cessé complétement dans le bras et l'avant-bras gauches. Il persiste, mais à un degré moindre dans le membre supérieur droit. La sensibilité et la motilité sont normales dans toute la moitié gauche du corps. A droite, au contraire, les divers moyens d'excitation employés ne produisent des signes d'impatience qu'après avoir été portés à un assez haut degré.

L'intelligence est très-nette; la mimique du blessé indique bien les réponses qu'il voudrait pouvoir faire; il ne souffre plus que de la partie postérieure droite de la tête ; l'œil, intelligent, à iris contractile, suit les mouvements du médecin et des assistants; l'ouïe recueille tous les bruits; le goût est évidemment conservé, car le malade sait refuser telle ou telle potion ou tisane, et exprime le désir de prendre du bouillon; le toucher est parfaitement conservé dans la main gauche au moins, puisque, si l'infirmier est absent, le blessé discerne dans l'obscurité la pinte, le vase dont il a besoin.

Du 11 au 13, rien de nouveau.

Dans la nuit du 13 au 14, l'état s'aggrave. La peau est plus chaude et couverte de sueur; le pouls est petit (à 100); deux évacuations involontaires d'urine ont lieu, et des selles ont eu lieu pendant la nuit sans que le malade ait paru s'en apercevoir; les pupilles sont dilatées et très-peu contractiles; l'audition est moins nette, l'intelligence diminue; l'aphémie est toujours complète; absence de plaintes, mais le blessé exprime sa douleur par des mouvements et des regards que tout le monde comprend.

Le 14, vers neuf heures du soir, le pouls est filiforme et au moins à 130. La peau est couverte d'une sueur gluante, les pieds sont froids.

L'agonie commence le 15, vers minuit, et la mort termine ces jours de souffrance, qui resteront toujours inconnus pour nous, car le malade ne sachant pas écrire, n'a pu transcrire ses impressions.

Autopsie. — Le 17, devant un grand nombre de médecins de la marine et d'étudiants qui pour la plupart avaient vu le malade pendant sa vie, j'ai procédé à l'autopsie. Après avoir exposé les faits qui précèdent et avoir rappelé les conclusions cliniques que j'avais cru devoir tirer chaque jour de l'ensemble des phénomènes morbides et que j'avais exposées spécialement devant un auditoire assez nombreux dans les leçons des 9 et 12 janvier courant, je rapprochai ce

---

QUELQUES BIOGRAPHIES MÉDICALES

DU DIX-SEPTIÈME SIÈCLE.

GUY PATIN [1].

En religion et en politique, c'est tout le contraire; sous ces deux aspects, notre homme est extrêmement intéressant; comme nous ne pouvons que passer en glissant sur ce point, nous engageons nos lecteurs à lire la charmante étude de M. Sainte-Beuve, elle est pleine de détails du plus grand intérêt, et il a étudié la figure de notre écrivain avec cette finesse et ce charme qu'on retrouve dans tous les travaux du célèbre critique contemporain.

Je ne suis cependant pas de son avis sur tous les points, et je pense que Guy Patin croyait fort peu en religion; en politique, il est, ma foi, bel et bien républicain; mais républicain avec un roi, voilà tout. Comment voulez-vous qu'un homme, un docteur, un doyen de la Faculté de médecine, en plein dix-septième siècle, comprenne qu'on puisse se passer d'un roi? A part cette tête couronnée devant laquelle il s'incline et qu'il respecte (malgré quelques coups de boutoir par-ci par-là), ne lui parlez ni des princes, ni des grands, ni des ministres, ni des traitants, etc., etc. Il suffit d'ouvrir sa correspondance pour voir ce qu'il pense de telles gens, dont le meilleur ne valut jamais rien; aussi n'en épargne-t-il aucun, surtout les deux grands ministres qu'il a vus à l'œuvre. Il ne parle pas trop du cardinal de Richelieu, même quand il est mort; il semble qu'il le craigne encore; certes, il ne l'aime pas, mais il conserve à son égard une certaine pudeur. Quant au cardinal de Mazarin, *au Mazarin,* ainsi qu'il l'appelle, il épuise à son égard tout le vocabulaire habituel de ses injures et de ses grossièretés. Il ne lui reconnaît aucun talent, il blâme toutes ses actions; en revanche, c'est *un fripon, un larron, un fourbe avaricieux, un faquin, un escroc, un bateleur en robe rouge, un faiseur de gambades, le démon de la France, le Turc de la chrétienté,* etc., etc., et tout ce que le lecteur pourra imaginer.

En religion, assurément je ne veux pas dire que Guy Patin soit athée, cela serait faux ; il est même chrétien, mais comme toujours, à sa façon ; il est plutôt huguenot que catholique, mais seulement il n'est pas tout à fait protestant, et il n'est papiste en aucune façon ; il hait les jésuites autant au moins que le Mazarin, et les moines presque autant que les jésuites, *ces carabins sortis de la brayette du père Ignace, ces maîtres passefins, ces pharisiens, la plus méchante peste de gens qui soit au monde,* etc. Les moines ne sont pas beaucoup mieux traités, et Guy Patin pense sur leur compte absolument comme Rabelais ; seulement il ne connaît aucun brave Jean des Entommeures.

Tout cela pourrait encore passer, car, Dieu merci ! en France, les opinions ont souvent varié sur les jésuites et les moines, jusqu'à ressembler fort dans certains cas à celles du rancunier docteur ; ce qui est plus grave, c'est qu'il professe sur le pape et sur les cardinaux absolument la même manière de voir. De papes et de cardinaux, il y en aura toujours de reste : « La peste est encore bien forte à Rome, » mais elle épargne le pape et les cardinaux ; c'est peut-être qu'elle » croit qu'ils sont plus méchants qu'elle. Néanmoins trente-six bons » et savants médecins en sont morts, et ce sont ceux-là que je regrette ; le pape et les cardinaux ne manquent jamais, il en est » toujours assez. » [1]

Dans des questions plus profondes, il est tout aussi railleur, tout aussi peu croyant. Il blâme violemment le célibat des prêtres. « Maudite invention du célibat des prêtres, que tu as causé de maux et » de désordre au monde, sans ceux que tu feras ! » Il ne croit n aux flammes de l'enfer ni à celles du purgatoire. « C'est un feu tout » miraculeux qui... fait aujourd'hui bouillir tant de marmites qui » servent à nourrir tant de ventres oiseux et tant de fainéants... » Il pense absolument de même sur les messes pour les morts, et s'en exprime dans un langage presque identique. Guy Patin croit en l'autre vie, cela est certain, mais comme un payen, disons mieux, comme un libre penseur ; il espère bien trouver là (et c'est pour lui une suprême joie) ses amis illustres, ces grands morts qui sont sa société de tous les jours, Homère, Hippocrate, Galien, Pline, etc., et aussi assurément ceux qu'il a aimés de leur vivant.

En somme, Guy Patin est très-proche parent de Rabelais, et en traçant le portrait de ce dernier, il semble faire le sien : « C'était un » homme qui se moquait de tout ; en vérité, il y a bien des choses » dont on doit raisonnablement se moquer. Si l'on y prend garde de » bien près, elles sont presque toutes remplies de vanité, d'imposture et d'ignorance ; ceux qui sont un peu philosophes ne doivent-» ils pas s'en moquer ? » — S'il n'est pas sur la comédie de la vie du même avis que *maître François*, il ne doit guère s'en manquer ; voyez comme il raconte sans la moindre émotion cette histoire au moins controuvée : « Il dit en mourant : Tirez le rideau, la farce est » jouée... en quoi il imita Auguste, qui, au rapport de Suétone, en

[1] Voir les numéros des 27 février et 3 mars.

[1] Voici sa définition du cardinal : *Animal rubrum, capax omnium beneficiorum.* Quant au pape, c'est un *Jupiter capitolin.*

cas d'une autre observation d'aphémie traumatique que j'ai recueillie il y a quinze ans (*voy.* Obs. II), et je terminai en posant le diagnostic suivant :

1° J'admis, pour expliquer l'aphémie complète, l'existence d'une altération grave des lobes antérieurs du cerveau, probablement plus prononcée à gauche.

2° J'attribuai la contraction des membres qui avait disparu le troisième jour à une suffusion sanguine à la surface des deux hémisphères. Cette nappe sanguine devait être plus épaisse et plus étendue du côté gauche, la paralysie s'étant montrée du côté droit.

Ce diagnostic, peut-être un peu hardi, pouvait ne pas être confirmé par l'ouverture du cadavre ; mais décidé, en cas d'insuccès, à renoncer désormais à toute recherche de la localisation des facultés, je priai un étudiant, M. Simon, et M. le docteur Lagarde, de vouloir bien transcrire séparément les diverses altérations que pourrait rencontrer mon scalpel.

Aspect extérieur. — Homme vigoureux, muscles bien dessinés, aucune lésion appréciable de la peau, sauf les marques récentes des sangsues appliquées pendant la vie. Une incision longitudinale antéro-postérieure divise le cuir chevelu ; celui-ci est rabattu de chaque côté. On aperçoit une ecchymose qui se prolonge dans une étendue de 10 centimètres. Cette suffusion sanguine est profonde, et elle part de l'apophyse mastoïde jusqu'à 16 millimètres de la crête occipitale externe.

Crâne. — Le crâne est scié horizontalement avec les plus grandes précautions. L'encéphale enlevé avec soin est replacé dans sa calotte osseuse.

L'examen du crâne démontre :

1° Une fracture qui, née 20 millimètres au-dessus du sillon destiné au sinus latéral droit, le traverse et vient, n'ayant décrit qu'une seule sinuosité notable, se terminer à la partie antérieure du tronc occipital.

Les bords de cette fracture sont à peine écartés. Un mince caillot paraît les réunir. Aucune trace d'épanchement n'est remarquée ni sur la dure-mère ni au-dessous d'elle. L'examen de ces parties a été des plus scrupuleux. Jamais méninges n'ont été plus saines.

L'enlèvement des membranes laisse découvrir une fracture transversale du rocher, à 5 millimètres en dehors du conduit auditif externe ; son extrémité postérieure se termine à 2 centimètres de la première fracture. Pas de caillots, pas de suffusion sanguine sur aucun point. La membrane du tympan est intacte. La fracture a coupé perpendiculairement l'aqueduc de Fallope. L'écartement des deux bords de la fracture permet de voir le nerf facial, paraissant intact dans son canal rompu.

Un dessin qui a été fait par un de nos meilleurs étudiants, M. Neïss, représente très-fidèlement les deux fractures.

Encéphale. — Le cerveau présente à la partie antérieure du lobe frontal gauche, sur sa face convexe, un foyer sanguin avec destruction de la pulpe cérébrale.

Ce foyer, dont toutes les dimensions ont été mesurées à l'aide d'un ruban métrique, occupe environ les deux tiers externes de la face convexe du lobe frontal ; il a 45 millimètres de largeur transversale et plus de 60 millimètres d'avant en arrière ; il paraît s'arrêter à peu de distance de la circonvolution transverse qui borde en avant le sillon de Rolando.

Il est séparé par un intervalle sain de 2 centimètres de la grande scissure du cerveau. Son siége est évidemment la troisième circonvolution frontale et un peu des replis de la deuxième ; mais la plus grande partie de cette dernière et la première circonvolution sont intactes.

Ce foyer, rempli d'une sorte de bouillie cérébrale mélangée de sang en petits caillots ou semi-fluide, n'est pas nettement limité, car une altération moins forte du tissu cérébral se montre en divers points, presque nulle en dehors et en dedans des 45 millimètres indiqués ; elle se prolonge davantage en arrière.

En effet, les parties atteintes présentent : 1° Un ramollissement d'autant plus prononcé qu'on les examine plus près du foyer ;

2° Une teinte d'abord d'un jaune très-foncé, qui se fond d'une manière insensible et qui arrive par des dégradations successives jusqu'au point où l'examen minutieux démontre l'intégrité de la substance cérébrale.

Nous ne pouvons estimer l'étendue totale de l'altération de la troisième circonvolution à moins de 9 centimètres, y compris une partie de la circonvolution frontale transverse ou postérieure.

Une section perpendiculaire divise le lobe en deux points et permet de reconnaître que ces mêmes lésions atteignent la scissure de Sylvius et une des petites circonvolutions de l'insula de Reil.

La circonvolution la plus externe de la face orbitaire est également altérée, mais dans une étendue moindre.

Enfin, à l'extrémité antérieure du lobe frontal droit, dans l'épaisseur de la première circonvolution frontale, se trouve un petit foyer analogue au premier. Il n'a guère que 75 millimètres en tout sens ; les tissus environnants ne présentent qu'un ramollissement très-léger et d'une teinte jaunâtre. En définitive, la première circonvolution frontale est seule altérée dans le lobe droit, et elle l'est dans une étendue très-minime.

Toutes les autres parties de l'encéphale ont été examinées avec un soin scrupuleux. Aucune altération. L'examen minutieux n'a pu même y rencontrer la moindre injection. Le tissu, loin d'être ramolli, est peut-être un peu plus ferme qu'à l'ordinaire, et il n'y a qu'une petite quantité de sérosité limpide dans les ventricules latéraux.

Obs. II. — *Fracture du crâne. — Aphémie immédiate complète et définitive. — Mort par submersion un an après. — Autopsie : grand kyste séreux sous la pie-mère logé dans la troisième circonvolution frontale gauche.*

En 1848, étant chargé en chef du service de l'hôpital Saint-Mandrier de Toulon, je fus prié par M. Andrieux, chirurgien de la marine et prévôt de cet hôpital, d'aller voir un jeune enfant qui venait de faire une chute sur la tête.

Le 26 mai 1848, Marius ...., âgé de cinq ans et quatre mois, est tombé par une fenêtre d'une hauteur de 3 mètres. Le front a porté sur une pierre anguleuse. Une plaie presque verticale, ayant de 8 à 9 centimètres, divise la peau du front ; à gauche et environ à 2 centimètres de la ligne médiane, elle se termine en entamant le sourcil et un peu la paupière supérieure.

Les lèvres de cette plaie sont écartées, et il est facile de constater au toucher et à la vue une fracture à peu près longitudinale du frontal dans une étendue d'au moins 6 centimètres. Il y a un peu d'enfoncement du fragment externe, car le doigt reconnaît facilement les inégalités du bord du fragment interne.

L'enfant est dans le coma. Le pouls petit, à 80 ; la peau froide, les pupilles dilatées, mais inégalement, la gauche plus que la droite.

La réaction provoquée survient peu d'heures après. On n'applique pas de sangsues, car l'écoulement provenant de la plaie a été considérable ; le coma disparaît après quelques jours. Il n'y a pas de paralysie. L'intelligence paraît nette, mais il est impossible d'obtenir une réponse quelconque ou même un son articulé de ce pauvre enfant. Il garde un silence complet, et ne pousse qu'un cri aigu, qui ne cesse que lorsqu'il a obtenu l'objet désiré.

Vingt ou vingt-cinq jours après, la plaie est presque cicatrisée, mais Marius garde toujours le même mutisme ; cependant il écoute ce qu'on lui dit et obéit presque toujours aux ordres qu'on lui donne.

J'ai vu cet enfant bien des fois en 1848 pendant les mois de juillet et d'août ; il m'a paru des plus intelligents, et cependant il m'a toujours été impossible d'en tirer un seul mot. Or tous les habitants de son village, près de la Seyne, ont déclaré qu'auparavant il était remarquable par une loquacité vraiment méridionale.

Je l'avais perdu de vue, lorsqu'en 1849 j'allai de nouveau prendre le service de Saint-Mandrier, pendant les mois de juin et de juillet, pour les blessés provenant du siége de Rome.

Le docteur Mittre, chirurgien de la marine, qui était un de mes bons camarades, m'appela pour examiner avec lui un enfant qui venait d'être trouvé noyé. Je reconnus sans peine le pauvre enfant que j'avais déjà vu.

Le corps, vêtu d'une chemise et d'un pantalon, ne présentait que quelques petites excoriations à la jambe droite, aux mains et au nez. Il avait été trouvé dans la mer à quelques mètres du rivage ; les informations permirent d'établir la vérité. Le 14 juin, suivant son habitude, l'enfant se rendit sur la plage, et voulut s'amuser dans l'eau. Il laissa sa chaussure ; mais après quelques pas, il glissa le long d'un rocher dans une excavation qui n'avait pas cependant plus de 50 centimètres d'eau. Ne pouvant appeler à son secours, après avoir essayé inutilement de gravir les parois de ce trou, il s'est noyé après une lutte dont la durée est restée inconnue.

J'emprunte ici à mon collègue la relation de l'autopsie que nous avons pratiquée ensemble, mais qu'il a bien voulu écrire et me donner.

« Cette autopsie est incomplète ; nous avons dû, n'ayant que l'autorisation *tacite* d'un parent, procéder avec rapidité et dans le plus profond silence.

» La calotte enlevée à l'aide de la scie, le cerveau est retiré, et nous trouvons :

» 1° Des traces évidentes d'une fracture du frontal ; elle siége environ à 2 centimètres à gauche de la suture frontale médiane ; elle mesure 4 centimètres ; la table interne du fragment externe fait une saillie assez sensible en dedans.

» 2° Au-dessous et en arrière de cette fracture existe un kyste du volume d'une noix, presque sphérique, recouvert par la pie-mère, l'arachnoïde et la dure-mère, qui adhère solidement à la fracture. Ce kyste, suite certaine d'une ancienne contusion du lobe frontal gauche, renferme un liquide séreux, un peu trouble, dont la quantité est évaluée à 15 grammes ; une membrane fine, blanchâtre, résistante, l'isole du tissu cérébral profondément déprimé. Il occupe la moitié externe de la face convexe du lobe frontal gauche, dans une étendue de 33 millimètres en tous sens. »

La situation de ce kyste n'est pas autrement indiquée sur l'observation rédigée en 1849 par M. Mittre. Mais j'ai gardé un souvenir précis de ce fait, que j'ai mis par écrit en 1850 dans les notes qui servaient à mes leçons, et je puis dire sans craindre de me tromper que le kyste était logé, sinon en totalité du moins en grande partie, dans la troisième circonvolution frontale gauche. C'est ce qui découle du reste de la description. La moitié *interne* du lobe frontal était saine. Le kyste était entièrement contenu dans la moitié *externe* de ce lobe, et il est clair que chez un enfant on ne peut loger dans cette partie du cerveau un kyste de 33 millimètres de diamètre sans intéresser profondément la troisième circonvolution, qui forme à elle seule au moins les deux cinquièmes externes du lobe frontal.

Réflexions. — Quelles déductions puis-je tirer de cette exposition fidèle des faits que j'ai observés?

J'ai dû réunir deux cas qui me paraissaient identiques. L'aphémie complète d'une part, le siége de la lésion, qui, sauf une étendue variable, est certainement le même, sont les points qui doivent les unir l'un à l'autre.

L'autopsie de Querniar nous montre :

1° Une fracture des fosses occipitales supérieures et inférieures droites se terminant au trou occipital ;

2° Une fracture indépendante de cette dernière, coupant le rocher droit perpendiculairement à son axe.

Je ne dirai rien sur ce point. Ces fractures prouvent :

En premier lieu, que toutes les fractures de la base du crâne ne sont pas toujours des irradiations de fractures des os de la voûte ;

En second lieu, qu'il est difficile de nier que la fracture du rocher ne soit pas une fracture par contre-coup ;

Enfin, *en troisième lieu*, que celui-ci confirme toutes les expériences faites par M. Bauchet ; celles faites à Brest et à Toulon par mon frère Marcelin Duval, aujourd'hui directeur du service de santé à Brest ; qu'elle confirme également les observations pathologiques faites par M. Houël et par plusieurs autres, savoir : que tous les coups reçus en arrière du conduit auditif externe donnent lieu toujours, s'ils sont suivis de fractures, à la section transversale du rocher du même côté [1].

La suffusion sanguine répandue à la surface des deux hémisphères, plus étendue et plus épaisse sur l'hémisphère gauche, explique, d'après nous, la contracture des membres supérieurs, la disparition si prompte de ce phénomène musculaire à gauche, et la paralysie parue un peu tard dans les membres droits.

Le cerveau est sain dans toute son étendue : moelle allongée, protubérance, cervelet, corps striés, tout est dans l'état normal. La blessure n'occupe qu'une partie du lobe antérieur gauche du cerveau ; elle respecte la première circonvolution frontale la plus interne, une grande partie de la deuxième, atteint surtout la troisième, la plus externe, se prolonge en arrière jusqu'au point d'atteindre la circonvolution frontale transverse, entame la scissure de Sylvius et même une des petites circonvolutions de l'insula de Reil.

C'est pour nous une contusion, ou mieux, une sorte de fracture par contre-coup du lobe frontal gauche.

Je dois faire observer, à l'appui de cette opinion, que le siége de la lésion est précisément aux antipodes de la fracture de l'occipital ; celle-ci en arrière et à droite, celle-là à gauche et en avant.

Le ramollissement périphérique, les nuances plus ou moins foncées de la troisième circonvolution et des parties profondes, ne sont dues

(1) Je possède cinq temporaux recueillis à Brest seulement depuis trois ans et demi chez des sujets morts dans mon service, et qui confirment le fait énoncé.

» mourant demanda à ses amis : *Numquid vita mimum commode per-* » *egisset ?* » Je ne voudrais pas cependant que le lecteur jugeât notre écrivain sur ce dernier trait ; c'est là une exagération en dehors de son caractère, une boutade, si l'on veut. Guy Patin avait assurément de grands défauts ; mais, en somme, il fut trop homme de bien et de sens pour pousser aussi loin l'impiété et le matérialisme.

On a dit (avec raison selon nous) que pour bien aimer, il fallait savoir bien haïr ; nous avons surabondamment prouvé jusqu'ici que Guy Patin posséda au suprême degré cette seconde condition ; mais aussi, disons-le à sa très-grande louange, il eut de nombreux amis et il les aima ardemment toute sa vie. Sa correspondance nous prouve qu'il conserva jusqu'à la fin tous ses amis, et combien peu d'hommes en pourraient dire autant ! Il trouve pour ceux-ci les expressions les plus douces, les plus caressantes ; s'il ne les flatte pas, on voit au moins qu'il regarde leurs qualités par le petit bout de sa lorgnette, et qu'il ne voit leurs défauts que par le plus grand bout ; vivants ou morts, il a pour en parler les termes les plus touchants, les épithètes les plus flatteuses ; c'est son bon ami M. Naudé, son excellent ami M. Spon ; celui-ci est le meilleur et le plus savant homme du monde ; cet autre a mille qualités et il sera toujours son ami, quand bien même il ne le voudrait pas. Il professe pour M. de Lamoignon une amitié aussi vive, aussi sincère que profondément respectueuse ; il en est de même pour M. de Blancmesnil, pour M. Tulon ; il aura toujours pour le cardinal de Retz la plus haute estime, la plus vive sympathie ; mais ici c'est le frondeur qui reparaît. De temps en temps il a de ces phrases qui éclatent tout à coup comme l'hymne d'un cœur profondément attendri. Pour Fernel, il date ainsi une lettre : « *Eodem ipse die, quo anti annos tres et octoginta, obiit scholæ nostræ* » *lumen, et medicorum totius Europæ doctissimus Joannes Fernelius,* » *nimirum* 26 *april* 1558. » — A propos de l'infortuné de Thou, son ami, exécuté à Lyon, il datera une autre lettre de la manière suivante : « *Die fatali infelici Thuano, anti annum pari die, jussu ne-* » *cato.* » Cela tout simplement, sans autre phrase, sans aucun apparat ; mais on sent que les yeux qui ont écrit ces mots étaient obscurcis par les larmes de la plus réelle amitié. Vingt-deux ans après, il revient encore sur cet amer et toujours vivant souvenir, et cette fois, il le dit lui-même : « *Heu dolor ! scribere plura vetant lacrymæ....* » — Guy Patin fut toujours, c'est incontestable, satirique et moqueur jusqu'au sang ; il fut, par instants, méchant et cruel, mais celui qui trouve de tels accents peut se vanter de sentir battre un cœur d'homme dans sa poitrine.

Pour achever de le connaître, suivons-le dans son intérieur, dans son étude [1] ; nous saurons du même coup ce qu'était la vie du véritable médecin de ce temps-là.

Celle de Guy Patin fut honnête et sérieuse ; il sait ce que le médecin doit à l'humanité, et il s'est fait une règle universelle de donner aux malades tout le temps qu'ils lui demandent, et à l'étude tous ses loisirs. Après avoir rédigé quelques observations et médité sur quelque chapitre d'Hippocrate, de Galien ou de Fernel, il va goûter enfin un repos nécessaire. Quelquefois il se permet ce qu'il nomme une débauche : au lieu d'Hippocrate, il lit un chapitre de Pline, de Cicéron ou quelques vers d'Horace et de Virgile. Il se plaît beaucoup dans cette *étude* qu'il a établie selon son goût, où il a fait ranger (ce qui ne fut pas petite besogne) les dix mille volumes qui composent sa bibliothèque et qu'il a ornée des portraits de ceux qu'il aime. Il prend lui-même la peine de nous décrire ce lieu retiré de ses méditations :

(1) Les anciens appelaient ainsi ce que nous avons depuis désigné par le mot cabinet.

« Je souhaiterais que ce fût ici à Paris, dans mon étude, je vous puis » assurer qu'elle est belle. J'ai fait mettre sur le manteau de la che- » minée un beau tableau d'un crucifix qu'un peintre que j'avais fait » tailler me donna l'an 1627. Aux deux côtés du bon Dieu, nous y » sommes tous deux en portrait, le maître et la maîtresse ; au-des- » sous du crucifix sont les deux portraits de feu mon père et de feue » ma mère ; aux deux coins sont les deux portraits d'Erasme et de » J. Scaliger. Vous savez bien le mérite de ces deux hommes divins. » Si vous doutez du premier, vous n'avez qu'à lire ses adages, ses » paraphrases sur le Nouveau Testament et ses Epîtres. J'ai aussi une » passion particulière pour Scaliger, des œuvres duquel j'aime et » chéris les épîtres, et les poëmes particulièrement ; j'honore aussi » extrêmement ses autres œuvres, mais je ne les entends point ; » aussi, quand je les lis, je baisse la tête en me souvenant de ce qu'a » dit Martial : *Non omnibus datum est habere nasum.* Outre les orne- » ments qui sont à ma cheminée, il y a au milieu de ma bibliothèque » une grande poutre qui passe par le milieu de la largeur de bout en » bout, sur laquelle il y a douze tableaux d'hommes illustres d'un » côté et autant de l'autre, y ayant assez de lumière par les croisées » opposées ; si bien que je suis, Dieu merci ! en belle compagnie avec » belle clarté. Je vous y souhaiterais aussi fort. »

Il nous a dit ailleurs ce qu'était cette belle et bonne compagnie : « Je les traitai dans ma chambre, où par-dessus la tapisserie se » voyaient curieusement les tableaux d'Erasme, des deux Scaliger père » et fils, de Casaubon, Muret, Montaigne, Charron, Grotius, Heinsius, » Saumaise, Fernel, de Thou, et notre bon ami M. G. Naudé, biblio- » thécaire du Mazarin, qui n'est que sa qualité externe ; car pour les » internes, il le a autant qu'on les peut avoir ; il est très-savant, » bon, sage, déniaisé et guéri de la sottise du siècle, fidèle et constant » ami depuis trente-trois ans. Il y avait encore trois autres portraits

qu'à une infiltration faite de proche en proche du sang épanché par suite de la déchirure des vaisseaux.

Cet homme a vécu douze jours ; pendant *huit au moins* il a eu toute son intelligence.

Je dois donc dire que je crois aujourd'hui que le siége de la faculté du langage est bien le lobe antérieur gauche. Et des diverses parties de ce lobe, il me paraît impossible de ne pas admettre comme siége plus spécial, peut-être unique, la troisième circonvolution de ce même lobe.

Je me trouve ainsi obligé de partager l'opinion soutenue par MM. Broca et Auburtin.

La lecture de l'observation II, écrite il y a plus de quinze ans, nous prouve les mêmes faits généraux. Les lésions sont semblables, l'altération est plus ancienne, mais mieux circonscrite. A cette époque, M. Mittre et moi nous avons poursuivi avec soin toutes les altérations et sur tous les points. Je ne trouve rien de plus à ce sujet dans la note ci-dessus relatée, et ma mémoire ne me fournit aucun renseignement.

Enfin, il est impossible pour les personnes qui ont suivi le premier blessé d'avoir un seul doute sur l'intégrité de ses sens et de son intellect.

Pour le deuxième blessé, un trop grand nombre de personnes ont pu, pendant une année, constater l'aphémie en même temps que le grand développement de l'intelligence.

Pour terminer, Queriar a promptement, par une mimique accentuée, su faire comprendre ses désirs et ses besoins. L'enfant eût été sauvé s'il avait pu appeler du secours, et si la faculté de la parole n'avait pas été anéantie chez lui.

N.B. J'ai adopté le mot *aphémie*, car je le trouve vrai et surtout euphonique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mars 1864. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet vingt exemplaires du rapport général sur les travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Eure. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Robert-Latour, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ;

2° Une observation d'épingle arrêtée dans l'arrière-gorge, et reconnue au moyen dn laryngoscope par M. le docteur Moura-Bourouillou ;

3° Une nouvelle note de M. le docteur Delaplagne, sur les virus ou ferments organiques sanguins, lymphatiques et nerveux (commission de vaccine).

— M. LARREY offre en hommage, au nom de M. le professeur Stromeyer, associé étranger, un ouvrage écrit en allemand, et intitulé *Maximes de médecine militaire*.

— M. TARDIEU présente, au nom de M. le Dr Legrand du Saulle, un volume ayant pour titre : *La folie devant les tribunaux*.

— M. BÉCLARD dépose sur le bureau une brochure de M. le Dr Chabrand, sur le goître et le crétinisme endémique.

— M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le Dr Landouzy (de Reims), membre correspondant.

M. Landouzy, dit M. le président, fut pendant toute sa vie un des plus fervents disciples de la science. Son ouvrage sur l'hystérie a été couronné par l'Académie. Il n'est personne de nous qui n'ait lu avec fruit ses deux mémoires sur la paralysie faciale, son travail si neuf, si original sur l'amaurose albuminurique, ses recherches si variées, si nombreuses sur la pellagre, qui ont été l'écueil contre lequel son activité est venue se briser.

Tous ces travaux et d'autres plus nombreux encore, couronnés pour la plupart par la Faculté, par l'Institut ou par vous-mêmes, assurent à M. Landouzy une place des plus honorables parmi les travailleurs de notre temps.

LECTURES.

Moyen d'administrer l'iode complétement soluble. — M. Boinet, candidat pour la section de thérapeutique, lit un mémoire intitulé : *Moyen d'administrer l'iode complétement soluble et entièrement dépourvu de ses propriétés irritantes; du choix à faire parmi les préparations iodées; du vin iodé naturel préparé par fermentation.*

Ce travail a pour objet d'établir, d'une part : 1° que l'administration de l'iode pur a des dangers graves qui l'ont fait abandonner ; 2° que la teinture d'iode du Codex n'étant pas complétement soluble, offre les mêmes dangers ; 3° que l'iode combiné avec le potassium est à la vérité plus soluble et par conséquent mieux supporté par les organes digestifs, mais que le potassium lui apporte de nombreux inconvénients.

D'autre part, il tend à démontrer que les médicaments iodés les plus actifs et les moins dangereux sont ceux dans lesquels l'iode est rendu plus facilement absorbable, et que sous ce rapport les préparations où l'iode est complétement soluble l'emportent sur celles où il n'en est pas de même ; d'où l'on doit déduire qu'il n'est pas indifférent de faire prendre un médicament où l'iode est à l'état moléculaire et tel que la nature nous le fournit : 1° parce que ce médicament est sans mutilations, avec toutes ses parties ; 2° que l'absorption de ses principes constitutifs est plus prompte, plus facile en raison de sa division moléculaire plus complète ; 3° que, de plus, il renferme des substances particulières, une matière organique, qui contribue aux propriétés thérapeutiques de l'iode et suffit pour constituer une différence d'action avec les autres composés iodés que nous prépare la pharmacie. (Renvoyé à la section de thérapeutique.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

La parole est à M. Depaul, pour terminer son argumentation. (Nous rétablissons, en le résumant, l'ensemble de cette argumentation.)

Suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

M. DEPAUL commence par déclarer que les arguments accumulés contre lui n'ont pas ébranlé ses convictions ; il n'y voit que des objections peu sérieuses, et reste plus convaincu que jamais.

Il n'aura rien à répondre à MM. Bouillaud et Piorry, qui ont défendu la même thèse que lui. M. Bouvier n'a traité la question qu'au point de vue historique, il n'y a point à argumenter contre lui. M. Bousquet, qui a soutenu des opinions toutes différentes, est le véritable adversaire qu'il aura à combattre ; mais en raison même de l'importance de son opposition, il le réservera pour la fin, après qu'il aura élagué les questions de détail et les points accessoires. Il ne s'occupera pour le moment que du sujet de sa querelle avec l'École d'Alfort.

M. Bouley s'est habilement défendu, mais il soutenait une mauvaise cause, et il fallait en effet que sa cause fût bien faible pour se retrancher, comme il l'a fait, derrière des récriminations et des faux-fuyants.

M. Bouley a cherché à expliquer et à justifier les opinions de Jenner ; mais il n'a pas pris garde que Jenner a commis une grave erreur en attribuant l'origine du cowpox à une maladie locale du cheval, au lieu de l'attribuer à une maladie générale, à l'éruption vaccinogène.

Quant aux faits d'Alfort, ils démontrent que M. Bouley et ses collègues s'étaient abusés sur la nature de la maladie des chevaux générateurs de la vaccine. Ce que ni M. Bouley ni ses collègues n'avaient ni vu ni soupçonné, c'est que cette maladie était une affection pustuleuse et générale ; ils ne l'ont formellement reconnu que plus tard, lorsque leur attention a été spécialement appelée sur ce point.

M. Bouley, aujourd'hui encore, ne veut pas convenir que le premier cheval qu'il a observé, et qui a transmis la vaccine, eût une affection générale. Il est certain pour moi, dit M. Depaul, que ce cheval, comme tous ceux qui transmettent le cowpox, avait une éruption générale.

Je crois, continue M. Depaul, avoir contribué à éclairer mes collègues d'Alfort, sur la nature et la signification des boutons qui se sont montrés chez l'élève Amyot. Pour moi, et je crois l'avoir suffisamment établi, ces boutons étaient des pustules de variole, des pustules résultant d'une véritable infection chez un jeune homme vivant dans la même atmosphère qu'un cheval malade. Je maintiens aussi que c'est par infection qu'ont été atteints les chevaux et les vaches du nourrisseur d'Alfort, dont il a été plusieurs fois question dans cette discussion. C'est encore par suite d'une transmission infectieuse qu'ont été affectés les autres chevaux d'Alfort.

Quant au reproche que m'a fait M. Bouley d'avoir dissimulé mes opinions relatives à l'identité de la variole, de la vaccine et des éruptions vaccinogènes du cheval, il tombe naturellement devant ce fait, que j'avais déjà énoncé et développé ces opinions dans mes derniers rapports sur la vaccine.

Il est donc bien établi que ce n'est pas à Alfort que je suis allé puiser les éléments de mes convictions. Je connaissais les faits depuis longtemps, et mes doctrines étaient arrêtées. Les faits d'Alfort n'ont fait que les confirmer et m'y raffermir ; ils ont servi, en outre, à redresser une erreur grave de M. Bouley, en lui montrant que l'éruption qu'il prenait pour une maladie locale était bien une maladie générale.

En résumé, en ce qui concerne l'argumentation de M. Bouley, je maintiens, contrairement à ses conclusions, que Jenner s'était complétement abusé sur la nature de la maladie vaccinogène du cheval, que si les faits d'Alfort ont jeté quelque lumière sur ce problème, c'est moins par eux-mêmes que par l'interprétation que je leur ai donnée.

M. Reynal s'est trompé, comme M. Bouley, sur la véritable nature de l'affection aphtheuse du cheval. Cette méprise est d'autant plus surprenante de sa part, que M. Rayer avait publié en 1836 sur ce sujet un mémoire très-important qui n'avait pas dû échapper à l'attention des vétérinaires. M. Reynal le connaissait, puisqu'il l'a cité ; mais il a montré, par cette citation même, qu'il n'en avait pas saisi la véritable signification.

M. Reynal a cité Sacco, mais d'une manière incomplète. Si quelques inoculations de Sacco ont échoué, c'est qu'il s'est servi d'une matière transportée, au lieu de pratiquer des inoculations immédiates. Il a inoculé d'ailleurs le claveau, et il a obtenu la vaccine sur des enfants, qui ont résisté ensuite à l'inoculation de la variole.

On a rappelé que M. Huzard a échoué dans une pareille tentative. Ces échecs ne sauraient ébranler mes convictions à côté des résultats positifs des expériences de Sacco. J'en dirai autant des expériences récentes de M. Bouley, desquelles il résulterait que l'inoculation de la variole humaine à la vache est restée sans effet.

M. Magne a insisté particulièrement sur les différences qu'il a cherché à établir entre la variole, la vaccine et l'affection pustuleuse du cheval ; mais ces différences reposent sur un parallèle des trois maladies dont les traits caractéristiques ont été évidemment exagérés. Relativement à la maladie aphtheuse, qui ne serait pas la variole, suivant lui, M. Magne, tout en contestant cette identité, ne la considère pas moins comme contagieuse, ce qui est contesté par MM. Reynal et Bouley. Je n'ai pas à m'arrêter sur ce point, qui reste à débattre entre ces messieurs.

J'arrive à l'argumentation de M. Guérin.

M. Guérin m'a reproché d'avoir eu trois opinions différentes dans le cours de cette discussion. Je le crois seul de cet avis, et je le renvoie sur ce point au *Bulletin* de l'Académie, qui témoigne au contraire du parfait accord qui existe à cet égard entre mes divers discours.

M. Guérin a mis sur mon compte plusieurs propositions que je n'ai point émises et dont je lui renvoie la responsabilité. Ainsi il me suppose l'intention de vouloir restaurer la pratique de l'inoculation. C'est complétement faux ; j'ai déclaré, au contraire, que je la repoussais.

Il y a une proposition sur laquelle nous sommes d'accord avec M. Guérin, c'est que la maladie des animaux qui transmise à l'homme produit la vaccine, est la même que la variole. Mais il a ajouté qu'il l'avait dit avant moi. Mais M. Guérin a oublié sans doute que je l'avais dit ici à cette tribune dans un de mes rapports sur la vaccine, bien avant cette discussion, et avant qu'il en eût dit un seul mot lui-même dans son journal. Mais on connaît les prétentions de M. Guérin pour la généralisation, et on sait qu'il nous refuse cette aptitude, voulant bien nous reconnaître seulement le mérite de l'observation. Il ne peut admettre en conséquence que j'aie pu avoir une idée de généralisation. M. Guérin, qui met les théories avant les faits, a émis ici, il y a quelques années, dans une autre discussion (la discussion sur la fièvre puerpérale), une théorie qui n'a pas été heureuse. Nous qui ne sommes à ses yeux que des observateurs, nous lui avons montré à cette époque, à l'aide des faits, le défaut de sa théorie.

Il me reste enfin à répondre à mon antagoniste le plus sérieux, M. Bousquet. Si je voulais faire l'histoire des hésitations, des fluctuations de M. Bousquet sur la question qui nous occupe, je pourrais aisément démontrer qu'il a eu quatre opinions différentes relativement à l'origine de la vaccine. Dans sa dernière opinion, la seule dont j'aie à m'occuper ici, M. Bousquet ne s'explique pas sur l'identité ou la non-identité du virus vaccinogène pris sur la vache et sur le cheval. C'est cependant là un point que des expériences récentes ont mis hors de doute, et qui valait la peine qu'il s'en expliquât.

Pour soutenir son opinion sur la différence de nature de la vaccine et de la variole, M. Bousquet compare les virus avec les graines. Cette comparaison est admissible jusqu'à un certain point, mais elle

---

» d'excellents hommes, de feu M. de Sales, évêque de Genève, » M. l'évêque de Belley mon bon ami, Justus Lipsius, et enfin de Fran» çois Rabelais, duquel autrefois on m'a voulu donner vingt pistoles. » Que dites-vous de cet assemblage? Mes invités n'étaient-ils pas en » bonne compagnie? » Tout cela était grave, digne, sérieux, comme il convenait à un pareil homme. On chercherait vainement aujourd'hui quelque chose d'analogue ; on chercherait tout aussi vainement un Guy Patin.

Notre vieux docteur a presque horreur des voyages, et nous croyons qu'il n'en a guère fait que deux (outre quelques excursions à sa maison de Cormeilles-en-Parisis), l'un assez long, sorte de pèlerinage scientifique, toujours resté en projet, mais cependant décrit avec amour ; l'autre pour aller voir un malade. Celui-ci, je crois, lui prit deux jours, et il les regrette vivement, car ils furent perdus pour ses clients habituels et pour ses livres. — Quelquefois il se rend le soir auprès de M. de Blancmesnil, en son château, pour s'entretenir avec ce magistrat des matières les plus graves. Il est curieux de voir comme il se sauve, le lendemain, dès la première heure, sans prévenir le maître de la maison, pour se rendre bien vite à ses devoirs. Le devoir, l'étude, l'amitié, c'était là toute la vie de cet homme ; joignez-y aussi, en quantité un peu trop grande, le besoin de haïr ses ennemis, et vous aurez tout Guy Patin.

Il ne faudra pas oublier non plus son humeur processive ; que voulez-vous, il est Picard, un peu Normand, et ces procès sont pour lui matière à beaux discours et superbe occasion de railler et d'écraser ses ennemis ; et puis, il est heureux dans ces luttes ; il triomphe contre Renaudot, contre les apothicaires, contre les chirurgiens ; longtemps il peut se croire vainqueur dans la question de l'antimoine. Mais dans cette affaire, c'est lui qui est définitivement vaincu : dès lors plus de procès ; il se retire un peu penaud dans son étude, au milieu de ses bons amis ; l'âge vient d'ailleurs et avec lui le besoin de repos, ou tout au moins de calme.

Guy Patin estime peu la littérature moderne, d'ailleurs il la connaît assez mal ; plus érudit que réellement savant, il a une préférence presque exclusive pour l'antiquité. Il était profondément versé dans la connaissance de la langue latine, qu'il écrivait et parlait avec autant de facilité que d'élégance. Il sait peu le grec, et le regrette amèrement plus d'une fois. Il connaît à peine les modernes ; il ne comprend pas Descartes ; il a lu les Lettres provinciales, et déclare assez sèchement que l'auteur est un admirable écrivain ; il est douteux qu'il ait lu Molière et plus douteux encore qu'il ait assisté à la représentation d'aucune de ses pièces ; pour lui, M. Corneille est un illustre faiseur de comédies, etc. Ses grandes admirations sont pour M. de Saumaise, Scaliger, Naudé, etc. ; en un mot il regarde toujours, en littérature comme en médecine, plus en arrière que devant lui.

Guy Patin eut une vie brillante et longtemps heureuse ; il aimait l'argent, sans en être esclave, et il fut riche ; il aimait la gloire et les honneurs, et il fut doyen de la Faculté de médecine et professeur au Collége de France, à la place de son ami Riolan ; il eut les plus grandes et les plus honorables amitiés ; recherché pour son esprit, pour ses saillies, il était partout reçu comme un hôte aimé et impatiemment attendu. Lui-même se trouve et se déclare parfaitement heureux ; mais quel est l'homme qui un jour ou l'autre n'ait pas à supporter les coups de l'adversité? Guy Patin subit le sort commun. Il eut cinq enfants, trois moururent en bas âge ; l'aîné de tous, Robert, né en 1629, suivit la carrière médicale, et succéda à son père au Collége de France. La conduite de ce fils, fort distingué d'ailleurs, fut un grand sujet de chagrin pour le malheureux père, qui le perdit en 1667. Un autre enfant lui restait, l'objet de toute sa prédilection, le charme et le bonheur de sa vieillesse, son fils Charles, son *Carolus, dilectissimus, professor pathologicus, et omnibus honoribus dignissimus.* Tout à coup, et sans qu'on ait jamais bien su pourquoi, Charles Patin se voit menacé dans sa liberté, et il est obligé de s'expatrier pour échapper à une accusation de la plus haute gravité. Charles Patin fut accueilli à l'étranger avec empressement, et nommé professeur à Padoue. Ce fut sans doute une consolation pour Guy Patin, mais l'enfant chéri n'en était pas moins éloigné et perdu à jamais, et l'infortuné père garda jusqu'au dernier jour la blessure saignante au fond du cœur. Il mourut à Paris, le 30 août 1672.

Il ne sera pas sans intérêt de reproduire ici le portrait de cet homme singulier et célèbre tracé par un contemporain.

« Guy Patin, dit Vigneul de Marville (dom Bonaventure d'Argonne), » était satirique depuis la tête jusqu'aux pieds. Son chapeau, son » collet, son manteau, son pourpoint, ses chausses, ses bottines, tout » cela faisait nargue à la mode et procès à la vanité. Il avait dans le » visage l'air de Cicéron, et dans l'esprit le caractère de Rabelais. Sa » grande mémoire lui fournissait toujours de quoi parler, et il parlait » beaucoup. Il était hardi, téméraire, inconsidéré, mais simple et » naïf dans ses expressions. » — « C'était le médecin le plus gaillard » de son temps », a dit de lui un autre auteur qui l'a connu, Ménage. Restons-en là, et souhaitons aux générations médicales futures quelque autre Guy Patin.

Dr H. MONTANIER.

Etudes cliniques de médecine militaire. Observations et remarques recueillies à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, spécialement sur la tuberculisation aiguë et sur les affections des voies respiratoires et digestives ; par M. Léon COLIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Un vol. in-8° de 304 pages. Prix : 5 fr. — Paris, 1864, chez J. B. Baillière et fils, libraires.

n'est pas aussi absolue qu'il le dit. Il y a une circonstance considérable, d'ailleurs, dont il n'a pas tenu compte dans sa comparaison, c'est la différence des terrains, qui fait que telle graine prend sur tel terrain et ne prend pas sur un autre, qu'ici elle acquiert un grand développement, tandis qu'ailleurs elle vient mal.

M. Bousquet considère comme un caractère distinctif fondamental l'existence de la fièvre d'invasion dans la variole et son absence dans la vaccine. Mais c'est à tort qu'il nie l'existence de la fièvre d'invasion dans la vaccine. J'ai eu souvent l'occasion de la constater depuis que je pratique les vaccinations à l'Académie.

M. Bousquet fait une autre objection contre l'identité, qui n'est pas plus fondée. Cette objection, il la tire de l'absence d'éruption générale secondaire dans la vaccine. Je ferai remarquer à ce sujet que notre collègue, qui nie aujourd'hui complétement l'éruption vaccinale généralisée, ne la niait pas autrefois, il l'admettait seulement comme très-rare. Or, l'expérience m'a appris aussi que ces éruptions secondaires existent et qu'elles ne sont pas aussi rares qu'on le dit; j'en ai vu assez souvent des exemples dans ma pratique.

Je conçois jusqu'à un certain point que M. Bousquet, qui a le bonheur de ne pas faire de pratique, n'ait pas eu l'occasion d'observer ces éruptions secondaires; cela se conçoit, ne voyant les enfants qu'il a vaccinés qu'une seule fois seulement, et avant l'époque où l'éruption secondaire a pu se manifester; mais il n'en est pas de même de la pratique de la ville, où l'on a occasion de revoir plusieurs fois les enfants à différentes périodes de l'évolution de la vaccine. C'est dans ces conditions que j'ai vu assez souvent des exemples de ces éruptions vaccinales secondaires.

D'un autre côté, est-il vrai, comme l'avance M. Bousquet, que la variole soit toujours générale? La pratique de l'inoculation a montré que la variole était très-souvent locale, comme la vaccine.

La variole est épidémique, dit M. Bousquet, la vaccine ne l'est pas; l'une est infectieuse, l'autre non; enfin, la vaccine n'a jamais tué personne, tandis que la variole est souvent mortelle. Je ne conteste pas l'exactitude de ces propositions. Mais ces différences ne s'expliquent-elles pas suffisamment par la différence seule du degré d'intensité et d'activité des virus, sans obliger à admettre pour cela leur différence de nature?

Enfin, dit M. Bousquet, la variole humaine se communique-t-elle aux animaux? Si cela est, démontrez-nous-le; et il nous fait le défi d'y réussir. J'ai fait quelques expériences; elles ne sont pas encore concluantes, j'en conviens, mais elles ne sont pas non plus tout à fait nulles. Je ne suis pas seul d'ailleurs à avoir entrepris ces expériences. Il y en a eu bien d'autres avant les miennes. Ceely a expérimenté la variolation de la vache plusieurs fois avec succès, et il a fait la contre-épreuve, qui a également réussi, en reportant le vaccin obtenu sur les enfants.

Je pourrais citer aussi les expériences de Tiedée, de Parola et de quelques autres. M. Bousquet récuse ces faits; en vertu de quel droit?

Je dis donc qu'il est parfaitement démontré qu'avec de la variole inoculée à la vache on obtient le vaccin.

Je terminerai par les conclusions suivantes:

De cette discussion, il résulte que l'homme, la vache et le cheval, ainsi que plusieurs autres animaux, sont sujets à une maladie éruptive généralisée qui n'est autre que la variole;

Que la variole des animaux s'inocule facilement à l'homme et lui est transmise par infection;

Qu'elle est généralement plus douce, plus bénigne, que la variole de l'espèce humaine;

Que la variole de l'homme s'inocule, et passe aussi par infection aux animaux, et qu'elle perd en traversant ce nouveau milieu une partie de sa violence;

Que j'avais eu parfaitement raison de dire que le virus-vaccin, en tant que virus spécial et complétement distinct du virus varioleux tel qu'on l'admet généralement de nos jours, n'existait pas.

LECTURE.

Traitement de la péritonite par l'enduit imperméable. — M. LE Dr ROBERT-LATOUR donne lecture d'un mémoire sur le traitement de la péritonite par l'enduit imperméable (collodion).

L'auteur rapporte les observations d'une jeune fille qui a eu deux abcès ovariques successivement rompus dans la capacité abdominale; deux explosions de péritonite avec résorption purulente et altération consécutive du sang par le pus; neuf atteintes de phlébite et une troisième péritonite au moment où l'on se croyait certain du succès. Cette malade a été guérie par la seule application fréquemment répétée de collodion, sans qu'elle ait subi un seul jour d'abstinence.

(Renvoyé à la section de thérapeutique.)

Sur une cause peu connue de récidive après la lithotritie et la taille. — M. AUG. MERCIER rappelle qu'en plusieurs endroits de ses *Recherches* de 1856 il a appelé l'attention sur l'incrustation de la membrane muqueuse de la vessie par des sels phosphatiques dans certains cas d'inflammation chronique, et surtout de corps étrangers, incrustations qui, se détachant, peuvent elles-mêmes devenir noyaux de pierres.

Il démontre aujourd'hui que cette circonstance est, après la lithotritie et même après la taille, la cause fréquente de récidives qu'on attribue trop souvent à ce que l'extraction a été faite incomplétement; mais leur composition toujours phosphatique des nouveaux produits diffère le plus ordinairement de celle de la pierre primitive.

Après avoir reporté diverses hypothèses émises sur la formation de ces incrustations, M. Mercier expose sa manière de voir. Suivant lui, ces placages qu'on rencontre quelquefois depuis les reins jusque sur la peau, quand celle-ci est baignée par l'urine, proviennent presque toujours d'une altération de ce liquide, de son alcalinité, dont la néphrite chronique est la cause la plus commune. En effet, les phosphates que l'urine contient naturellement n'y restent dissous qu'à la faveur d'un acide, puisqu'ils sont à peine solubles dans l'eau. Si donc cet acide vient à disparaître ou à être neutralisé, ils se disposent là surtout où il se rencontre quelque circonstance qui favorise leur adhésion. Or, les ulcérations de la muqueuse dues au frottement d'un corps étranger, et quelquefois même au seul progrès de l'inflammation, offrent précisément aux molécules salines ces conditons favorables.

L'auteur conclut qu'on doit toujours se tenir en garde contre cette cause de récidive pendant les premiers temps qui suivent l'extraction d'une pierre, surtout si l'urine est alcaline et les reins atteints d'inflammation chronique.

Des irrigations dans la vessie, des injections avec des acides chlorhydrique et nitrique très-étendus peuvent alors rendre de grands services. (Commissaire, M. Ségalas.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par un arrêté ministériel en date du 15 février, il est institué près du ministère de l'instruction publique une commission centrale chargée de donner son avis sur toutes questions d'alimentation, d'habillement, d'hygiène, de gymnastique, etc., concernant les lycées de l'empire.

De plus, il sera institué au siége de chaque académie une commission d'hygiène chargée d'étudier les mêmes questions au point de vue des nécessités spéciales, des besoins et des convenances des divers lycées situés dans le ressort.

Les membres de ces commissions, composées de cinq membres au moins et de sept au plus, seront nommés par le ministre sur la proposition du recteur.

La commission administrative des lycées de Paris, indépendamment de ses attributions ordinaires, remplira pour le ressort de l'Académie de Paris les fonctions dévolues par le présent arrêté aux commissions instituées dans chaque académie.

Sont nommés membres de la commission centrale d'hygiène: MM. Dumas, membre de l'Institut, président; Rayer, membre de l'Institut; Brongniart, membre de l'Institut; Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Faye, membre de l'Institut; Vernois, médecin consultant de l'Empereur; Caffe, docteur en médecine; Mourier, chef de la deuxième division au ministère de l'instruction publique; Anatole Duruy, secrétaire.

— M. le docteur Daremberg vient d'être chargé par M. le ministre de l'Instruction publique de faire un cours sur l'histoire de la médecine au Collége de France.

Ce cours sera ouvert dans les premiers jours du mois d'avril.

— Un concours pour deux places de médecin du Bureau central aura lieu le lundi 4 avril. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 8 mars au samedi 19 du même mois.

— M. Rayer, président de l'Association des médecins de France, et M. Paul Andral, conseiller judiciaire de l'Association, ont été reçus lundi dernier en audience du ministre de la justice. L'exercice illégal de la médecine dans le département de la Gironde, la rétribution insuffisante des médecins requis par la loi ont été soumis au ministre, qui a promis de prendre en considération le rapport de l'Association médicale.

— M. le docteur Giraud, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Châlons-sur-Marne, est nommé médecin en chef de l'une des divisions de l'asile de Marseille.

M. le docteur Achille Foville, directeur-médecin de l'asile de Dôle, passe en la même qualité à l'asile de Châlons-sur-Marne.

M. le docteur Hiltenbrandt a été nommé médecin préposé responsable de l'asile de Niort.

M. le docteur Fougères, médecin-adjoint de l'asile de Limoges, a été nommé directeur-médecin en chef du même établissement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une Notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler; suivi d'un Précis sur les eaux minérales, naturelles ou artificielles, d'un Mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons, et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés; par M. A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc. Douzième édition, augmentée de formules nouvelles. Un vol. in-18. Prix: 3 fr. 50. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 30. — SAMEDI 12 MARS 1864. (37e ANNÉE.) N° 30. — SAMEDI 12 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Maladies régnantes. — Adénite cancéreuse primitive. — Exostoses ostéogéniques. — Anémie et chlorose ; signes distinctifs fournis par la dynamométrie et l'esthésimétrie. — Sciatique syphilitique. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 2 mars. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

La grippe est le mot qui résume la constitution médicale depuis bientôt deux mois et demi. On l'a déjà vue figurer dans les deux derniers relevés des maladies régnantes ; elle constitue le fonds commun des maladies qui ont dominé dans le mois de janvier, et nous la retrouverons encore pour le mois de février et pour les premiers jours de mars. Toutefois, la grippe simple ne compte que pour une part très-minime dans le relevé des maladies observées en janvier dans les hôpitaux de Paris, par la raison toute simple qu'on n'entre pas généralement à l'hôpital pour si peu. Mais la grippe marche rarement seule. Des affections plus sérieuses des voies respiratoires en sont le cortége habituel, et souvent elle n'en est elle-même que le prodrome. Aussi les bronchites et les pneumonies ont-elles été très-fréquentes dans les hôpitaux pendant tout le cours du mois de janvier. Elles ont été signalées en particulier au rapporteur de la commission des maladies régnantes par MM. Goupil et Boucher, à l'hôpital Saint-Antoine; Bernutz, à la Pitié; Moutard-Martin, à Beaujon; Bourdon, à la Maison municipale de santé; Hérard et Desnos, à Lariboisière; Vulpian, à la Salpêtrière; Bouvier, à l'hôpital des Enfants, et Bergeron, à Sainte-Eugénie.

M. Desnos, d'après les nombreuses observations qu'il a recueillies à Lariboisière et à la consultation du Bureau central, a constaté que les affections de poitrine du mois de janvier ont consisté principalement en bronchites aiguës primitives ou greffées sur des catarrhes chroniques, avec ou sans accès d'asthme. Dans un grand nombre de cas, ces bronchites ont été accompagnées de phénomènes généraux très-accentués, qui révélaient d'une manière manifeste l'influence épidémique. Les pneumonies ont été nombreuses, tantôt primitives, tantôt survenant dans le cours de la grippe; les unes simples, très-franches, guérissant par l'expectation; les autres, bâtardes ou revêtant les formes les plus variées: ataxique, adynamique, ataxo-adynamique.

M. Vulpian, à la Salpêtrière, a constaté aussi de son côté que la pneumonie a été beaucoup plus fréquente dans le mois de janvier de cette année-ci que dans le même mois des deux dernières années. Dans la plupart des cas, la pneumonie était franche; dans quelques cas, c'était de la broncho-pneumonie. Il y a eu aussi des exacerbations aiguës de bronchite chronique.

M. Léger, à Bicêtre, a eu, au contraire, moins de pneumonies qu'à pareille époque des années précédentes; mais il a eu, en revanche, beaucoup de catarrhes bronchiques.

Pneumonies simples, broncho-pneumonies avec ataxie ou adynamie, catarrhes bronchiques, exacerbations aiguës des bronchites chroniques, aggravation de l'état de beaucoup de phthisiques; ce sont là évidemment tout autant de manifestations morbides qui se rattachent plus ou moins immédiatement à la constitution épidémique actuelle, et qui concourent à la caractériser.

Les traitements employés ont beaucoup varié, même entre les mains du même médecin, suivant les formes et l'intensité de la maladie.

Ainsi, M. Desnos, qui a particulièrement porté son attention sur cette épidémie, comme on a pu le voir par ce qui précède, a varié ses traitements, depuis l'expectation et l'usage du kermès, à la dose de 20 à 30 centigrammes, jusqu'à l'emploi le plus large des toniques, des antipasmodiques et des révulsifs (vin de quinquina, castoréum, musc, vésicatoires, badigeonnages avec la teinture d'iode). Il n'a pas trouvé d'indications formelles à la saignée.

M. Vulpian a eu recours aux ventouses, aux vésicatoires et au tartre stibié à haute dose.

M. Bourdon a été très-souvent obligé de donner des évacuants, l'embarras gastrique ou gastro-intestinal s'étant présenté souvent comme complication dans toutes les maladies.

Pour compléter l'histoire de la constitution épidémique de janvier, il faut joindre aux affections des voies respiratoires qui en forment le fond, des rhumatismes articulaires sans réaction vive; des varioles encore nombreuses, surtout à Lariboisière, à Saint-Antoine et à Beaujon; des rougeoles dans les hôpitaux d'enfants, et quelques cas de diphthérite.

— Nous avons dit, dans notre dernier compte rendu des maladies régnantes, que nous reviendrions sur quelques faits intéressants qui avaient été exposés devant la Société des hôpitaux, à l'occasion du rapport mensuel de la commission. Ces faits sont relatifs à la statistique des accouchements qui ont eu lieu à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Empis, pendant l'année 1863, et des décès causés par la fièvre puerpérale.

Il y a eu dans le service de M. Empis, pendant l'année 1863, 534 accouchements et 22 décès causés par la fièvre puerpérale. Ces décès sont ainsi répartis : 6 en février, 6 en mars, 6 en avril, 1 en mai, 2 en juin, 1 en octobre, 0 dans chacun des autres mois.

C'est, comme on le voit, une mortalité de 4 et 1/10e p. 100 pour l'année. Mais ce chiffre de 4 1/10e, ainsi que le fait remarquer M. Empis, n'aurait par lui-même qu'une signification très-inexacte, s'appliquant à l'année entière, tandis que l'épidémie n'a sévi que pendant trois mois seulement, les mois de février, mars et avril. C'est donc pour ces trois mois seulement qu'il pouvait être intéressant de connaître le rapport de la mortalité avec le nombre des accouchées. Or voici ce chiffre. Sur 154 accouchées pendant la durée de l'épidémie, il y a eu 18 décès, c'est-à-dire 11 6/10e p. 100; tandis que dans les 9 autres mois de l'année il n'y a eu que 4 décès sur 380 accouchements, c'est-à-dire 1 décès p. 100 à peu près.

On sait l'importance du rôle qui a été attribué, avec raison suivant nous, à l'encombrement dans la production des épidémies de fièvre puerpérale. Il était intéressant de rechercher quelle part il avait pu avoir dans cette circonstance. C'est ce qu'a fait M. Empis.

Voici quel a été pour chaque mois de l'année le nombre d'accouchements et le nombre de décès :

En Janvier. . . .	56	accouchements.	0	décès.
Février.	53	—	6	—
Mars.	55	—	6	—
Avril.	46	—	6	—
Mai.	42	—	1	—
Juin.	40	—	2	—
Juillet.	35	—	0	—
Août.	45	—	0	—
Septembre. . . .	41	—	0	—
Octobre. . . .	33	—	1	—
Novembre. . . .	38	—	0	—
Décembre. . . .	50	—	0	—
	534		22	

On peut voir par ce tableau que l'épidémie s'est manifestée précisément après le mois le plus chargé en accouchements, et où existait par conséquent le plus grand encombrement; que cet encombrement a persisté pendant les deux premiers mois de sa durée; et que sa cessation coïncide avec une diminution notable dans le nombre des accouchées.

Il serait à désirer, pour éclaircir plus complétement ce point d'étiologie qui pour nous ne paraît pas douteux, que des relevés semblables fussent fournis à la commission des maladies régnantes par tous les médecins chargés de services d'accouchements. Ce serait le moyen d'avoir bientôt des documents statistiques dont on pourrait tirer d'utiles enseignements.

Adénite cancéreuse primitive.

Entre tous les difficiles problèmes qui sont posés à l'égard du cancer, celui de la nature du cancer primitif des ganglions est certainement le plus insoluble. M. Ch. Robin a décrit un épithélioma des ganglions, mais il le considère comme rarement primitif. Au point de vue clinique, il existe des cancers des ganglions évidents, caractérisés par une période d'induration, puis d'ulcération, à bords indurés, et laissant suinter l'ichor cancéreux, attributs qui ont été signalés depuis longtemps par les praticiens et par Laënnec en particulier. Jusqu'ici les pièces anatomiques de ganglions devenus cancéreux d'emblée sans avoir été précédés ailleurs d'un cancer sont rares, et les examens microscopiques n'ayant pas été faits, nous manquons de renseignements précis.

Voici un fait singulier qui s'observe en ce moment sur un malade du service de M. le professeur Gosselin, à l'hôpital de la Pitié.

Au n° 56 de la salle Sainte-Marthe est couché un jeune homme âgé de dix-neuf ans, qui est entré le 19 décembre 1863 pour une ulcération siégeant à la région de l'aine, et qui avait l'aspect d'une adénite ulcérée.

La maladie avait débuté il y a seize mois; une petite tumeur roulant sous la peau avait été remarquée d'abord, et occupait le milieu du triangle de Scarpa. Pendant un an, elle était restée stationnaire; puis, il y a quatre mois, une grosseur s'était montrée à l'angle interne du triangle inguinal; elle s'était rapidement accrue, confondue avec la première petite tumeur, et était devenue rouge et tendue, sans occasionner d'autres douleurs que celles provoquées par la marche.

Deux jours avant l'entrée du malade, la tumeur s'était ouverte spontanément. Un médecin qui avait vu le mal pendant sa période d'accroissement avait diagnostiqué un abcès charbonneux analogue aux abcès de la peste. Au moment où la tumeur s'était ouverte, un autre médecin avait cautérisé la plaie.

Lorsque le malade est entré à l'hôpital, M. Gosselin l'a interrogé sur ses antécédents, et les détails suivants ont été obtenus :

Le père et la mère du jeune homme ont toujours joui d'une bonne santé. Un frère et une sœur du malade sont également bien portants. Mais il a perdu deux de ses frères, dont l'un est mort jeune, et l'autre a succombé à l'âge de dix-sept ans à une maladie qui n'a pu être précisée. Avant l'apparition des tumeurs de l'aine, le jeune homme disait qu'il avait eu des rapports avec des femmes.

L'examen des organes génitaux du sujet n'a pas fourni de traces de syphilis antérieure; il n'y avait pas de cicatrices de chancres; l'anus ne présentait rien d'anormal. La santé générale du malade paraissait excellente; l'embonpoint n'avait jamais diminué; l'appétit, le sommeil et les forces étaient conservés dans un état d'intégrité parfaite. D'un autre côté, il n'a pas été trouvé de ganglions engorgés dans la fosse iliaque.

Deux diagnostics se présentaient à l'esprit: ou c'était un chancre phagédénique consécutif à l'ulcération d'un bubon d'emblée, ou bien c'était un cancer ulcéré.

M. Gosselin, se fondant sur l'absence de décollements et la dureté des parois de l'ulcère, sur la fétidité caractéristique des liquides fournis par la plaie, a diagnostiqué une adénite cancéreuse. Le défaut d'un accident primitif sur la verge faisait repousser *a priori* le diagnostic de chancre phagédénique, et quand même il y eût eu quelque antécédent de cette nature des contradictions flagrantes n'eussent pas manqué de jeter dans de nouvelles perplexités. En effet, l'adénite semblait indolente comme le bubon syphilitique, et on sait que celui-ci n'est que très-rarement l'occasion d'un chancre phagédénique; puis l'adénite semblait avoir été d'abord polyganglionnaire, ce qui est un des symptômes du bubon syphilitique.

L'absence de pigment dans les différents points de la tumeur a dû faire rejeter l'idée d'une mélanose.

Le diagnostic posé par M. Gosselin s'est vérifié en tous points, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à des auto-inoculations, comme celles qui sont pratiquées quelquefois. Peu à peu les ganglions ont été éliminés, et il reste aujourd'hui une ulcération irrégulière occupant tout le pli de l'aine droite. Celle-ci offre des bords irréguliers, durs, recouverts de fongosités peu saillantes et dures, ayant la consistance de celles qu'on rencontre dans le squirrhe ulcéré. La peau est adhérente au tissu sous-jacent; elle forme des brides dures autour de l'ulcération, qui semble enfoncée vers les parties profondes. Et sous l'influence de cautérisations avec la pâte au chlorure de zinc, il y a des points qui paraissent être le siége d'une cicatrisation franche. Le malade ne souffre pas : il n'a pas de douleurs lancinantes. Ses forces ne sont pas perdues; et en dehors de l'ulcère cancéreux, à part quelques varices capillaires sur la face, à part un petit ganglion un peu volumineux dans la région inguinale gauche, il a toutes les allures d'un homme jouissant de la meilleure santé.

Le malade est pansé aujourd'hui avec la solution de chlorate de potasse et soumis à un régime tonique; il prend à l'intérieur des potions avec le chlorate de potasse. Son mal ne semble pas avoir fait de progrès sensibles depuis l'emploi de cette substance.

Les cas de cancer chez les jeunes sujets sont des plus rares; en exceptant le cancer de l'œil, on peut dire que les tumeurs de mauvaise nature épargnent la jeunesse. Il n'est pas ordinaire non plus de voir des ganglions cancéreux. Cependant, M. Gosselin disait à ses élèves qu'il avait rencontré un cas semblable à l'hôpital des Cliniques, lorsqu'il y faisait un remplacement. Chez un jeune homme de vingt-quatre ans, il avait enlevé un ganglion de l'aine, où s'était produit une tumeur cancéreuse primitive.

Le fait de l'hôpital de la Pitié est donc intéressant au double point de vue du siége du cancer et de l'âge du malade sur lequel il s'est développé. A l'égard de cette dernière considération, il est une particularité qui se trouve consignée dans la

physiologie pathologique de M. Lebert [1], c'est que les cancers qui existent chez les jeunes sujets appartiennent presque tous à l'espèce fibro-plastique. On trouve dans cet auteur une tumeur fibro-plastique siégeant à la surface du crâne chez une jeune fille de dix-neuf ans; une autre tumeur fibro-plastique de la mâchoire supérieure chez une petite fille de quatorze ans. L'examen microscopique de la tumeur du malade de M. Gosselin n'a pas été fait; l'examen des liquides de la plaie ne peut pas remplacer absolument cette recherche anatomo-pathologique, on est alors obligé de rester dans le doute quant à la nature des éléments histologiques.

Malgré tout ce que ce fait laisse d'incertitudes et inspire de conjectures, il ne reste pas moins comme un exemple qui servira à éclairer le diagnostic dans des cas analogues et comme un spécimen d'adénite cancéreuse primitive, chez un jeune sujet, pouvant s'aggraver et s'établir d'une façon permanente pendant trois mois, sans retentir sur l'économie et sans déterminer une cachexie.

Exostoses ostéogéniques.

Avec la division ancienne des exostoses, on admettait une série de faits groupés sous le titre d'exostoses idiopathiques que l'on expliquait par le mot diathèse. Un interne des hôpitaux, M. Soulier, vient, dans sa thèse inaugurale, de proposer une explication à ces faits [2].

Groupant les faits connus d'exostoses idiopathiques, il a fait remarquer que, comme cela a déjà été dit, la symétrie présidait à l'évolution de ces productions, appelées ostéophytes par M. Cruveilhier, et auxquelles, dit l'auteur de la thèse, le nom d'apophyses anormales conviendrait peut-être plus que tout autre nom, en ce qu'il résumerait toute leur histoire; mais il ajoute que, même dans le cas d'exostoses multiples, on peut encore trouver un certain ordre qui règle leur production.

Pour arriver à la conclusion adoptée par M. Soulier, la désignation d'exostoses ostéogéniques, les faits authentiques du développement des os longs ont été invoqués; chemin faisant, il a été donné une nouvelle preuve à l'appui de la proposition de M. Broca, à savoir, que les os se développaient un peu plus par une de leurs extrémités que par l'autre, proposition confirmative de la loi de Bérard, la promptitude de la soudure des épiphyses en relation avec la direction du canal nourricier.

Puis des observations sont venues à l'appui. Ainsi, la fréquence d'exostoses symétriques chez les enfants, au niveau de l'extrémité inférieure du fémur, au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus, c'est-à-dire au niveau de l'extrémité de ces os où le développement est le plus rapide, où le cartilage intermédiaire à l'épiphyse et à la diaphyse est le plus abondant, devait nécessairement inspirer l'idée que l'exostose dérive du cartilage d'ossification, là où l'ossification est plus active.

Ce n'est pas sans restriction néanmoins que l'auteur a posé la loi. D'abord, l'élément rachitique a été plusieurs fois soupçonné derrière la production d'exostoses. D'un autre côté, une exostose de l'extrémité supérieure du fémur développée avant la dix-huitième année, qui continuerait à s'accroître après cet âge, controuverait la règle. Les exostoses ostéogéniques, en principe, doivent rester stationnaires, après qu'a cessé le travail d'ossification de l'extrémité d'un os.

Parmi les observations rapportées dans cette thèse, il en est une recueillie chez un enfant du service de M. Bergeron à l'hôpital Sainte-Eugénie, où la multiplicité des exostoses et leur siége étaient entièrement en relation avec la cause supposée de leur développement. Toutes les tumeurs osseuses étaient dans le rayon d'un cartilage d'ossification, et aux points où l'activité de la formation osseuse est relativement plus grande. Les traitements dirigés contre la scrofule, le rachitisme, la syphilis héréditaire, employés vainement, serviraient, à défaut de toute autre preuve, à démontrer que les exostoses étaient liées dans ce cas au travail ostéogénique et non à une véritable diathèse.

ANÉMIE ET CHLOROSE.

Signes distinctifs fournis par la dynamométrie et l'esthésimétrie.

A propos d'une récente leçon de M. le professeur Trousseau SUR QUELQUES CACHEXIES.

par M. le docteur V. BURQ.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* connaissent les signes distinctifs que nous avons tirés, dans l'anémie et la chlorose, de l'examen comparatif de la sensibilité cutanée et de la force musculaire.

« Chez les individus frappés d'anémie à la suite d'abondantes pertes de sang ou de la privation d'aliments, la sensibilité de la peau, avons-nous dit, est conservée et la force musculaire reste toujours *harmonique*, c'est-à-dire que lorsque l'on vient à interroger avec notre dynamomètre l'état du système musculaire, quel que soit le degré d'affaiblissement des forces, on constate que cet affaiblissement est le même partout et l'on continue à trouver, comme à l'état normal, dans les membres supérieurs, par exemple, une différence de pression d'un cinquième à un sixième en faveur de la main droite, à moins que le malade ne soit ambidextre ou gaucher, auquel cas la pression est à peu près égale des deux côtés.

» Chez les chlorotiques, au contraire, la sensibilité cutanée est presque toujours plus ou moins diminuée, *mais diminuée inuniformément*. L'esthésimètre rencontre comme des îlots d'analgésie ou d'anesthésie à côté d'autres parties restées parfaitement sensibles. Et la force musculaire, également presque toujours, sinon toujours affaiblie, est aussi frappée d'une manière irrégulière et a cessé d'être *harmonique*, de telle sorte qu'au dynamomètre il n'est pas rare de noter soit une égalité de pression entre l'une et l'autre main, soit assez souvent même en faveur de la main gauche une différence de plusieurs kilogrammes dont le malade n'a aucune conscience. »

Cette diminution de la sensibilité et de la force, régulière dans le premier cas et irrégulière dans l'autre, s'explique tout naturellement par la nature même de la maladie. En effet, l'anémie est une affection générale — *totius substantiæ* — qui ne peut point ne pas atteindre tous les organes au même degré. Sans dire que la chlorose est, comme nous l'établissions dès 1851, à l'aide d'expériences qu'il était seulement au pouvoir de la métallothérapie de réaliser, une maladie essentiellement nerveuse, et par conséquent irrégulière, comme toutes les névroses, dans ses manifestations du côté de la sensibilité et de la myotilité...

Mais ces signes différentiels s'appliquent-ils également aux anémies qui dépendent des diverses cachexies? Oui, au moins le plus souvent, lorsque l'affection qui a déterminé l'anémie ne paraît point, comme la maladie saturnine, se porter sur quelques organes de préférence, ou ne se complique point de névrose.

Exemple. Nous avons soigneusement examiné à ce point de vue les malades dont il est question dans la leçon de M. le professeur Trousseau, en même temps qu'une chlorotique couchée au n° 9 du service des femmes. Voici quels ont été les résultats fournis par la dynamométrie et l'esthésimétrie :

1° Chez le n° 2 de la salle des hommes, rendu profondément anémique par une cachexie paludéenne :

24 novembre,	pression de la main droite,	35 kilogr.	
—	— de la main gauche,	30	—
28 novembre,	— de la main droite,	34 1/2.	
—	— de la main gauche,	28.	

Chaque fois sensibilité normale.

2° Chez la malheureuse au cancer du n° 22, salle des femmes :

24 novembre,	pression de la main droite,	16 kilogr.	
—	— de la main gauche,	11 1/2.	
28 novembre,	— de la main droite,	20 kilogr.	
—	— de la main gauche,	15	—

Sensibilité normale chaque fois.

3° Chez la femme du n° 24, au corps fibreux de l'utérus rendu anémique par d'abondantes pertes de sang.

24 novembre,	pression de la main droite,	28 kilogr.	
—	— de la main gauche,	25	—
28 novembre,	— de la main droite,	28	—
—	— de la main gauche,	26	—

Dès le premier jour, comme nous nous étonnions devant des confrères de cette exception à la règle commune, la malade nous a prévenu spontanément que la nature de ses occupations l'avait amenée à être à peu près ambidextre.

4° Chez la chlorotique du n° 9, plusieurs explorations ont toujours donné, à un ou deux kilos près : égalité de pression entre les deux mains, et analgésie disséminée surtout du côté gauche.

SCIATIQUE SYPHILITIQUE.

Par M. le docteur E. BRUNEAU (de Raon-l'Etape).

M. V..., âgé de vingt-sept ans, meunier, se présente à ma consultation dans les derniers jours de juillet; il se plaint d'une douleur très-vive sur le trajet du nerf sciatique, douleur qu'il a depuis trois ans et qui n'a fait qu'augmenter, malgré plusieurs traitements dirigés contre elle, au point de l'empêcher de dormir et de le forcer à boiter considérablement. Interrogé sur ses antécédents, M. V... m'apprend qu'il est marié depuis quatre mois, qu'il n'a jamais eu qu'une blennorrhagie; toutefois il me montre à la langue une ulcération et à l'ongle de l'indicateur droit une inflammation chronique qui me paraissent d'une nature suspecte. Son teint est terreux et cachectique. Toutes ces raisons me font diagnostiquer une sciatique sous la dépendance d'une syphilis constitutionnelle. Toutefois, d'une part, la rareté de ce mode de manifestation de la syphilis, d'autre part, la profession de mon client (j'ai dit qu'il était meunier), m'engagent à mettre un point d'interrogation après ce diagnostic. Comme M. V... se disposait à aller à Strasbourg à cette époque, je l'adresse à M. le professeur Schützenberger, qui confirme complétement mon diagnostic, et m'engage à le soumettre à un traitement antisyphilitique sévère.

M. V... revient le 1er août se faire soigner. Je lui prescris un bain, le lendemain une potion purgative à l'huile de ricin, et aussitôt je commence le traitement mercuriel, en lui recommandant le séjour à la chambre et une alimentation composée seulement de trois soupes par jour. Pendant une semaine, et de deux jours l'un, je lui fais une friction de 2 grammes d'onguent mercuriel double, une fois sur les bras, une fois sur l'abdomen, une fois sur les cuisses, et enfin sur les jambes. Dans la seconde semaine, je répète ces mêmes frictions, mais avec 3 grammes d'onguent mercuriel; vers la fin, le malade salive légèrement et commence à maigrir.

J'essaye, dans la troisième semaine, de porter la dose de chaque friction à 5 grammes; mais un commencement d'intoxication se produit : les dents branlent dans les alvéoles; M. V... a des tremblements, de fortes coliques. Je suspends alors les frictions; je prescris un gargarisme au chlorate de potasse, une infusion de camomille laudanisée en lavement, et tous les soirs une pilule de 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Au bout de quatre ou cinq jours, je puis reprendre les frictions, mais seulement à la dose de trois grammes, et je les continue ainsi jusqu'au 15 septembre. A cette époque, la douleur n'est plus aussi forte ni continue; la claudication a également diminué.

Je lui prescris alors, pour achever son traitement mercuriel :

Proto-iodure de mercure.
Extrait d'aconit.
Extrait d'opium, ãã 50 centigr.
Conserve de roses, q. s.

pour vingt pilule, à prendre une le matin et une le soir.

Au bout de dix jours, il revient me voir; le mieux s'est continué; les forces reviennent avec l'embonpoint. Je lui prescris une cuillerée matin et soir de la solution suivante :

Iodure de potassium. . . 5 grammes.
Eau. . . . . 150 —

Trois semaines après, c'est-à-dire vers le 12 octobre, l'embonpoint est complétement revenu; M. V... n'éprouve plus que par intervalles une légère douleur au niveau de l'échancrure sciatique.

Cette affection était bien sous la dépendance d'une dyscrasie syphilitique; je n'en veux d'autre preuve que celle tirée de l'aphorisme : « *Naturam morborum ostendunt curationes.* » A ce titre, elle me semble présenter de l'intérêt. En effet, les accidents syphilitiques se traduisant du côté du système nerveux sont relativement rares; cependant, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 10 octobre, M. le docteur Marty reproduisait un cas de paralysie syphilitique du nerf facial; en 1862, M. Sonrel soutenait également à Strasbourg une thèse sur les paralysies syphilitiques. Toutefois, dans ces cas, la paralysie peut-elle encore s'expliquer par la production d'une exostose ou d'une tumeur gommeuse sur le trajet du nerf et agissant alors par compression? Mais, dans le cas dont j'ai retracé l'histoire, il n'y a pas paralysie; c'est une simple névralgie. Comment expliquer sa production? Y a-t-il une lésion des éléments histologiques du nerf?

Deux mots en faveur du traitement que j'ai mis en usage.

Il n'est pas nouveau, puisqu'il a été employé par Lagneau, Pichorel, Peyrilhe, Scaligna, Cirillo, etc.; mais je crois qu'il a été trop abandonné et qu'on a été un peu ingrat à son égard.

Attaché pendant un an à un service de vénériens, où le traitement par frictions mercurielles était souvent en usage, j'ai vu passer sous mes yeux bon nombre de syphilitiques, parmi lesquels nécessairement quelques récidivistes. Aucun d'eux n'avait été soumis au traitement par frictions; d'un autre côté, j'ai toujours vu ce même traitement modifier les formes graves de la syphilis (amaurose, iritis, etc.) beaucoup plus avantageusement que le mercure pris à l'intérieur.

Toutefois, on lui a fait deux objections. La première, la plus capitale, dont j'essayerais en vain de dissimuler la gravité, c'est qu'il ne peut être suivi en secret et qu'il nécessite le séjour à la chambre, privant l'ouvrier de six à sept semaines de travail et forçant l'homme du monde à révéler une maladie qu'il voudrait tenir cachée. C'est là, je le répète, une objection sérieuse et difficile à détruire. Quant à la seconde, elle a beaucoup moins de valeur : c'est la débilitation qui accompagne toujours ce traitement. Mais je ferai remarquer d'une part que cette débilitation est, dans une certaine mesure, une des conditions de succès du traitement mercuriel; d'autre part, qu'elle a été exagérée, et qu'il n'est pas nécessaire d'employer 7 ou 8 onces d'onguent mercuriel et plus pour obtenir des succès.

En résumé, je crois que le traitement par les frictions doit être préféré au mercure pris à l'intérieur, chaque fois qu'il peut être employé, et surtout dans les formes graves et invétérées de la syphilis.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 mars 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

DISCUSSION.

Thérapeutique des kystes hydatiques du foie.

M. BOINET. Les objections qui m'ont été faites par M. Voillemier portent principalement sur trois points :

1° J'aurais eu tort de dire que le procédé dit de Récamier n'était accepté que faute de mieux, et surtout d'invoquer, pour soutenir cette opinion, des auteurs qui ont dit tout le contraire;

2° Le procédé que je propose est très-dangereux et ne repose que sur un fait, trop insuffisant pour le faire admettre;

3° Enfin, j'énonce une opinion contraire à l'observation, en disant que l'iode n'enflamme pas.

Examinons donc les unes après les autres ces différentes critiques, et voyons si elles ont la valeur que notre collègue leur donne.

A l'entendre, on croirait volontiers que j'ai dit que personne avant moi n'osait ouvrir certains kystes du foie, et il m'a cité plusieurs chirurgiens qui avaient pratiqué l'ouverture de ces kystes avec l'excellent procédé de Récamier. Je n'ai pas tenu un pareil langage, et qui lira mon travail verra que j'ai dit seulement que « jusqu'à présent la plus grande incertitude a régné au sujet de la thérapeutique dirigée contre les kystes du foie, et que les médecins avant Récamier et même depuis blâmaient ceux qui songeaient à recourir à une opération chirurgicale, et, pour prouver cette opinion, j'ai cité Lassus, M. Cruveilhier, les auteurs du *Compendium*, M. Moissenet. Quant à l'opinion de Lassus, M. Voillemier la regarde comme surannée, et ne l'admet pas, parce que Lassus est mort depuis longtemps. Il est probable cependant que ce professeur avait eu de bonnes raisons, et qu'il avait éprouvé plusieurs insuccès ou été témoin d'accidents graves à la suite des ouvertures des tumeurs enkystées du foie, pour écrire qu'il taxait d'impéritie tout homme qui tenterait ce moyen de guéri-

(1) Lebert, *Physiologie pathologique*, t. II.

(2) Soulier, *Parallélisme parfait entre le développement du squelette et celui de certaines exostoses.*

son (*Journal de médecine*, par Corvisart, Leroux et Boyer, vol. Ier). Puisque M. Voillemier trouve l'opinion de Lassus trop vieille pour être bonne, arrêtons-nous seulement aux opinions de nos contemporains, de MM. Cruveilhier, Bérard, Monneret, Moissenet, Trousseau, que notre collègue trouve excellentes et que j'aurais eu tort de citer pour prouver qu'ils n'étaient pas trop partisans du procédé de Récamier, tandis que si on consulte leurs écrits on y trouve au contraire qu'ils regardent ce procédé comme excellent et préférable à tous les autres; c'est sans doute parce qu'ils sont très-satisfaits du procédé de Récamier, que plusieurs d'entre eux, MM. Cruveilhier, Jobert, Bégin, Moissenet, Trousseau, ont cherché à le remplacer par d'autres.

J'avoue que les citations de M. Voillemier, pour me prouver que je faisais dire à ces écrivains le contraire de ce qu'ils avaient écrit, m'ont fort surpris, mais n'ent pas ébranlé l'opinion que la lecture de ces auteurs avait fait naître dans mon esprit, opinion toute contraire à celle de M. Voillemier; car, en résumé, ils sont loin d'être aussi enthousiastes de la méthode de M. Récamier que veut bien le dire mon collègue, et je crois que j'ai eu raison de dire que si jusqu'à présent ils ont conservé la cautérisation pour ouvrir les kystes du foie et provoquer des adhérences, c'est qu'ils n'avaient pas un meilleur procédé. Il me sera facile de le prouver également avec des citations prises dans ces auteurs.

Ainsi M. Cruveilhier dit, *Dictionnaire* en quinze vol., t. Ier, p. 229: « La ponction, dans un kyste acéphalocyste non suppuré, a été faite par méprise, et l'issue funeste de cette opération, bien que des adhérences salutaires aient prévenu tout épanchement dans l'abdomen, est bien propre à éloigner de l'idée *de toute opération chirurgicale*. » Et plus loin (page 233), le même auteur s'exprime ainsi :

« L'ouverture de la tumeur par la potasse caustique est préférée à l'instrument tranchant par M. Récamier.... Après avoir décrit ce procédé, il ajoute : « Voilà la théorie; mais n'est-il pas probable que dans le cas précédent (il s'agit de la première observation où Récamier a appliqué la potasse caustique) il y avait des adhérences anciennes, lesquelles isolant du reste du péritoine la portion de membrane qui en est le siége, a permis impunément au caustique d'aller au delà? Et croit-on qu'une action aussi circonscrite du caustique aurait lieu s'il n'y avait pas d'adhérences, ou si ces adhérences étaient de nouvelle formation, pseudo-membraneuses?... Pour peu qu'on connaisse l'aptitude des séreuses à l'inflammation, *qui n'est effrayé de l'idée* d'un caustique comme la potasse, prolongeant son action jusque sur le péritoine!... » Et M. Cruveilhier est si peu partisan de l'ouverture des kystes par la potasse caustique, et même de faire un traitement chirurgical, qu'il ajoute quelques lignes plus loin (p. 234) : « Si l'intervention de l'art chirurgical est nécessaire, c'est lorsque la tumeur, devenue adhérente aux parois, fait saillie à l'extérieur, lorsqu'un travail d'élimination est commencé; alors on peut faire une ponction exploratrice, alors on peut préférer la potasse caustique à l'instrument tranchant.... *Mais tant que des signes positifs ne nous auront pas révélé l'existence d'adhérences de ce kyste aux parois abdominales, il nous semble qu'il convient de s'en tenir aux moyens généraux.* »

Je sais comme M. Voillemier que M. Cruveilhier voulant savoir si la potasse caustique ne produirait pas la péritonite, a fait sur un lapin des expériences qui lui ont appris que l'application de la potasse caustique ne développait pas de péritonite, mais aussi elles ont appris que cette application de potasse caustique, dont l'action avait porté jusqu'à la face externe du péritoine, n'avait pas déterminé d'adhérences (p. 236), et, par conséquent, si le lapin avait eu un kyste, il n'aurait pas été à l'abri d'un épanchement péritonéal, épanchement qui est toujours cause d'une péritonite mortelle.

En résumé, ces expériences ont-elles rendu M. Cruveilhier plus partisan de la méthode de la cautérisation? Evidemment non, et la méthode qu'il recommande est la ponction capillaire. Peut-être que M. Voillemier trouvera un peu vieille cette opinion de M. Cruveilhier, puisqu'elle remonte à 1829 et même au delà; peut-être pourrait-on croire que le temps, l'expérience ont modifié l'opinion de M. Cruveilhier et qu'il a reconnu que le procédé de Récamier était la meilleure méthode; qu'on veuille bien consulter le troisième volume de son *Traité d'anatomie pathologique*, paru en 1856, p. 551, et l'on verra que ce savant professeur recommande la ponction capillaire.

Vous avez encore cité Bérard comme n'approuvant pas la méthode de Récamier, me dit M. Voillemier, sans doute vous avez lu trop vite, et c'est au procédé de Bégin et non à celui de Récamier que Bérard adresse des reproches.... Mais je suis étonné que M. Voillemier, qui, sans doute, lit plus lentement que moi et par conséquent mieux que moi, n'ait pas lu ce qui suit à la page 217 du treizième volume du *Dictionnaire* en trente volumes : « L'instrument tranchant » ou les caustiques sont employés pour cette ouverture (ouverture des » kystes du foie); l'emploi de ceux-ci a, dit-on, l'avantage d'aug» menter, de fortifier l'adhérence de la paroi abdominale, mais on » peut redouter *l'inconvénient très-grave ici* de faire une ouverture » dont on prévoit difficilement les limites. »

Et quand M. Voillemier dit que cinq succès bien authentiques, obtenus par le procédé de Récamier, c'est-à-dire par la cautérisation, sont bien de nature à encourager à la pratiquer de nouveau et à la préférer à tout autre procédé, il ne s'aperçoit pas qu'il commet une grosse erreur et que ces cinq succès authentiques n'ont pas été obtenus par la cautérisation, mais bien par la ponction capillaire. En veut-il la preuve? La voici dans le *Dictionnaire* en quinze volumes, t. Ier, p. 229 : « Cette ponction sur laquelle Ruysch déverse tant de blâme » vient d'être érigée en méthode exploratrice par M. Récamier, et » cinq fois le succès le plus complet est venu justifier son heureuse » audace. » M. Voillemier lit donc aussi quelquefois un peu vite....

Les auteurs du *Compendium de médecine* sont aussi, suivant M. Voillemier, très-partisans de la cautérisation de Récamier, et j'ai eu tort de leur attribuer une opinion contraire. Lisons donc encore ce qu'ont écrit ces praticiens. Après avoir décrit le procédé de Récamier, ils ajoutent :

« Nous terminerons en disant que l'expérience n'a pas encore pro» noncé sur la valeur de ce traitement chirurgical, qui, dans tous les » cas, ne doit être employé qu'avec circonspection. » (*Compend. de méd. prat.*, t. I, p. 44.)

Ces opinions de MM. Bérard et Monneret commencent à n'être pas trop vieilles, puisqu'elles datent de 1836. Mais arrivons à une époque de date toute récente, à MM. Moissenet et Trousseau, à 1859 et à 1862...

M. Moissenet a publié un long et très-intéressant travail sur le traitement des kystes du foie, pour proclamer les avantages des ponctions capillaires sur tous les autres traitements et les recommander de préférence au procédé de Récamier, dont il parle ainsi :

« La méthode de Récamier, qui consiste à appliquer cautère sur cautère, au point le plus saillant de la tumeur, pour y déterminer des adhérences, et à fendre la dernière eschare avec le bistouri pour y pénétrer dans le kyste et obtenir son évacuation complète, etc., cette méthode hardie ne me paraissait pas hors de danger. Etait-on bien sûr de provoquer les adhérences protectrices contre le dernier temps de l'opération? » (*Arch. gén.*, t. XIII, 5e série, p. 154.) Et plus loin, dans le même volume, à la page 157, en parlant des méthodes employées pour se mettre à l'abri d'un épanchement dans le péritoine, il s'exprime ainsi :

« Donc, la méthode ou le procédé chirurgical qui mettra le plus sûrement à l'abri de cet accident, devra tout d'abord être considéré comme le plus parfait et obtenir la préférence sur tous les autres. Les méthodes dont il a été question tout à l'heure (de Récamier, Bégin et Jobert) *sont loin d'avoir toujours satisfait les médecins qui les ont employées*; *souvent les adhérences n'ont pas été produites*, et à quelques cas de succès obtenus par chacune d'elles, il n'est personne d'entre nous qui ne puisse opposer quelques revers. »

Avais-je donc si grand tort de dire que la thérapeutique des kystes du foie était encore incertaine et vacillante, lorsqu'un homme aussi compétent que M. Moissenet, après avoir lu et analysé tout ce qui a été écrit sur le traitement des kystes du foie, dit : « Je laisse à d'autres » la tâche difficile de décider en dernier ressort quelle est la meil» leure méthode. » (*Arch. gén.*, t. XIV, 5e série, p. 59.)

Enfin, que M. Voillemier me permette d'invoquer l'opinion de M. Trousseau; sans doute qu'il le trouvera très-compétent pour apprécier une méthode qu'il a souvent vu appliquer par Récamier, et qu'il a lui-même appliquée plusieurs fois. Ce savant maître n'est pas, comme M. Voillemier, convaincu que cette méthode est tellement bonne qu'il faille la conserver quand même... Reconnaissant ses inconvénients et ses dangers, il a cherché à la remplacer par une autre, et à la fin de l'année 1862 il communiquait à l'Académie de médecine un procédé pour déterminer des adhérences; ce procédé était l'acupuncture multiple. (*Gazette des Hôpitaux*, p. 537, n° 135.)

Il faut que notre collègue ait obtenu de bien beaux et bien nombreux succès par la cautérisation dans les kystes du foie, pour être partisan si chaud de cette méthode. S'il en est ainsi, il a bien tort de ne pas faire connaître ce que l'expérience lui a appris; car bien des praticiens, lorsqu'ils se trouvent en présence d'une maladie rare, comme un kyste du foie, s'empressent de consulter les maîtres qui ont écrit sur ce sujet. Et à cette heure, après avoir lu tout ce qui a été écrit sur le traitement des kystes du foie, ils n'emploieraient qu'en tremblant la méthode de Récamier, et ils ne l'emploieraient que forcés d'agir, et n'ayant rien de mieux à leur disposition.

Je maintiens donc ce que j'ai écrit, que la thérapeutique des kystes du foie est encore incertaine et vacillante, et que tous ceux qui ont écrit sur ce point trouvent de graves inconvénients et des dangers à la méthode dite de Récamier (1).

Les citations que je viens de faire prouvent donc que si quelqu'un a cité inexactement, ce n'est pas moi, et que tous les auteurs que j'ai invoqués condamnent bien le procédé de Récamier.

La seconde objection de M. Voillemier est que le procédé que je propose est très-dangereux, parce qu'il expose plus aux épanchements dans le péritoine que la cautérisation, et que les sondes à demeure en gomme élastique ne produisent pas des adhérences. En effet, dit notre collègue, il est difficile de comprendre comment une sonde d'un moindre calibre que la canule du trocart peut boucher assez complétement les ouvertures faites au kyste et à la paroi abdominale, à moins d'admettre que le contenu est égal au contenant; alors on ne s'explique pas comment cette sonde, de volume nécessairement inférieur à celui de la canule qui a pénétré dans le kyste, puisse se mettre en contact avec les parois de l'ouverture du kyste et y déterminer des adhérences; et enfin, pour repousser la sonde à demeure, M. Voillemier cite l'opinion de M. Moissenet, qui pense que « l'éva» cuation d'un kyste au moyen d'un trocart de moyenne grosseur, et » à plus forte raison d'un gros trocart, doit amener nécessairement » son affaissement et le glissement de l'orifice de ponction sur les pa» rois lisses *de la canule*, tandis que les parois abdominales, en raison » même de leur épaisseur, de leur contractilité plus grande, doivent » étreindre et fixer solidement *la canule* au point d'arrêt. Si la sépa» ration des deux ouvertures n'est pas le résultat immédiat de l'éva» cuation du kyste, n'a-t-elle donc pas de grandes chances d'être » produite par les mouvements *de la canule* laissée en place?... Un » effort de toux, un éternument ou toute autre secousse peuvent com» promettre cette position d'équilibre instable *d'une canule* métalli» que plantée dans un tissu d'organisation différente. » (*Arch. gén.*, t. XIII, 5e série, p. 152.)

Je ferai remarquer d'abord que notre judicieux confrère M. Moissenet fait toutes les réflexions que je viens de rappeler à propos de la canule laissée à demeure, et non de la sonde en gomme élastique. Celle-ci, en effet, étant beaucoup plus longue, peut pénétrer dans le kyste aussi profondément qu'on le désire, et bien plus loin qu'une canule de trocart; par conséquent elle n'est donc pas exposée à abandonner le kyste ni à le laisser échapper, comme il pourrait arriver, et comme il est arrivé souvent avec une simple canule.

Une autre remarque que je ferai encore, c'est que l'affaissement du kyste, possible pour les kystes de l'ovaire en raison du lieu où ils sont primitivement fixés dans l'abdomen, ne l'est guère, ou peut-être même pas du tout, pour les kystes du foie, en raison de leur siége anatomique. En effet, ces derniers une fois vidés opèrent leur retrait en haut, vers la paroi abdominale, de laquelle ils se rapprochent, si, bien entendu, ils n'ont pas contracté des adhérences avec les organes voisins; ils ont donc plus de tendance à revenir sur la sonde, à l'avaler, si je puis dire, qu'à l'abandonner.

A cause de toutes ces circonstances, les craintes de M. Voillemier pour les dangers de la sonde à demeure sont donc plus chimériques que réelles. Pour ce qui est d'une sonde plus petite, qu'on laisse à la place d'une canule de trocart plus grosse, sa théorie tombe devant les faits, et notre confrère me paraît plus physicien que physiologiste dans ses explications. Il a peine à comprendre, quand il s'agit de la ponction d'un kyste, qu'une sonde plus petite puisse remplacer sans danger une canule plus grosse. Si, en effet, le trocart perforait les parois abdominales comme le ferait un emporte-pièce, et si cette perforation était faite dans des tissus non élastiques, non rétractiles, je comprendrais alors que le contenu étant moins gros que le contenant, il existât un espace qui pût laisser s'écouler un liquide quelconque. Mais il n'en est plus de même dans la ponction d'un kyste. Le trocart ne détruit pas les tissus, il les refoule, il les écarte forcément, brusquement, et, lorsqu'on retire le trocart, l'ouverture qu'il a faite se rétrécit à l'instant, et souvent si complétement que si l'on voulait introduire un stylet là où il y avait un gros trocart une minute auparavant, on y parviendrait difficilement. Mais, quoi qu'il en soit, si on a soin, après avoir vidé le kyste et placé convenablement le malade, de retirer lentement la canule dans laquelle on a fait glisser une sonde en gomme élastique pour la remplacer, il ne se fera aucun épanchement dans le péritoine. La meilleure preuve que cette manière de faire n'est pas dangereuse, c'est que depuis dix-sept ou dix-huit ans je l'ai appliquée plus de quarante fois en laissant la sonde à demeure, et au moins sept ou huit cents fois pour faire des injections dans les kystes de l'ovaire. Ce n'est donc pas un seul fait qu'apporte pour soutenir que la sonde à demeure peut provoquer des adhérences dans les kystes de l'abdomen, et qu'on peut sans danger remplacer la canule d'un trocart par une sonde en gomme élastique; la théorie de M. Voillemier devra donc s'incliner devant des faits aussi nombreux; il est vrai que notre collègue, avec les idées préconçues qu'il a contre notre procédé, ne pourra jamais le juger pratiquement, puisqu'il déclare qu'il se gardera bien de le mettre en usage. Si je n'ai encore qu'un exemple pour les kystes du foie, qui anatomiquement sont dans des conditions bien plus favorables que les kystes de l'ovaire, dont la mobilité, l'étendue, le siége et le retrait bien plus considérable les exposent plus à abandonner la sonde qu'à la retenir, on doit en conclure que ce procédé devra être beaucoup moins dangereux pour les kystes du foie, car qui peut le plus peut le moins.

Il me reste à parler de la prétendue inflammation produite par l'iode.

Cet agent est-il un irritant, produisant de l'irritation, de l'inflammation et toutes ses suites? Je dis : Non; car si l'on examine ce qui se passe lorsqu'on applique de la teinture d'iode sur des parties enflammées, on voit aussitôt disparaître toutes les traces d'inflammation; alors une substance qui prévient l'inflammation, qui l'arrête lorsqu'elle apparaît, qui la fait disparaître lorsqu'elle existe, est-elle une substance irritante, suivant l'idée qu'on attache au mot *irritation*? Je puis donc avec de pareils faits, et dussé-je déchaîner les foudres de M. Voillemier contre moi, dire que c'est un *antiphlogistique*.

Or la teinture d'iode, employée en badigeonnage sur les surfaces irritées, enflammées, suppurantes, est un véritable antiphlogistique, puisqu'elle anéantit en quelques heures toute inflammation; ainsi, dans les maladies de la peau, pustules, vésicules, eczéma, zona, érythèmes, érysipèles, angioleucites, pustules varioliques, plaies, ulcères; dans toutes les inflammations des muqueuses de la bouche, du pharynx, des yeux, du vagin, du rectum, etc., il suffit de quelques badigeonnages avec la teinture d'iode pour modifier les inflammations, les arrêter.

Si l'iode avait les propriétés irritantes que lui suppose notre collègue, qui, je le crains, n'est pas plus disposé à l'employer que mon procédé, parce qu'il le juge *à priori* et sans l'avoir expérimenté, ne devrait-il pas augmenter les symptômes de l'inflammation plutôt que les détruire? L'iode agit comme *substitutif*, si vous voulez, mais il a une action spéciale relative sur nos tissus, et n'est pas un irritant, suivant l'idée qu'on attache aux mots irritation, inflammation. Il ne produit pas l'inflammation et ses suites, c'est-à-dire la suppuration, lorsqu'il est employé convenablement et à doses reconnues utiles par l'expérience....

Notre collègue sait, je n'en doute pas, qu'un même agent peut produire des effets variables, suivant qu'il est appliqué à doses plus ou moins fortes ou sur des tissus de nature différente... Si, par exemple, quelqu'un disait que la chaleur est un émollient, un antiphlogistique, il aurait raison; mais on pourrait facilement lui prouver, en l'appliquant à un degré plus élevé, que la chaleur est un irritant énergique, un caustique qui désorganise tout ce qu'il touche. Quand je dis que l'iode agit comme antiphlogistique, quand on fait certaines injections, certains badigeonnages, sur certaines parties enflammées ou non, et dans certains cas, je ne dis pas que l'iode, qui est, sous une certaine forme, un caustique, ne deviendrait pas un irritant si on l'appliquait intempestivement, comme ont fait ceux qui soutiennent que c'est toujours un irritant des plus énergiques.

L'action de l'iode employé localement varie avec les doses et les modes d'administration, et ses effets ne sont pas les mêmes sur nos différents tissus; enfin quelle que soit la manière d'agir de la teinture d'iode appliquée localement, qu'elle soit un antiphlogistique, un substitutif, voir même un irritant, suivant le cas, elle est toujours un modificateur local très-puissant et très-efficace. Que ceux qui prétendent le contraire veuillent se donner la peine de l'employer convenablement, ils seront bientôt de mon avis.

Je reviens à M. Dolbeau. Il ne me paraît pas heureux dans ses preuves.

J'ai avancé dans la dernière séance, dit ce confrère, que M. Boinet n'avait pas employé le premier les sondes à demeure, et j'en tire la preuve de son livre. — Il conseille la canule à demeure, mais il relate trois cas où il n'a pas employé la sonde à demeure, et M. Boinet ajoute que dès 1852 M. Nélaton employait la sonde à demeure pour les kystes. Je n'ai rien dit ni écrit de semblable; on lit dans mon Traité d'iodothérapie que dès 1852 M. Nélaton a employé les injections iodées et non pas la sonde à demeure; or, comme j'ai employé ces injections dès 1851, dans les kystes du foie, j'ai donc raison de dire que c'était avant M. Nélaton. Puis, où ai-je dit que les trois faits relatés dans mon ouvrage étaient là pour prouver que j'avais employé la sonde à demeure?... C'est une vue de M. Dolbeau... car je parle longuement des avantages de la sonde à demeure, mais sans m'appuyer sur aucun fait particulier de kyste du foie, mais en m'appuyant sur l'expérience que j'avais puisée dans l'observation et le traitement des kystes de l'ovaire.

Enfin, M. Dolbeau dit qu'il a lu une observation de kyste de l'abdomen publiée en 1835, où le traitement par la canule à demeure

(1) Déjà, avant Récamier, un correspondant de l'Académie de médecine, le docteur Masseau, avait tenté l'ouverture d'un kyste du foie avec la pierre à cautère.

fut suivi de guérison. Pourquoi notre confrère n'indique-t-il pas le livre ou le journal où est publiée cette observation, afin qu'on puisse juger de sa valeur, car une assertion n'est pas une preuve infaillible?

M. DOLBEAU. Si j'ai dit que M. Nélaton avait employé la sonde à demeure dès 1852, c'est une erreur; ce sont les injections iodées dont il faisait usage dès cette époque.

M. GIRALDÈS. Ma réponse à M. Boinet sera courte. A côté de la question de thérapeutique chirurgicale, il a groupé une série de considérations et d'arguments complétement étrangers à la question, et je ne le suivrai pas sur ce terrain.

J'ai blâmé un titre d'observation; j'ai dit: Cette méthode, que M. Boinet nous propose comme nouvelle et sûre, n'est pas nouvelle, elle n'est pas sûre. Ses temps divers, ponction avec un gros trocart, contre-ponction, incision de l'intervalle qui les sépare, injections iodées, j'ai dit qu'on les avait exécutés dès 1847; je vais plus loin, et je dis aujourd'hui que la sonde à demeure a été employée dès 1836. Chez un malade du service de Richerand, M. Jobert incise l'eschare déterminée par la potasse caustique, et laisse une sonde à demeure pendant vingt-quatre heures. Trois ans plus tard, en 1839, M. Jobert suit la même conduite chez un autre malade. En 1847, je trouve l'observation d'Owen Rees; en 1854, celle de M. Nélaton, rapportée dans la thèse de M. Cadet-Gassicourt; en 1856, une observation de M. Malgaigne (*Bulletin de la Société anatomique*, 1856, page 196.)

Pendant tout ce temps, M. Boinet ne songeait guère à l'emploi de la sonde à demeure pour provoquer des adhérences; car en 1854 il exposait à la Société de chirurgie (*Bulletin*, page 348) son projet d'employer une canule de trocart munie de crochets latéraux pour fixer et faire adhérer le kyste à la paroi abdominale, projet que M. Maisonneuve lui disait avoir été déjà mis à exécution. En 1855, dans son *Traité de l'Iodothérapie*, M. Boinet, discutant la valeur du trocart à érigne et de la sonde à demeure, ne pouvait citer un seul fait lui appartenant, et M. Voillemier nous a déjà dit que M. Moissenet, critiquant l'emploi de la sonde à demeure, n'avait pu parler de M. Boinet, puisque son procédé nouveau n'avait pas encore vu le jour. Enfin, en 1859, dans un article publié par M. Boinet lui-même dans la *Revue de Thérapeutique*, il cite une observation de kyste hydatique du foie traité avec succès par des ponctions successives et la sonde à demeure *pendant plusieurs mois*, sans revendiquer pour lui la priorité de ce procédé.

Je constate à ce propos que M. Boinet a peu de mémoire, car cette observation citée par lui en 1859 est précisément celle d'Owen Rees dont il prétendait récemment ne pas connaître la version anglaise, observation qu'il donnait il y a cinq ans comme un exemple de guérison, tandis qu'il soutient aujourd'hui, et bien à tort, car rien ne permet cette affirmation, que le malade n'était pas guéri lors de la publication de l'auteur anglais.

M. Boinet a une remarquable puissance d'abstraction; en face de ses recherches, il lui semble que la science n'ait rien fait pour fixer les méthodes de traitement des kystes du foie, et que la plus complète incertitude pèse sur ce sujet. Pourquoi donc a-t-il négligé les articles de M. Cruveilhier dans le *Dictionnaire* en 15 volumes, de Bérard dans le *Dictionnaire* en 30 volumes, la thèse de M. Barrier, le traité de M. Davaine sur les Entozoaires, et l'important livre de Frerichs sur les maladies du foie? Tous ces auteurs discutent les indications et les moyens de traitement des kystes du foie.

M. Boinet semble dire qu'avant lui on n'a obtenu que de rares succès; or j'ai pu sans peine, et je suis bien certain de n'avoir pas fait un relevé complet, réunir vingt cas de guérison par la méthode Récamier et seize cas par les ponctions successives. Ce sont ces méthodes qu'il appelle impuissantes, tandis qu'en face de leurs succès nombreux et avérés il ne produit qu'un seul fait!

Tout au moins cela est prématuré. Tant que M. Boinet n'aura pas produit un nombre imposant de faits à l'appui de ses idées thérapeutiques, il me semble mal fondé à vouloir prendre si vite le rôle de réformateur de la science et de la thérapeutique des kystes hydatiques du foie.

(La fin au prochain numéro).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les obsèques de M. Le Sourd ont eu lieu hier jeudi, à midi, comme nous l'avions annoncé, au milieu du nombreux concours d'amis qui étaient venus lui adresser leurs derniers adieux.

On lisait sur toutes les figures l'expression de profonde douleur causée par la perte prématurée de l'homme distingué dont chacun se plaisait à rappeler les heureuses qualités et les nombreux services.

M. Le Sourd, qui a si souvent pris une part active à tout ce qui touche à nos intérêts professionnels, tant par le concours de ses judicieux avis que par ses actes multiplié, de libéralités méritait bien, en particulier, l'hommage spontané que sont venus lui rendre plusieurs de nos confrères.

Nous avons été touchés de voir un grand nombre de représentants de la presse médicale et de la presse littéraire se joindre à nous pour payer ce pieux tribut à la mémoire de notre si regretté directeur. Nous les prions d'en agréer ici nos sincères remercîments.

— Les journaux politiques et les journaux de médecine ont rapporté avec des éloges justement mérités la belle et courageuse conduite de quelques élèves de l'hôpital Beaujon et d'un jeune médecin qui leur a prêté son concours dévoué dans les circonstances suivantes:

Une jeune femme atteinte d'un croup arrivé à sa dernière période est amenée à l'hôpital Beaujon. L'asphyxie était imminente. On dut pratiquer la trachéotomie. Mais au moment où l'on venait d'appliquer la canule, la respiration se suspendit complétement. Les élèves qui entouraient l'opérateur, MM. Magnié, Bessey et Delfau, externes, M. Blumenthal, interne, et M. le docteur Maurice Raynaud, pratiquèrent alors successivement l'insufflation par la canule, se relayant dans cette pénible et périlleuse opération, jusqu'à ce que l'inutilité de leurs efforts pour rappeler cette femme à la vie leur fût malheureusement démontrée. M. le directeur de l'Assistance publique, informé de ce fait, s'est rendu à l'hôpital Beaujon pour remercier ces élèves de leur dévouement, et les féliciter d'avoir si bien compris les devoirs de la science et de l'humanité.

Nous n'affaiblirons certainement en rien les éloges si mérités que l'opinion publique a décernés à ces courageux jeunes gens, en disant que des faits de ce genre ne sont pas rares dans l'exercice d'une profession où le dévouement est en quelque sorte un devoir de tous les instants, et qu'il ne se passe presque pas d'années où nos hôpitaux ne soient le théâtre de pareils actes d'humanité et d'abnégation personnelle.

— La Société d'agriculture, sciences, belles-lettres et arts d'Orléans a mis au concours le sujet suivant:

Dans toutes les affections intermittentes qui réclament l'emploi du quinquina, et surtout dans les fièvres pernicieuses, peut-on administrer avec un égal succès le sulfate de quinine ou le quinquina en substance?

Le prix sera une médaille d'or de 400 francs.

Les auteurs mettront en tête de leur ouvrage une devise. Elle sera répétée sur un billet cacheté, qui contiendra leur nom et leur adresse. Les mémoires devront être remis à M. le Dr Pelletier-Sautelet, secrétaire général de la Société, avant le 1er mars 1865.

— La section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale de l'Académie de médecine, appelée à voter sur la question de savoir dans laquelle de ces deux sous-sections, thérapeutique ou histoire naturelle, aurait lieu l'élection pour la place vacante dans son sein, a décidé, à une majorité de quatre voix contre trois, que cette élection se ferait dans la sous-section de thérapeutique.

— S. Ex. Arif-Bey, directeur de l'Ecole de médecine de Constantinople, vient d'être nommé *Routbey Oula Simffissanissi*, c'est-à-dire fonctionnaire de 1re classe, second ordre.

— Le corps médical vient de perdre un de ses plus anciens et de ses plus honorables membres. M. le docteur Jean-François Roujon vient de mourir à Choisy-le-Roi, à l'âge de soixante-dix-neuf ans passés. Dimanche dernier, 6 mars, une grande partie de la population de Choisy-le-Roi et des villages environnants est venue rendre les derniers devoirs à son bienfaiteur. La vaste enceinte de l'église de Choisy suffisait à peine pour la contenir.

Quand le corps fut descendu dans la tombe, la douleur générale ne put rester muette, les larmes et les sanglots des assistants couvrirent la voix de deux médecins amis et d'un vieillard habitant de Choisy-le-Roi, qui étaient venus prononcer des paroles touchantes d'adieu.

Après la cérémonie, un délégué des diverses corporations des ouvriers de Choisy-le-Roi s'est présenté devant Mme veuve Roujon afin de la prier de vouloir bien leur permettre d'élever à leurs frais un modeste monument, témoignage de leurs regrets et de leur reconnaissance envers celui, qui, hiver comme été, le jour comme la nuit, malgré son âge, n'a jamais hésité à prodiguer ses soins et ses secours.

De pareils témoignages d'affection et de reconnaissance honorent à la fois ceux qui en sont l'objet et ceux qui les manifestent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Année médicale et scientifique, ou Résumé critique des principales discussions qui ont eu lieu devant les Sociétés savantes, et des travaux les plus importants qui ont paru dans les journaux et recueils scientifiques pendant l'année 1863; par MM. MOUTET, JACQUEMET, PÉCHOLIER et CAVALIER, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. in-8°, grande justification. Prix: 2 fr. 75 *franco*. — Paris, chez Asselin, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Le Mexique ou l'Amérique tropicale, climats, hygiène et maladies, par M. le docteur JOURDANET, avec une carte du Mexique. In-12 de VIII-859 pages. Prix: 4 fr. — Paris, 1864, chez J. B. Baillière et fils.

Nouvelles recherches sur la véritable origine du virus-vaccin, par M. le professeur DEPAUL, membre de l'Académie impériale de médecine de Paris. In-8° de 46 pages. Prix: 1 fr. 25. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

Guérison de la phthisie pulmonaire et de la bronchite chronique à l'aide d'un traitement nouveau; par M. le docteur Jules BOYER, ancien interne des hôpitaux, etc. 3e édition, revue et augmentée. Prix: 1 fr. 50 c. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 31. — MARDI 15 MARS 1864. (37e ANNÉE.) N° 31. — MARDI 15 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRÂCE (M. Champouillon). Du meilleur mode de traitement de l'amygdalite aiguë simple. — HÔTEL-DIEU D'ANGERS (M. Daviers). Fracture de côtes; emphysème traumatique généralisé; perforation intestinale; péritonite aiguë; anesthésie remarquable du blessé. — Traitement de la fièvre puerpérale par les purgatifs. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 7 mars. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, fin de la séance du 2 mars. — Nouvelles.

PARIS, 14 MARS 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Serre (d'Uzès) a lu dans cette séance une note renfermant de nouveaux détails sur l'opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée à Alais le 9 janvier dernier, et dont M. Auphan avait déjà entretenu l'Académie dans la séance du 25 du même mois. (Nous publierons prochainement la relation de cette opération.)

MM. Demarquay et Leconte ont présenté un troisième mémoire sur les indications et les contre-indications de l'emploi de l'oxygène; M. Delore (de Lyon), une observation d'un rétrécissement du larynx incisé avec succès au moyen du laryngoscope; M. Moura, une observation d'épingle avalée et traversant tout le canal digestif, après être demeurée deux jours entiers arrêtée dans l'arrière-gorge, où sa présence a été reconnue à l'aide du même instrument; et M. Tamin-Despalles, quelques considérations sur la phthisie pulmonaire et son traitement. — Nous reviendrons sur quelques-unes de ces communications.

M. le secrétaire perpétuel a présenté plusieurs ouvrages imprimés, parmi lesquels nous devons une mention spéciale à celui de notre collaborateur M. Legrand du Saulle, intitulé : *La folie devant les tribunaux* [1].

« Voici un livre, a dit M. Flourens, dont le titre seul éveillerait l'intérêt, si le nom de son auteur n'était pas déjà une recommandation. Si, comme je le crois, M. Legrand du Saulle a bien défini la raison et la folie, s'il a tracé aux magistrats des règles de conduite empreintes de la modération qui convient à la science, son ouvrage ne peut manquer de prendre de l'essor et de rendre des services. »

Le livre de M. Legrand du Saulle réalisant les conditions de succès si bien énoncées par M. Flourens, nous n'hésitons pas, à notre tour, à lui prédire un heureux avenir.

La tâche que notre collaborateur s'est proposé de remplir n'était pas petite. Il s'agissait d'exposer avec la plus grande précision possible les signes révélateurs de la folie, de façon à mettre fin aux hésitations et aux contradictions que la pathologie mentale soulève si fréquemment; de tracer la part qu'il convient de faire au délire et celle qui doit être laissée au compte de la responsabilité; de déterminer enfin, avec toute la rigueur scientifique, sans faiblesse comme sans faux entraînement philanthropique, l'application des règles du droit aux désordres de l'intelligence et de la volonté.

Initié de bonne heure à la connaissance du droit comme à celle de la médecine, attaché pendant plusieurs années au service médical de nos grands asiles d'aliénés, livré à peu près exclusivement depuis à l'étude de toutes les questions qui se rattachent à l'histoire de l'aliénation mentale, ainsi que l'attestent les articles qu'il a publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* et ses nombreuses communications à la Société médico-psychologique, familiarisé avec les expertises médico-légales, M. Legrand du Saulle avait toutes les qualités et toute la compétence voulues pour traiter un pareil sujet.

A propos de chaque question, il trace des points de repère qui intéressent également l'instruction, le ministère public et la défense. A l'appui de chacune des opinions qu'il exprime, il groupe des faits qui jettent une vive lumière sur des questions presque toujours si pleines d'obscurité et de péril.

Lorsque pénétrant dans le détail des faits, il introduit l'aliéné devant la justice, il expose l'influence que les principales déviations de l'entendement humain peuvent exercer sur la criminalité ; il insiste sur les caractères qui différencient l'aliéné du criminel et montre comment doit être conduite une expertise médico-légale, de quelle façon il convient d'interroger les malades, de démasquer les simulateurs, et à quels signes spéciaux il faut attacher le plus d'importance.

Nous signalerons notamment parmi les questions qui font le sujet des principaux chapitres, la question de la responsabilité partielle ou proportionnelle, qui est en ce moment l'objet d'une discussion très-intéressante à la Société médico-psychologique ; celles de la responsabilité des interdits, des intervalles lucides dans la folie au point de vue de leur appréciation juridique et de leur application en matière de testaments; les questions médico-légales relatives au délire ébrieux, au somnambulisme naturel, à l'état mental des pellagreux, à l'hystérie, à l'épilepsie, et aux diverses influences autres que la folie qui sont susceptibles de compromettre la liberté morale.

Dans tous les sujets qu'il a traités et par la manière même dont il les a traités, on voit que M. Legrand du Saulle s'est toujours efforcé d'éviter les exagérations, de fuir les opinions extrêmes, qui ont trop souvent entretenu un antagonisme et une sorte de défiance regrettable entre la magistrature et l'expertise médicale; et il a justifié ainsi ce que disait tout récemment M. Tardieu à l'Académie de médecine, à propos de ce même ouvrage : « Que partout en France, à l'honneur de la médecine, les médecins requis par la justice conquièrent de plus en plus des titres à la confiance des magistrats et à la considération publique. » — Dr Brochin.

[1] *La folie devant les tribunaux*, par M. Legrand du Saulle, médecin expert près le Tribunal civil de la Seine, etc. Un vol. in-8° de 624 pages. Paris, 1864. Chez Savy, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 24.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. CHAMPOUILLON.

Du meilleur mode de traitement de l'amygdalite aiguë simple.

L'amygdalite aiguë simple est une affection tellement commune, les occasions de l'observer ont été par conséquent si fréquentes, qu'aujourd'hui son étude est complète : s'il y a encore parmi les médecins quelque divergence de vues, ce ne peut être que sur le mérite comparatif des divers moyens de traitement les plus usités contre cette maladie.

Rarement l'amygdalite simple a une gravité telle qu'il faille s'en inquiéter : dans l'immense majorité des cas, elle guérit spontanément, soit par résolution, soit par suppuration ; quand elle résiste et qu'elle passe à l'état chronique, les tonsilles habituellement se tuméfient et s'indurent. La terminaison par gangrène est un événement tout à fait exceptionnel.

Ainsi, ce n'est point une maladie compromettante que l'amygdalite simple, mais c'est une maladie toujours douloureuse, même quand elle est sans beaucoup d'acuité : la douleur est surtout très-intense si les deux amygdales sont envahies à la fois. L'aridité de la bouche et de la gorge, la fétidité de l'haleine, les efforts continuels d'expuition dirigés contre le mucus épaissi et adhérent aux parties enflammées, la douleur inséparable de tout mouvement de déglutition, l'intensité de la soif et la difficulté de l'apaiser, les élancements très-vifs ressentis dans les oreilles, la suffocation, la céphalalgie, l'agitation constituent un véritable supplice pour le patient, que la fièvre, la courbature, l'insomnie plongent en outre dans l'accablement. Les sujets les plus robustes sont presque toujours les plus éprouvés.

Cet état, dans sa période de violence, se prolonge rarement au delà du quatrième ou du cinquième jour, si la nature est seule chargée d'y mettre fin. Quand l'art intervient, c'est moins pour guérir que pour guérir promptement, et aussi pour prévenir les déviations possibles dans la marche de l'inflammation.

Plusieurs méthodes curatives ont été proposées et honorablement recommandées contre l'amygdalite aiguë simple : j'ai eu, soit dans les hôpitaux, soit en campagne, de nombreuses occasions d'expérimenter les unes et les autres, et je me suis assuré qu'elles n'ont pas toutes des effets également prompts.

Pour déterminer avec certitude le mode de traitement le plus expéditif, il faut nécessairement tenir compte des variétés dont se compose l'espèce morbide. J'admets donc, mais uniquement pour la commodité de l'exposition, trois formes principales dans l'amygdalite aiguë :

1° Forme bilieuse, symptôme ou complication de l'embarras gastrique ;

2° Forme pléthorique, qui est moins une variété que la caractéristique du sujet malade ;

3° Forme inflammatoire pure, sans contredit la plus commune.

L'angine dite bilieuse (bilioso-inflammatoire de Stoll) doit forcément disparaître en même temps que l'état saburral de l'estomac auquel elle se lie. C'est pour ce cas surtout qu'est réservée la méthode évacuante, c'est-à-dire l'emploi de l'émétique, dont l'action peut être encore avantageusement secondée par les lavements purgatifs. L'effet de ce traitement est souvent très-prompt, car *dès le jour même, ou le lendemain au plus tard*, l'amygdalite s'est dissipée.

En général nous nous faisons, presque à notre insu, une habitude d'adopter un procédé thérapeutique, de l'employer toujours parce qu'il a réussi quelquefois. Ainsi les praticiens frappés des merveilleux résultats de la médication évacuante n'ont point tardé à en abuser en étendant son application au delà des limites qu'elle comporte.

L'on m'assure, mais je n'affirme rien, puisqu'il peut devenir scabreux d'affirmer, même que deux plus un font trois, on m'assure donc que dans certains hôpitaux, tout malade qui se présente avec une amygdalite est traité invariablement par l'émétique. Pour moi, qui m'en réfère volontiers aux enseignements de l'expérimentation, j'ai été conduit à ne recourir aux vomitifs que pour les cas particuliers où chez le malade la réaction fébrile est modérée, en même temps qu'il existe de l'empâtement de la bouche, de la constipation, une certaine fétidité de l'haleine et des nausées fréquentes.

Dans cette variété de l'amygdalite, c'est donc moins de l'état local que de l'état général qu'il convient de tenir compte pour en déduire le choix du procédé curatif.

Si le sujet est pléthorique et que la maladie offre les caractères d'une vive acuité, une saignée générale doit précéder toute entreprise de traitement local. Ceci est de première évidence et n'a nul besoin de commentaires pour être compris.

L'angine tonsillaire simple, à laquelle on n'oppose point l'émétique, est ordinairement combattue par les agents antiphlogistiques. Désemplir le système sanguin, révulser sur des parties plus ou moins éloignées, voilà la formule abrégée de ce traitement. Les émissions sanguines en constituent naturellement le procédé initial.

Mais, eu égard à la promptitude désirable des résultats, est-ce à la saignée du bras ou bien à la saignée locale qu'il faut accorder la préférence ? Si l'on consulte le témoignage des auteurs, il est assez difficile de trancher la question. En effet, tandis que Broussais préconise l'application des sangsues vers l'angle de la mâchoire inférieure comme un moyen « d'enlever la maladie *du premier coup*, pourvu toutefois qu'on s'y prenne dès le début », M. Chauffard, au contraire, assure qu'il a couvert de sangsues le cou de beaucoup de malades, et que la phlegmasie n'en a pas moins marché. Souvent même, ajoute-t-il, l'amygdale s'enflamme, s'engorge d'autant plus que l'on insiste davantage sur ce mode d'évacuation sanguine.

Bianquin ayant eu l'occasion de traiter trois cents malades atteints d'angine grave, reconnut que l'emploi des sangsues, soit en grand, soit en petit nombre, ne procurait pas le moindre avantage, tandis que la saignée du bras fut toujours suivie de succès. Beaucoup d'autres praticiens ont fait la même remarque.

M. Louis analysant à un point de vue général le mode d'action des émissions sanguines pratiquées sous ses yeux, en résume ainsi les effets : chez les malades traités par la saignée, la durée moyenne de l'affection a été de *neuf jours ;* elle fut de *dix jours et un quart* chez ceux auxquels il n'a point été tiré de sang. En conséquence, M. Louis est d'avis que la saignée exerce peu d'influence sur la marche de l'amygdalite aiguë.

S'efforcer de juguler l'angine tonsillaire à son début est une entreprise parfaitement rationnelle. La méthode abortive, recommandée dès 1835 par M. Velpeau, consistait alors dans l'application de l'alun pulvérisé sur les parties malades. Ce remède agit quelquefois avec une merveilleuse rapidité. J'ai remarqué, en effet, que dans les cas légers, et au moment même où l'affection ne s'annonce encore que par une rougeur modérée, l'efficacité de l'alun se manifeste en *quelques heures.* Mais en dehors de ces conditions particulières, la durée moyenne des amygdalites traitées dans mon service par le procédé de M. Velpeau a été de *sept jours.*

Plus tard, Baudens, grand partisan de la méthode des substitutions, remplaça les applications d'alun par la cautérisation des tonsilles avec l'azotate d'argent. Ce mode de traitement, longtemps en faveur au Val-de-Grâce, a des effets très-prompts

quand il doit réussir; malheureusement il est de peu de ressources lorsque la maladie est déjà en pleine évolution.

Le froid étant doué d'une action astringente très-puissante, il est tout naturel que l'on ait songé à l'emploi de la glace ou de l'eau glacée, comme topique, pour forcer l'irritation des amygdales à rétrocéder. J'ai vu ce moyen dissiper en quelques heures la rougeur et la tuméfaction; mais cela n'est arrivé qu'une fois sur huit. Chez les sept autres malades, l'affection m'a paru acquérir plus d'intensité qu'elle n'en eût pris peut-être si elle avait été abandonnée à elle-même.

Il ne serait pas juste de s'autoriser de ces insuccès pour créer des adversaires à la méthode; je la crois bonne en soi, mais elle est d'une application difficile, et dans certaines circonstances elle peut même devenir compromettante. Effectivement, pour obtenir du froid les avantages qu'on en espère, il faut que son action soit continue, c'est-à-dire qu'il faut que le malade s'astreigne jour et nuit à tenir sa gorge en contact avec de la glace ou de l'eau glacée. Or si le sujet se fatigue et se rebute de cette manœuvre, ou bien si elle vient à être suspendue durant le sommeil, une réaction, et une réaction violente, succédera à ces interruptions. Donc recourir aux topiques glacés pour faire avorter une amygdalite aiguë, c'est quelquefois jouer quitte ou double.

Plusieurs médecins, et particulièrement Broussais, ont recommandé d'appliquer directement une ou deux sangsues sur chacune des tonsilles enflammées. Cette application produit, dit-on, des effets *immédiats* très-satisfaisants; cela doit être, mais ce mode de traitement n'est guère usité, parce qu'il est d'une exécution embarrassante, et qu'il répugne invinciblement à la plupart des malades.

Les mouchetures et les scarifications de l'amygdale, vantées par Asclépiade, n'ont guère obtenu qu'une simple mention dans nos ouvrages classiques. Cependant, au point de vue de la facilité et de la promptitude des résultats, il n'est point de procédé curatif supérieur à celui-là, quand les malades veulent bien s'y soumettre.

Le 23 novembre 1858, je fus appelé, vers dix heures du soir, près de M. S..., adjudant sous-officier, atteint d'une amygdalite double datant de deux jours. Les deux tonsilles, extrêmement volumineuses, se touchaient, poussant devant elles la luette, le voile et les piliers du palais; l'orifice guttural était complétement fermé; des taches livides marquetaient la muqueuse palatine infiltrée. Le malade, tombé dans une sorte d'anéantissement, présentait déjà des signes d'asphyxie occasionnée par l'insuffisance de la respiration.

Avant son entrée au Val-de-Grâce, M. S... avait pris un vomitif, et deux fortes saignées du bras lui avaient été faites par le médecin du régiment, ce qui n'avait point empêché l'affection de suivre son cours et de prendre un développement extraordinaire.

Agir était chose urgente; mais que faire pour sauver le malade d'une mort très-prochaine? Me ressouvenant à propos d'avoir vu jadis Casimir Broussais recourir aux mouchetures dans un cas analogue, je me décidai aussitôt pour le même moyen. Bien qu'il fût assez difficile de maintenir ouverte la bouche du malade, je réussis néanmoins à sillonner les amygdales et la voûte palatine de scarifications nombreuses, lesquelles fournirent une notable quantité de sang. Le soulagement fut presque immédiat, et pendant la nuit la résolution marcha avec une rapidité telle que, le lendemain matin, la déglutition était redevenue possible et à peine douloureuse. Six jours après, M. S... était en état de quitter l'hôpital.

Depuis cette époque, j'ai adopté pour tous les cas d'amygdalite de quelque importance le procédé des scarifications: sur 83 cas de cette espèce, le procédé a été en défaut quatre fois, mais les 79 autres malades ont été délivrés au bout *d'un jour et demi*, en moyenne.

Pour quiconque n'a jamais expérimenté ce mode de traitement, ses effets pourront paraître invraisemblables, malgré qu'ils s'expliquent très-bien en théorie. En effet, scarifier une amygdale enflammée, en incisant toute l'épaisseur de la muqueuse sur une étendue d'un centimètre, par exemple, c'est réaliser dans une même opération les avantages du débridement, de la saignée locale et de la substitution.

N'est-ce point assez pour établir la supériorité d'une méthode qui est pour moi l'idéal de la thérapeutique de l'amygdalite aiguë dans toutes ses périodes?

Toutefois, cette méthode n'est pas encore la perfection, car elle offre elle-même un inconvénient qu'il ne faut pas déguiser; toujours acceptable dans les hôpitaux militaires, où la soumission est de règle, elle peut être obstinément refusée ailleurs par les malades pusillanimes que la vue d'un instrument tranchant intimide et déconcerte.

HOTEL-DIEU D'ANGERS. — M. Daviers.

Fracture de côtes. Emphysème traumatique généralisé. Perforation intestinale. Péritonite aiguë. Anesthésie remarquable du blessé.

(Observation recueillie par M. J. Drouet, interne.)

Au n° 69 de la Clinique chirurgicale est couché un jeune homme robuste, âgé de vingt-huit ans, ouvrier aux ardoisières de Trelazé. Etant à son travail, le 24 février, il reçut sur la partie latérale gauche du tronc une masse de terres agglutinées, dont il évalue le volume à un quart de mètre cube, et qui tombait de cinq à six pieds de hauteur. Renversé par le choc, il fut porté à l'Hôtel-Dieu d'Angers, où, six heures à peine après l'accident, on remarquait déjà de l'emphysème étendu.

Le 25, le blessé raconte assez bien, quoique avec lenteur et presque indifférence, ce qui lui est arrivé. Il ne se plaint pas et se retourne dans son lit avec le secours de l'infirmier. On peut constater la crépitation emphysémateuse sur la plus grande partie du tronc, à la paroi abdominale, au cou, à la face, à la partie interne des bras, à la région anti-brachiale antérieure. Ces régions sont déformées généralement par l'infiltration gazeuse.

Sur le côté gauche du thorax, siége d'une vaste ecchymose bleuâtre, elle donne lieu à une tumeur étendue, très-mal circonscrite, molle et crépitante, que la pression peut déformer et même déplacer en partie.

Cet emphysème général, par sa gravité manifeste, fait qu'on juge inutile de préciser le lieu où doit siéger la fracture de côte, simple ou multiple, dont l'existence n'est pas mise en doute.

Le blessé ne peut rien supporter, il vomit jusqu'aux plus petites quantités de bouillon ingéré. Pouls petit, un peu accéléré, ainsi que la respiration. — On applique de larges compresses résolutives et des bandages modérément serrés.

Dans la journée, l'emphysème augmente, sans dépasser en bas l'arcade de Fallope et sans aggravation des symptômes généraux. Il envahit de plus en plus les paupières et les joues, en respectant le front et le crâne.

Le 26, l'infiltration fait toujours des progrès; le cou est doublé de volume. On découvre au-dessus du pubis une ecchymose bleue, large de trois travers de doigt et longue de 8 à 10 centimètres. Le blessé ne se plaint pas, déclare se trouver mieux et à peine oppressé. Toutefois, le pouls est petit, la respiration accélérée; les vomissements se répètent chaque fois que le blessé prend quelque chose.

M. Daviers fait à la partie latérale du cou une piqûre par laquelle il s'échappe un peu d'air.

Dans l'après-midi, le blessé étant descendu un instant de son lit, est pris d'un vomissement abondant d'apparence bilieuse et d'un accès d'étouffement qui diminue quand on l'a replacé dans la position horizontale.

Me trouvant de garde, je pratique quatre nouvelles piqûres à la partie antérieure de la poitrine et au cou sans que le blessé paraisse en éprouver la moindre douleur. On les mouille de temps en temps avec de l'eau tiède pour empêcher le sang en se coagulant de fermer issue à l'air. Sur ces piqûres, cinq ventouses sont continuellement maintenues pendant près de deux heures. Au bout de ce temps, elles n'attirent plus l'air et n'ont produit qu'un dégorgement local insignifiant.

Le pouls, insensible à la radiale, est petit à la crurale; 44 inspirations à la minute. Intégrité de l'intelligence. Pas de plaintes. Un peu de torpeur.

On n'entend pas les bruits du cœur, masqués par l'épaisseur des tissus crépitants sous l'oreille, mais en revanche on a pu entendre quelques craquements rugueux indiquant une fracture. Vers trois heures du soir, le malade est pris de subdélirium. Il devient de plus en plus insensible et étranger à ce qui se passe autour de lui. Respiration haletante. Refroidissement général.

A quatre heures, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'accident, le malade meurt.

Autopsie. — Pas d'infiltration du cuir chevelu, du scrotum, des membres inférieurs dans leur totalité, ni des membres supérieurs dans le sens de l'extension. Emphysème exactement limité par l'arcade de Fallope. Un peu d'infiltration gazeuse du tissu cellulaire qui enveloppe la sclérotique du côté droit.

A la coupe, le tissu musculaire des parois splanchniques, un peu crépitant, ressemble assez pour l'aspect au poumon carnifié dans le cas d'hépatisation rouge. Vastes ecchymoses de la paroi thoracique gauche et de la région abdominale sus-pubienne.

Fractures des quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième et dixième côtes du côté gauche sur une ligne verticale qui suivrait assez exactement à 1 ou 2 centimètres de distance les synarthroses chondro-costales. La quatrième, la cinquième et la sixième côte sont en outre fracturées vers leur grande courbure. La fracture antérieure de la quatrième côte est manifestement incomplète et très-oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant.

A la huitième côte, on remarque deux fractures à 1 centimètre et demi de distance l'une de l'autre. Le fragment interne, recourbé, passe à travers la plèvre pariétale. Les fragments externes des autres côtes piquent plus ou moins cette membrane, qui est injectée et enflammée au niveau de ces fractures, où il existe encore quelques adhérences récentes. La cavité pleurale de ce côté contient un verre et demi de liquide sanguinolent. Adhérences diaphragmatiques anciennes. Le poumon droit, modérément emphysémateux, ne remplit pas complétement la cavité thoracique correspondante. Il est manifestement piqué et déchiré dans une très-petite étendue de son lobe inférieur.

Un peu d'emphysème du poumon droit, qui présente l'anomalie suivante: son lobe supérieur est à l'état rudimentaire, et la séparation du lobe moyen et inférieur est marquée par un sillon incomplet.

Hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur, dont les cavités droites contiennent quelques caillots noirâtres.

Tissu cellulaire du médiastin considérablement insufflé.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe en bouillonnant des gaz fétides, et l'on constate une péritonite générale avec fausses membranes sur les parois abdominales et les circonvolutions de l'intestin. Epanchement stercoral très-considérable vers la moitié de l'intestin grêle; on trouve une perforation dont les bords ressemblaient à une plaie contuse permettant l'introduction du petit doigt dans le canal digestif.

On n'a pu retrouver de plaie ni d'éraillure du péritoine pariétal.

Rien vers la colonne vertébrale.

En résumé, cette observation est remarquable par l'état d'anesthésie dans lequel se trouvait le blessé. Atteint de fractures multiples, de pleurésie et de péritonite suraiguë avec perforation intestinale, il conservait sa connaissance, s'est à peine plaint, et n'a jamais appelé notre attention du côté du ventre, si bien que l'inflammation générale aiguë du péritoine a pu passer inaperçue durant la vie.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE PAR LES PURGATIFS,

par M. le Dr Secretan (de Lausanne).

A propos du traitement de la fièvre puerpérale par les purgatifs, M. le docteur Secretan (de Lausanne) nous communique la note suivante, qui vient à l'appui de l'opinion du professeur d'accouchements de Zurich.

Dans un voyage médical fait en Allemagne en 1861, nous eûmes la bonne fortune de suivre pendant deux mois la clinique obstétricale du professeur Seyfert (de Prague); une épidémie redoutable de fièvre puerpérale sévissait, et tandis que le nombre des décès était très-considérable en ville, le service de M. Seyfert, qui se recrutait dans le même milieu, était épargné, grâce à la méthode de traitement suivante:

Toute femme récemment accouchée, atteinte de fièvre ou de douleurs dans l'abdomen, était immédiatement soumise à un mélange variable de calomel et de jalap, et toujours le lendemain on voyait les phénomènes morbides s'amender et la fréquence du pouls diminuer; ceci se continuait chaque jour jusqu'à l'entière guérison des malades. Cette méthode, aussi employée pour les accouchées qui avaient déjà été traitées sans succès par les émissions sanguines hors de l'hôpital, donnait encore de bons résultats. Dans le même temps, la clinique d'accouchements de Vienne était frappée par une épidémie analogue où les antiphlogistiques, les altérants et les préparations de quinquina furent employés tour à tour sans que la mortalité diminuât dans les salles.

On ne nous dira pas que les succès de M. Seyfert tenaient au génie particulier de l'épidémie de 1861, car depuis plus de douze ans il employait les mêmes procédés avec les mêmes avantages.

Un cas, entre autres, de manie puerpérale, nous a surtout frappé: une femme était atteinte de délire furieux trois jours après ses couches; l'altération de la face était telle qu'elle devint affreuse à voir; le professeur porte cet arrêt: « *Prognosis infausta* », et ordonne l'emploi du calomel et du jalap à haute dose; le lendemain, aggravation des accidents, car aucune selle n'a été obtenue; on prescrit l'huile de croton, et une amélioration notable se manifesta dès qu'il y eut un certain nombre d'évacuations.

Parmi les cas tirés de notre pratique particulière, nous citerons les deux suivants:

Obs. I. — Mme F..., en proie à un épanchement rhumatismal dans le genou droit, accouche le 13 janvier 1864.

Le 15, fièvre intense, tumeur douloureuse dans la fosse iliaque droite. — Huile de ricin.

Le 16, agravation; pouls à 110. — Calomel et magnésie.

Le 17, l'abdomen se météorise; pouls à 120; le soir, il survient un frisson de 15 minutes, qui fait claquer les dents et ébranle le lit de la malade; nous croyons qu'elle va être enlevée par une phlébite utérine. — Prescription: pulv. rad. jalap. 3; m. divide, calomel; gr., 15; in dos. acquales n° 3; S. prendre chaque paquet à six heures d'intervalle.

Le lendemain, le pouls est tombé à 100 pulsations. — Nous continuons les purgatifs les jours suivants; le frisson ne se renouvelle pas, et bientôt la malade entre en pleine convalescence.

Obs. II. — Mme J..., jardinière, a, le 22 juillet 1862, après un refroidissement, une suppression complète de son retour de couches et de son lait: accidents cérébraux consécutifs, vertiges et délire, dans lequel la malade se fait en tombant une blessure au sourcil. — Nous prescrivons les poudres de calomel et de jalap.

Le 23, grande amélioration. — Continuation du traitement.

Le 24, les règles ont recommencé à couler, la tête est libre.

Le 28, six jours après le début de l'accident, nous apprenons, à notre grand étonnement, que notre malade, entièrement remise, a repris ses occupations.

Dans ce dernier cas, peut-être eût-on réussi avec les émissions sanguines; mais en tout cas jamais la guérison n'eût été aussi rapide.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mars 1864. — Présidence de M. Decaisne, vice-président.

M. Serre (d'Uzès) lit une note sur une *opération d'ovariotomie* pratiquée à Alais le 9 janvier dernier, opération déjà connue de l'Académie par une note de M. Auphan insérée au *Compte rendu* de la séance du 25 du même mois. Au moment où était faite cette première communication (treize jours après l'opération), l'état de la malade promettait déjà un plein succès; cet espoir est aujourd'hui complétement réalisé. Aucun accident n'est survenu; le vingt-deuxième jour, la malade se promenait; le vingt-neuvième jour, elle a pu partir d'Alais.

Cette note est renvoyée à l'examen des commissaires déjà nommés: MM. Velpeau, J. Cloquet et Jobert (de Lamballe).

Des indications et des contre-indications à l'emploi de l'oxygène, par MM. Demarquay et Leconte. (Troisième Mémoire.)

A la fin du siècle dernier, lorsque l'oxygène fut découvert, les chimistes et les médecins cherchèrent, tant en France qu'à l'étranger, à tirer parti de ce gaz, dont les propriétés sont si remarquables. Ils espérèrent fonder de la sorte une médecine nouvelle, sous le nom de *médecine pneumatique*; mais malheureusement les propriétés physiologiques de l'air vital, ainsi que celles des autres gaz mis en usage par les adeptes de la nouvelle médecine, n'étaient point suffisamment connues; il en est résulté des applications funestes.

Les essais d'abord encourageants de Chaptal, de Fourcroy, de Bedoës et de Franck furent promptement abandonnés, et nos expériences sur des animaux et des hommes affectés de plaies ont justifié pleinement cet abandon.

Une des contre-indications puissantes à l'emploi de l'oxygène, c'est la présence de plaies intérieures ou de foyers inflammatoires; l'oxygène, dans ce cas, ramène au bout de quelques jours des douleurs dans les parties enflammées, comme nous l'avons constaté dans les arthrites, et comme Fourcroy l'a constaté chez les phthisiques affectés de cavernes. Toutefois, même cette excitation de l'oxygène dans les parties enflammées, le médecin peut en tirer parti pour changer la nature de l'inflammation, comme nous l'avons vu récemment sur un enfant atteint de diphthérite. Une autre contre-indication ressort aussi des propriétés spéciales de l'oxygène : c'est l'action qu'il exerce sur le cœur. Nous avons vu que généralement l'oxygène active la circulation; ce fait, vu avant nous par les expérimentateurs de la fin du siècle dernier et par Jurine en particulier, nous a porté à ne pas donner ce gaz à respirer aux vieillards chez lesquels il y avait un trouble circulatoire. Cependant nous avons pu, sur une vieille dame affectée d'un cancer atrophique du sein, et dont le pouls était irrégulier, remonter les forces et développer l'appétit d'une manière remarquable, sans que cela eût aucune influence fâcheuse.

L'oxygène, de même que l'air comprimé, réveille les douleurs sourdes ou endormies de ceux qui le respirent, que ces douleurs tiennent à un travail inflammatoire ou qu'elles soient liées à un état névralgique, ainsi que nous l'avons constaté dernièrement. Nous avons eu soin également de ne pas faire respirer l'air vital aux personnes disposées aux hémorrhagies.

Par conséquent : 1° l'état fébrile, à moins de conditions spéciales, diathésiques, comme le croup; 2° les foyers inflammatoires profonds, ainsi que les lésions viscérales que l'on ne peut surveiller; 3° les maladies du cœur ou des gros vaisseaux; 4° enfin, un état névralgique qui ne serait point lié à l'anémie, ou une disposition aux hémorrhagies, doivent contre-indiquer les inhalations d'oxygène.

Nous insistons avant tout sur ces contre-indications, afin qu'il soit bien établi que nous ne faisons point de l'air vital une panacée, et que nous sommes loin de cette époque où l'on espérait, grâce à cet agent, rendre aux vieillards les attributs de la jeunesse.

Quant aux indications de l'emploi de l'oxygène, on peut dire qu'on n'en voit pas d'avance la limite, car tant que l'homme a un souffle de vie il peut encore respirer, tandis que la voie gastrique, à laquelle on s'adresse habituellement, est limitée dans sa puissance d'absorption. Lorsqu'on songe que l'anesthésie, cette grande découverte des temps modernes, et le plus beau fleuron de la médecine pneumatique, a laissé les médecins indifférents à toutes les études que la puissance de l'absorption pulmonaire peut suggérer, on voit que de choses on peut encore tenter dans cette direction. Mais pour rester dans le domaine des faits, nous dirons que l'oxygène doit surtout être donné pour combattre soit l'anémie, soit la chloro-anémie liées à nos affections chirurgicales, pour relever les forces, pour combattre certaines diathèses dont l'action déprimante est bien connue, comme la diphthérite, la syphilis, le diabète, etc. D'ailleurs, dans notre prochaine communication, nous donnerons l'indication sommaire des faits que nous avons recueillis.

Que se passe-t-il quand on y a recours dans les conditions que nous avons indiquées? Sous l'influence de l'oxygène et en peu de jours, si l'âge et l'état général le permettent encore, les forces renaissent, l'appétit d'abord nul revient avec une intensité souvent remarquable, à ce point que nous avons vu des malades demander des aliments pour la nuit; bientôt les lèvres se colorent, une vitalité plus grande se manifeste, et on voit cesser, avec ces phénomènes de réparation, beaucoup de troubles nerveux : c'est alors qu'il faut interroger les malades sur leurs sensations intérieures, car à ce moment les plaies reprennent une activité fonctionnelle plus grande. Chez un enfant affecté de diphthérite croupale, ayant subi la trachéotomie, nous vîmes, sous l'influence de l'oxygène, un large vésicatoire couvert de couennes diphthéritiques se nettoyer, mais au bout de huit jours il nous a fallu cesser l'action de l'air vital, car le vésicatoire s'était enflammé d'une manière franche et nullement inquiétante. L'enfant a guéri.

Nous n'avons pas guéri tous les malades auxquels nous avons administré l'air vital, et bien des malades affectés de cancers ou de maladies chroniques ne pouvaient pas guérir. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que nous n'avons nui à personne.

En général, l'action de l'oxygène est prompte, surtout sur les sujets jeunes. Nous ne l'avons jamais administré plus de trente à quarante jours sans interruption. Ordinairement, au bout de quinze à vingt jours, ou bien nous en cessons l'emploi, ou bien nous laissons reposer nos malades pendant quelques jours avant de revenir à cet agent modificateur puissant. (Commissaires précédemment nommés, MM. Andral et Bernard.)

— **M. DELORE** adresse de Lyon l'observation d'un rétrécissement du larynx incisé avec succès au moyen du laryngoscope.

Il s'agissait d'un rétrécissement syphilitique datant de plusieurs années, et qui s'était aggravé au point de rendre l'asphyxie imminente. La laryngotomie, à laquelle on dut d'abord avoir recours, ne pouvait être qu'une opération préliminaire. Les brides, dont le laryngoscope avait permis de bien connaître la position et l'étendue, furent successivement incisées au moyen du lithotome caché du frère Côme. La dilatation de la glotte fut pratiquée, et la canule enlevée, la respiration s'exécuta normalement; la malade recouvra le sommeil et l'appétit, et reprit des forces.

« Avant l'invention du laryngoscope, dit M. Delore, il eût été impossible de reconnaître avec précision le siége et la forme du rétrécissement, et aucun chirurgien, je crois, n'aurait osé en pratiquer l'incision par la bouche, procédé qui m'a donné un résultat satisfaisant. » (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet.)

— **M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL** présente, au nom de l'auteur M. Legrand du Saulle, un ouvrage ayant pour titre : *La folie devant les tribunaux*.

Il signale également, parmi les pièces imprimées de la correspondance, une note de M. P. Gaubert intitulée *Institution des expériences relatives aux alliances consanguines*.

Et une note écrite en italien par M. Gallo contre la doctrine des générations spontanées.

— M. le secrétaire perpétuel communique, en outre, une lettre qui lui ont adressée MM. Pouchet, Musset et Joly, en réponse à celle par laquelle il leur annonçait que la commission nommée par l'Académie dans la séance du 4 janvier avait décidé que leurs expériences sur l'hétérogénie pourraient être répétées en sa présence dans la première quinzaine de mars.

Les auteurs demandent l'ajournement des expériences jusqu'à l'été prochain.

— **M. BERNARD** présente, au nom de M. J. Mareusen (de Saint-Pétersbourg), une note sur l'anatomie et l'histologie du *Branchiostoma lubricum*.

— **M. MOURA** adresse une observation d'épingle avalée et traversant tout le canal digestif après être demeurée deux jours entiers arrêtée dans l'arrière-gorge.

— **M. TAMIN-DESPALLES** présente quelques considérations sur la phthisie pulmonaire et son traitement. Il annonce l'intention d'adresser prochainement un mémoire plus développé sur ce sujet.

— **M. RAUBAL** annonce la découverte d'un fébrifuge ne contenant ni quinine ni acide arsénieux, dont il a constaté l'efficacité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 2 mars 1864. — Présidence de M. RICHET.

COMMUNICATIONS.

Ovariotomie. — **M. SERRE** (d'Uzès) communique à la Société quelques nouveaux détails sur l'ovariotomie qu'il a pratiquée à Alais le 9 janvier dernier.

Après avoir rappelé les faits déjà publiés (*Gazette des Hôpitaux*, 1864, n° 13, p. 52), M. Serre signale une particularité importante de l'opération; avant de pratiquer la suture, l'ovaire gauche se présenta aux regards des opérateurs et fut examiné avec soin par eux. On voyait à la surface deux ou trois petites bosselures d'aspect louche. Etaient-ce des kystes à leur début? Fallait-il profiter de la circonstance pour retrancher immédiatement l'organe qui pouvait donner naissance à de nouveaux kystes? Question délicate, qui, résolue par l'affirmation, entraînait pour la jeune malade la ruine absolue des fonctions de reproduction.

Heureusement, M. Serre se souvint que suivant toute probabilité les règles devaient arriver dans un bref délai, que ce qu'on prenait pour de petits kystes pouvait être attribué au travail congestif de l'ovaire, qui accompagne ou prépare la menstruation. En conséquence, l'ovaire fut réintégré dans la cavité abdominale et l'opération terminée par la suture de la plaie.

A part quelques accidents très-légers pendant les deux premiers jours et l'apparition des règles à la fin de ce deuxième jour, apparition qui confirmait les sages prévisions de M. Serre, rien n'entrava plus cette cure, qui est aujourd'hui définitive.

Sur la généralisation de la section du tenseur de la choroïde. — **M. SERRE.** « On sait qu'il existe dans l'œil un petit muscle orbiculaire formant un véritable anneau dont l'action est destinée à déplisser, à tendre la choroïde, à jouer un rôle important dans l'exercice de la faculté d'accommodation. Il s'insère à la partie de la sclérotique la plus voisine de la cornée. Dans sa contraction, il resserre l'ouverture scléroticale et fait saillir la cornée, qu'il étrangle à sa base comme les cordons d'une bourse.

Attribuant le staphylome au spasme de ce muscle, Hancock a eu la pensée de le sectionner pour arrêter le développement de la maladie ou la guérir.

Maintes fois j'ai essayé cette opération. Les résultats n'ont pas été bien accentués en ce qui concerne la réduction du staphylome; mais elle a été décisive pour combattre les douleurs, lorsqu'elles compliquaient la propulsion de la cornée.

Ainsi une jeune dame qui avait perdu la vue par suite d'une ophthalmie eut le bonheur de cesser de souffrir deux jours après la section du tenseur, et son staphylome resta deux ans stationnaire. Nombre d'autres malades ont obtenu dans les mêmes conditions les mêmes avantages : la disparition immédiate de leurs souffrances.

Dans le glaucome, cette simple opération a arrêté les douleurs, les progrès de la désorganisation des parties.

Lorsque la fonction visuelle n'était pas abolie, elle a été souvent conservée.

La section du tenseur m'a rendu d'immenses services dans les inflammations internes; dans l'iritis, lorsque la douleur est vive, — douleur inséparablement liée à un étranglement intra-oculaire. — Quand du pus existe dans la chambre antérieure, je fais simultanément la section linéaire de la cornée et du tenseur; le couteau, plongé dans le tiers inférieur de la cornée, la traverse verticalement et obliquement, ainsi que l'iris dans sa partie la plus périphérique et ressort par la sclérotique à une ligne de la cornée, après avoir coupé le muscle ciliaire. Le pus sort par cette grande ouverture linéaire, qui n'expose pas à la gangrène comme l'incision à lambeau ordinaire, portant uniquement sur la membrane transparente.

L'une des applications les plus importantes de la section du tenseur est celle qui a été faite à l'opération de la cataracte, pour neutraliser la présence des cristallins durs plongés dans le fond de l'œil, où ils restent comme une épée de Damoclès suspendue sur la fonction visuelle.

Cette opération faite en temps utile, quelques heures après celle de la cataracte par abaissement, huit jours, un mois, six mois, un an, deux ans après, lorsque le cristallin se déplace, devient corps étranger; cette opération, dis-je, éteint instantanément la douleur, et permet à l'organe d'en supporter la présence.

Je pense que les bienfaits de la section du muscle ciliaire peuvent s'étendre à l'œil compromis par l'extraction, lorsque la plaie cornéenne est complétement réunie.

Ils sont donc bien nombreux les services rendus par cette opération si simple et si facile. Il suffit d'un couteau de Wenzel, entouré d'un fil qui en limite le degré de pénétration, de manière à faire une incision de deux millimètres : on le plonge, tenu comme une plume à écrire, dans la sclérotique, de haut en bas, d'avant en arrière, le dos tourné du côté de la cornée, le tranchant dans la direction des fibres de l'albuginée, au-dessous du diamètre transverse, jusqu'au fil qui l'arrête.

La section du tenseur peut être faite par les praticiens les plus timides, les moins habitués à la chirurgie oculaire.

Trop rapprochée de la cornée, elle est suivie, mais sans inconvénient, d'un petit épanchement de sang dans l'œil, qui se dissipe promptement. Quelquefois la cicatrice étreint, sous forme d'un staphylome à peine visible, une portion d'iris; il sort quelques gouttes de sang, parfois de l'humeur aqueuse; jamais le corps vitré ne s'est montré dans la petite incision; elle peut être renouvelée après une dizaine de jours sur d'autres points.

Les services rendus par la section du tenseur peuvent être déduits du nombre de fois qu'elle a été appelée à me venir en aide pour vaincre les résistances des étranglements oculaires, bien plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Ce nombre est vraiment considérable.

Sans rien enlever au mérite de l'iridectomie dans le glaucome, proposée par l'illustre oculiste de Berlin, la modeste piqûre ténotomique d'Hancock peut figurer à côté d'elle, parce qu'elle est facile à faire, qu'elle peut être renouvelée sans inconvénient, qu'elle donne des chances sérieuses de succès; sans nuire en rien à la forme esthétique du voile iridien, et qu'elle permet d'avoir recours plus tard à l'iridectomie, si cela devient nécessaire. »

M. GIRALDÈS. Je regretterais de voir M. Serre s'exprimer avec réserve sur l'existence du muscle tenseur de la choroïde. Rien ne me paraît aujourd'hui mieux démontré que les fonctions accommodatrices de cet agent contractile. Quant à l'opération que M. Hancock a préconisée à Londres, à la place de l'iridectomie dont Græfe a tracé le premier les règles et qu'ont adoptée MM. Bowmann et Hulke à l'hôpital de Morfield; je comprends à la rigueur qu'elle puisse donner des résultats dans les affections douloureuses de l'œil, avec compression intra-oculaire; mais je m'explique bien les insuccès de M. Serres pour le staphylome de la cornée, le muscle ciliaire n'exerçant aucune action sur cette partie de l'organe visuel.

M. FOLLIN. J'ai eu connaissance des faits de M. Hancock, et je crois que la question est définitivement jugée. Si je ne me trompe, cette pratique est abandonnée en Angleterre. Les faits cités par M. Serre ne m'ont pas convaincu; ils ne reposent pas sur un diagnostic suffisamment exact. Déjà autrefois on avait préconisé les ponctions de la cornée, l'évacuation de l'humeur aqueuse. Ces opérations agissaient comme celle de M. Hancock, elles calmaient la douleur. Mais c'est surtout contre le glaucome que ces opérations sont appelées à intervenir; or l'iridectomie n'est pas un simple palliatif de la douleur; elle arrête la marche de la maladie et rétablit la fonction visuelle si le glaucome est aigu ou subaigu. Je n'ai jamais su que la section du tenseur ait donné un semblable résultat. Je vois donc, d'un côté, une méthode qui a fait ses preuves, l'iridectomie; de l'autre, une opération dont l'action est douteuse et l'efficacité contestable.

D'ailleurs, je ne crois pas que dans l'opération de M. Hancock on coupe réellement les fibres du muscle de Brücke, qui devraient être coupées pour qu'on obtînt un véritable débridement. On sait, en effet, que le muscle ciliaire se compose de fibres radiées qui sont à la périphérie, et de fibres circulaires fines et situées profondément au pourtour du cristallin. Ce sont ces dernières qu'il faudrait couper. Je doute qu'on y parvienne, et j'ajoute que dans le cas où elles seraient intéressées par la pointe de l'instrument, il me paraît difficile de ménager la capsule et même le bord de la lentille cristalline.

M. SERRE. Je remercie M. Follin des éclaircissements qu'il vient de nous fournir sur la disposition du muscle de Brucke; laissant de côté les données anatomiques, je m'étais placé exclusivement au point de vue clinique. Loin de moi la pensée de vouloir en rien diminuer le mérite de Græfe à propos de l'iridectomie; mais cette opération présente des difficultés, elle n'est pas à la portée de tous les médecins. A côté d'elle, l'opération de Hancock est simple, facile, sans danger; elle me semble pouvoir rendre de grands services sans porter aucun préjudice à l'iridectomie.

M. FOLLIN. C'est précisément parce que cette opération est facile et à la portée de tous, que je la repousse. En présence d'un glaucome à marche plus ou moins rapide, on se laissera aller, grâce à un soulagement illusoire, à une temporisation qui amènera la perte absolue de la vision; on renoncera à la seule opération réellement efficace, l'iridectomie, pour se livrer à de fausses espérances.

M. GIRALDÈS. Pas plus que M. Follin, je ne voudrais voir l'opération de M. Hancock devenir chose de pratique usuelle. Dans ces conditions, on la pratiquerait à tout propos et hors de propos, sans diagnostic précis; ce serait alors une chose dangereuse.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Polyarthrite vertébrale. — **M. BROCA** présente une pièce et remet une observation qui lui ont été envoyées par M. Azam (de Bordeaux).

Cette pièce est importante au point de vue des discussions qui ont eu lieu dans le sein de la Société sur les lésions du mal de Pott. On avait admis que les vertèbres peuvent être le siége de carie ou de tubercules; cette pièce offre un exemple d'une troisième variété de lésion, l'arthrite vertébrale, qu'on peut nommer polyarthrite quand elle atteint plusieurs disques intervertébraux. Cette lésion paraît entraîner un genre de déformation spécial : la gibbosité, au lieu d'être brusque comme dans le tubercule, ou latérale, est représentée par une courbe médiane, régulière et non anguleuse. M. Broca a en ce moment dans son service une malade qui, selon toute probabilité, est atteinte d'arthrite vertébrale et présente une gibbosité de la forme qui vient d'être indiquée.

Voici l'observation de M. Azam :

OBS. — Marie F......, âgée de vingt-sept ans, couturière, souffre depuis deux ans de la colonne vertébrale; depuis un an, elle est dans mon service, atteinte de mal de Pott, avec abcès situés sur les deux côtés de la colonne dorsale, un peu au-dessus des articulations sacro-iliaques. Ces abcès donnent des quantités considérables de pus. A plusieurs reprises, j'ai fait dans leur trajet des injections iodées, j'ai envoyé la malade passer trois mois aux bains de mer, le tout sans le moindre succès.

La malade s'est affaiblie peu à peu, quelques signes de tuberculisation se sont montrés, et, la suppuration augmentant de jour en jour, Marie F...... est morte le 22 février dans le dernier degré du marasme.

Autopsie. — Le poumon gauche présente à son sommet quelques tubercules ramollis et une petite caverne pouvant loger une noisette; les autres organes sont sains.

Tous les désordres existent dans la colonne vertébrale.

Deux trajets fistuleux avec large décollement, ouverts un peu au-dessus et en avant des articulations sacro-iliaques, vont rejoindre les articulations costo-vertébrales des deux dernières côtes, et donnent issue au pus. Ce pus s'écoule d'une vaste poche qui s'étend depuis la première dorsale inclusivement jusqu'à la première lombaire. Cette

poche, peu développée en largeur, enveloppe tous les corps des vertèbres dorsales y compris la plupart des articulations costo-vertébrales; elle est constituée en bas et en avant par le péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal très-épaissi, et une membrane pyogénique très-épaisse. Il ne reste aucune trace du surtout ligamenteux antérieur.

La colonne vertébrale présente les désordres suivants : les corps des douze vertèbres dorsales sont dénudés et érodés superficiellement; la première et la dernière ne sont atteintes qu'en partie; neuf articulations des corps entre eux sont détruites; les cartilages intervertébraux ont entièrement disparu, et sont remplacés par une bouillie blanchâtre qui contient une matière sableuse provenant du frottement des os entre eux. Le neuvième cartilage interarticulaire est remplacé par une soudure osseuse qui a été rompue, mais qui sur la pièce est facile à reconnaître; les vertèbres sont donc complétement indépendantes les unes des autres, du moins quant à leurs corps.

La plupart des articulations costo-vertébrales sont détruites et leurs surfaces articulaires érodées.

Deux demi-corps de vertèbres ont été enlevés en partie par un trait de scie; leur tissu, spongieux, était rouge, mais je n'y ai pas vu de tubercule; ne voulant pas détruire la pièce, j'ignore s'il en est de même des autres corps de vertèbres.

J'ai examiné au microscope le putrilage blanc qui existait entre les deux vertèbres soudées : j'y ai vu des granulations moléculaires qui ressemblent aux corpuscules du tubercule, mais je n'oserais affirmer l'identité.

Trois hypothèses sont en présence pour expliquer l'état de cette pièce.

Est-ce une tuberculisation diffuse et superficielle des douze vertèbres? Le fait est improbable, et l'examen insuffisant que j'ai fait de la pièce ne m'autorise pas à l'affirmer.

Est-ce une carie? Je ferai remarquer que toutes les vertèbres malades sont presque également atteintes; qu'elles ne sont malades que superficiellement; enfin qu'entre les corps la maladie paraît plus avancée et plus ancienne qu'à la partie antérieure, siége ordinaire de la carie.

Reste l'arthrite vertébrale. Cette dernière maladie semble rendre un meilleur compte des lésions anatomiques : un certain nombre d'articulations auraient été primitivement malades, le pus aurait fusé de proche en proche en haut et en bas, décollant les parties molles, érodant superficiellement les os, et atteignant successivement dix articulations, et presque toutes les articulations costo-vertébrales; une ostéite consécutive aurait amené la soudure de la neuvième et de la dixième dorsale.

Du reste, j'ai adressé à M. Broca la pièce entière et fraîche avec prière de l'examiner et de la présenter à la Société de chirurgie avec le résultat de son étude; elle m'a paru très-digne d'intérêt au point de vue de la non-unicité du mal de Pott. Et bien que je penche plutôt pour l'arthrite vertébrale, je n'affirme point mon opinion, et je demande à être éclairé sur la nature de la lésion initiale.

La séparation des vertèbres entre elles existait sur le vivant comme sur la pièce, et elle était de telle nature que la malade, si elle avait été mise debout, se fût pour ainsi dire cassée en deux.

M. PERRIN. Je ne comprends pas que la courbure médiane et douce puisse toujours manquer dans la carie. Il peut se faire qu'une petite portion des vertèbres soit atteinte par la lésion et que la gibbosité consiste en une simple incurvation.

M. RICHET. On observe des cas d'ostéite en surface avec une légère incurvation antérieure. J'ai dernièrement eu, dans mon service, un malade chez lequel la carie avait déterminé une semblable incurvation; c'est un fait contraire à l'opinion de M. Broca.

M. BROCA. La carie est une affection localisée; elle ne produit pas toujours de déformation. Quand elle en produit une, c'est ordinairement un angle assez brusque. J'ai autrefois démontré que la gibbosité est bien plus fréquente et plus rapide dans le tubercule que dans la carie. Au reste, je ne donne pas cette disposition de la gibbosité comme un signe constant, mais je dis qu'en présence d'une déformation à courbure médiane régulière, on doit supposer de préférence l'existence d'une arthrite vertébrale.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Le lundi 4 avril 1864, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à deux places de médecin au Bureau central d'admission.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le lundi 7 mars jusqu'au samedi 19 du même mois inclusivement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 13 mars, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, au grade d'officier :

M. Goze, médecin principal de 1re classe, et M. Villette, médecin principal de 2e classe.

— Par décret en date du 9 mars, ont été nommés dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

1° *A deux emplois de médecin principal de 1re classe*, MM. Gerrier et Leuret, médecins principaux de 2e classe;

2° *A deux emplois de médecin principal de 2e classe*, MM. Loyer et Varlet, médecins-majors de 1re classe.

— Les professeurs de l'École de médecine d'Alger viennent d'acquérir, moyennant la somme de 600 francs, une baleine qui était venue s'échouer, il y a quelques jours, sur la plage de l'Agha, au-dessous du lazaret.

Ce cétacé présente une longueur de 17 mètres.

— Les soirées littéraires et scientifiques de la Sorbonne ont, comme chacun sait, un tel succès, que nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur présentant le programme arrêté jusqu'aux vacances de Pâques.

Le vendredi 18 mars, M. Gidel, professeur au lycée Bonaparte, parlera *de Voiture et de l'hôtel de Rambouillet*.

Le lundi 21 mars, M. Wurtz, professeur à la Faculté de médecine, exposera *les phénomènes de la combustion*.

Les soirées, interrompues par les vacances de Pâques, seront rouvertes, le lundi 4 avril, par un entretien sur les sciences.

— Aujourd'hui mardi 15 mars, le congrès des délégués des sociétés savantes ouvrira sa session de 1864, à une heure et demie, rue Bonaparte, 44, hôtel de la Société d'encouragement.

Les séances s'ouvriront les jours suivants à une heure. La session sera close le 22 mars.

Nous extrayons du programme des communications les questions qui touchent aux sciences physiques et naturelles.

Progrès en 1863 de la physique (Du Moncel); de la géologie en France (Cotteau); de la géologie à l'étranger (Delesse); de la botanique (Chatin); de la chimie (Doré).

Résumé d'un cours d'anthropologie (M. de Quatrefages).

Questions à traiter. — La fécondation artificielle des céréales, pratiquée en Champagne, est-elle applicable en grand? Les résultats en sont-ils suffisamment constatés? Existe-t-il assez d'expériences et d'observations rigoureuses pour justifier les théories relatives à la prédiction du temps (système de M. Mathieu, de la Drôme, et autres savants)?

Quels progrès ont faits depuis deux ans les travaux tendant à utiliser les immondices des villes et des résidus charriés par les grands égouts?

Dans quelle proportion la consommation du sucre est-elle favorable à l'alimentation? Sucre consommé directement; sucre dénaturé.

— Nous avions annoncé, dans notre numéro du 3 mars, la demande d'élèves faite en Angleterre au nom des hôpitaux. Cet appel a été entendu, car nous recevons avis de Londres que les cadres sont remplis, et qu'on ne pourrait plus faire droit aux demandes des élèves de nos Facultés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Descrozailles, médecin à Naussac (Aveyron). Cet honorable praticien a succombé le 2 mars, à la suite d'une maladie contractée dans l'exercice de sa profession.

— MM. les professeurs particuliers qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'École pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu le mardi 22 mars, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

— Depuis près d'un mois, le journal la *Presse* a inauguré dans son numéro du dimanche une série de semaines, politique, financière, commerciale, judiciaire, scientifique, littéraire et théâtrale, qui donnent à ce numéro du dimanche un attrait tout particulier.

— Il s'est glissé dans la note de M. Burq, numéro de samedi dernier, une erreur typographique qui altère le sens d'une phrase du 3e alinéa de la 2e colonne, p. 118. Voici comment il faut rétablir cette phrase :

« En effet, l'anémie est une affection générale *totius substantiæ* qui ne peut point ne pas atteindre tous les organes au même degré, tandis que la chlorose est, comme nous l'établissions dès 1851, une maladie essentiellement nerveuse (voir in *Gazette médicale* notre mémoire sur la chlorose lu par nous-même à l'Académie de médecine le 13 juin 1852). »

(Nous saisirons cette occasion pour prier les auteurs qui veulent bien nous adresser des communications, d'écrire lisiblement.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Congrès périodique international d'ophthalmologie. Compte rendu comprenant les procès-verbaux des séances, les mémoires lus ou déposés, etc., rédigés, traduits et mis en ordre par MM. Giraud-Teulon et Wecker, secrétaires, publié au nom du bureau par M. le docteur WARLOMONT, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*. Deuxième session, Paris, 1862. In-8° de 252 pages. Prix : 12 fr. 50. — Paris, 1863, chez J. B. Baillière.

Etudes cliniques et expérimentales sur les diverses espèces de chancre, et particulièrement sur le chancre mixte, par M. le docteur NODET, ancien interne de l'hôpital des vénériens de Lyon, précédées d'une lettre d'introduction de M. le docteur ROLLET, etc. Deuxième édition. Un vol. in-8° de 150 pages. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 32. — JEUDI 17 MARS 1864. (37e ANNEE.) N° 32. — JEUDI 17 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DEPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DES CLINIQUES. Relation d'une opération d'ovariotomie pratiquée avec succès à Alais. — Etudes sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 15 mars. — Nouvelles. — FEUILLETON. Atlas complet d'anatomie chirurgicale topographique.

PARIS, 16 MARS 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de la marine, a eu la parole par tour de faveur au commencement de la séance, pour la lecture d'un mémoire sur la cause des accidents qui suivent les fractures en V des membres inférieurs. On a cherché à donner de la gravité particulière que présentent ces fractures des explications diverses qui ont laissé jusqu'ici les esprits indécis. M. Bérenger-Féraud, après une étude attentive de cette question, est arrivé à formuler cette proposition, appuyée sur des preuves qui lui semblent péremptoires : que les accidents qui suivent les fractures en V ont pour cause l'arthrite traumatique. Cette circonstance entraîne à ses yeux l'indication de l'amputation immédiate ou tout au moins de la résection, lorsqu'elle est possible.

Ce mémoire, dont l'Académie a paru entendre la lecture avec intérêt, soulève comme on le voit une question de chirurgie pratique d'une grande importance, qu'il serait désirable de voir discuter par l'Académie.

Après cette lecture, l'Académie a repris la suite de la discussion sur la vaccine.

M. J. Guérin, dans une réplique à M. Depaul, a repris quelques points de sa première argumentation, qu'il a complétée par le développement d'une idée très-ingénieuse sur le caractère mixte de la vaccine, qui ne serait ni la variole ni une espèce à part entièrement distincte de la variole, mais une sorte de produit hybride, analogue au produit du métissage chez les animaux. Cette manière de voir, qui concilie l'idée de l'identité d'origine de la variole et de la vaccine avec celle de leur individualité respective et distincte, justifie en même temps l'opposition que M. Guérin a faite dès le début de cette discussion à la pensée presque aussitôt réprimée que manifestée du retour facultatif à la pratique de l'inoculation.

M. Bouley, dans quelques courtes observations, où il a mêlé quelques saillies spirituelles à une chaleureuse apologie de Jenner, a parfaitement posé et résumé l'état actuel de la discussion sur les deux points principaux du débat.

Nous pensions, avec le Bureau, qu'après ces deux allocutions la discussion était épuisée et que l'Académie allait en voter la clôture. Elle n'en a pas jugé ainsi. Consultée par le président, elle a décidé la continuation du débat. A mardi donc la suite. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES.

Relation d'une opération d'ovariotomie pratiquée avec succès à Alais,

par MM. les docteurs SERRE (d'Uzès) et COURTY.

Sur l'invitation de M. le professeur Nélaton, M. Serre a exposé devant les élèves de la Clinique la relation de cette opération et de ses suites. C'est cette exposition, accueillie par les applaudissements répétés de l'auditoire, dont nous reproduisons ici les principaux détails.

Une jeune fille bien constituée, âgée de vingt ans, offrant beaucoup de distinction dans les traits, douée d'une rare énergie, portait depuis treize mois une énorme tumeur ovarique mesurant 1 mètre 15 centimètres dans sa circonférence.

Une première ponction n'avait donné que 2 à 3 litres d'un liquide filant, jaunâtre, sortant à grand'peine de la canule d'un trocart assez volumineux. L'amélioration fut de courte durée. On fut obligé de revenir à une seconde ponction peu de temps après à cause des douleurs provoquées par l'augmentation incessante et rapide de la tumeur : le soulagement fut presque nul, à cause de la faible quantité de liquide extrait.

Voyant ses forces diminuer de jour en jour avec l'accroissement de son kyste, cette jeune malade, pleine de sens et d'intelligence, n'hésite pas à demander avec instance l'opération qui seule peut la sauver du péril dont elle a prévu et calculé elle-même les fatales conséquences.

L'opération fut décidée pour le 9 janvier dernier; elle fut pratiquée avec le concours de M. Courty, professeur, en présence de MM. Roch, Métaxas et Aupban.

Sous l'influence du chloroforme, une incision de 12 à 14 centimètres fut faite du nombril au pubis. On arrêta le sang avec de petites pinces-érignes, quoiqu'il ne sortît qu'en très-faible quantité. L'ouverture du péritoine laissa échapper un flot de liquide séreux limpide; elle fut agrandie de façon à lui donner la même étendue que celle de la paroi cutanée. Le kyste alors se présenta et fit une saillie sensible.

La tumeur fut rapidement vidée par le tube en caoutchouc fixé au trocart énorme enfoncé dans sa paroi. Un baquet contenant 14 litres fut rempli presque instantanément.

Alors commença la partie la plus pénible et la plus dangereuse de l'opération, celle qui consistait à rompre avec la main les adhérences plastiques qui soudaient la tumeur au péritoine pariétal, rénal, splénique, diaphragmatique, jusqu'à la colonne vertébrale du côté gauche. La cavité pelvienne et tout le côté droit, d'où partait le kyste, étaient parfaitement libres.

Avec des précautions infinies, nous dégageâmes enfin et rendîmes parfaitement mobiles les trois autres kystes, mais le premier de ceux-ci se rompit, et le liquide s'épancha partie dans la cavité abdominale, partie à l'extérieur pendant qu'on l'amenait à l'ouverture, trop petite pour les laisser passer. Le second, maintenu par derrière avec la main, fut ouvert avec un bistouri. Son contenu s'épancha en dehors.

Restait encore dans le ventre une masse énorme de matière bosselée, inégale, dure. La plaie fut agrandie de 3 centimètres jusque près du nombril. Tout put alors être extrait. C'était le quatrième kyste, couvert d'une infinité d'autres kystes à l'état rudimentaire situés dans les parties les plus rapprochées de la trompe du côté droit.

Le pédicule reliant cette masse informe à l'appendice utérin était gros et court : il fut vigoureusement étreint par le clamp aussi haut que possible.

M. le professeur Courty voulut bien se charger de terminer l'opération : il procéda d'abord à ce qu'on appelle techniquement la *toilette du péritoine.*

La cavité abdominale était à peu près remplie par la matière du kyste ouvert, par la sérosité péritonéale qui n'avait pu sortir, enfin par 2 ou 3 onces de sang produit par la rupture des adhérences. Il fallut absorber ces matières avec des éponges plongées dans le bassin (partie la plus déclive), où elles se rendaient naturellement par leur propre poids. Cette opération exigea l'introduction successive d'un grand nombre de petites éponges, et jusqu'à ce qu'elles eussent enlevé jusqu'aux dernières traces de matière étrangère, en pénétrant dans toutes les anfractuosités de la cavité pelvienne.

Deux autres éponges furent passées sur les points où existaient des adhérences et sur ceux qui étaient légèrement teintés de sang.

Un instant de repos fut donné à notre courageuse opérée, et fut mis rapidement à profit pour explorer l'ovaire du côté gauche et demander à la physiologie ses données, ses inspirations et ses conseils.

L'organe avait son volume et sa forme ordinaires ; mais on remarquait à sa surface des taches brunâtres, arrondies, au nombre de trois ou quatre, de grandeurs différentes. La première impression nous fit croire au germe d'une maladie naissante, qu'il fallait détruire par l'ablation de l'organe ; mais la complication d'une ligature perdue, abandonnée dans la cavité abdominale, le sacrifice gratuit peut-être d'une maternité possible, l'aspect croissant en grandeur et en couleur des ovules, l'état du plus avancé d'entre eux, annonçant la proximité probable du retour prochain de la menstruation, nous décidèrent pour la conservation de l'organe, qui fut alors abandonné à lui-même. L'opération fut reprise pour procéder à la réunion immédiate de la plaie, en ayant la précaution de mettre en rapport le péritoine avec lui-même. Les soins extrêmes apportés par le professeur Courty dans l'appropriation de l'abdomen et la suture n'ont pas peu contribué, j'en ai l'assurance, au succès de cette ovariotomie.

Le chloroforme agit tout le temps de l'opération, qui dura de 35 à 40 minutes, mais il n'empêcha pas la malade de sentir et d'entendre, sans laisser échapper un soupir, ce qu'on faisait sur elle et ce qu'on disait près d'elle ; les vomissements survenus à la suite de l'anesthésie se continuèrent pendant et après l'opération, de demi-heure en demi-heure, et cessèrent au bout de quarante-huit heures, ainsi qu'un léger hoquet, sous l'influence d'une potion fortement morphinée. Aucune douleur ne se fit sentir dans le ventre, qui resta toujours affaissé.

BIBLIOGRAPHIE.

Atlas complet d'anatomie chirurgicale topographique, pouvant servir de complément à tous les ouvrages d'anatomie chirurgicale ; par M. B. J. BÉRAUD (1).

Le médecin, pour satisfaire au programme des études médicales, est obligé d'étudier plusieurs sciences qui sont par leur nature très-différentes les unes des autres. La connaissance de chacune d'elles lui est indispensable ; mais aucune, assurément, n'est plus importante que l'*anatomie*. C'est l'anatomie qui doit former la base de nos études ; c'est dans sa connaissance exacte que le médecin, et surtout le chirurgien, doivent puiser principalement leur force.

Comment, en effet, comprendre le jeu de nos organes si nous ne connaissons point ces organes eux-mêmes ? Quel est celui dont la main sera assez téméraire pour porter le bistouri dans une région quelconque du corps, s'il n'a point présente à l'esprit la disposition des différentes parties qu'il devra traverser, connaissance qui lui permettra d'éviter la lésion d'organes dont la blessure pourrait compromettre l'existence de l'individu qu'il est appelé à secourir ?

L'anatomie peut donc, à juste titre, être considérée comme le fondement de nos études médicales, et malheur à celui qui l'aura négligée ! Presque tous nos maîtres, non-seulement l'ont étudiée avec grand soin, mais la plupart encore l'ont enseignée ; c'est qu'en effet tous ont reconnu son utilité pratique.

L'étude de l'anatomie au début est pleine de difficultés ; mais, comme toutes les sciences, à mesure qu'on l'approfondit, elle devient pleine d'intérêt, elle captive. On peut distinguer plusieurs manières de l'envisager : la première, l'anatomie *descriptive*, qui est la plus anciennement connue, nous apprend la forme, la configuration, les rapports des différents organes du corps humain ; la seconde, l'anatomie *histologique* et *générale*, nous apprend la texture et les éléments primordiaux. La connaissance de ces deux premières formes de l'anatomie est indispensable à tout individu qui veut exercer plus spécialement une des branches de l'art de guérir ; mais pour celui qui veut exercer la chirurgie, il faut encore y ajouter l'anatomie des régions, ou l'*anatomie chirurgicale topographique*, qui ne peut être bien comprise qu'après l'étude des deux premières formes. Cette multiplicité dans le mode d'envisager l'anatomie fait que son étude doit occuper une grande partie des cinq années réglementaires consacrées à la médecine.

Quiconque veut réfléchir à ce qu'il a appris et à ce qu'il se rappelle au bout d'un certain nombre d'années, lorsqu'il a cessé les travaux pratiques de l'anatomie, verra que même après des études très-sérieuses, très-complètes, il aura vite oublié des rapports d'organes quelquefois essentiels et dont la connaissance peut avoir une grande importance dans la pratique. C'est une observation que j'ai pu faire moi-même. On est quelquefois étonné de constater que nos grands maîtres, comme MM. Velpeau, Nélaton, etc., au moment d'une opération, aient toutes les régions du corps aussi bien présentes à la mémoire que s'ils sortaient des bancs de l'école ; c'est probablement parce que ces heureux praticiens ont eu l'avantage de pouvoir utiliser de bonne heure sur le vivant le résultat de leurs études anatomiques, qui se sont trouvées ainsi plus profondément gravées dans leur mémoire. Encore arrive-t-il même souvent à ces maîtres éminents, au moment d'entreprendre une opération importante, d'éprouver la nécessité de revoir l'anatomie de la région sur laquelle ils doivent porter le bistouri. Combien doivent être grandes souvent les craintes qui traversent, dans ce cas, l'esprit d'un médecin honnête dont les études anatomiques ont été moins complètes et qui par conséquent a dû encore oublier davantage !

L'anatomie est donc une des branches de nos études médicales que l'on doit le mieux connaître, en même temps qu'elle est une des plus faciles à oublier ; aussi, pour la graver plus profondément dans l'esprit, ou bien pour en rappeler plus facilement les détails, dès l'antiquité s'est-on préoccupé de reproduire par le dessin et plus tard par la gravure les régions les plus importantes du corps humain. L'art du dessin appliqué aux études médicales a fait de tels progrès, depuis notre siècle principalement, qu'aujourd'hui la plupart des livres d'anatomie ou de pathologie renferment de nombreuses figures. La France, sous ce rapport, est même peut-être en retard sur nos voisins.

Si la reproduction par le dessin est utile pour l'anatomie descriptive, et M. le professeur Cruveilhier, dans sa quatrième édition, s'est attaché à montrer qu'il en était ainsi, puisqu'il a fait représenter dans le texte toutes les parties du corps humain, on comprendra que quand il s'agit d'anatomie *chirurgicale* cette utilité est encore mieux démontrée. Jusqu'alors, dans les traités de ce genre, on s'était contenté de reproduire à la fin du livre ou dans le texte quelques rares régions, les plus importantes, que le praticien éloigné des grands centres pouvait consulter lorsqu'il avait à pratiquer une grande opération. Mais le nombre restreint des planches ne permettait guère de représenter qu'une douzaine ou tout au plus une vingtaine de régions.

M. Béraud, dans son *Atlas*, a représenté toutes les régions du corps humain sans exception ; aussi son travail est-il appelé à remplir une lacune qui était marquée dans la science, et que l'on a dû plus d'une fois déplorer. Mais, pour oser entreprendre un ouvrage de cette importance, il fallait pour l'auteur certaines conditions exceptionnelles que le prosectorat de M. Béraud lui a permis de réaliser, et trouver un éditeur disposé à faire de grands sacrifices. M. Béraud, qui avait toute l'ardeur que donne la jeunesse, a trouvé dans M. Germer Baillière un éditeur consciencieux, qui a mis à la réalisation de cette œuvre de grands capitaux, et qui n'a reculé devant aucun sacrifice

(1) Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Pas la moindre chaleur à la peau. La physionomie respirait le calme et le bonheur. A la quarante-huitième heure un léger mal de reins fut suivi de l'apparition de la menstruation devançant ainsi de huit jours l'époque de son apparition, ainsi que nous l'avions prévu. Sous l'influence d'une alimentation douce et ménagée, la guérison se consolida ; le vingt-deuxième jour la malade put sortir, et le vingt-neuvième elle partit d'Alais dans un état parfait de santé, qui ne s'est pas démenti.

Ce fait, a dit M. Serre, met en relief les conquêtes de la science sur la douleur et la sensibilité organique du péritoine au contact mécanique de la main seule ou armée et à celui de l'air.

Mais dans les grands foyers de population, sous l'influence d'un air vicié, corrompu, adultéré par toutes sortes de ferments, cette aptitude du péritoine à supporter l'action mécanique et celle de l'air disparaît, et des accidents de toute nature font échouer l'opération.

ÉTUDES SUR LES LÉSIONS VISCÉRALES

susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle.

Par M. le docteur E. Lancereaux, chef de clinique
à la Faculté de médecine de Paris.

(Résumé d'un mémoire lu à l'Académie de médecine.)

Entrevues par les auteurs des trois derniers siècles, les manifestations syphilitiques des viscères ont été récemment l'objet d'une étude plus spéciale [1], mais néanmoins jusqu'ici insuffisante.

L'Académie, qui en 1858 fixa notre attention sur les affections nerveuses liées à la diathèse syphilitique, nous invita, par cela même, à faire l'étude des altérations spécifiques de chaque organe en particulier ; c'est le résultat de nos recherches sur ce sujet, d'une importance pratique incontestable, et du plus grand intérêt, que nous avons l'honneur d'exposer aujourd'hui.

Considérées dans les viscères, les lésions qui se développent sous l'influence de la syphilis constitutionnelle présentent, ainsi que les manifestations de l'appareil tégumentaire, des caractères anatomiques en général assez constants et assez distincts pour spécifier la cause qui leur a donné naissance. Vues dans leur ensemble, ces lésions ne révèlent pas un seul et unique mode ; mais néanmoins, malgré des apparences variées, elles se groupent très-naturellement sous les trois formes suivantes :

1° La forme inflammatoire interstitielle ;

2° La forme gommeuse ;

3° La forme cicatricielle.

Certains organes, comme le foie et le testicule, dans la structure desquels il entre un stroma fibreux abondant, sont plus particulièrement le siége de la première de ces formes. Des éléments nouveaux (noyaux, cellules et fibres de tissu conjonctif) se développent dans la trame organique. De là une augmentation de volume, et plus tard, en vertu de propriétés spéciales à quelques tissus de nouvelle formation, retrait et atrophie de l'organe lésé. A cette période, la surface des glandes susnommées se trouve parsemée de sillons et de dépressions plus ou moins profondes qui leur donnent une physionomie tout à fait caractéristique. C'est, pour le foie, une *cirrhose lobulaire* (*cirrhose à gros grains*, bien différente de l'induration granulée des ivrognes, ou *cirrhose acineuse*, *cirrhose à petits grains*). Moins distincte dans d'autres viscères, tels que le cerveau, les reins, les poumons et le cœur, cette même forme est aussi plus difficile à reconnaître, mais seulement lorsqu'elle est isolée. Dans ces organes, en effet, elle se montre avec les caractères de la cérébro-sclérose, ou du ramollissement cérébral, de la néphrite interstitielle, de la pneumonie et de la myocardite chroniques.

Des tumeurs du volume d'un pois, d'une noisette ou d'une noix, quelquefois d'un haricot, et généralement connues sous la dénomination de gommes ou de tumeurs gommeuses, caractérisent la seconde forme anatomique de la syphilis viscérale. Peu différentes dans les divers organes, de consistance ferme ou molle, de coloration grise, blanchâtre ou jaunâtre, suivant la période de leur évolution et la proportion relative de leurs éléments histologiques, nucléaires, cellulaires ou fibreux, les gommes sont ordinairement plongées au sein d'un tissu dense, grisâtre, vasculaire, fibreux, et très-résistant sous le doigt. Ce tissu, qui est pour ces productions une sorte d'enveloppe qui les enkyste et dont il est quelquefois possible de les énucléer, constitue à notre sens par sa disposition un de leurs meilleurs caractères; souvent même, il est suffisant pour les différencier des lésions tuberculeuses, cancéreuses, et de la plupart des néoplasmes non syphilitiques.

Laissant de côté la question de savoir si elles proviennent d'un blastème extravasé ou d'une prolifération des cellules plasmatiques, ainsi que le prétend Virchow, les tumeurs gommeuses n'en sont pas moins constituées dans les premiers temps de leur existence par des éléments embryonnaires de tissu conjonctif. Parvenus à un degré de développement plus ou moins complet, ces éléments subissent peu à peu les phases diverses de l'évolution régressive ou graisseuse.

De là résulte la possibilité de la résorption spontanée de ces produits, terminaison favorable sans doute, mais susceptible de laisser à sa suite, au sein même des organes, des lésions variées telles que des membranes d'apparence kystique (cerveau), des brides fibreuses, des cicatrices (foie), qui, alors même que le néoplasme gommeux a disparu, sont encore comme des témoins de son existence passée. Dans quelques cas pourtant, au lieu d'une métamorphose graisseuse, c'est une transformation calcaire qui advient aux tumeurs syphilitiques.

Distinctes du cancer, des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques, tant par leur vascularité, peu riche ou nulle, que par leur constitution histologique et la disposition anatomique déjà signalée, les gommes syphilitiques sont plus aisément confondues avec les lésions tuberculeuses ou scrofuleuses, les athéromes vasculaires, les tubercules morveux ou farcineux. Toutefois, il est encore possible de les différencier de ces dernières manifestations, et par les caractères qui précèdent et par l'observation attentive de tous les organes malades et du foie en particulier.

L'altération cicatricielle des viscères dans la syphilis n'est en réalité qu'un des modes de terminaison des formes précédentes. Elle se trouve caractérisée par la présence à la surface des organes de sillons cicatriciels uniques ou multiples, simples ou étroits ; de dépressions plus ou moins profondes, et par des bandes fibreuses à l'intérieur des parenchymes.

De ces lésions, les premières diffèrent des atrophies consécutives aux oblitérations vasculaires, par l'existence d'un kyste fibreux en général abondant au niveau du point déprimé et par une disposition qui n'est nullement en rapport, comme celle des lésions consécutives aux obstructions vasculaires, avec la distribution des vaisseaux. Elles se distinguent des cicatrices traumatiques par l'absence de matière colorante du sang. Les secondes se différencient des foyers purulents, résorbés ou cicatrisés, par leur multiplicité, et aussi par l'absence de détritus purulents au voisinage ou dans l'épaisseur de la membrane cicatricielle.

Aux formes anatomiques précédentes s'ajoute encore un dernier mode pathologique, qui est surtout spécial aux glandes vasculaires sanguines, c'est l'hypertrophie avec ou sans altération des éléments actifs.

Sur 24 cas qui nous sont personnels, nous avons noté :

L'hypertrophie de la rate, 10 fois.

— des ganglions lymphatiques viscéraux, 10 fois.

— du corps thyroïde, 4 fois.

— des capsules surrénales, 2 fois.

Dans quelques cas enfin, nous avons constaté l'hypertrophie des follicules de la base de la langue, du pharynx et des amygdales, organes qui, comme on le sait, ne sont pas sans analogie de structure et de fonctions avec les glandes sanguines. A l'altération de ces glandes s'ajoute en général une modification du liquide sanguin et la cachexie.

Les dégénérescences graisseuses, amyloïdes, lardacées ou cireuses des organes, et principalement du foie et des reins, se rencontrent dans plusieurs de nos observations; mais tout porte à croire qu'elles ne se sont pas développées, ainsi que les altérations précédentes, sous l'influence immédiate de l'infection syphilitique ; elles font d'ailleurs partie du cortége d'un grand nombre d'autres maladies avec cachexie, dans les cas surtout où il existe des lésions du côté du système osseux.

Etudiées dans chaque organe en particulier, les manifestations syphilitiques des viscères ont leur siége le plus habituel dans le foie ; nous trouvons dans nos observations :

Hépatite interstitielle ou cirrhose syphilitique, 3 fois.

Gommes sans cicatrices, 1 fois.

Cicatrices sans gommes, 7 fois.

Cicatrices de la surface du foie avec gommes dans l'épaisseur de l'organe, 91 fois.

Ajoutons que dans la plupart des cas l'organe hépatique avait, en outre, contracté des adhérences avec le diaphragme ou les viscères de son voisinage ; il y avait par conséquent périhépatite, mais jamais cette affection n'était isolée.

Les altérations des reins, sur le même nombre de faits, se répartissent ainsi qu'il suit :

Néphrite interstitielle, 3 fois.

— avec dégénérescence cireuse, 2 fois.

Petites tumeurs disséminées dans le parenchyme rénal, 1 fois.

Cicatrices de la surface avec atrophie, 2 fois.

Les testicules affectés dans trois cas nous ont présenté les lésions suivantes :

Masses gommeuses donnant lieu à l'augmentation du volume des deux testicules dont l'élément glandulaire a complétement disparu, 1 fois.

Productions gommeuses dans l'un de ces organes, tandis que l'autre est atteint d'orchite interstitielle, 1 fois.

Périorchite, 1 fois.

Dans quelques autres cas, l'atrophie de ces mêmes glandes nous a paru reconnaître encore une origine syphilitique, et n'être qu'une période avancée de l'orchite interstitielle. Nous avons enfin constaté dans les mêmes conditions des altérations des ovaires [1] ayant une grande analogie avec les affections du testicule dont il vient d'être question.

Dans le cerveau, nous avons trouvé des tumeurs gommeuses anciennes en partie transformées en substances grasses, 2 fois.

Une membrane d'apparence kystique [2] avec cloisons nom-

(1) *Traité des affections nerveuses syphilitiques*, par MM. Léon Gros et Lancereaux. — Paris, 1861, chez A. Delahaye.

(1) L'ovarite syphilitique a été signalée pour la première fois par M. Richet (*Traité d'anat. chirurgicale*, 1re édit., 1857).

(2) Il y a lieu de se demander si dans plusieurs observations acquises à la science, et où se rencontre l'existence simultanée de kystes du cerveau et de lésions syphilitiques des viscères, l'altération cérébrale ne reconnaissait pas aussi une cause spécifique. On conçoit, en effet, que le produit gommeux une fois résorbé, la zone fibreuse qui le circonscrit ordinairement puisse persister et simuler un kyste.

En tout état de cause, l'absence de la matière colorante du sang dans

pour lui assurer toute la perfection qu'elle pouvait avoir; il a pris pour exécuter les dessins un de nos meilleurs artistes, M. Bion, et les graveurs les plus habiles ont été employés pour rendre sur l'acier les parties les plus délicates du corps humain. Toutes les planches ont été dessinées d'après nature et en grandeur naturelle; puis on les a fait réduire des deux tiers ou des trois quarts, suivant la région, ce qui permet à l'Atlas d'avoir le format grand in-octavo, ce qui est encore un avantage précieux pour l'étude et les bibliothèques.

Cet *Atlas*, qui a été fait plus particulièrement en vue de servir au *Traité d'anatomie chirurgicale* de MM. Velpeau et Béraud, deviendra forcément le complément obligé de tous les Traités d'anatomie chirurgicale, et l'on peut dire qu'il dispensera presque à l'avenir les auteurs de reproduire, comme cela a été fait pour celui de M. Richet, certaines régions dans le texte, à moins que ces auteurs n'aient quelques découvertes nouvelles à mettre en relief.

L'Atlas de M. Béraud présente encore un caractère d'originalité sur lequel nous voulons insister, c'est que l'auteur s'est attaché à ne reproduire pour chaque dessin que la région même qu'il se propose d'étudier. Jusqu'alors dans les traités d'anatomie chirurgicale avec planches, en même temps que la région on représentait une étendue plus ou moins considérable du corps humain : il existe donc une différence tranchée entre le travail de M. Béraud et ceux qui l'ont précédé. De quel côté est l'avantage pour l'élève ? C'est une question que je me permettrai d'examiner, puisque c'est un point de vue nouveau auquel s'est placé l'auteur.

L'avantage qui frappe tout d'abord quand on étudie les planches qui constituent l'Atlas, c'est que sans description aucune, on a la limite exacte de la région que l'on veut étudier, que l'œil ne se trouve point distrait par les parties environnantes, et que l'on traite d'une région comme en anatomie descriptive on traite d'un organe, d'un muscle, par exemple. C'est ainsi que dans la région, on examine successivement ses limites, son étendue, sa configuration, ses rapports, sa structure, son développement et ses variétés. D'un autre côté, on peut faire à cette manière de reproduire les faits une objection, c'est que pour que chaque région, s'il devient facile d'étudier les rapports des muscles, des vaisseaux, des nerfs qui la traversent, au delà et au-dessus on la perd de vue, on ne peut remonter à leur origine ni à leur terminaison, deux conditions qui sont aussi importantes pour se faire une idée précise de l'objet que l'on étudie. A cela je crois qu'il convient d'établir que les régions se complètent les unes par les autres, et que leur rapprochement comble le *desiderata* exprimé ici. Malgré cette objection, qui ne me paraît sérieuse que pour les régions très-restreintes, très-limitées, nous pensons que cette innovation, qui a dû venir à l'idée de beaucoup d'auteurs, a été heureusement réalisée par M. Béraud, et qu'elle constitue un progrès réel. L'élève qui étudie une région, ou le praticien qui désire se la remémorer, doivent avoir une connaissance assez complète de l'anatomie descriptive pour au delà de la région continuer par la pensée le nerf ou l'artère qui la traverse.

L'Atlas que publie M. Béraud étant destiné à compléter tous les traités d'anatomie chirurgicale, ne contient que très-peu de texte. Nous avons déjà dit comment l'auteur, à l'aide de son heureuse reproduction, avait été dispensé de délimiter les régions : le dessin seul en est chargé ; aussi chaque figure n'a-t-elle nécessité qu'une *explication*, très-détaillée il est vrai, des objets qui la traversent; mais M. Béraud a ajouté à cette explication sommaire de la région une portion de texte très-importante, qu'il a intitulée *Application à la pathologie et à la médecine opératoire*. Cette seconde partie, faite par l'auteur avec un soin tout particulier, ajoute encore notablement à l'intérêt de l'ouvrage. Elle est un résumé succinct de toutes les indications chirurgicales et des procédés opératoires propres à la région. Les procédés, même les plus nouveaux, sont indiqués, et cela constitue un répertoire de chirurgie et de médecine opératoire qui se trouve d'autant mieux placé, qu'il est élucidé par l'étude de la région même qui le précède.

L'Atlas, qui doit comprendre au moins 100 planches et plus de 200 figures, n'est point encore complet, mais il est permis d'espérer, sans trop préjuger, que, différant en cela des ouvrages publiés par livraisons, il sera terminé vers la fin de cette année ou le premier mois de l'année prochaine au plus tard. Il est divisé en *trois parties :* la première, qui comprend les régions de la tête et du cou, contient 37 planches; elle est parue depuis longtemps déjà; elle renferme un certain nombre de régions qui n'avaient point encore été reproduites, telles que celles du conduit auditif externe, du tympan et toutes les autres régions de l'oreille, un certain nombre de parties des régions orbitaires, parotidiennes, la région de l'isthme du gosier, la région du pharynx, etc., etc.

La seconde partie se composera de trois fascicules, dont les deux premiers sont parus et forment 19 planches, qui comprennent les régions de la poitrine et de l'abdomen. Le troisième fascicule de cette seconde partie comprendra les régions si importantes et à la fois intéressantes du bassin et du périnée; il est probable qu'il aura déjà paru au moment où sera publié cet article.

La troisième et dernière partie de l'Atlas comprendra les régions des membres supérieurs et inférieurs. Tous les dessins sont faits, toutes les planches sont aujourd'hui gravées. Cet important ouvrage, qui sera un complément obligatoire de toutes les bibliothèques, et auquel on travaille depuis sept ans, va donc enfin se terminer.

Cette entreprise, réalisée avec tant de succès, sera un des beaux titres de l'auteur, qui a été, il faut le dire, bien secondé par son frère M. Béraud jeune, encore étudiant en médecine, mais auquel des études anatomiques sérieuses ont permis d'exécuter les belles dissections sur lesquelles ont été copiées après réduction les planches de cet Atlas. Ch. Houel.

De la rage. Analyse des travaux parus jusqu'à ce jour sur cette maladie, par M. le docteur Gyoux. Une brochure in-8°. — Saint-Jean d'Angély, chez Lemarié, imprimeur-libraire.

breuses, occupant la plus grande étendue du lobe antérieur droit, ayant amené l'atrophie consécutive de la pyramide antérieure correspondante et du faisceau antéro-latéral du côté opposé, 1 fois.

Cicatrices de la surface de l'une des circonvolutions et bande fibreuse cicatricielle à la limite des substances grise et blanche, 1 fois.

Dégénérescence amyloïde de l'épendyme et ramollissement de la protubérance, 1 fois.

Dans les poumons, il nous a été donné de constater :

Pneumonie chronique avec excavations profondes à parois lisses et régulières, 2 fois.

Productions gommeuses, 3 fois.

Cicatrices [1] de la surface, 1 fois.

Rétrécissements avec dilatation des bronches, 2 fois.

Cicatrices et ulcérations du pharynx, plusieurs fois.

Ulcérations des grosses bronches, 1 fois.

Le cœur se trouve lésé de la manière suivante :

Myocardite gommeuse [2] parfaitement accusée et caractérisée par la présence de tumeurs disséminées au sein d'un tissu fibreux, avec altération ou même disparition de la plupart des fibres musculaires, 2 fois.

Myocardite simple, 1 fois.

Dégénérescence lardacée, 2 fois.

Remarquons qu'une mort rapide ou subite a été dans quelques-uns de ces cas la conséquence de la lésion cardiaque.

Les désordres fonctionnels que déterminent les lésions syphilitiques des organes viscéraux n'ont ordinairement aucun caractère spécifique. Chaque organe malade manifestant sa souffrance par le trouble de la fonction qui lui est dévolue, il en résulte que les symptômes propres à ces manifestations varient nécessairement, non-seulement avec les organes affectés, mais encore, pour un même organe, avec le siége et l'étendue de l'altération. Aussi est-ce dans les affections syphilitiques extérieures, présentes ou passées, et dans les antécédents des malades qu'il faut, en pareil cas, chercher les éléments du diagnostic clinique. Il est bon, toutefois, de tenir compte de l'âge et de quelques autres circonstances étiologiques, de rechercher avec le plus grand soin l'état du foie dont la déformation est souvent caractéristique, d'examiner les fonctions des reins, dont la modification donne fréquemment lieu à la présence de l'albumine dans l'urine.

L'altération simultanée de plusieurs viscères doit être prise en grande considération ; mais ce qui doit surtout servir à fonder le diagnostic, c'est, avec l'époque d'apparition (période tertiaire) et la marche particulière des nombreuses manifestations de la syphilis viscérale, l'état de cachexie spéciale qui les accompagne à peu près toujours.

D'une façon générale, le pronostic des affections syphilitiques des viscères doit être regardé comme très-sérieux ; mais il n'en faut pas moins reconnaître qu'il est toujours subordonné à l'importance fonctionnelle de l'organe ou des organes lésés.

Un traitement spécifique (mercuriaux et iodure de potassium), mis en usage dans des conditions convenables, a souvent amené sous mes yeux la disparition rapide d'accidents sérieux, menaçant d'une mort prochaine et quelquefois imminente les malheureux qui en étaient atteints.

Ce traitement, avantageux dans les deux premières formes ci-dessus décrites, reste sans effet, on le conçoit, dans la forme cicatricielle. Un point que nous ne devons pas oublier, c'est qu'il est besoin, en cas de syphilis viscérale surtout, de prolonger l'administration des agents thérapeutiques. Tel est, en effet, le meilleur moyen d'éviter les récidives auxquelles sont exposés les individus affectés d'une maladie qui modifie l'organisme au point d'amener la dégénérescence de l'espèce.

---

l'épaisseur de la membrane kystique qui appartient à notre cas n'est pas une condition favorable à l'hypothèse d'une hémorrhagie cérébrale ancienne.

(1) C'est principalement par leur siége que les cicatrices syphilitiques des poumons diffèrent des cicatrices qui se lient à la diathèse tuberculeuse.

(2) Ajoutés aux trois observations de MM. Ricord, Lebert et Virchow, ces deux faits portent à cinq le nombre des cas dans lesquels on a constaté l'existence d'une myocardite gommeuse véritablement spécifique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 mars 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 9 mars courant et par lequel est approuvée l'élection de M. Delpech dans la section d'hygiène en remplacement de M. Londe.

Sur l'invitation de M. le président, M. Delpech prend place parmi ses collègues.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un travail de M. le docteur Rigaud, intitulé : *Étude de topographie et de statistique médicale sur Dinan* (Côtes-du-Nord). [Commission des épidémies.]

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Lamarre-Picquot, accompagnée d'une analyse des eaux mères des salines de la Méditerranée, par M. Michaud. (Commission des eaux minérales.)

2° Une note sur l'origine de la vaccine, par M. le docteur Barot fils, de Gençay. (Commission de vaccine.)

3° Une lettre de M. le docteur Putégnat (de Lunéville), accompagnant l'envoi d'une brochure sur un accident névralgique particulier et non encore décrit, causé par le besoin d'uriner et par la miction.

4° Une lettre de M. le docteur Artance (de Clermont-Ferrand), avec deux brochures, l'une relative au goître aigu, l'autre à un abcès de l'intérieur de la poitrine.

5° Une observation de rage humaine arrêtée dans ses prodromes et guérie au moyen du chloroforme et du laudanum de Rousseau, par M. le docteur Legendre (de Bléneau).

— L'Académie procède à sept scrutins successifs pour la nomination des commissions de prix pour l'année 1864, savoir : prix de l'Académie, prix Civrieux, Capuron, Itard, Orfila, Barbier et Godard.

Pendant le dépouillement des scrutins, M. le président donne la parole à M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de la marine, inscrit pour un tour de faveur.

LECTURE.

Cause des accidents qui suivent les fractures en V des membres inférieurs. — M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de la marine, donne lecture d'un mémoire sur la cause des accidents qui suivent les fractures en V des membres inférieurs.

M. le professeur Gosselin avait appelé l'attention de la Société de chirurgie en 1855 sur la gravité de ces fractures ; il avait cherché à démontrer que les accidents qui les suivent sont dus à l'attrition de la moelle de l'os, qui produit par son contact avec l'air une sorte de virus empoisonnant l'économie. Mais cette opinion, basée sur des théories vaguement définies et contestables, n'avait pas été acceptée. Elle avait été réfutée par MM. Boinet, Morel-Lavallée, Huguier, Denonvilliers, etc.

Dans la discussion qui suivit la communication du savant professeur, on invoqua soit la forme de la plaie qui accompagne ces fractures, soit une idiosyncrasie particulière pour expliquer les accidents ; néanmoins, cette question était restée indécise jusqu'à ce jour.

Ce mémoire a pour but de faire cesser cette indécision fâcheuse dans l'état actuel de nos connaissances. L'auteur avance cette proposition : Que les accidents qui suivent les fractures en V ont pour cause l'*arthrite traumatique*. Il soutient son opinion ainsi formulée par trois ordres de preuves :

1° Démontrant par les observations que l'on doit à M. Gosselin, comme par l'inspection des pièces anatomiques du Musée Dupuytren et du Musée du Val-de-Grâce, que l'articulation est toujours ouverte dans ces fractures ;

2° Rappelant que les enfants ne présentent jamais ces fractures en V, par cette raison que la cassure osseuse rencontre chez eux l'épiphyse non soudée encore au lieu d'arriver dans l'articulation, et par conséquent que la fracture en V est impossible à cet âge ;

3° Faisant ressortir que les accidents qui suivent les fractures cunéennes sont identiquement les mêmes que ceux qui caractérisent l'arthrite traumatique.

Cette proposition ainsi appuyée par des preuves péremptoires, M. Bérenger-Féraud en tire une déduction pratique, à savoir : que les fractures en V des membres doivent être désormais considérées comme un cas formel d'amputation immédiate, ou au moins de résection lorsqu'elle est possible, et il montre que l'expérience a déjà sanctionné sa conclusion, puisque MM. Legouest, Bertherand, etc., ont pratiqué avec succès l'amputation immédiate dans ces fractures cunéennes. (Renvoi à l'examen d'une commission.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

La parole est à M. J. Guérin.

Suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

M. J. Guérin. Je crois le moment venu de se demander quel sera le produit net de cette discussion. Jusqu'à présent, je n'y vois que confusion. Je regarde donc le débat comme loin d'être épuisé et je demande à l'Académie la permission de lui soumettre encore quelques observations. Je vais essayer de dégager de cette longue discussion les quelques points précis qui en ressortent. Le progrès exige la précision, il n'existe qu'à la condition d'établir dans la science un fait bien déterminé et parfaitement net. Il me semble que nous sommes encore loin d'avoir atteint un pareil résultat.

De tout ce qui a été dit à cette tribune, il me paraît ressortir trois propositions principales : l'une relative à l'origine de la vaccine ; la deuxième, qui a trait à la question de l'identité ou de la non-identité de nature de la vaccine et de la variole ; la troisième où est mise en question la pratique qui devra résulter de telle ou telle de ces opinions. J'examinerai successivement ces trois points.

Le premier point, qui est capital, est celui-ci : à savoir, qu'il est positivement établi aujourd'hui que la vaccine provient de la variole. La réduction de toutes les maladies vaccinogènes à la variole est un fait de la plus grande importance et qui domine tout ce débat.

Mais il y a loin de cette proposition à celle qui consiste à dire que la variole et la vaccine sont identiques et à considérer la vaccine comme une variole mitigée. L'idée de l'identité des deux virus vaccinal et varioleux n'est pas nouvelle, c'est presque un lieu commun qui a pris naissance lors de la découverte de la vaccine, qui a traversé toute son histoire jusqu'à nos jours, et qui traîne dans tous les livres qui ont été écrits sur la vaccine. Soutenir aujourd'hui cette opinion, comme on la soutenait du temps de Jenner, sans la prouver, ce n'est pas un progrès. M. Bouvier, dans un travail très-intéressant, s'est attaché à montrer que Loy avait énoncé cette doctrine, qu'il avait admis deux espèces de *grease*, dont l'un, constitutionnel, produisait seul la vaccine. J'en demande pardon à notre collègue, mais c'est là une indication empirique et de plus une erreur. Entre Loy et le progrès qui vient d'être réalisé aujourd'hui, il y a toute la distance d'un fait brut à la connaissance rationnelle de ce fait. Dire que le *grease* constitutionnel produisait la vaccine, c'était en effet consacrer une erreur de diagnostic, une méprise, qui s'est perpétuée jusqu'à nos jours, c'est-à-dire jusqu'au moment où le fait a été éclairé par l'idée qui lui avait manqué. Il avait, en effet, manqué à Loy pour donner au fait qu'il avait observé sa véritable signification et sa valeur, de dire : Le *grease* constitutionnel c'est la variole. S'il avait dit cela, il aurait réalisé alors en réalité le progrès qu'on veut à tort lui attribuer. Une foule d'autres observateurs ont vu le même fait après Loy, mais aucun d'eux n'a été plus loin que lui ; il n'est venu à aucun d'eux l'idée de donner à la maladie son véritable nom ; aussi le fait est-il resté stérile. On a cité l'auteur anglais Baron, mais avec si peu de preuves que personne n'en a été frappé.

Je conclus à cet égard que le vrai principe, la vraie découverte, ne sauraient être revendiqués en faveur de ces auteurs. Le fait pouvait avoir été entrevu, mais sa démonstration n'avait point été faite. Il faut arriver à l'époque actuelle pour trouver cette démonstration. C'est des faits qui ont amené cette discussion que date la vraie découverte. — L'Académie se souvient que dès le début de cette discussion j'ai été heureux de rendre à M. Depaul toute la justice qu'il méritait et de lui reconnaître la part qui lui revient dans cette découverte. M. Depaul n'a pas été satisfait de la part que je lui ai faite ; et au lieu de me considérer comme un allié, il m'a traité, comme on peut s'en souvenir, assez cavalièrement ; il ne veut pas admettre que j'aie pu avoir la même idée que lui et avant lui, et il veut s'attribuer à lui seul l'idée de l'unité d'origine de la vaccine et de l'affection vaccinogène du cheval. Voyons cependant si ses prétentions se justifient.

Ici M. Guérin entre dans l'examen des faits sur lesquels M. Depaul fonde ses prétentions à la priorité de cette idée. Et de l'examen critique de tous les éléments de la discussion auquel il se livre, il tire cette conclusion que M. Depaul n'a réellement émis pour la première fois cette opinion que dans le paquet cacheté qu'il a déposé au commencement de cette discussion ; que loin d'avoir eu cette idée avant, il l'avait combattue, au contraire, à l'occasion des faits de Brissot et de Toulouse. Il ne ressort nullement, ajoute-t-il, de tout ce que M. Depaul a écrit avant le dépôt de ce paquet cacheté, qu'il ait eu l'idée de la réduction de toutes les maladies vaccinogènes en une seule, la variole. Je ne conteste pas qu'il ait émis auparavant l'idée vague que la vaccine est une variole mitigée, mais c'est là une idée que tout le monde a eue, et que M. Bousquet lui-même a discutée bien souvent dans son livre et dans ses rapports à l'Académie.

A propos de cette question de l'origine de la vaccine, j'ai dit qu'il y avait deux ordres de démonstration scientifique, la démonstration inductive et la démonstration expérimentale, que j'ai toujours également honorées et pratiquées. MM. Bouillaud et Depaul m'ont fait la guerre à cette occasion.

M. Bouillaud. Du tout, c'est une erreur ; j'ai dit seulement que la méthode d'induction, préconisée avec raison par M. Guérin, appartenait à tout le monde et était de tous les temps ; mais je n'ai pas combattu ses idées, que je partage au contraire. Si le *Bulletin* de l'Académie me fait dire le contraire, je le récuse formellement, comme n'ayant pas fidèlement reproduit mon opinion.

M. Guerin. En ce cas, puisque nous sommes d'accord avec M. Bouillaud, ce dont je me félicite sincèrement, reste M. Depaul.

M. Depaul. Je n'accepte la responsabilité d'aucune des reproduction de mes discours qui ont pu être faites ; le *Bulletin* seul fait foi de mes véritables opinions, et le discours auquel M. Guérin répond en ce moment n'y est pas encore imprimé.

M. Guerin. Je m'en tiendrai donc à la question de principe. J'ai dit que la science était fondée sur deux méthodes ou deux ordres de démonstration, l'induction et l'expérimentation. On a contesté la première, mais on a oublié que le calcul n'est autre chose qu'une induction, une machine à syllogisme, comme l'a dit un homme illustre dont je m'honore d'avoir été l'ami, M. Biot. N'est-ce pas par le procédé de l'induction que M. Leverrier a découvert sa planète? Pourquoi ne nous servirions-nous pas en médecine d'un procédé qui en astronomie a conduit à de si beaux résultats? De ce que nous sommes en retard sur les autres sciences, est-ce une raison pour nous priver d'un aussi utile moyen de recherches ?

M. Depaul n'est pas de cet avis. Il résume tous les principes de sa méthode dans l'observation ; voir, écouter, et puis dire ce qu'on a vu, voilà pour lui toute la philosophie. Mais la méthode d'observation est beaucoup plus étendue que notre collègue ne paraît le croire, et bien loin d'en méconnaître la portée et les services, j'ai célébré au contraire, à propos de la question qui nous occupe, l'observation et l'observateur.

M. Depaul a-t-il été aussi juste à mon égard ? On a pu en juger. Quand il a rappelé la part que j'ai prise dans la discussion sur la fièvre puerpérale, il a eu l'air de croire que j'avais formulé une loi à la légère, sans avoir préalablement observé. Or les propositions que j'ai formulées, je les ai déduites de près de soixante observations recueillies par une personne ici présente [1] et sous le contrôle de M. Louis.

Mais je reviens à la question, c'est-à-dire au deuxième point que je me proposais d'examiner, celui de l'identité de la vaccine et de la variole. Sur ce sujet, M. Depaul s'est attaché exclusivement à combattre M. Bousquet, comme s'il représentait à lui seul l'état de la science sur ce point. M. Bousquet, qu'il me permette de le lui dire, avait son siége fait. Je crois que la question pouvait être posée en d'autres termes. Je la formulerai ainsi : Y a-t-il identité entre les deux virus? Le vaccin est-il, au contraire, un virus spécifique, différent de la variole ? ou bien, enfin, n'est-il pas lui-même une sorte de produit nouveau, mixte ? Il y a donc là un point de vue nouveau que M. Depaul n'a pas voulu voir et que j'ai la prétention de faire prévaloir et d'introduire dans la science, savoir, qu'il y a un élément varioleux dans la vaccine.

M. Depaul a objecté à M. Bousquet qu'il avait tort de prétendre que la vaccine n'était jamais précédée d'un mouvement fébrile, et qu'elle n'était jamais suivie d'une éruption générale. Il est certain que l'absence de fièvre et d'éruption générale est la règle ; c'est la loi générale. Mais il y a des exceptions à cette règle, et quand, par une de ces exceptions, on voit survenir la fièvre et l'éruption générale, ne faut-il pas en chercher la cause ? Or qu'arrive-t-il quand un individu vacciné est pris de phénomènes généraux ? Quelle est la signification de cette prétendue exception ? Je dis que c'est là un *souvenir* de la variole. Que fait-on en zootechnie quand on opère des croisements ? On obtient des produits mélangés, des produits mixtes, mais dans lesquels on voit souvent se manifester des caractères qui rappellent l'une de ses origines primitives. De même, dans l'espèce de métissage d'où provient la vaccine, nous voyons de loin en loin les traits de la variole se montrer comme pour trahir l'une de ses origines. Voilà comment j'entends expliquer ces faits rares, ces prétendues exceptions. Ainsi la vaccine restera la vaccine, mais on ne doit pas oublier d'où elle vient ; il ne faut pas oublier qu'elle a sa source première, son origine dans la variole des animaux, et qu'elle est parfois dominée par l'un des éléments qui la constituent, qu'elle revêt les caractères de son origine première.

---

(1) La personne à laquelle M. Guérin fait allusion est le rédacteur de ce compte rendu, qui pourrait au besoin attester l'exactitude de son assertion.

Un mot maintenant sur le dernier point, l'application pratique. M. Depaul a préconisé sous une forme plus ou moins hésitante l'inoculation.

M. DEPAUL. Je le nie.

M. GUÉRIN. Tout mauvais cas est niable. Je félicite M. Depaul de s'être échappé de ce mauvais pas par une tangente; mais il me permettra de lui faire remarquer qu'ici il a fait de l'induction beaucoup plus que de l'observation.

M. DEPAUL. Mais je n'ai jamais dit cela. Où eu est la preuve?

M. GUÉRIN. La preuve? J'invoquerai ici le témoignage de tous ceux qui ont entendu comme moi, et qui ont été tellement frappés des paroles de M. Depaul, qu'ils m'en ont fait l'observation après la séance : je citerai notamment MM. Blache, Michon, Ricord, Gibert, et bien d'autres.

Tout ce que je viens de dire ne m'empêche pas de reconnaître, je le répète avec plaisir, que M. Depaul aura une grande et honorable part dans la solution des questions qui nous occupent.

De ce long débat je tirerai, pour moi, les conclusions suivantes :

Au point de vue scientifique :

1° La vaccine a pour origine la variole des animaux, laquelle, par son passage à travers leur organisme et par sa transplantation chez l'homme, acquiert ses propriétés et offre les caractères d'un produit nouveau qui doit conserver son titre comme il conserve son individualité;

2° La vaccine n'est pas plus la variole elle-même qu'elle ne constitue une espèce à part entièrement distincte de la variole; c'est une sorte de produit mixte analogue au produit du métissage chez les animaux, caractérisé surtout par la localisation des pustules d'insertion, sans éruption secondaire et sans fièvre éruptive, et par conséquent sans le caractère infectieux qui en est la conséquence;

3° Les cas très-rares de pustulation générale et de fièvre d'éruption à la suite de l'inoculation de la vaccine sont des témoignages de la présence de l'élément varioleux dans la vaccine, et de tendances à la prédominance de cet élément, qui doivent être pris en grande considération dans la pratique de la vaccination.

Au point de vue pratique :

4° La vaccine doit être religieusement conservée comme une précieuse conquête de l'art, et ne peut dans aucun cas être suppléée par l'inoculation de la variole;

5° Il faut avoir égard dans la prise du vaccin à l'existence des symptômes de fièvre éruptive et d'éruption secondaire, et n'inoculer que du pus provenant de sujets qui n'ont que des pustules d'insertion vaccinale;

6° Quant au renouvellement du cowpox, il faut avoir égard aux deux circonstances principales : que les animaux n'aient pas contracté la variole épidémique, et qu'ils ne la présentent pas dans son caractère général le plus développé. Il sera préférable d'ailleurs de ne prendre le virus que sur des pustules de variole inoculée.

M. BOULEY. Il est à désirer que cette discussion touche à son terme, car elle ne tarderait pas, si elle continuait, à arriver à la période de ressassement. Je n'ai pour mon compte que très-peu de mots à dire. Je m'abstiendrai de répondre au dernier discours de M. Depaul, par une bonne raison, c'est que j'y avais déjà répondu d'avance, et qu'y revenir de nouveau, ce serait répondre à la réponse à une réponse; et je ne tiens pas du tout à tourner toujours autour d'un même point comme un écureuil. Je ne veux que rappeler seulement quelques faits qui me paraissent avoir été un peu amoindris dans cette discussion.

Il y a deux questions : une question d'origine qu'on a cherché à éclairer par l'expérimentation, et une question d'identité qui donne lieu à des dissertations, à des idées dogmatiques, qui n'aboutissent à aucune démonstration.

On peut voir par les résultats la valeur respective de ces deux méthodes scientifiques. L'une, l'expérimentation, a donné la solution d'une question depuis longtemps pendante et qu'on ne pouvait trouver. L'autre donne lieu à des dissertations sans fin et sans conclusion. Or, on voudra bien reconnaître que je ne suis pas tout à fait étranger au premier résultat. Mais on s'obstine à tenir moins compte de ce fait que de l'erreur que j'ai commise, et on me l'a fait durement expier. M. Bouillaud m'a traité d'enfant terrible. Mais je lui ferai remarquer d'abord qu'il y a bientôt cinquante ans que je vois pousser les fleurs, ce qui fait déjà pas mal de printemps, et que je n'ai jamais fait trembler personne, même sous les insignes de la garde nationale. (Rires.)

L'erreur que j'ai commise a été celle de tout le monde, celle de M. Depaul lui-même. Elle a été du moins bonne à quelque chose, puisqu'elle a conduit au fait important reconnu aujourd'hui de tous. Qu'on veuille bien se rappeler ce que je disais ici au sujet du fait de Toulouse. Je soutenais alors la thèse que M. Depaul soutient aujourd'hui, et je rappelais les faits de Sacco, qu'il repoussait alors et qu'il admet aujourd'hui. Qu'est-ce que cela veut dire? C'est que l'on ne savait pas au juste ce qu'on inoculait, et qu'aujourd'hui on le sait, grâce aux expériences d'Alfort. M. Bouvier a très-bien fait voir, dans son remarquable discours, que jusque-là on avait méconnu la valeur des faits éclairés aujourd'hui par nos expériences.

Un exemple me revient en ce moment à la mémoire. On a beaucoup parlé depuis quelques années de la paralysie consécutive à l'angine couenneuse. On ne savait pas bien s'il s'agissait là d'un fait nouveau ou d'un fait anciennement connu. Un de nos savants collègues est venu démontrer qu'Hippocrate en avait parlé, et, ce texte ignoré ou méconnu jusque-là, s'est trouvé tout à coup illuminé par ce rapprochement.

La même chose vient do se passer pour l'origine de la vaccine. M. Bouvier nous a rappelé que les maréchaux de la Macédoine admettent trois espèces de javart, dont un varioleux. Si on était venu nous dire cela il y a quelques mois, nous aurions dit : C'est absurde, ils ne savent ce qu'ils disent. Aujourd'hui, cette distinction est justifiée et éclairée par nos expériences.

Pour la question de l'identité de la variole et du vaccin, il n'en est pas tout à fait de même; on ne sait encore ce qu'il faut en penser, et, malgré la très-savante dissertation de M. Guérin, nous ne sommes pas encore beaucoup plus avancés. Qu'est-ce qui nous manque? Un petit coup de lancette : une seule expérience vaudrait mieux que tous les raisonnements.

Je ne veux pas m'élever ici à des considérations philosophiques, je n'ai pas la compétence suffisante, et je courrais le risque même de n'en pas parler correctement le langage; mais je dirai que je m'en rapporte à cette proposition de Bacon, que c'est du mariage de ces deux facultés de l'homme, l'expérience et le raisonnement, que sortent toutes les vérités. Tout est là : Faculté d'observation et faculté d'induction. Si entre ces deux facultés il fallait établir un ordre de prééminence, je dirais qu'il faut voir d'abord et raisonner ensuite.

Je ne terminerai pas sans chanter un *hosannah* en faveur d'un homme que l'on met un peu trop dans l'ombre aujourd'hui, je veux parler de Jenner. Si j'ai commis une erreur de diagnostic, je suis sûr au moins de ne m'être pas trompé à l'égard de Jenner, quand j'ai dit ici, à propos de cette discussion, qu'il était un des plus grands esprits et un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité. Quelqu'un que je ne nommerai pas ici, m'a dit alors que Jenner était *surfait*. Jenner un homme surfait! Voilà ce que j'ai entendu. Rappelez-vous ces vers d'un de nos poëtes classiques :

Après quatre mille ans, Homère, respecté,
Est jeune encor de gloire et d'immortalité.

Je ne craindrais pas de les appliquer à Jenner, et de dire : quatre mille ans passeront sur lui, et son nom restera encore entouré d'une auréole d'immortalité. (Très-bien.)

M. LE PRÉSIDENT. Si personne ne demande plus la parole, je vais mettre la clôture de la discussion aux voix.

M. DEPAUL. Mais plusieurs membres en ce moment absents ont retenu la parole.

M. BOUSQUET. Je serais bien aise moi-même d'ajouter quelque chose.

M. LE PRÉSIDENT. Je vais toujours mettre aux voix la clôture. Si elle est rejetée, les membres inscrits conserveront leur tour de parole.

M. GIBERT s'élève contre la clôture.

La clôture est mise aux voix et rejetée. A mardi la suite de la discussion.

— M. LE PRÉSIDENT, avant de lever la séance, fait connaître le résultat du scrutin pour les commissions des prix. Voici quelle est la composition de ces commissions :

Prix de l'Académie (Rhumatisme aigu). — MM. Bouillaud, Beau, Rostan, Louis et Briquet.

Prix Civrieux (Ataxie locomotrice des centres nerveux). — MM. Barth, Baillarger, Gosselin, Roger et Sappey.

Prix Capuron (Vomissements incoercibles). — MM. Danyau, Depaul, Devilliers, Blot et Jacquemier.

Prix Itard (Au meilleur livre de médecine pratique). — MM. Cruveilhier, Grisolle, Trousseau, Roche et de Kergaradec.

Prix Orfila (Champignons vénéneux). — MM. Caventou, Devergie, Gobley, Cloquet et Wurtz.

Prix Barbier (Maladies incurables). — MM. Bouvier, Michel Lévy, Laugier, Mélier et Michon.

Prix Godard (Pathologie interne). — MM. Rayer, Blache, Robin, Jolly et Guérard.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 14 mars, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Leroy de Méricourt, médecin professeur de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Buges, médecin-major de 1[re] classe Bédié et Lécard, médecins-majors de 2[e] classe; Robaglia, pharmacien-major de 1[re] classe; Guémard, vétérinaire en 1[er]; Peyremol, pharmacien professeur de la marine, et Lemercier, chirurgien de la marine de 2[e] classe.

— Ce soir, jeudi 17 mars, M. Orfila consacrera aux conférences publiques et gratuites du quai Malaquais, un entretien à cette question : *De la combustion.*

— En racontant le dévouement des élèves et médecins présents à l'opération de trachéotomie pratiquée à Beaujon, le nom d'un externe a été omis. Nous sommes heureux de réparer cette omission involontaire, et de joindre le nom de M. Lafaurie aux noms déjà cités.

— C'est le vendredi 15 avril que M. le docteur Daremberg, bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine, ouvrira, au Collége de France, son cours d'histoire de la médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 33. — SAMEDI 19 MARS 1864. (37e ANNÉE.) N° 33. — SAMEDI 19 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Rétrécissement de la trachée guéri par un traitement antisyphilitique. — Calcul vésical enchatonné; cystotomie. — Anévrysme de l'artère ischiatique. — Ligature de la carotide primitive. — De l'aphasie; deux observations pour servir à compléter l'histoire de cette affection. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 9 mars. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rétrécissement de la trachée guéri par un traitement antisyphilitique.

Les lecteurs de la *Revue* n'ont pas oublié sans doute l'observation intéressante de rétrécissement syphilitique de la trachée-artère que nous avons rapportée dans le numéro du 30 janvier, d'après la relation qu'en avait faite M. Bourdon à la Société médicale des hôpitaux. Parmi les questions graves que soulevait ce fait, nous avons particulièrement fait remarquer l'embarras et les légitimes hésitations que peuvent susciter au praticien le choix des moyens de traitement et la supputation des avantages ou des inconvénients que peut avoir dans ce cas la médication antisyphilitique.

Il y a quelques années, en 1859, à propos de deux faits analogues observés par M. Vigla et par M. Moissenet, nous avions déjà signalé cette difficulté, l'une des plus grandes, disions-nous alors, que le médecin puisse rencontrer dans la pratique. Mais la prudence que nous recommandions, en nous appuyant sur ces faits et sur l'autorité de ces savants praticiens, n'exclut pas l'action. De prudents et habiles tâtonnements peuvent, dans ces circonstances difficiles, fournir au médecin un guide précieux.

Voici un fait nouveau dont M. Moissenet a entretenu tout récemment la Société médicale des hôpitaux, et qui vient montrer quelle a été l'heureuse influence d'une médication antisyphilitique habilement dirigée, alors même qu'on n'avait que des indices vagues et incomplets sur la nature syphilitique de l'affection.

L'observation a été recueillie par le médecin de la malade, M. le docteur Dubois.

Mme B..., âgée de soixante-cinq ans, offrait depuis plusieurs années une oppression qui, bien qu'assez légère, la préoccupait beaucoup, parce qu'elle éprouvait, disait-elle, comme la sensation d'une tumeur faisant obstacle à sa respiration, et dont elle rattachait l'origine à une affection de matrice qu'elle avait eue quelques années auparavant. L'oppression augmentant d'une façon notable, M. Dubois fut appelé, et constata, dans le courant du mois d'avril de l'année dernière, l'existence derrière l'insertion interne du sterno-mastoïdien droit, d'une petite tumeur peu apparente, mais sensible au toucher, et comparable, quant au volume, à une noisette. L'absence de battements dans la tumeur et sa mobilité lui firent présumer que ce pouvait bien être autre chose qu'un ganglion lymphatique engorgé. Bien que la voix fût peu altérée, il examina la malade au laryngoscope. Cet examen ne fit découvrir aucune altération.

Attribuant la dyspnée à la pression exercée sur la trachée par la tumeur, M. Dubois institua un traitement ioduré; il prescrivit deux cuillerées par jour d'un sirop iodo-ioduré.

La dyspnée augmenta malgré ce traitement, et elle prit subitement, le 9 mai, le caractère d'une asphyxie imminente.

M. Moissenet, appelé en consultation, partageant l'opinion de son confrère quant à la cause de la compression, et considérant la tumeur comme une gomme, conseilla un traitement spécifique mixte, consistant dans l'administration de l'iodure de potassium à haute dose et d'onctions mercurielles poussées jusqu'à la salivation.

Sous l'influence de ce traitement, les accidents graves disparurent en trois jours, et l'amélioration si rapidement obtenue alla croissant jusqu'au 30 mai, époque où la malade se trouvait revenue à son état primitif. Néanmoins, le traitement atténué fut continué jusqu'au 29 juin.

Depuis cette époque, il ne s'est passé rien de remarquable. Il n'y a pas eu de nouvel accès, mais il est toujours resté un certain degré de gêne dans la respiration, et la petite tumeur de la région cervicale persistait. A cela près, sa santé était très-satisfaisante.

L'état de la malade s'est maintenu depuis dans les mêmes conditions.

Voici en substance les réflexions dont M. Moissenet a fait suivre la relation de cette observation.

La dyspnée excessive qu'éprouvait cette malade au moment où il fut appelé auprès d'elle, les inspirations bruyantes et prolongées, suivies d'expirations plus faibles, quoique rudes elles-mêmes, en un mot le bruit de *cornage*, la rougeur violacée de la face, l'angoisse extrême, la petitesse et la faiblesse du pouls, la diminution notable du bruit respiratoire, tout indiquait chez elle une cause mécanique incessante et d'une intensité croissante. C'était à la trachée que devait exister l'obstacle, ainsi que M. Dubois l'avait justement présumé, et non au larynx, la voix étant conservée. Il y avait en outre toute probabilité pour que ce fût à son extrémité inférieure, sa partie supérieure ne présentant aucune apparence de déformation. Mais s'agissait-il d'un rétrécissement par compression ou d'un rétrécissement par ulcération ou coarctation cicatricielle commençante de la trachée? Telle était la question qu'il restait à résoudre.

Les antécédents de la malade, quoique mal déterminés, étaient suspects. La petite tumeur dont M. Dubois avait constaté l'existence à la partie antérieure du cou, présentait assez bien les caractères des tumeurs gommeuses. On pouvait donc présumer l'existence d'autres gommes semblables, et peut-être d'ulcérations consécutives dans la trachée elle-même. Et d'un autre côté, dans cette dernière hypothèse, ne pouvait-on pas admettre un commencement de travail cicatriciel, sous l'influence du traitement ioduré commencé, et par suite une coarctation qui aurait produit l'accroissement si rapide et si grave des symptômes éprouvés jusque-là par la malade?

On comprend les hésitations et la perplexité où a dû se trouver M. Moissenet au moment d'agir en présence de ces diverses suppositions. Fallait-il, en vue de la dernière de ces hypothèses, supprimer tout traitement spécifique, comme capable de précipiter la terminaison fatale? Fallait-il, au contraire, se plaçant au premier point de vue, insister sur le traitement et en accroître la puissance?

On a vu que M. Moissenet, supputant les plus grandes probabilités en faveur de l'hypothèse de la compression par des tumeurs gommeuses, et pressé d'ailleurs par l'imminence du danger, s'est décidé pour ce dernier parti. Le succès a été prompt et aussi complet que possible.

En constatant cette heureuse issue de la maladie et l'influence incontestable qu'a eue la médication, nous ne pouvons cependant dissimuler les doutes que laisse subsister ce fait à plusieurs égards. En lisant cette observation, il est surgi tout d'abord dans notre esprit une réflexion que nous allions soumettre à M. Moissenet, quand nous nous sommes bien vite aperçu qu'il était allé lui-même au-devant. Nous voulons parler de la persistance de la petite tumeur pré-cervicale après le traitement et la disparition des accidents graves qui en a été l'effet. M. Moissenet ne s'est pas dissimulé, en effet, qu'il y avait là un motif de doute sur la valeur de son diagnostic. Il ne pense pas cependant qu'il en soit sérieusement infirmé, et il se fonde à cet égard sur ce que la syphilis invétérée ne se comporte pas chez les vieillards comme chez les adultes.

« Des engorgements syphilitiques anciens peuvent, dit-il, comme les engorgements scrofuleux, acquérir une vitalité et une organisation particulières qui les rapprochent du squirrhe et les rendent réfractaires aux résolutifs spécifiques. » C'est ce qui aura pu arriver, suivant lui, pour la petite tumeur cervicale; tandis que les tumeurs qui auraient produit la compression ou l'oblitération du calibre de la trachée et dont le traitement spécifique a amené la résolution, d'une origine probablement moins ancienne, n'auraient pas encore subi cette transformation.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, et malgré les doutes qui subsistent encore sur plusieurs points importants, ce fait n'en a pas moins, au point de vue pratique, un intérêt considérable, dont nous nous plaisons à reporter le mérite à la conduite hardie et prudente à la fois de MM. Dubois et Moissenet.

Calcul vésical enchatonné. Cystotomie.

Il y a dans la science des époques où le succès d'une méthode fait oublier les faits anciens; l'enthousiasme pour les nouveautés obscurcit les souvenirs du passé. Mais quand la faveur dont jouit une opération a été tempérée par des insuccès, on se rappelle les enseignements des vieux maîtres, et l'on se persuade que dans la plupart des pratiques du passé il y a un bon côté que les nouveautés ne détruisent jamais entièrement.

Un fait qui vient de se passer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Jarjavay, démontre les avantages de la cystotomie, supérieure à la lithotritie dans des cas bien déterminés, de même que celle-ci est supérieure à la première dans d'autres cas particuliers.

Un homme âgé de quarante-cinq ans portait depuis plus d'un an un calcul dans la vessie, qui se révélait par des douleurs en urinant, des pesanteurs au périnée et dans les reins. M. Jarjavay, qui explora la vessie, trouva en arrière et un peu sur le côté gauche de la vessie, un corps dur, qu'il jugea être un calcul. Plusieurs explorations successives lui apprenant que le corps était toujours à la même place, qu'il était immobile sous la pression de la sonde et qu'il ne se déplaçait pas, il pensa que le calcul était enchatonné.

M. Desormeaux, à l'aide de l'endoscope, et après une injection préalable d'eau tiède dans la vessie, a examiné cette cavité; les renseignements fournis par le cathétérisme ont guidé cette nouvelle exploration, et le chirurgien a découvert un noyau de la grosseur d'une petite noisette, entouré par un cercle un peu foncé.

Nous assistions à cette manœuvre exploratrice, et, autant que nous avons pu en juger, les remarques de M. Desormeaux semblaient justifiées par la disposition que l'on constatait avec l'endoscope, c'est-à-dire une partie centrale blanchâtre et un cercle rouge; le calcul avait été diagnostiqué : Calcul enchatonné.

M. Jarjavay s'est proposé de tenter d'abord la lithotritie; plusieurs essais ont eu lieu, mais il était toujours impossible de saisir le calcul; on le conçoit, la position de cette pierre se prêtait peu à ce premier temps de la lithotritie. Les manœuvres, faites avec précaution, n'étaient point prolongées; le chirurgien ne persista pas en face de cette première difficulté. Il était encore engagé à la réserve par un état fébrile que présentait le malade tous les soirs; il y avait un court accès de fièvre, précédé de quelques frissons, et l'appétit se perdait; l'urine devenait muqueuse, et laissait déposer des flocons albumineux. Cependant aucune hématurie ne survenait spontanément, et d'un autre côté les explorations avec le brise-pierre n'en avait pas provoqué.

Mais en même temps la vessie devenait peu à peu plus susceptible, les injections n'étaient plus supportées.

En présence de la situation de la pierre et des obstacles qui s'opposaient à l'application de la lithotritie, en présence de l'état fébrile et de l'affaiblissement du malade, M. Jarjavay s'est décidé à faire la cystotomie. Pendant deux mois, la santé générale a été améliorée par l'administration de toniques, le vin de quinquina et les tisanes amères; on a administré contre les accès de fièvre le sulfate de quinine, à la dose de 50 centigr. par jour dans un julep.

Peu à peu les forces du malade ont été rétablies; la fièvre était devenue moins régulière, quoiqu'il restât un peu d'accélération du pouls le soir; les grands bains, les lavements émollients avaient amené une diminution des douleurs de la vessie et une atténuation des douleurs du catarrhe vésical; le malade urinait avec moins de souffrances.

Le vendredi 12 mars, l'opération de la taille a été pratiquée par la méthode bilatérale, méthode de Dupuytren. Les lames du lithotome double ayant été disposées pour être écartées dans une étendue de 20 millimètres chacune, une incision transversale a été faite à la prostate. Il n'y a pas eu d'écoulement de sang. Les tenettes engagées, la pierre n'est pas venue se placer d'elle-même dans les mors de l'instrument. Celui-ci alors a été promené dans la vessie par un mouvement de rotation autour de son axe, et a rencontré la pierre, qui restait néanmoins immobile. M. Jarjavay, après avoir saisi le calcul et rapproché les mors de la tenette, a tourné l'instrument par le même procédé que l'on emploie pour l'arrachement des polypes, mais en mettant plus de lenteur dans le mouvement de torsion; au premier tour de l'instrument, la pierre était devenue libre. Mais pour l'amener au dehors de nouvelles difficultés se présentaient; le calcul chargé était trop volumineux pour sortir avec les tenettes. Le chirurgien se proposait de débrider la plaie du col de la vessie, lorsque le calcul a cédé. Une portion a pu être extraite immédiatement; puis les tenettes ayant été introduites une seconde fois, l'autre portion du calcul a été saisie et amenée avec l'instrument. Le rapprochement des deux fragments de la pierre donnant un calcul complet, la tenette n'a pas été réintroduite; une injection d'eau tiède a été faite par la plaie. Aucune hémorrhagie n'est survenue pendant l'opération.

Le soir même, le malade urinait par la verge; les douleurs étaient peu marquées pendant la miction, et l'appétit se faisait sentir. Le lendemain, le malade avait bien dormi.

Aujourd'hui, quatrième jour après l'opération, la plaie est en bon état et se recouvre de bourgeons charnus; l'urine coule toujours par la verge. La fièvre a disparu; il n'y a pas eu même une légère accélération du pouls le soir. Depuis l'opération l'appétit est excellent, et tout fait espérer que dans une semaine ou deux le malade pourra sortir de l'hôpital.

Le calcul extrait paraît composé de sels terreux, où le phos-

phate de chaux prédomine. Il a le volume d'un œuf de perdrix, et offre 32 millimètres dans son plus grand diamètre et 23 millimètres dans son plus petit. Il présente à une de ses extrémités une partie blanche contrastant avec la coloration plus foncée du reste du calcul. Ces deux parties sont séparées par un étranglement assez marqué, un sillon qui fait ressembler la pierre à la réunion de deux segments ellipsoïdes d'inégales dimensions.

Ce fait comporte plusieurs remarques qui vérifient, les unes les connaissances acquises sur les symptômes des calculs vésicaux, les autres les indications pratiques qui sont adoptées par les chirurgiens de l'époque.

Le calcul, par le fait de l'enchatonnement, était éloigné du col. Les phénomènes de rétention ou d'incontinence d'urine n'ont pu se montrer; les hématuries ont aussi manqué, et l'expérience a appris que tous ces accidents sont en relation avec le contact de la pierre sur le col de la vessie, aussi bien qu'avec les rugosités ou l'état lisse du calcul.

La pierre n'avait guère plus de 3 centimètres de diamètre; elle se prêtait à une extraction par la taille périnéale. Les mesures de Senn et celles de M. Malgaigne avaient déjà montré qu'on ne pouvait pas extraire une pierre de plus de 43 millimètres par une incision limitée à la prostate, et M. Malgaigne même se tenait au-dessous de ce chiffre. Récemment M. Dolbeau réduisait encore le chiffre des dimensions des pierres que l'on peut extraire sans danger par la taille, et il s'arrêtait au diamètre maximum de 30 millimètres.

Le gonflement habituel de la plaie de la vessie dans les opérations de taille a été tel, que le premier jour le malade urinait par la verge. Cela semble démontrer que la plaie était peu étendue, et que, comme cela est déjà connu, malgré l'écartement permis aux lames du lithotome, celui-ci a incisé la prostate dans une étendue bien inférieure à celle qu'aurait fait supposer le sinus de l'angle d'écartement des lames.

Le calcul de phosphate terreux est tout à fait en rapport avec ce que nous connaissons de son origine; il y a eu dans une loge de la vessie où stagnait l'urine une inflammation partielle, et cet état a déterminé la formation d'un dépôt de sels calcaires.

Au point de vue de l'exploration avec l'endoscope de M. Desormeaux, il reste un seul doute. Comment, en effet, expliquer l'aspect d'un calcul si petit et si peu en relation avec un calcul pareil à celui qui a été extrait? Peut-être faut-il supposer que la portion libre du calcul s'est accrue avec rapidité en cinq mois.

Depuis Ledran, les pierres enchatonnées ont été l'objet de tentatives diverses. Ce chirurgien (1) avait renoncé à extraire un de ces calculs au moment de l'opération de la taille; il avait attendu sept semaines, pendant lesquelles il avait tenu la plaie de la vessie ouverte à l'aide d'une canule. Lapeyronie, en 1731, avait fait l'extraction immédiate en tirant avec une certaine force et en luxant pour ainsi dire la pierre par un mouvement de va-et-vient; mais un accident grave était apparu plusieurs heures après l'opération. Une hémorrhagie entraîna la mort: elle était due à la déchirure de l'orifice de la loge de la vessie où était enfermé le calcul (2). Dans ce cas, il est vrai, la pierre était très-volumineuse et irrégulière; elle avait près de 5 centimètres dans son plus grand diamètre, et Boyer pensait qu'elle était adhérente à la vessie. Mais il est plus probable que c'étaient les irrégularités de la pierre qui formaient les principaux obstacles à sa sortie.

Anévrysme de l'artère ischiatique.

Vendredi dernier, M. Nélaton a pratiqué une injection de 25 gouttes de perchlorure de fer à 20°, dans un anévrysme de la partie terminale de l'artère ischiatique, faisant saillie sur la fesse et ayant le volume du poing.

Un grand intérêt s'attache à cette opération. Le malade qui a été soumis à ce mode opératoire porte un anévrysme récidivé après la ligature de l'artère ischiatique au-dessus de la tumeur, opération unique jusqu'ici, et qui a été faite par M. Sappey en 1850.

Le procédé des injections coagulantes, auquel M. Nélaton a eu recours dans sa pratique, et qui a été suivi de succès dans un cas où l'anévrysme, siégeant sur le tronc de l'ischiatique, occupait à la fois le petit bassin et la région ischiatique, vient d'être de nouveau mis à l'épreuve, et servira sans doute une fois de plus à démontrer que les manœuvres exercées sur une tumeur anévrysmale ont plus de chance de guérir que la ligature par la méthode d'Anel.

M. Nélaton a exposé à ses élèves les indications qui ressortaient de ce fait. Nous publierons prochainement cette leçon.

Ligature de la carotide primitive.

A l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Maisonneuve, il a été fait, il y a un mois, une ligature de la carotide primitive pour une hémorrhagie produite par la chute d'une eschare après la destruction d'une tumeur du cou par la cautérisation.

La ligature, qui a été pratiquée par M. Broca, a présenté cette double particularité, que la ligature a dû être faite, à cause de l'état des parties malades, entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien, et que, après la ligature, le sang revenait par le bout supérieur du vaisseau. Des symptômes cérébraux, de la somnolence ont été observés, et le malade a succombé.

L'observation a été prise avec détails, et sera publiée par M. Dard, interne du service de M. Maisonneuve. Nous ne donnons ici qu'un sommaire de l'observation, et nous nous empresserons de la publier dès qu'elle nous sera parvenue. En attendant, nous donnons juste ce qu'il faut pour les besoins de la statistique.

(1) Ledran, *Opérations de chirurgie*, p. 275.

(2) Boyer, t. IX, p. 339.

DE L'APHASIE.

Deux observations pour servir à compléter l'histoire de cette affection :

L'une de cause externe ou traumatique. — L'autre de cause interne ou essentielle.

Guérison dans les deux cas.

Par le docteur DUBOURG, médecin de l'hospice de Marmande.

OBS. Ire. — (C'est la plus ancienne : elle date de plus de trente ans; elle est extraite du *Journal hebdomadaire de médecine*, année 1830; mais comme elle n'existe plus dans la mémoire de personne, je crois utile de la rajeunir, pour l'accommoder à la question si bien étudiée par M. le professeur Trousseau. Ma seule ambition, en exhumant des faits déjà anciens, est de contribuer autant que possible à fixer la nature et le siége du phénomène aphasique.)

M. F. L..., âgé de trente-deux ans, tomba de cheval le 10 octobre 1827. Le mouvement de la chute avait rejeté au loin le chapeau, en sorte que la tête frappa à nu sur le pavé; aussitôt M. F... est transporté sans connaissance dans une maison voisine, où il reprend momentanément ses sens, et de là à son domicile, où il les perd de nouveau. — Saignée du bras (*bis*) dans la soirée et dans la journée suivante.

Dans la nuit du 12 au 13, délire violent, agitation, loquacité incompréhensible. (Saignée du pied.) M. F... se lève brusquement, fait quelques pas sur le parquet et retombe avec des mouvements convulsifs. — Potion avec laudanum, 15 gouttes, à prendre toutes les demi-heures.

Le 13 au matin, consultation de MM. Roux et Marjolin. (J'étais alors interne de M. Roux, et c'est à ce titre que je fus placé auprès du malade, où je restai une quinzaine de jours.) On remarque dès lors : contraction du muscle orbiculaire des paupières, soupirs plaintifs et fréquents; perceptions assez distinctes, mais point de réponse aux interpellations : il semble qu'il y ait perte de la mémoire des mots ou impossibilité de les articuler; l'artère radiale donne 110 pulsations par minute; au reste, il n'y a pas de lésion grave apparente à la surface du crâne. On y distingue seulement, vers le front, une légère excoriation, sans tuméfaction ni empâtement. — Ventouses scarifiées aux deux tempes, au front et derrière l'apophyse mastoïde droite; même potion.

Après cette opération, que le malade a supportée avec impatience, il se manifeste de temps à autre des mouvements convulsifs. Dans la journée, le pouls s'élève à 128 pulsations. (Compresses réfrigérantes sur la tête.) Dans la nuit, M. F... exprime plus fréquemment et plus énergiquement ses souffrances vers la tête par des gestes et des termes inintelligibles. — Vésicatoire à la nuque; 20 centigr de calomel.

Le 14, même état des facultés mentales; alternatives d'excitation et de calme; gestes fort expressifs de douleur, mais absence totale de mots articulés. Cependant, le malade paraît entendre ce qu'on lui dit. Variations du pouls; respiration élevée et fréquente. — Calomel, jalap, topiques froids.

Dans la nuit suivante, on observe, durant la première partie, exaspération produite par les applications froides; pendant la deuxième partie, alternatives de calme et d'agitation, dans lesquelles l'état cérébral et les coliques ont paru avoir une part à peu près égale. — Poudres purgatives.

Les 15, 16, 17, consultations trois fois par jour de MM. Marjolin, Magendie, Roux, Bourdois de Lamothe. Le malade montre un peu plus d'aptitude à des actions régulières : ainsi il se lève, marche vers sa commode qu'il fait ouvrir et désigne un foulard dont il se coiffe, mais les mots lui manquent pour rendre ses pensées... Pouls de 90 à 100; selles nombreuses.

Les cinq ou six jours suivants, continuation des mêmes symptômes et surtout des évacuations alvines provoquées par les substances purgatives. M. F... s'agite beaucoup, se lève et se recouche à des intervalles très-rapprochés : on remarque une plus grande lucidité dans les idées; quelques mots sont articulés nettement, mais sans aucun sens.... Le malade s'emporte parce qu'on ne peut pas comprendre ce qu'il veut dire; il paraît particulièrement préoccupé d'une affaire d'intérêt, et à tout moment il exhale sa colère contre un inconnu en disant : *Le coquin ne viendra pas, ah! le coquin!* — Lavement purgatif, séton à la nuque, bains tièdes avec ablutions froides.

Les jours suivants, on continue l'emploi des bains, qui sont supportés docilement, mais non les ablutions froides. M. F... prononce des fractions de mots, des monosyllabes qui n'ont aucun sens, puis il adopte avec une prédilection presque exclusive un mot de son invention, le mot crété, dont il fait successivement un verbe, un substantif, un adjectif : *Je suis crété*, vous *êtes crété*, vous m'*avez crété*, *donnez-moi du crété*. Peu à peu, il prête plus d'attention à ce qu'on lui dit et parvient à répondre *oui* et *non;* hors de là, paroles incohérentes, incompréhensibles.... Enfin les perceptions sont parfaitement nettes, mais les mots propres arrivent avec beaucoup de peine pour exprimer des réponses ou adresser des questions : il faut à nouveau faire, pour ainsi dire, l'éducation de l'organe de la parole, apprendre une seconde fois tout le vocabulaire français. Ce travail a duré deux mois.

OBS. II. — Vers la fin du mois d'octobre 1858, M. X..., fonctionnaire public, vint passer deux mois de congé dans l'arrondissement de Marmande dans le but de se rétablir d'un dérangement notable consistant principalement dans un affaiblissement général avec céphalalgie presque continue, inappétence, amaigrissement, teinte ictérique, et au bout de quatre ou cinq semaines environ, perte de la faculté d'exprimer sa pensée et d'articuler de suite certains mots, qui restaient comme suspendus à ses lèvres.... Les deux mois consacrés au traitement étaient près d'expirer. M. X... fut obligé de partir pour Paris, où sa famille désira qu'il consultât quelques-unes de nos célébrités médicales. Je l'adressai à M. Bouillaud, muni de la note suivante, qui résume toute l'histoire de sa maladie jusqu'à ce moment, et qui avait pour but d'abréger les recherches de nos illustres confrères sans avoir la prétention d'influencer leur jugement :

« M. X..., d'une forte complexion, tempérament bilieux, ne s'est jamais livré à aucun genre d'excès, mais s'est adonné sérieusement aux travaux exigés par sa position. Il n'a jamais fait de maladie grave et longue, mais il a été tourmenté à diverses époques par des douleurs rhumatismales errantes aux membres, aux épaules, aux reins, jamais au cœur ni à la poitrine. Le dérangement de sa santé a commencé par un trouble des fonctions digestives : le teint est devenu plus ictérique, le dégoût a persévéré malgré tous les moyens employés en pareil cas.

» Une éruption cutanée intercurrente a cédé aux purgatifs, à l'iodure de potassium; c'était un ecthyma qui ne paraissait avoir aucune origine suspecte.

Mais les forces musculaires diminuaient toujours; une céphalalgie s'est déclarée, obtuse, irrégulière quant à son intensité et à sa durée, mais ayant pour siége presque constant la région frontale, ou plutôt la surface antérieure du crâne correspondant aux lobes cérébraux.

Cet état a duré pendant tout l'été de la présente année, et a dû nécessairement être entretenu et aggravé par un surcroît de travail et de préoccupations.

Enfin, le repos et des soins hygiéniques étant devenus indispensables, M. X..., établi à la campagne, eut recours à mes conseils : le changement d'habitudes, le bon régime et le bon air, produisirent dans l'espace d'une semaine le meilleur effet sous quelques rapports, mais la céphalalgie opiniâtre me parut mériter la plus grande attention, et une sorte d'intermittence, coïncidant avec une extrême faiblesse du pouls, m'engagea à recourir aux antipériodiques et aux antispasmodiques, qui ne réussirent que médiocrement.

Sur ces entrefaites, M. X... fut atteint inopinément d'une conjonctivite générale avec chémosis, qui fut combattue par des moyens énergiques. — Sangsues aux tempes, collyres astringents, large vésicatoire à la nuque, etc.

Mais lorsque l'œil a été guéri, une nouvelle affection s'est déclarée, ou pour mieux dire s'est *démasquée*, car elle avait déjà donné quelques signes fugitifs, que j'avais surpris et qu'on tâchait d'atténuer ou d'interpréter favorablement.

Cette affection est d'origine cérébrale, intermittente et toujours apyrétique. En voici les traits principaux :

Hésitations et quelquefois impossibilité absolue pour trouver et articuler l'expression de la pensée. L'idée n'est pas toujours parfaitement nette, mais plus souvent les pensées abondent et un balbutiement insurmontable les fait avorter; cette sorte de crise passe après quelques minutes, un quart d'heure d'embarras, embarras compris par le malade et augmenté par l'émotion que lui donne cette découverte.

Cet état se produit plusieurs fois dans la journée, et notamment lorsque M. X..., après les repas, sort de ses appartements et s'expose au grand air. Dans la plus grande partie de la journée, M. X... cause et traite tous les sujets avec la facilité et la verve qui lui sont habituelles.

Je dois ajouter ici, que, dans ces derniers jours, depuis que ces manifestations sont devenues plus caractéristiques, les renseignements que j'ai recueillis me portent à penser que cette affection remonte à plusieurs mois, mais d'une manière obscure, fugitive, insaisissable.

Si M. X... devait rester sous ma direction, j'instituerais un traitement dont les révulsifs ou exutoires au sinciput ou à la nuque seraient la base.

CONSULTATION DE M. BOUILLAUD. — Parfaitement exposés dans la note de notre honorable confrère et ami le docteur D..., ces antécédents ne se composent d'aucune maladie réellement grave des viscères intérieurs. La violente conjonctivite éprouvée à une époque récente est évidemment postérieure à l'affection actuelle, et pour laquelle M. X... est venu réclamer nos conseils. Il ne serait pas même impossible que la phlegmasie oculaire et son traitement eussent momentanément enrayé la marche de l'affection, objet principal de cette consultation.

Pendant la visite que nous avons faite à M. X... et la conversation que nous avons eue avec lui, nous avons pu constater les phénomènes signalés par le docteur D..., et spécialement l'hésitation en certains moments, quand il s'agit de construire une phrase et de trouver les divers mots dont elle se compose. Nous devons noter toutefois que pendant le cours de la conversation, l'hésitation, l'embarras de la parole faisaient bientôt place à une élocution libre et dont tous les éléments étaient très-distinctement coordonnés et articulés. Il nous reste maintenant à chercher la solution du double problème posé par notre honorable confrère, savoir le nom et le siége ou la localisation de l'affection cérébrale dont il a donné la description.

1° En raison des causes sous l'influence desquelles s'est produite l'affection qui nous occupe, on pourrait lui donner le nom de *fatigue cérébrale*, n'ayant encore déterminé autre chose qu'un état de congestion sanguine ou d'hyperémie dans la portion du cerveau qu'elle occupe, mais susceptible — si l'art ne parvenait à en arrêter les progrès — de donner naissance à un travail inflammatoire ou hémorrhagique.

2° Quant au siége *spécial* de la lésion, les observations et les recherches longtemps poursuivies du professeur soussigné ne lui permettent pas de douter qu'il ne se trouve dans la partie antérieure des lobes cérébraux ce qui, dans le cas actuel, est en rapport avec ce que M. D... a décrit du siége de la douleur de tête, à la région frontale, etc.

Traitement. — D'après ce que l'on sait sur la cause essentielle de l'affection, à savoir, un surcroît de travaux intellectuels, la première indication à remplir est de laisser reposer l'organe malade pendant un temps suffisant, de rester pendant tout l'hiver à une température douce, de seconder ces moyens par l'application d'un séton à la nuque, et enfin de faire usage de purgatifs salins tous les huit ou dix jours.

Ces indications principales et résumées ici ont été remplies avec une grande exactitude pendant plusieurs mois; le séton a été entretenu pendant un an, et le succès le plus complet a couronné cette médication.

M. Andral, qui fut également consulté, partagea si complétement la manière de voir de M. Bouillaud, qu'il jugea superflu de délivrer une autre consultation.

Depuis 1859, la guérison de M. X... ne s'est pas démentie.

Comme il est facile de le voir, ce qu'il y a de nouveau dans l'affection ou le phénomène morbide qui ressort des observations ci-dessus, c'est le *mot* et non la *chose*. Quoi de plus évident, en effet, dans l'un et l'autre cas, que la lésion d'un organe ou partie d'organe présidant au langage articulé? Et cependant, c'est à la recherche d'une dénomination appropriée que nous devons les nouvelles études et les nouvelles observations faites et publiées de toutes parts. Toutefois, nous ne pensons pas que ce soit ni la singularité du mot ni celle du phénomène en lui-même qui ont excité le principal intérêt et l'émulation du moment; c'est plutôt, ce nous semble, le désir de localiser définitivement l'affection, d'investir une portion déterminée du cerveau de la faculté d'exprimer la pensée, de confirmer ou d'infirmer des assertions physiologiques et anatomiques depuis longtemps controversées.

On sait l'abîme qui sépare les organiciens et les vitalistes. Entre les deux partis, il y a celui des neutres, qui est peut-être le plus nombreux et à coup sûr le plus à l'aise.

Ce n'est pas ici le lieu d'aborder ces graves questions, et encore moins d'émettre la prétention de les résoudre. Tout au plus nous est-il permis d'introduire dans le débat quelques modestes réflexions basées sur les faits cliniques et l'anatomie pathologique.

Après avoir lu le travail si méthodique et si logique de M. Auburtin, les observations si précises de M. Broca et d'autres investigateurs, on est bien disposé, ce me semble, à rapporter les lésions physiologiques résumées dans le mot *aphasie* à une lésion matérielle des circonvolutions cérébrales des lobes antérieurs. La dernière observation consignée dans ce journal (9 février) par M. Guéniot, et qui semble tendre à la négative, me paraît au contraire favorable au système de la localisation tel à peu près qu'il a été établi dès 1825 par M. Bouillaud. Les deux faits que nous venons de rapporter n'ont pas eu, à la vérité, le complément de l'autopsie cadavérique; mais tout nous parait concourir, sous le rapport des symptômes, à faire croire que cette portion antérieure des lobes cérébraux était le siége d'une *contusion*, d'un *travail inflammatoire ou congestionnel* dont la marche a été enrayée par un traitement vigoureux continué avec persévérance, l'un pendant deux mois (M. F. L...), l'autre pendant près d'un an (M. X...). Nous avions déjà incliné vers cette opinion en 1830, nous nous y sommes rangé en 1858; les derniers travaux sur cette matière nous engagent à y persévérer jusqu'à démonstration contraire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 mars 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

DISCUSSION.

Thérapeutique des kystes hydatiques du foie.

M. DOLBEAU. La discussion soulevée devant la Société touche à sa fin; je ne reviendrai pas sur certains points divergents du but primitif. Je veux seulement rétablir que j'avais appelé la discussion des indications opératoires pour les kystes du foie, j'avais dit qu'il fallait opérer quand des kystes à marche rapide et envahissante menacent de se rompre, quand le kyste renferme du pus. Au contraire, M. Boinet veut qu'on opère dès qu'on a reconnu l'existence d'un kyste; il y a donc entre nous une dissidence marquée.

Ce qui m'a porté à formuler ces indications, c'est que j'ai été effrayé des résultats du traitement; sur les six malades que j'ai traités par l'opération, j'en ai perdu cinq. M. Boinet croyait trouver ces faits relatés dans ma thèse inaugurale, ils n'y figurent pas par la raison simple qu'à l'époque où je rédigeais ce travail, je ne soignais pas encore de malades; mais cela n'autorisait pas M. Boinet à dire que j'ignore ce qui est écrit dans ma thèse; destinée à élucider une question d'anatomie pathologique, elle ne contient que des observations recueillies à ce point de vue.

M. Boinet se plaint de la confusion que je fais entre l'emploi de la sonde à demeure et celui des injections iodées; si l'un de nous confond, je crois plutôt que c'est M. Boinet, qui parle à tout propos de kystes de l'ovaire quand il s'agit de kystes du foie. On sait quelles différences existent entre ces deux variétés de tumeurs.

Je ne reviendrai pas sur les questions de priorité, qui ont été suffisamment discutées.

M. VOILLEMIER. M. Boinet m'a prêté des opinions et il a cité mes paroles; je ne le suivrai pas dans toute son argumentation, pour ne pas imposer à la Société de trop longues lectures en réponse à ce que je dirai.

M. Boinet me reproche de repousser un procédé sans vouloir l'expérimenter; il me dit que cette critique n'est pas scientifique. Loin de là, je pense que suivre cette marche est à la fois plus scientifique et plus humain.

En présence d'un procédé opératoire nouveau, on n'est excusable de l'employer que si, après les avoir pesés et jugés tous, on le trouve le meilleur et surtout en cas de revers. C'est seulement à cette condition que la conscience du chirurgien peut être en repos. Faudrait-il donc pour avoir une opinion sur tous les procédés opératoires être astreint à les expérimenter tous? On nous a déjà reproché les vivisections, que serait-ce si on pouvait nous accuser d'expérimenter sur le vivant! Je suis d'autant plus à l'aise pour parler maintenant du procédé en discussion que M. Boinet est désintéressé, puisque ce procédé est celui d'Owen Rees.

J'ai dit que le procédé était mauvais. Deux fois je l'ai mis en pratique, en 1847 et en 1856. Chez mon premier malade, après la ponction, j'introduisis une grosse sonde que je laissai en place.... je crus à la guérison, mais deux ans plus tard une récidive était évidente, et M. Denonvilliers pratiquait une nouvelle opération. Je n'ai pas publié ce fait, parce que je n'ai pas l'habitude de communiquer au public chaque coup de bistouri que je donne, surtout lorsque je peux craindre qu'on ne dise que M. tel ou tel en a fait autant avant moi.

M. Barthez m'a communiqué trois faits qui déposent dans le même sens. Dans le premier cas, il employa la sonde à demeure, le malade mourut; dans les deux derniers, la méthode de Récamier donna un succès absolu.

J'ai relu avec soin tous les textes que j'ai cités dans le cours de la discussion, et j'affirme n'en avoir altéré ni la lettre ni l'esprit. Il y a un petit nombre de faits publiés avec des détails assez précis pour qu'on puisse juger en pleine connaissance de cause du résultat de la méthode employée, mais l'impression qui m'est restée de toutes mes lectures est que la méthode de Récamier est encore la plus sûre et la meilleure.

Je dis que la ponction sans adhérences préalables avec placement d'une sonde pour déterminer ces adhérences est dangereuse hormis un seul cas, celui où on est certain que des adhérences spontanées existent entre la paroi abdominale et le kyste, et où il faut agir très-promptement.

Et la preuve que la ponction est dangereuse, c'est qu'on a observé des cas de mort déterminés par elle. Il suffit de se rappeler le cas de M. Moissenet, qui semble se reprocher d'avoir choisi le procédé des ponctions capillaires et n'avoir été enhardi que par les discussions de la Société.

Je crois en somme que si la Société de chirurgie était appelée à se prononcer sur ce point de pratique important, elle ne manquerait pas d'émettre des conclusions favorables à la méthode de Récamier.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai jamais eu l'occasion de traiter des kystes suppurés du foie. Tous ceux que j'ai observés contenaient un liquide limpide. J'ai opéré quatre malades, j'ai eu quatre succès. Je n'oserais affirmer qu'il n'y ait pas eu de récidive après un certain temps, mais j'ai laissé les malades guéris.

Dans un premier cas, chez une femme, une ponction évacuatrice a suffi; chez un second malade, qui était maréchal ferrant, j'appliquai la potasse caustique, et je fis à travers l'eschare une ponction suivie d'injection iodée. Récemment, j'ai guéri deux autres malades par la ponction et l'injection iodée.

Je faisais d'abord une simple ponction évacuatrice, puis, au bout d'un certain temps, si le liquide se reproduisait, j'en venais à l'injection iodée.

On a peut-être eu tort de vouloir restreindre l'intervention chirurgicale aux cas où il y a inflammation du kyste, car on observe des individus dont la vie est menacée par le seul fait que le kyste tend à s'accroître.

Bien que les faits que j'ai observés diffèrent sous certains rapports de ceux sur lesquels a porté la discussion, j'ai cru devoir les citer, parce qu'il me paraît utile que chacun de nous ici donne le résultat de son expérience personnelle.

M. BOINET. J'ai répondu aux objections qui m'ont été adressées par mes collègues, je n'y reviendrai pas. Je veux seulement répondre à M. Giraldès au sujet de la faculté qu'il me prête de faire abstraction des travaux d'autrui. Il suffit de jeter les yeux sur mon travail pour constater que j'ai cité la majeure partie des auteurs qu'il signale, et M. Cruveilhier, et Bérard, et le *Compendium* de médecine.

Quant à M. Voillemier, bien que nous différions sous beaucoup de rapports, nos conclusions se rapprochent, puisqu'il reconnaît que dans certains cas on peut pratiquer une ponction d'emblée. La Société et les chirurgiens jugeront la valeur et les conditions de la pratique que j'ai défendue.

M. VOILLEMIER. La discussion a montré les différences qui existent entre M. Boinet et moi. Je ne comprends guère qu'il n'ait pas tiré une autre conclusion du premier fait qu'il a cité. Cette première expérience était tout en faveur de la méthode de Récamier, tandis que M. Boinet s'en fait un point d'appui pour préconiser sa nouvelle manière d'agir.

La discussion est close.

ÉLECTION.

La Société nomme à l'élection une commission de trois membres chargés d'examiner les titres des candidats à la place de membres titulaires.

Sont nommés membres de cette commission, MM. Danyau, Verneuil et Guyon.

RAPPORT.

M. BROCA lit un rapport sur un travail de M. le docteur Chassaniol, tendant à prouver les avantages d'un lien simple et fin sur les liens doubles employés dans la ligature des principales artères. (Nous publierons ce rapport.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Ostéomyélite suppurée du fémur, consécutive à une tumeur blanche du genou; fracture sous-trochantérienne spontanée. — Mort. Autopsie; par le docteur AZAM, professeur adjoint de clinique chirurgicale à Bordeaux, correspondant de la Société de chirurgie.

M.... (Jean), âgé de trente-sept ans, carrier, entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans mon service, le 17 janvier 1864, pour y être traité d'une tumeur blanche de l'articulation du genou gauche.

L'articulation est malade depuis environ dix-huit mois; six mois après l'invasion de la maladie, M.... a fait dans l'hôpital un séjour d'une vingtaine de jours. Il est sorti, ne voulant pas souscrire aux raies de feu qui lui étaient proposées; rentré chez lui, son état s'est un peu amélioré, et quelques abcès de peu d'étendue qu'il portait autour de l'articulation se sont spontanément fermés. Au printemps de l'année dernière, il a recommencé son travail pénible, non sans ressentir quelquefois de vives douleurs; deux mois avant sa deuxième entrée, son genou s'étant tuméfié de nouveau, la marche est devenue impossible; d'autres abcès se sont formés, et ce n'est qu'après de vives souffrances qu'il s'est décidé à recourir à nos soins.

A son entrée, il est dans un état déplorable, il ressemble à un vieillard; son amaigrissement est extrême; cependant ses organes sont sains, le genou est peu tuméfié; mais les surfaces articulaires sont érodées, et le pus a depuis longtemps franchi les culs-de-sac de la synoviale. Un abcès ossifluent considérable occupe toute la partie interne et supérieure de la jambe. Un autre abcès, plus vaste encore, existe à la partie inférieure et interne de la cuisse; cet abcès, ouvert par un trajet fistuleux insuffisant, laisse écouler une très-grande quantité de pus. Ce pus paraît venir de deux directions, la partie inférieure de la diaphyse du fémur et la partie supérieure et interne de la cuisse. Le fémur paraît malade dans toute sa moitié inférieure; il est douloureux à la pression, et la main peut reconnaître deux points tuméfiés, qui s'aplatissent à la longue sous les doigts et qui donnent la sensation d'un œdème profond et dur.

Dans cet état de choses, je dus me poser la question de l'amputation, opération que l'état général du malade ne paraissait pas contr'indiquer; il n'en était pas de même de l'état local.

De ce côté plusieurs difficultés se présentaient: en premier lieu l'os paraissait malade dans sa moitié inférieure, et l'amputation ne pouvait être faite que très-haut; d'autre part, l'abcès remontait si haut, qu'à quelque point que l'amputation fût faite, un cul-de-sac revêtu d'une membrane pyogénique serait resté dans le moignon.

Devant ces complications, je résolus d'attendre, en améliorant l'état local; dans ce but, je fis un large drainage de la cuisse et de la jambe, et je pratiquai tous les deux jours des injections iodées; la quantité de pus paraissait avoir diminué, lorsqu'un matin je trouvai la cuisse raccourcie et renversée en dehors, le fémur était fracturé au-dessous des trochanters; l'accident avait dû arriver la veille en changeant de lit; le malade ne s'en était pas aperçu. Deux jours après une infiltration purulente s'est faite dans le tissu cellulaire de la cuisse, au niveau du grand trochanter, et le pus s'écoule par un trajet fistuleux spontanément créé en ce point. En même temps des plaques de gangrène se montrent à la jambe, et le malade succombe à l'épuisement le 20 février. Il n'a pas ressenti de vives douleurs et n'a eu aucun symptôme d'infection purulente.

Autopsie. — L'articulation du genou présente les désordres ordinaires des tumeurs blanches à la dernière période; les cartilages sont détruits, les extrémités articulaires dénudées et rugueuses.

On remarque sur le plateau du tibia un séquestre irrégulier d'environ 2 centimètres de large; la rotule est saine et l'articulation est vide de pus. La partie supérieure et interne de la jambe est occupée par un vaste foyer qui décolle les muscles du mollet.

En haut, à la partie supérieure du condyle interne, on remarque un orifice dans le point où existait le cul-de-sac supérieur et interne de la synoviale; cet orifice est celui d'un canal qui remonte contre le fémur jusqu'à son milieu; là ce canal s'élargit, et, pénétrant entre les adducteurs, forme le vaste foyer dont nous avons parlé plus haut. Dans tous les points où le pus a été en contact avec la diaphyse du fémur, le périoste est décollé ou détruit.

L'os dégagé de ses parties molles, nous reconnaissons ce qui suit:

Un peu au-dessous des trochanters, il existe une fracture presque transversale, à bords dentelés, amincis et rugueux; du foyer de cette fracture s'écoule une grande quantité de pus; ce liquide sort de l'os lui-même, surtout de la partie inférieure. Dans le fragment supérieur, le foyer a pour limites le tissu spongieux des trochanters. Le fémur étant scié transversalement dans son milieu et la partie inférieure ouverte en long, je reconnais que la moelle a complétement disparu, remplacée par du pus, sauf 2 ou 3 centimètres de sa partie la plus inférieure, où elle est rouge, mais non purulente.

En bas et en arrière de la diaphyse, points où le canal purulent était en contact avec l'os, le périoste est détruit ou décollé; le tissu osseux ne présente pas d'ouverture appréciable à l'œil, mais il est comme infiltré de pus, très-aminci, et le scalpel pénètre facilement dans la cavité médullaire. La face opposée de la diaphyse présente, au contraire, un épaississement notable. On remarque surtout deux points dans lesquels il y a une véritable hyperplasie de tissu osseux. Le périoste est épaissi; au-dessous de lui sont trois ou quatre couches superposées d'os nouveau.

Cette nouvelle production n'est pas très-dure; elle se laisse couper par le scalpel; c'est dans ces points que du vivant du malade on reconnaissait une tuméfaction et une sorte d'œdème dur, cédant lentement sous les doigts.

Après l'enlèvement de ces couches osseuses de nouvelle formation, on reconnaît que la diaphyse primitive était à leur niveau très-amincie.

A partir de 6 centimètres au-dessous de la fracture, le fémur porte des traces manifestes de l'ostéite la plus violente, ostéite qui paraît plus aiguë et plus récente que celle du tiers inférieur; le tissu osseux est rouge, les canalicules très-développés; le périoste est épaissi et doublé d'incrustations osseuses en général minces, mais très-visibles. Postérieurement le tissu osseux est ramolli et se laisse facilement couper. Au niveau de la fracture l'os est tellement aminci qu'il est devenu transparent, et il est facile de comprendre qu'elle ait pu avoir lieu sans que le malade en ait eu conscience.

Le tissu spongieux des condyles, étudié au moyen de deux traits de scie, est rouge, mais ne contient aucune trace de pus.

La tête et les deux trochanters, qui forment le fragment supérieur, sont sains, sauf la partie en contact avec le pus qui remplissait le foyer de la fracture.

L'articulation coxo-fémorale, bien que très-voisine, n'a pas eu le temps de s'enflammer.

Le mécanisme de la formation de cette grave ostéomyélite présente de l'intérêt. Le pus formé primitivement dans l'articulation du genou s'est répandu dans la cuisse en rompant le cul-de-sac supérieur de la synoviale; le canal qui le contenait s'est trouvé en contact immédiat avec la diaphyse du fémur; l'os baigné par le pus s'est enflammé, ramolli, aminci, et la moelle qu'il contenait est entrée en suppuration; mais cette inflammation de la moelle, loin d'amener, comme on l'a dit, une nécrose de la diaphyse, a au contraire provoqué une ostéoplasie; à mesure que la diaphyse s'amincissait en avant, le périoste sécrétait extérieurement des couches de tissu osseux.

Le pus produit par l'ostéo-myélite dans cette cavité close devait chercher à s'échapper. Par suite de la position du malade, le genou élevé, il s'est dirigé vers le haut du canal médullaire; là il a amené une inflammation nouvelle dont les traces sont plus récentes, et il a tellement aminci les parois qui le contenaient qu'une fracture spontanée a eu lieu, et il a pu s'écouler au dehors.

Je ferai remarquer que cette ostéo-myélite incontestable n'a pas été accompagnée des vives et profondes douleurs qui ont été signalées par les auteurs, et dont il est difficile, je le reconnais, de s'expliquer l'absence; le malade, en effet, n'a pas plus souffert pendant les jours qui ont précédé sa fracture spontanée qu'après l'issue naturelle du pus hors du canal médullaire.

J'ajouterai qu'il n'a présenté aucun signe d'infection purulente, complication qui succède, en général, à l'ostéomyélite aiguë. Il est mort d'épuisement.

Au point de vue pratique, cette observation présente un vif inté-

rét. Il est d'usage vulgaire, dans les tumeurs blanches, d'amputer la diaphyse de l'os voisin, même dans la période la plus avancée du mal, pourvu que l'état général soit sain et que l'opération soit faite au-dessus de la limite de l'altération.

Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, j'aurais suivi cette conduite, et en sciant l'os au-dessus des points où il était tuméfié, j'aurais pensé opérer au-dessus du siége du mal; heureusement le cul-de-sac purulent qui remontait jusqu'à la racine du membre a arrêté mon couteau. Le malade aurait infailliblement succombé à l'ostéomyélite préexistante. Un certain nombre des amputés pour tumeur blanche ne sont-ils pas emportés par la continuation de cette maladie qui reste inaperçue?...

L'os était malade assez haut, je le savais, mais je devais penser que la lésion était due à une propagation directe du mal au travers des condyles, et non à une ostéomyélite provoquée par une cause pour ainsi dire indirecte.

Il est donc possible, cette observation en est la preuve, qu'un abcès ossifluent, par un contact prolongé avec une diaphyse, puisse amener une inflammation avec suppuration de la moelle et détruire ainsi les chances de salut que peut donner au malade une amputation dans la continuité de l'os. En cas pareil, ou le chirurgien s'abstiendra, ou il sera contraint, suivant le précepte de M. Tharsile Valette, d'amputer dans l'articulation voisine.

Mais comment le chirurgien sera-t-il éclairé, et quels sont les signes qui pourront légitimer une décision aussi grave?

Je pense qu'il devra prendre en sérieuse considération la présence du pus dans le voisinage des diaphyses, lorsque cette présence lui aura été démontrée; il devra s'assurer, quelle que soit son origine, si le pus est ou a été en contact immédiat avec l'os, et si celui-ci est dénudé ou altéré.

Il devra aussi rechercher si l'os est altéré dans sa forme. Chez notre malade, il était évidemment tuméfié en deux points qui présentaient des ostéophytes, et une sorte d'œdème dur cédant sous le doigt. L'un de ces points correspondait à la limite inférieure du mal.

Cette tuméfaction limitée, ces sortes de bourrelets abrupts, ont été déjà signalés à la Société de chirurgie par MM. Chassaignac et Marjolin, dans le cas d'ostéomyélite. L'observation précédente en est un exemple de plus.

Quant à la douleur, autre symptôme en général signalé, elle a manqué chez notre malade. Cette absence est peut-être due à l'abattement de ses derniers jours. Quoi qu'il en soit, des douleurs profondes devront appeler l'attention du chirurgien.

Je n'insisterai pas davantage. Qu'il me suffise de dire que le chirurgien, averti de la possibilité d'une ostéomyélite qui peut modifier sa conduite, doit, dans des cas analogues, la rechercher par tous les moyens que la science indique.

M. MARJOLIN. Quatre fois j'ai eu occasion d'observer des fractures spontanées chez des enfants atteints d'ostéopériostite de longue durée. Au moment où l'os ancien n'est plus assez fort pour supporter le poids du membre, il se rompt sous l'influence du plus léger effort. Dans ces cas, le cal peut se former comme s'il n'y avait pas de séquestre, quelquefois il est un peu retardé; il faut plus tard enlever les séquestres à travers les formations osseuses nouvelles.

M. BROCA. La fracture n'a pas lieu sur cette pièce à un point d'union entre un séquestre et l'os vivant; elle a lieu sur un point atteint d'ostéite, ainsi qu'on peut en juger par les traces évidentes qu'on remarque sur l'os fracturé.

M. RICHET. J'ai vu autrefois un fait de cette nature chez un jeune homme ayant à la cuisse un vaste foyer de suppuration. La fracture se produisit en portant le malade sur son lit. Je voulus amputer la cuisse; mais je fus forcé de faire la désarticulation, à cause de la hauteur de la fracture. Depuis, j'ai vu bon nombre de ces fractures spontanées.

M. BROCA. Je n'ai pas dit que ces faits fussent rares.

M. CHASSAIGNAC. Il est difficile de dire par quel point du système osseux a débuté une inflammation, surtout quand il y a eu une maladie antérieure d'une certaine durée. J'ai observé que dans l'ostéomyélite aiguë et simple, il n'y a jamais de stalactites osseuses de nouvelle formation. Le périoste, décollé par la suppuration, ne donne lieu à aucune sécrétion de substance organisable. Mais ce caractère appartient en propre à l'ostéomyélite primitive.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Un médecin aussi intéressant par ses malheurs que par ses talents et son honorabilité, a fait appel à nos sentiments de mutualité et de solidarité pour chercher les moyens de publier un ouvrage dont il est l'auteur, et dont son défaut de fortune ne lui permet pas de faire les frais d'impression. Ce très-honorable médecin est M. le docteur Dumont (de Monteux), qui, dans un ouvrage intitulé *Testament médical*, a fait le récit de la névropathie cruelle dont il subit les atteintes depuis un grand nombre d'années, et qui prit son origine dans le dévouement professionnel de ce digne confrère pendant la terrible épidémie cholérique de 1832.

Le manuscrit du *Testament médical*, adressé à l'Académie impériale de médecine, a été le sujet d'un rapport étendu et très-favorable fait par M. le docteur Bally, le vénérable Nestor de cette société savante. A l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, sous la présidence de M. Sauzet, M. le docteur Théodore Perrin a également fait un rapport remarquable.

C'est sous les auspices de ces illustres compagnies savantes que nous venons solliciter une souscription pour l'impression du *Testament médical* de M. le docteur Dumont (de Monteux), médecin de la Maison centrale de Rennes, autrefois au mont Saint-Michel.

L'ouvrage formera un volume in-8° de 450 à 500 pages, imprimé avec soin sur beau papier grand-raisin.

Le prix de ce volume est de 5 fr., pris au bureau de souscription, et de 6 fr., rendu *franco* au domicile du souscripteur.

La liste des souscripteurs terminera le volume.

On souscrit à l'imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22, à Paris, où l'on est prié d'adresser, avec une grande exactitude de nom et de demeure, la somme de 5 ou de 6 fr., selon que l'on désirera retirer le volume ou le recevoir *franco* à domicile.

Au nom d'une commission composée de :

MM. DAVENNE, directeur honoraire de l'Assistance publique, *président;* Dr BLATIN, Dr BOURGUIGNON, Dr CABANELLAS, Dr CERISE, Dr FOISSAC, GODIN, ancien avocat à la Cour impériale; baron LARREY, Dr Amédée LATOUR et Dr MOREAU (de Tours).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Bourse, chirurgien de 1re classe de la marine, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. L. Le Fort, chirurgien du bureau central, dont les travaux sur les hôpitaux de Londres ont eu tant de retentissement en 1862, vient de recevoir de M. le directeur de l'Assistance publique la mission de visiter les hôpitaux d'une grande partie de l'Europe, plus spécialement ceux de l'Allemagne et de la Russie.

— Le congrès des délégués des Sociétés savantes est en ce moment réuni à Paris, sous la présidence de M. de Caumont. Dans la première séance, M. Eugène Plon a donné lecture d'un mémoire présenté par M. Mathieu (de la Drôme), sur ses travaux météorologiques. Une commission composée de MM. Debacq, le comte du Moncel et Doré, a été chargée par le congrès de faire un rapport sur l'intéressante question de la prescience du temps.

— L'Académie française vient d'être autorisée à accepter le legs qui lui a été fait par le docteur Toirac d'une rente de 4,800 francs. Cette rente, dont l'usufruit appartiendra à la dame Touaillon, servira, après le décès de cette dame, à la fondation d'un prix qui portera le nom du testateur, et qui sera décerné tous les ans à l'auteur de la meilleure comédie en vers ou en prose jouée au Théâtre-Français dans le courant de l'année.

— Le corps médical de Paris vient de faire une nouvelle perte en la personne du docteur Sarazin, décédé à l'âge de cinquante-sept ans.

— Un docteur en médecine comparaissait devant le tribunal correctionnel, à l'audience du 11 mars, sous l'inculpation de révélation, par un médecin, d'une maladie secrète d'un de ses clients, et sur la plainte de celui-ci, en diffamation et en révélation de secret.

Le tribunal, admettant la plainte, a rendu un jugement par lequel il a condamné le médecin en une année d'emprisonnement, 500 fr. d'amende; ordonné qu'après avoir subi sa peine, il restera pendant cinq ans sous la surveillance de la haute police, et l'a condamné aux dépens.

Et attendu que, par cette divulgation de secret, il a été causé à la partie civile un préjudice dont il lui est dû réparation, le tribunal a, en outre, condamné l'inculpé, par toutes voies de droit, même par corps, à payer à X... la somme de 1,000 fr. à titre de dommages-intérêts, et fixé à un an la durée de la contrainte par corps, s'il y a lieu de l'exercer.

— La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance le 7 avril prochain. Voici son ordre du jour :

1° Sur l'hydrorrhée, par M. Elleaume;

2° De quelques cas remarquables d'ophthalmies traumatiques (corps étrangers, cataractes), par M. Magne;

3° De l'impuissance virile, par M. Corlieu;

4° Sur le coup de fouet, par M. Dupuy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Chronique médicale de l'année 1863, par M. le docteur ELY. Un vol. in-18 de 192 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, chez Victor Masson et fils, libraires.

Lettres à M. Ricord sur la syphilis, par M. le docteur DE LA PLAGNE. Un vol. in-12. Prix : 1 fr. — Paris, 1864, chez Asselin, libr.-édit.

Anatomie descriptive et dissection, par M. le docteur FORT, ancien interne des hôpitaux, professeur particulier d'anatomie. Deuxième fascicule : Myologie et Aponévrologie. Un vol. in-12. Prix : 2 fr. 25. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 34. — MARDI 22 MARS 1864. (37e ANNEE.) N° 34. — MARDI 22 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 21 MARS 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été presque entièrement consacrée à des sujets étrangers aux sciences médicales. Nous n'avons à y signaler seulement que la présentation d'un nouvel ouvrage de M. Flourens, intitulé : *Examen du livre de M. Darwin, sur l'origine des espèces.* Nous entretiendrons nos lecteurs de cette nouvelle production de M. Flourens dès qu'elle aura été mise sous nos yeux.

Dr Brochin.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Les sympathies que nous avons toujours manifestées pour les progrès et l'avenir de l'Association générale des médecins de France, dont le succès intéresse d'ailleurs nos confrères de tous les départements, n'ont affaibli ni notre attachement à l'Association des médecins du département de la Seine, ni l'intérêt que nous inspire sa prospérité croissante. Si cet intérêt est plus circonscrit, en raison même des limites plus étroites de sa sphère d'action, nous ne devons pas oublier que l'Association des médecins de la Seine est l'association mère, qui a servi de modèle et de type à toutes les institutions de cette nature qui se sont formées depuis en France. Nul d'entre nous, par conséquent, ne saurait rester étranger à tout ce qui se rattache à son histoire et à ses progrès. C'est ce qui nous engage à exposer ici en quelques mots la situation de cette Association, d'après le dernier rapport de son secrétaire général, M. L. Orfila.

Ce rapport a d'autant plus d'intérêt cette année, qu'il comprend dans une analyse rétrospective le tableau des actes et des progrès de l'Association pendant la période des cinq dernières années.

Deux questions importantes ont été soumises, pendant le cours de l'année 1863, à la commission générale; elles montreront de quelles scrupuleuses précautions s'entoure toujours cette commission avant de prendre une nouvelle décision.

Deux articles des statuts de l'Association, les art. 20 et 21, insérés en vertu d'une décision prise en 1845, affectent une partie du montant de la cotisation annuelle de chaque membre (8 fr. sur 20) à l'accroissement du fonds social. Quelques sociétaires, mus par un sentiment de philanthropie bien honorable assurément, avaient proposé à la Commission la révision de cet article dans le but d'élever le montant de la somme destinée à être répartie annuellement en secours. La Commission, pénétrée du sage esprit de prévoyance qui avait dicté les art. 20 et 21, a conclu, après un nouvel examen approfondi de la question, au maintien de ces deux articles.

Une autre question non moins intéressante a fixé aussi l'attention de la commission générale; M. le docteur Dally, qu'on est toujours sûr de trouver en avant quand il s'agit de progrès scientifique et de réformes professionnelles, a soulevé devant la commission la question des abus et des dangers de l'exercice illégal de la médecine; il a demandé s'il n'y avait pas lieu de rechercher les moyens de mettre un terme à ces abus si nuisibles pour tous. Une commission spéciale nommée pour étudier la question a tenu plusieurs séances sous la présidence de M. le professeur Velpeau, avec le concours du savant conseil judiciaire de l'Association, M. Paillard de Villeneuve.

On n'a pas oublié les efforts persévérants que l'Association de Paris a faits autrefois pour arrêter les avantages de ce fléau devenant de jour en jour plus funeste. Mais après l'avoir combattu avec un zèle et une activité dignes d'un meilleur sort, bien qu'ils n'aient cependant pas été sans efficacité, elle a cru devoir renoncer à cette lutte. « Il fallut reconnaître, dit M. le rapporteur, que le triomphe ne saurait être définitif et complet tant que les coupables seraient soutenus par deux complices placés au-dessus des atteintes du corps médical, l'insuffisance de la pénalité et la crédulité publique. » La commission n'a pas cru qu'il y eût opportunité à se départir de la réserve adoptée à cet égard par l'Association, mais elle a été d'avis que la révision de la législation actuelle devait être instamment sollicitée. Entrant toutefois dans l'esprit de la proposition de M. Dally, elle a reconnu l'utilité de s'assurer s'il existe des listes exactes comprenant les noms de tous les docteurs et officiers de santé autorisés à exercer et qui puissent être facilement consultés à l'occasion. A une démarche tentée à cet effet par la commission, M. le ministre de l'instruction publique a répondu qu'il existait au ministère un répertoire officiel et spécial dans lequel la commission pourrait quand elle le désirerait puiser tous les renseignements qu'elle jugerait lui être utiles.

« On pourra donc quand on le voudra, ajoute M. le rapporteur, savoir exactement si tous ces prétendus docteurs ou médecins qui couvrent les journaux et les murs de leurs annonces, ont le droit de déshonorer le titre que nous voulons faire respecter. »

Voici maintenant la situation financière de l'Association :

Le mouvement de la caisse pendant l'année 1863 se résume dans les chiffres suivants :

Recettes, 29,674 fr. 25 c. — Dépenses, 28,327 fr. 95 c. — En caisse au 1er janvier 1864, 1,346 fr. 30 c.

Les sommes sorties forment un total de 16,926 fr. 90 c., sur lesquels 15,469 fr. ont été distribués en allocations et secours. Quant aux 11,401 fr. 65 c., qui, pour la conformité des écritures, sont portés au compte des dépenses et emplois, ils ne sont pas sortis de la caisse; ils sont représentés par un titre de rente.

Il résulte de tout cela qu'après avoir largement satisfait à sa mission de bienfaisance, l'Association a pu réserver et capitaliser la somme considérable de 11,401 fr. due à de généreux donateurs.

Les allocations et secours distribués dans le courant de l'année sont de la part de M. le secrétaire général l'objet de quelques remarques dignes d'attention. Il constate d'abord une augmentation dans le chiffre des secours accordés. C'est ainsi qu'en consultant les relevés de fin d'année, on trouve qu'un sociétaire a touché 1,000 fr., un autre 1,200 fr., un troisième 1,300 fr., dans l'espace de six mois. Toutes les demandes, deux exceptées, ont été prises en considération. Aux motifs de ces deux refus, qu'il serait inutile de rappeler ici, se rattache une considération très-importante, et qui montre avec quelle prudence et quel sage esprit de prévoyance la commission générale administre les fonds de l'Association.

Depuis longtemps l'Association distribue chaque année tout le fonds de secours, c'est-à-dire toute la portion de ses ressources consacrée par les statuts au soulagement des infortunes médicales.

Le fonds de secours est donc devenu une masse, pour ainsi dire, qui chaque année est partagée entre les personnes ayant recours à l'Association. Aussi la commission générale apporte-t-elle le plus grand soin à n'admettre à la répartition que les détresses les plus dignes de sollicitude. Or il s'est présenté quelquefois que des demandes réitérées qui avaient été jusque-là parfaitement justifiées, ont cessé, par suite de changements intervenus dans la position des demandeurs, de paraître à la commission réclamer la continuation de son concours. Aussi, loin de songer à immobiliser une portion des ressources de l'Association sur les mêmes têtes, la commission générale a-t-elle reconnu qu'il fallait viser avec le plus grand soin à ce que la répartition des fonds disponibles fût aussi exactement proportionnée que possible aux titres et aux besoins de chacun. Elle a reconnu que l'équité commandait de modifier les allocations faites aux pétitionnaires, suivant les changements survenus dans leur position. Elle a décidé, en conséquence, que des enquêtes, conduites, bien entendu, avec tout le tact qu'on doit attendre d'hommes éclairés et prudents, seraient renouvelées tous les ans sur la situation présente des personnes qui depuis plusieurs années s'adressent à l'Association.

Un dernier mot sur les cinq dernières années de la gestion de l'Association des médecins de la Seine.

Du 1er janvier 1859 au 1er janvier 1864, elle a distribué plus de 72,000 fr. en allocations et secours. Malgré cette distribution considérable, elle a pu verser, pendant cette même période, 76,000 fr. dans le capital social. Enfin, malgré les vides nombreux que la mort a faits dans les rangs de l'Association dans ces cinq dernières années, sa situation actuelle se résume par ces chiffres :

680 sociétaires,
300,000 francs de capital social.

Dr B...

LETTRES OBSTÉTRICALES.

DE LA POSITION DE LA FEMME PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

I.

Dans une époque de transition et d'observation patiente comme l'époque actuelle, il arrive que les lecteurs de journaux scientifiques sont fatigués de la similitude des faits recueillis; ils crient à la répétition, à la monotonie; ils diraient volontiers, à l'exemple du terrible sultan des *Mille et une Nuits* : *C'est assez, nous prend-on pour des brutes?* Le journaliste est bien forcé de courber la tête comme Dinarzade, et de reconnaître que cette exclamation est quelquefois méritée. Que voulez-vous? Salomon l'a dit il y a des milliers d'années, et le répéterait aujourd'hui : *Rien de nouveau sous le soleil.* Tout ce qu'un journal peut et doit faire, c'est d'initier à la nouveauté présente, qui n'est pas toujours le progrès, et qui est quelquefois bien vieille; il doit surtout, à mon avis, donner aux questions du moment un tour qui plaise et intéresse.

Heureux celui qui a le privilége de ne pas trop ennuyer notre sultan, je veux dire le public! Heureux celui qui n'encourt point le reproche de ne jamais *sacrifier aux Grâces*, selon un mot célèbre de l'antiquité!

On sait que l'actualité est la première condition du succès et la qualité essentielle d'un journal; il faut donc que la plume soit assez alerte pour fournir aux exigences d'une publication rapide. Eh bien, il me semble qu'on ne tient pas assez compte de cette rapidité de publication pour excuser quelques défauts; par exemple, l'insuffisance des recherches et l'incorrection de la forme. Ajoutez que les passions hostiles, tristement vigilantes, nous épient, nous commentent, nous dénigrent, et vous n'envierez point le lit de roses sur lequel repose un journaliste.

Cela dit en manière d'exorde et de précaution oratoire, je rappellerai aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* quelques lignes récemment insérées par le docteur Lesure. Notre confrère parlait des avantages que peut offrir la position de la femme sur les genoux et sur les coudes pour faciliter la version pelvienne. C'est à propos des dix lignes du docteur Lesure que je puise dans mes cartons pour rassembler rapidement des recherches sur ce sujet, et pour appeler de nouveau l'attention de nos lecteurs sur la position de la femme pendant l'accouchement.

Disons tout de suite que l'attitude recommandée par M. Lesure, d'après l'enseignement de M. Cambrelin (de Namur), n'est pas une nouveauté pour nous. Nous avons entendu M. le professeur Pajot, dans ses cours si justement fréquentés, insister sur les avantages que peut offrir parfois la position sur les coudes et les genoux. L'année dernière, j'ai réussi moi-même à pratiquer de cette façon une version pelvienne que je n'avais pu exécuter pendant que la femme était dans l'attitude ordinaire. Mme Landrièye, sage-femme, et M. le docteur Liebmann, qui voulurent bien me prêter leur concours, pourraient au besoin donner à ce fait toute l'authenticité désirable.

Est-ce à dire que l'article de M. Lesure était superflu? Non, assurément. Il n'est jamais superflu de rappeler un procédé qui offre une grande utilité pratique. Je me suis même reproché de n'avoir pas publié l'observation dont je parlais tout à l'heure; mais je saisis aujourd'hui l'occasion de réparer mon oubli. Je ferai plus : les traités classiques d'accouchement sont très-brefs sur la position que doit prendre la femme en travail; or, à notre époque, la position a conquis une légitime importance en thérapeutique chirurgicale, et je crois qu'elle possède une influence incontestable dans l'art obstétrical; j'entrerai donc dans quelques détails sur l'attitude pendant l'accouchement.

II.

L'érudition est une bonne chose, mais on peut en abuser comme de tous les biens de ce monde. On a vu des érudits aborder fièrement les questions les plus obscures des temps les plus reculés, et prendre pour de l'histoire un amas d'hypothèses. Les têtes germaniques sont capables de prodigieuses recherches, mais ne chassent pas toujours celle que Malebranche appelait la *folle du logis*, l'imagination. Vous ignorez peut-être qu'il existe une *Histoire de la médecine antédiluvienne*, par Jean-Henri Schulz, professeur à Altorf. Je l'ignorais moi-même avant d'avoir lu les *Lettres sur l'histoire de la chirurgie* que M. le professeur Malgaigne a publiées dans ce journal en 1842.

Schulz dit textuellement :

« Il est *très-vraisemblable* qu'Adam, pressé par la nécessité de la chose présente, prêta ses mains obstétricales à son amie souffrante, et exerça ainsi la première peut-être des opérations de la chirurgie. »

Le savant professeur d'Altorf ne dit point quelle était la position d'Ève pendant le travail de l'accouchement, et j'en ai un profond regret, car je n'aurais pas manqué de vous en faire part. Adam fut donc le premier accoucheur, et « peut-être vit-il pour la première fois un exemple d'hémorrhagie » ; c'est Schulz qui le suppose. Dans tous les cas, l'hémorrhagie ne fut pas *foudroyante*, et notre mère commune en fut quitte pour enfanter dans la douleur.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la paralysie de l'orbiculaire, des lèvres, de la langue et du voile du palais.

(Paralysie glosso-labio-pharyngée) (1).

Je me propose de vous entretenir d'une maladie que l'on a confondue jusqu'à ces derniers temps avec la paralysie faciale. Je veux parler d'une forme de paralysie bien reconnue maintenant comme spéciale, qui semble immobiliser une partie du visage, qui entraîne à sa suite des troubles considérables dans les fonctions de déglutition, de phonation et d'articulation ; maladie inexorable, qui tue toujours et qui tue promptement. Je ne suis pas sûr encore que des sujets atteints de cette affection aient pu vivre plus de trois ou quatre ans. En général, ils sont enlevés au bout de huit ou dix mois, autant du moins qu'on puisse bien juger de l'époque précise du début.

Nous venons précisément de perdre un malade qui présentait un exemple de cette maladie. C'était un homme couché au n° 23 de la salle Sainte-Agnès. Il est mort il y a trois jours, et c'est à propos de l'autopsie qui en a été faite avec un soin tout particulier, que j'ai songé à vous faire l'histoire de cette maladie.

Depuis que j'exerce la médecine, il ne m'a été donné encore d'observer cette maladie que quatre fois ; je ne l'ai reconnue du moins que quatre fois, car je ne réponds pas qu'elle ne soit pas passée inaperçue sous mes yeux avant que j'eusse appris à la distinguer.

La première fois que je l'ai vue, c'était en 1841 ; je l'ai observée une seconde fois en 1860, et enfin en 1862 et 1863, nous en avons eu deux cas sous les yeux ; l'un, qui est celui dont je viens de vous parler et dont je vous expliquerai l'histoire tout à l'heure ; un autre, qui est encore dans notre service, au n° 19 de la salle Sainte-Agnès.

En 1841, c'était un homme haut placé dans l'échelle sociale, le prince de M.... En 1860, c'était une femme traitée, morte et autopsiée dans notre service de l'Hôtel-Dieu. Voici l'histoire du premier cas :

En 1841, M. Vosseur nous appela en consultation auprès du prince de M..., atteint, disait-on, d'une maladie du larynx. Nous l'examinâmes avec un très-grand soin, et comme il s'agissait de quelque chose de très-difficile à préciser, je priai le prince et M. le docteur Vosseur de me laisser rédiger la consultation chez moi, à loisir et dans le silence du cabinet, promettant de la leur envoyer aussitôt. Cette consultation fut retrouvée après sa mort dans les papiers du prince, puis copiée.

(Ici, le professeur en donne lecture. En voici le résumé.)

Impossibilité de parler, de prononcer autre chose que la lettre *a ;* extrême difficulté dans la déglutition ; voile du palais immobile et ne se contractant pas sous l'influence de stimulations diverses ; langue ne se mouvant qu'avec difficulté, ne pouvant ni se porter en haut par sa pointe ni s'avancer au delà des arcades dentaires. En portant profondément le doigt dans l'arrière-gorge, on ne sent ni gonflement ni tumeur à la partie supérieure du larynx, ce qui empêchait d'adopter l'opinion d'un chirurgien célèbre appelé avant nous en consultation, lequel avait diagnostiqué une affection du larynx, tumeur ou œdème de la glotte.

Cette introduction du doigt est péniblement supportée ; le larynx se soulève spasmodiquement, mais le pharynx paraît ne donner aucune contraction propre? Existe-t-il une phthisie laryngée? Non ; la conservation des sons vocaux, leur netteté, impliquent l'idée de l'intégrité du larynx, et ce qui existe d'extraordinaire doit être attribué au voile du palais, à la langue, aux lèvres, qui ne se meuvent plus comme d'habitude. Les consultants pensent qu'il y a un affaiblissement des muscles du larynx, surtout de ceux du pharynx, du voile du palais, des lèvres et des joues, affaiblissement analogue dans le bras gauche, très-sensiblement aussi dans le diaphragme, léger dans les muscles abdominaux, dans la vessie et le rectum ; ils pensent que l'influx nerveux n'est plus régulièrement distribué, mais ils ne peuvent le prouver incontestablement. Il n'y a ni ramollissement chronique, ni épanchement sanguin, ni tumeur du cerveau ; mais il y aurait là une affection analogue à celle qui caractérise l'amaurose, les paralysies nerveuses dans lesquelles il n'y a pas de lésions matérielles visibles des nerfs supposés atteints.

Voilà une observation bien détaillée, et dont les traits vous rappelleront certainement le pauvre homme que nous avions là-haut et celui qui y est encore.

Il semblerait qu'avec une preuve comme celle-là, constatant que nous avons décrit la maladie il y a longtemps, nous dussions réclamer pour nous la priorité et l'honneur de la découverte ; il semblerait qu'avec ce témoignage en main personne ne saurait douter de notre droit à cet égard. Eh bien, Messieurs, nous vous le disons hautement, ce droit nous ne l'avons pas ; il appartient à M. le docteur Duchenne (de Boulogne). J'avais vu et étudié avec un grand soin un cas bien caractérisé de la maladie, et je n'avais pas compris que j'avais affaire à une affection spéciale jusque-là non décrite, demeurée confondue avec des affections voisines auxquelles elle est tout à fait étrangère. Il est très-probable que s'il m'avait été donné d'en voir, d'en étudier à quelque temps de là un second exemple, mes yeux se fussent ouverts : j'aurais rassemblé ces deux faits, et porté un jugement décisif sur l'existence d'une maladie spéciale inconnue jusqu'alors, mais je n'ai pas eu cette chance ; le fait resta lettre morte pour moi, et je ne me reconnais aucun droit de réclamer la priorité de la découverte qui en a été faite bientôt après ; pas plus de droit que celui qui, pour avoir relaté en 1804 les altérations trouvées dans un endocarde chez un rhumatisant décédé, serait plus tard, longtemps après, venu disputer à M. Bouillaud l'honneur d'avoir reconnu les relations qui existent entre le rhumatisme articulaire et l'endocardite.

Ainsi donc, la maladie que nous décrivons appartient à M. Duchenne (de Boulogne), et nous devons lui laisser intact, en le proclamant, l'honneur de l'avoir découverte.

Revenons à nos malades. Vous allez voir dans l'observation de celui qui a succombé tous les traits de l'histoire du prince de M....

Au n° 23 de la salle Sainte-Agnès nous avions un vieil ouvrier typographe, âgé de soixante-deux ans, homme qui avait toujours joui d'une bonne santé. En sa qualité de typographe, on pourrait croire qu'il avait pu être exposé à des émanations de plomb, et en conclure qu'il y avait dans son affection paralytique quelque chose de saturnin ; mais jusqu'à présent on ne connaît rien d'analogue dans les effets du plomb sur l'organisme, et, en outre, les sujets qui nous ont présenté les autres exemples de la même maladie ne sont en aucune façon entachés de plomb.

Ainsi, le malade du n° 19, qui est jardinier, n'a jamais été exposé aux émanations plombiques.

Nous avons vu d'autres malades qui n'avaient jamais fait métier de toucher ni du plomb ni quelque autre métal, de sorte que le soupçon d'une intoxication saturnine doit être tout à fait repoussé.

Le début de l'affection de notre malheureux décédé date aujourd'hui de dix mois. A cette époque, il a commencé à éprouver quelques troubles dans la prononciation ; il s'aperçut que sa langue ne le servait plus comme auparavant, que sa voix était un peu altérée dans son timbre, et enfin qu'il parlait comme s'il avait eu la bouche pleine de bouillie. A cela près, il se portait à merveille ; il allait et venait comme d'habitude.

Dès ce moment, cependant, il faut dire qu'il constata une chose qui le tourmentait un peu, c'est que quand il mangeait les aliments s'accumulaient dans le sillon qui sépare les arcades dentaires des joues, qu'il était obligé d'aller les ramasser avec son doigt enfoncé dans sa bouche et qu'il devait les pousser devant lui vers le pharynx, comme font les individus atteints de paralysie faciale, lesquels, en effet, vont chercher les aliments et les poussent en arrière, soit avec la pointe de la langue, soit avec les doigts ; avec la langue quand il s'en accumule peu, avec le doigt quand il s'en amasse beaucoup dans les sillons latéraux. Mais comme chez notre homme la langue était paresseuse et impuissante, c'était avec le doigt qu'il poussait les aliments une fois mâchés. D'autre part, le timbre de la voix était déjà altéré ; elle était nasillarde.

Il entra à l'hôpital en juin dernier pour n'en plus sortir. Il fut reçu salle Saint-Jean, dans le service alors dirigé par M. Empis. Ce jour-là j'étais d'examen, et comme nous cherchions des malades nouvellement entrés, j'avisai celui-là. Je causai avec lui, et à l'instant même je reconnus à quoi j'avais affaire, car je n'avais oublié ni le prince de M.., ni la femme de 1860. Je dis de suite à M. le docteur Empis de faire attention à cet entrant et de l'examiner avec soin, car il offrait une maladie obscure, peu connue et tout à fait particulière. M. Empis étudia ce malade, seul d'abord, puis avec M. Duchenne (de Boulogne), et vous vous souvenez peut-être qu'il fit là-dessus deux leçons. Lorsque M. Empis quitta le service, je le priai de diriger ce malade dans mes salles afin de pouvoir l'étudier à mon tour.

Quand nous le vîmes pour la première fois, il était déjà à une période avancée de son affection ; il ne parlait plus, il grognait. Cela est exact, il grognait comme un cochon. C'était là son éloquence. Il en avait une autre, celle du geste. Il était méchant comme un lion, et il est resté méchant jusqu'à la fin. Il grognait et tâchait de mordre aux mains et aux bras la sœur qui le servait lorsqu'elle tenait ses aliments devant lui et ne lui permettait pas de les avaler à sa guise. Quand on essayait de le faire parler, il n'arrivait qu'avec peine à prononcer quelques lettres ; il ne réussissait à émettre ni l'*o* ni l'*u*, et parmi les consonnes, il lui était impossible de faire entendre le *b*, le *p*, l'*r*, l'*l*, le *k*, le *c* dur, non plus que le *d*. Quand on lui pinçait le nez, il aboutissait mieux. On ne pouvait comprendre un mot de ce qu'il disait ; il grognait *ahhhh ! ahhhh !* avec des gestes. Lorsqu'on examinait les lèvres, on les trouvait peu mobiles ; elles s'étendaient lorsque le maxillaire inférieur s'abaissait et remontait avec lui, mais elles ne possédaient plus de mouvements propres. L'orbiculaire était absent ou paralysé. S'il voulait siffler, il n'y réussissait pas. Il ne pouvait faire la moue ni dire *hu*. Si l'on excitait son rire, il ouvrait la bouche assez largement et l'expression du rire était déterminée par les zygomatiques. Mais comme l'orbiculaire était impuissant, les lèvres ne se rapprochaient pas et le sourire restait sur la figure comme sur ces masques appendus aux portes des théâtres ; il était obligé de ramener ses lèvres en les ramassant avec ses mains pour les remettre en place. Quand on lui disait de tirer la langue, il ne le pouvait pas ; il l'avançait jusqu'aux dents incisives inférieures et elle s'arrêtait là. Quand on voulait voir ce que le lingual pouvait faire et qu'on lui disait d'arranger sa langue en pointe, quand on lui demandait de la porter à droite ou à gauche, il ne le pouvait ; elle ne changeait de forme ni ne remuait. Il y avait donc paralysie des muscles animés par le lingual. Pour avaler, il ressentait des difficultés très-grandes, extrêmes vers la fin, dans l'acte de la déglutition. Le mylo-hyoïdien, qui abaisse la base de la langue et la dispose en plan oblique de chute vers la gorge, le stylo-glosse et les autres muscles qui élèvent la base de l'organe, enfin tous les moteurs de la déglutition paraissaient incapables, et le voile du palais restait également immobile au milieu de tous ces agents ordinairement si vigoureux, si actifs, et maintenant inertes.

Dès son entrée à l'hôpital, il se montra embarrassé par sa salive. Lorsqu'on a mal à la gorge, la salive, qu'elle soit sécrétée avec son abondance normale ou plus abondamment, coule hors de la bouche, parce qu'on ne veut plus faire pour l'avaler un

(1) Ces leçons, dont on a publié une analyse dans d'autres journaux, sont reproduites ici textuellement d'après des notes sténographiées que nous devons à l'obligeance d'un de nos confrères, auditeur assidu des cours de M. Trousseau.

Dans l'Exode, nous apprenons que les femmes des Hébreux accouchaient plus facilement que celles des Egyptiens ; mais il y a un passage qui a fort exercé la sagacité des commentateurs ; il est relatif au procédé suivi pour les accouchements. Voici ce passage :

« Pharaon donna ces ordres aux sages-femmes des Hébreux, dont l'une avait nom Séphora, et l'autre Phua : « Quand vous accoucherez les femmes de votre peuple et que l'enfant sera sorti, si c'est un garçon, tuez-le ; si c'est une fille, qu'elle vive, etc...

Quelques-uns ont ainsi traduit l'ordre de Pharaon : *Quand vous verrez les femmes sur les chaires, super sellas,* etc., ce qui indiquerait l'usage d'une chaire à acchoucher, comme celle figurée par Roesselin, et copiée par Ambroise Paré (1). M. Malgaigne incline à penser (2) qu'il s'agit du *siége de la femme*, et non d'une chaire spécialement destinée aux femmes en couches. Du reste, la première traduction que nous avons donnée est celle de la Vulgate, et nous ne croyons pas que les versions de Genoude, de M. Cahen, du révérend Martin, de Water et de Kimri doivent être préférées.

III.

Passons maintenant à l'antiquité profane. Je vais vous faire assister à des couches bien tristes et bien laborieuses, celles de Latone.

Selon les fables théogoniques du paganisme, Latone mit au monde Apollon et Diane, dans l'île de Délos, sur un aride rocher et sous un arbre touffu ; on prétend que cet arbre était un palmier. Les peintres nous représentent l'amante de Jupiter cramponnée contre le palmier pendant le travail de l'accouchement. Ce triste et humide roc, verdi par les flots de la mer Egée, et que le trident de Neptune avait fait jaillir pour la circonstance, voilà le *lit de misère* de l'infortunée Latone, que poursuivait la vengeance de l'implacable Junon ; les algues marines, voilà le berceau de ces deux enfants jumeaux que l'antiquité païenne honorera tour à tour par des temples magnifiques, par des prières ferventes et par des chants séculaires. Ah ! je crois sans peine que la sœur d'Apollon ait mérité le nom de *chaste Diane ;* assurément, elle trouvait dans le souvenir des tribulations de sa mère un puissant encouragement à la chasteté ; aussi elle ne contracta jamais mariage ; elle conserva sa virginité, la vigueur et la fraîcheur de la jeunesse. Svelte et les pieds légers, hardie et court-vêtue, le carquois sur l'épaule et la flèche à la main, elle errait allégrement sur les montagnes de l'Asie Mineure, se livrant aux exercices virils qui lui valurent le nom de *Diane chasseresse.* Les poëtes nous la représentent assistant aux luttes de la Grèce héroïque, frappant les six filles de Niobé, qui s'était comparée à Latone, punissant sévèrement la violation du vœu de chasteté, et déchaînant parfois sur les peuples un effroyable fléau, la peste. La mort la suit presque toujours, et je m'étonne que certains écrivains du paganisme, reflétant des croyances populaires, la fassent quelquefois présider à l'entrée dans la vie ; je m'étonne que des femmes en couches se soient mises sous la protection de cette terrible amazone, et l'aient invoquée sous le nom de *Latonia proles*, car le sentiment de la maternité ne vibra jamais dans son cœur. Voyez la chaste Diane dans un tableau de Girodet : descendue de son char, et conduite par l'Amour auprès d'Endymion, elle exprime une contemplation toute platonique pour le beau berger endormi.

IV.

Ceux de nos confrères qui ont été élevés sous le régime de la bifurcation des études ne trouveront pas de leur goût ces mythologiques réminiscences. D'autres aimeront au contraire à être fixés sur l'attitude que les peintres donnent à la pauvre Latone pendant son accouchement.

Au point de vue de l'art pictural, cette position est peut-être la seule acceptable : le véritable artiste a sa pudeur et ne saurait prostituer son pinceau à la représentation de ces attitudes que la photographie impudente a déplorablement multipliées (1) ; mais, au point de vue de l'art obstétrical, il ne faudrait point prendre pour type la position de Latone, car elle est très-mauvaise. Je vous l'ai déjà dit, on la représente cramponnée contre un palmier. C'est dans cette attitude vicieuse qu'elle accouche de deux jumeaux, en présence des dieux et des déesses de l'Olympe, qui était apparemment dépourvu de sommités obstétricales. Outre ce que cette position a de pénible, elle expose à de graves périls pour le fœtus et pour la mère. Ce que nous allons dire s'appliquera aux attitudes accroupie, assise, ou debout, qui doivent être proscrites. Notez que l'accouchement de Latone est un accouchement *gémellaire*, comme disent nos auteurs classiques ; cela constitue une circonstance *aggravante* que nous devons faire ressortir.

V. Legros.

(1) *OEuvres d'Ambroise Paré ;* édition Malgaigne, t. II.

(2) *Lettres sur l'histoire de la chirurgie.*

(1) Voyez un article de M. Legrand du Saulle, *sur un déplorable usage de la photographie*, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 février 1863.

---

effort devenu trop pénible. Il en est de même quand l'appareil de déglutition est paralysé, et vous avez vu ce malheureux occupé sans cesse à essuyer la salive qui coulait par le bord de sa lèvre inférieure. Cet homme s'en plaignait beaucoup.

Le malade du n° 19 est dans le même cas ; comme le faisait le décédé, il enfonce parfois ses doigts jusqu'à sa gorge, non pas pour y pousser la salive, mais comme pour écarter un obstacle, pour refaire un passage qui lui semble ne plus exister. Cette idée d'un obstacle témoigne que les malades ont un certain sentiment de constriction de la gorge ; cela les désole et les rend très-malheureux.

D'autre part, à son arrivée, ce malade accusait un affaiblissement dans le bras droit ; il expliquait cela en disant que dans son enfance, il avait été blessé à ce bras et que depuis il était resté plus faible. Explication qui le satisfaisait, lui, mais qui ne nous a pas satisfaits, car cet affaiblissement du membre n'a fait que croître et est arrivé à un degré que ladite blessure ne peut plus expliquer. Elle n'y est donc pour rien, et si nous faisons retour vers les autres faits qui nous sont propres, nous voyons que le prince de M... avait aussi cet affaiblissement d'un côté, que notre femme de l'année 1860 le présentait également, de même que notre jardinier du n° 19. Sur quatre malades, en voilà donc quatre qui ont cet affaiblissement.

Mais laissons cela maintenant, nous réservant de discuter plus loin ce point controversé.

Chez notre homme, l'intelligence était parfaite, et elle resta parfaite jusque dans les derniers jours qui ont précédé sa mort. Il était violent ; mais c'était probablement là son caractère, plutôt qu'un résultat, qu'un symptôme de sa maladie. Et puis, il est de fait qu'il devait souvent s'impatienter de n'être pas compris. N'être pas compris lorsqu'on veut exprimer des besoins incessants et urgents, il y a bien de quoi se mettre un peu en colère. Sa mimique indiquait qu'il était désespéré que nous ne comprissions pas, et il se fâchait tout rouge contre nous. Lorsqu'on essayait de mettre son intelligence à l'épreuve, on reconnaissait qu'elle était intacte.

Cet homme était typographe ; il avait un cahier sur lequel il avait tracé de petites cases dans chacune desquelles figurait une lettre de l'alphabet, et au moyen de ces lettres il faisait des phrases avec une grande facilité et une grande vélocité. Voulait-il du pain, il montrait tour à tour les lettres *p, a, i, n.*

Depuis le jour de son entrée, il a été observé par nous tous les jours et électrisé avec le plus grand soin par M. Duchenne fils. Cependant, la maladie a continué de marcher. Dans les premiers temps, il pouvait avaler comme tout le monde, avec un peu plus de peine, il est vrai, et en poussant sur ses joues, sur ses buccinateurs et ses lèvres. Dans les derniers temps, il lui fallait un travail extraordinaire pour arriver à avaler, et il avait une voracité extrême. On lui faisait des potages avec du pain et du vin, et la petite religieuse de service passait chaque fois une heure, une heure et demie pour les lui faire manger. On lui mettait la pâtée dans la bouche ; mais comme cela était trop lent à son gré, il voulait saisir l'assiette, et se démenait avec une grande violence, grognant, se jetant sur la sœur et tentant de la mordre pour qu'elle lâchât sa proie qu'elle l'aidait à manger. Il avait une difficulté extraordinaire à se satisfaire, et il est mort pour ainsi dire de faim ; car, en définitive, cette alimentation était insuffisante.

Il avait donc fini par une impossibilité de déglutition, et, de plus, par des contractures générales qui l'avaient, dans ces derniers temps, ramassé et comme plié sur lui-même. Ses mains étaient fléchies sur les poignets, ses avant-bras sur les bras, les jambes sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, et quand il voulait étendre ses membres, il éprouvait de grandes douleurs. Ces accidents étaient plus marqués du côté droit, où nous avons dit qu'il existait un affaiblissement qu'il attribuait, pour son bras, à une ancienne blessure.

Passons maintenant à notre second malade. C'est par son histoire que nous commencerons la leçon prochaine.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Heurtaux.

Kyste hydatique du foie. — Ponction unique avec un trocart capillaire. — Guérison.

Observation communiquée à la Société de chirurgie.

M... (Théodore-Victor), âgé de trente ans, né à Lille, a été élevé depuis l'âge de six ans dans les environs de Nantes.

Il entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes (salle 4, n° 9) le 9 mars 1862.

Cet homme est de très-haute taille, maigre, mais assez fortement constitué, d'un tempérament bilieux sanguin (cheveux noirs, teint brun). C'est un malade intelligent et qui rend bien compte de tout ce qui s'est passé.

Aucun antécédent héréditaire ; son père et sa mère, encore vivants, ainsi que deux frères, sont d'une parfaite santé.

Il y a cinq ans environ, il dit avoir éprouvé les symptômes suivants : douleur de côté à droite, vers la région du sein ; crachats d'abord constitués par du sang pur, d'un rouge très-vif, et plus tard d'une teinte simplement rouillée. Cette affection a duré environ trois semaines, et fut regardée, dit le malade, comme une fluxion de poitrine.

Il y a trois ans, les mêmes symptômes se sont reproduits et ont eu la même durée.

Aucune autre maladie à noter.

Cet homme a fait quelques chutes de cheval, mais il ne se rappelle pas avoir jamais eu de contusion vers la région du foie.

Cuirassier pendant six ans, il a été en garnison à Lille, Cambrai et Verdun. C'est alors qu'il a éprouvé pour la première fois la maladie que je viens de mentionner. Depuis trois ans, il est gendarme dans le département de la Loire-Inférieure.

Il y a environ quatre ans, M... s'est aperçu qu'il était plus serré dans son uniforme ; il a commencé à éprouver de la pesanteur vers l'épigastre et l'hypochondre droit. C'est il y a neuf mois, par basard, en palpant le côté droit, que le malade a constaté pour la première fois l'existence d'une tumeur bien moins volumineuse qu'aujourd'hui, mais débordant les côtes de deux travers de doigt environ.

Depuis ce moment, la tuméfaction s'est graduellement accrue ; cependant le malade affirme, et il y insiste sans qu'on appelle son attention sur ce détail, que la tumeur offrait quelques variations et paraissait moins volumineuse dans les temps chauds que pendant le froid.

La gêne a beaucoup augmenté depuis que la tumeur a pris un grand volume : le malade se fatigue facilement, et éprouve une pesanteur continuelle et de l'essoufflement pendant la marche ; il n'y a ni toux ni expectoration ; rien du côté du système circulatoire.

Des douleurs d'estomac assez fréquentes, dix ou douze vomissements survenus à l'occasion de fatigues et amenant le rejet de matières alimentaires ou glaireuses, tels sont les seuls troubles sympathiques que le malade mentionne. Ces vomissements et ces douleurs n'existent que depuis cinq ans ; par conséquent leur début a coïncidé avec la maladie que M... désigne sous le nom de fluxion de poitrine.

Aucun trouble fonctionnel appréciable du côté du foie ; il n'y a jamais eu d'ictère.

L'appétit reste bon, la langue normale ; les digestions sont habituellement faciles, les selles naturelles et régulières. Les urines n'ont rien de particulier. Pas d'hémorrhoïdes ni de varices.

Le malade est maigre, mais il assure que jamais il n'a eu davantage d'embonpoint. Du reste, il a les apparences d'une santé parfaite, un assez bon teint ; pas de nuance jaunâtre des conjonctives.

A la simple inspection, on remarque au côté droit de la base de la poitrine une voussure très-manifeste qui déjette en dehors les dernières côtes. Au-dessous des côtes, vers la partie supérieure du flanc droit, la voussure est encore bien plus prononcée. En baut, cette saillie commence d'une manière insensible, tandis qu'en bas elle se termine bien plus brusquement, ce qui donne à la partie supérieure de l'abdomen la forme d'un cône à base inférieure. L'épigastre est saillant ; une voussure remplace la concavité naturelle de cette région.

La mensuration de la base de la poitrine donne en circonférence un centimètre et demi de plus à droite qu'à gauche.

A la palpation, on sent que la tumeur occupe tout l'hypochondre droit, s'avance vers l'épigastre et gagne même le tiers interne de l'hypochondre gauche.

Le malade étant dans le décubitus dorsal, on recherche quelles sont les limites exactes de la tumeur.

La limite supérieure est facilement déterminée par la percussion : le point le plus élevé se trouve en avant, au niveau de la cinquième côte, à l'union de cette côte avec son cartilage. A partir de ce point, à droite et à gauche, la matité suit une ligne courbe graduellement descendante, qui à gauche vient passer au niveau de l'extrémité inférieure du sternum. Cependant, au-dessus de cette matité absolue, on trouve encore une submatité qui remonte à environ deux travers de doigt plus haut. Vers la droite, la ligne de matité s'abaisse également d'une façon graduelle, de telle sorte qu'en arrière du thorax, à droite, la sonorité devient normale.

La limite inférieure, facile à sentir avec la main, offre quelques inégalités, mais peut être représentée à peu près exactement par une ligne transversale, qui, à l'épigastre, est à 13 centimètres de l'appendice xyphoïde, et vers le côté droit à 9 centimètres au-dessous du rebord des côtes.

Comme on le voit, les dimensions de cette tumeur sont très-considérables dans tous les sens.

L'auscultation donne absolument les mêmes résultats que la percussion. Limitée en avant au niveau de la cinquième côte, la respiration est en arrière aussi étendue qu'à l'état normal. Dans toute la poitrine, on n'entend aucune espèce de râle.

Le cœur, normalement placé, n'offre rien à noter.

Dans toute son étendue, la tumeur est d'une matité complète.

Dans les points où elle est le plus accessible, on la trouve d'une consistance ferme, élastique. La fluctuation y est assez manifeste, surtout quand on presse d'un côté à l'autre, à deux ou trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Dans cet endroit, la tumeur plus saillante forme comme une bosselure arrondie, peu proéminente et mal limitée, large d'environ 10 centimètres.

Les recherches faites dans le but de découvrir le frémissement hydatique restent sans résultats : la percussion légère avec un doigt ; une percussion vive avec les doigts d'une main, l'autre main étant largement appliquée sur la tumeur ; l'auscultation avec le stéthoscope, pendant que l'on percute plus ou moins fortement la tumeur avec un ou plusieurs doigts ; toutes ces explorations ne permettent point de le percevoir.

Malgré l'absence de ce signe, on diagnostique un kyste hydatique du foie.

M. Charcot ayant démontré la coexistence assez fréquente de kystes semblables développés dans le petit bassin, on ne devait pas négliger d'explorer cette région ; le toucher rectal n'y fait rien découvrir.

Les autres régions de l'abdomen ne présentent non plus rien de particulier.

Le 19 mars au matin, en présence de plusieurs de mes collègues de l'Hôtel-Dieu, je fais une ponction avec un trocart capillaire ayant un millimètre de diamètre.

On a donné dès le matin un lavement simple, afin d'éviter toute occasion d'efforts dans la journée.

Le malade étant placé dans le décubitus dorsal, à deux travers de doigt environ des fausses côtes et à 10 centimètres à droite de la ligne blanche, là où la fluctuation est des plus évidentes, le trocart capillaire est plongé dans une direction oblique en arrière et un peu de baut en bas, afin d'éviter que dans son retrait la poche kystique en s'élevant n'ait des tendances à abandonner la canule. Le trocart est enfoncé à 6 centimètres de profondeur.

Au moment où le poinçon de l'instrument est retiré, il s'écoule un jet de liquide blanc et clair comme de l'eau de roche. Une petite quantité de ce liquide est immédiatement essayée par l'acide nitrique : elle ne contient aucune trace d'albumine. Au début, le liquide sort sous forme de jet tourmenté, contourné en vrille ; il est probable qu'une hydatide, appliquée sur l'extrémité profonde de la canule, faisait obstacle à l'écoulement. En effet, peu de temps après, quand une certaine quantité de liquide est sortie, le jet devient notablement plus gros, mieux nourri, et décrit une courbe plus arrondie. Depuis ce moment, l'écoulement est régulier presque jusqu'à la fin ; seulement, après avoir eu une grande force, le jet se ralentit graduellement, et dans les derniers moments il est remplacé par une série de gouttes se succédant avec rapidité. Aucune pression n'a été exercée sur les parois du kyste.

L'écoulement, qui ne dura pas moins de 1 beure 3/4, fournit une quantité énorme de liquide ; après la ponction, nous avons sur-le-champ pesé ce liquide avec exactitude, et nous avons reconnu qu'il en avait été extrait plus de deux litres (poids exact, 2,153 grammes). Sa densité est de 1,0074.

Avant d'indiquer les résultats de la ponction, je dois appeler un moment l'attention sur certaines particularités. Les mouvements respiratoires faisaient sentir leur influence sur la canule du trocart. Pendant l'inspiration, l'abaissement du diaphragme se communiquant à la tumeur entraînait en bas l'extrémité profonde de la canule, ce qui se traduisait extérieurement par des mouvements en sens inverse du pavillon de la canule.

A mesure que le liquide était évacué, la difformité tendait à disparaître, les parois de l'abdomen revenaient sur elles-mêmes, et le bord inférieur de la cage thoracique se dessinait de plus en plus.

Environ la moitié du liquide s'était écoulée, lorsqu'il s'échappa un petit flocon mince et délicat. Je l'examinai de suite au microscope et reconnus qu'il s'agissait d'un petit débris de membrane fertile d'hydatide, pourvue de gouttelettes huileuses et de nombreux échinocoques munis de leurs crochets. Il s'y trouvait en outre beaucoup de crochets libres. Quand l'écoulement se fut beaucoup ralenti, le liquide prit une teinte un peu opaline, qui était due, comme le démontra l'examen microscopique, à la présence d'une grande quantité de gouttelettes huileuses et de granulations calcaires. Dans les derniers instants, plusieurs fois l'écoulement se suspendit ; mais il suffit de passer dans la canule un fil d'argent pour que l'obstacle à l'écoulement fût levé. Il vint enfin un moment où la sortie du liquide, après s'être effectuée goutte à goutte, cessa complétement. Ayant incliné légèrement en bas le pavillon de la canule, j'eus la sensation d'une faible résistance vaincue, et tout aussitôt un nouveau liquide sortit : celui-ci était tout à fait opalin, et sa quantité peut être évaluée à près de 100 grammes. Il est évident pour moi qu'une grosse hydatide avait été rompue dans cette manœuvre. Quand ce nouvel écoulement eut cessé, j'inclinai très-légèrement la canule dans deux autres directions, à droite et à gauche, afin de rompre les autres hydatides très-volumineuses qui pouvaient exister, mais en évitant bien de heurter les parois du kyste. Aucun incident semblable à celui que je viens de mentionner ne se manifesta.

Alors la canule est enlevée avec toutes les précautions capables de prévenir la pénétration de la plus petite quantité de liquide dans le péritoine. Pendant qu'on la retire, un doigt exactement appliqué sur le pavillon empêche la sortie du liquide qui s'y trouve contenu, et les doigts de la main gauche mis à plat des deux côtés de la piqûre soutiennent les parois abdominales et les dépriment légèrement. Après l'enlèvement de la canule, la main gauche reste appliquée au niveau de la piqûre, afin de laisser les parois abdominales au contact du kyste, et après dix minutes quelques compresses soutenues par la main du malade lui-même servent à continuer la compression.

Presque aussitôt après que la canule est retirée, le malade éprouve une douleur assez vive dans l'épaule droite et dans le côté correspondant de la poitrine jusqu'au-dessous du bord des côtes. Cette douleur, qui s'accroît notablement dans les mouvements de l'épaule, dure d'une heure à une heure et demie, et cesse d'elle-même pour ne plus reparaître.

L'opéré reste couché pendant quarante-huit heures, et cinq ou six jours après la ponction il peut sortir en permission. Si j'ai attendu jusqu'à ce jour pour lui permettre de sortir, c'est uniquement par mesure de précaution et nullement par nécessité, car les résultats immédiats de la ponction sont des plus satisfaisants.

La base de la poitrine et la partie voisine de l'abdomen ont repris leur symétrie ; le rebord des côtes se dessine de chaque côté à la simple vue, tandis qu'avant l'opération il fallait déprimer les parties molles pour le sentir. Au lieu d'une voussure considérable occupant l'hypochondre droit, l'épigastre et une partie de l'hypochondre gauche, on voit les parois abdominales fortement déprimées et comme excavées. Quelque chose pourtant est encore appréciable à la vue et au toucher : au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le bord des côtes, on remarque, surtout si l'on examine obliquement les parois abdominales, une surface légèrement bombée, large de 5 à 6 centimètres.

A la palpation, ce même point, tout en étant mou et dépressible, paraît un peu moins souple que les parties voisines. La percussion donne partout du son, mais un peu moins à ce niveau. Il me paraît évident que tous ces signes physiques sont occasionnés par la membrane du kyste, complétement vide et aplatie.

Les jours suivants, mêmes résultats fournis par l'inspection et la percussion ; mais au palper abdominal, on trouve la membrane kystique revenue sur elle-même, plus globuleuse et plus ferme. On n'y sent point de fluctuation.

Quant au foie proprement dit, en bas il ne dépasse pas du tout les côtes ; limité en haut par la percussion, soit le surlendemain de la ponction, soit les jours suivants, on trouve que de ce côté il produit la même ligne de matité que lorsque la tumeur existait. Toutes ces recherches ne déterminent aucune espèce de douleur.

L'exploration de tout le ventre est devenue facile depuis la ponction ; on n'y découvre rien d'anormal.

Quant aux quelques troubles fonctionnels qui coexistaient avec la tumeur, ils ont complétement disparu depuis que le liquide a été évacué : le malade n'éprouve plus ni vomissements ni crampes d'estomac, et surtout il n'a plus cette dyspnée et cette pesanteur qui le gênaient considérablement, surtout pendant la marche.

Cet homme est sorti de l'hôpital le 3 mai ; je l'ai revu quelque temps après, et me suis assuré que la guérison s'était maintenue.

Il y a peu de temps, j'ai eu de ses nouvelles ; depuis la ponction qui lui a été faite, il est resté d'une parfaite santé.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 mars 1864. — Présidence de M. DECAISNE, vice-président.

M. FLOURENS présente à l'Académie un ouvrage qu'il vient de publier et qui a pour titre : *Examen du livre de M. Darwin sur l'origine des espèces.*

— M. DE VIBRAYE présente des objets recueillis dans les terrains de transport, les cavernes et les brèches osseuses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du jeudi 7 janvier 1864. — Présidence de M. GUERSANT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. MATTEI donne lecture d'un travail manuscrit de M. le docteur Verrier, qui sollicite le titre de membre résidant.

— M. MAGNE, secrétaire général, annonce la perte que la Société vient de faire dans la personne du docteur Archambault. Un discours a été prononcé sur sa tombe, au nom de la Société, par M. Legrand du Saulle.

La Société décide que ce discours figurera dans l'impression du procès-verbal.

Discours de M. Legrand du Saulle.

Messieurs,

La Société de médecine pratique m'a confié le douloureux honneur de déposer, en son nom, sur les bords de cette tombe prématurément ouverte, le juste tribut de ses pieux et vifs regrets. En venant rendre hommage à la mémoire du docteur Archambault en exprimant les sentiments si tristes que sa mort inspire à tous mes collègues, en songeant au deuil de la savante Compagnie dont M. Archambault présida les séances, il y a cinq ans à peine, je sens que, pour louer sincèrement l'homme recommandable qui n'est plus, il me suffira de faire appel à des souvenirs qui ne doivent pas s'effacer.

Elu membre de la Société de médecine pratique le 1er décembre 1853, M. Archambault, très-assidu à nos séances, a apporté, dans les discussions scientifiques auxquelles il a pris part, ce grand bon sens et ce jugement si net que nous lui avons tous connu. Une difficulté se présentait-elle, il la tranchait d'un mot, et, d'un mot aussi, il replaçait la question sur son véritable terrain. Son intervention, toujours conçue en termes heureux, apaisait le débat, en provoquant, de part et d'autre, d'utiles concessions. Plusieurs fois, M. Archambault a été conduit, par suite du cours varié de nos travaux, à donner son opinion sur des questions relatives à la folie ou aux aliénés, et personne n'oubliera les arguments pressants, positifs et lumineux qu'il improvisait avec tant de bonhomie.

Elève affectionné d'Esquirol, M. Archambault déploya un grand zèle et décela une aptitude peu commune pour l'étude de la pathologie cérébrale. Il traduisit, presque au sortir des bancs de l'Ecole, l'ouvrage d'Ellis, et fut bientôt appelé, par la voie du concours, aux fonctions de médecin de l'hospice de Bicêtre. Leuret essayait alors de faire école, et le *traitement moral* avait conquis les faveurs des hommes du temps. M. Archambault, observateur sage et réfléchi, sut résister aux périlleux entraînements de la doctrine du maître, et, faisant prudemment la part de l'exagération permise à tout novateur, il n'accepta la thérapeutique de Leuret qu'en la restreignant à un petit nombre de cas.

En 1842, au moment où l'administration supérieure, appliquant la bienfaisante loi du 30 juin 1838, procédait, dans les départements, à un certain nombre d'organisations d'asiles, le ministre de l'intérieur eut besoin d'un médecin distingué pour installer, au centre de la Lorraine, un grand établissement public d'aliénés. M. Archambault se trouvait désigné d'avance. Je voudrais pouvoir vous énumérer les progrès saisissants que notre savant ami a su apporter dans la direction de son service médical, et vous dire tout le bien qu'il a réalisé à Maréville; son nom est attaché à toutes les créations philanthropiques, à toutes les réformes utiles. Maréville avait toujours amèrement regretté le départ de M. Archambault, Maréville pleurera demain la mort de son bienfaiteur.

C'est à la maison de Charenton que M. Archambault devait mettre le sceau à sa réputation; c'est là qu'il lui fut permis de supprimer le quartier traditionnel des *gâteux*. La réalisation de cette réforme s'opère maintenant ailleurs, et, grâce à l'initiative intelligente et éminemment secourable de M. Archambault, la *gâterie* ne déshonorera plus désormais l'hôpital des fous.

Notre regretté collègue a rêvé pendant toute sa vie l'amélioration du sort de l'aliéné; il a beaucoup fait dans ce sens et a beaucoup obtenu. Ne mesurant jamais sa peine lorsqu'il fallait faire valoir les droits ou les besoins de ses chers malades, surmontant les difficultés de plus d'un genre qui lui étaient si souvent suscitées, il demandait avec d'autant plus d'autorité et d'énergie pour les autres qu'il ne devait pas le lendemain aller solliciter pour lui-même. M. Archambault, en effet, dans son incomparable modestie, a volontairement quitté son long et éclatant exercice de fonctions publiques sans avoir remarqué qu'il lui manquait une distinction honorifique !

Vous parlerai-je de M. Archambault comme homme privé ? Bon et simple, ennemi de toute ostentation, cultivant la science pour elle-même et sans retentissement extérieur, couvrant du voile de l'anonyme plus d'un acte de libéralité, aimant ses élèves et leur ouvrant à toute heure sa bourse et sa riche bibliothèque, entouré de la tendresse des siens et du respect affectueux de tous ses confrères, très-recherché pour les éminentes qualités de son esprit et de son cœur, M. Archambault posséda beaucoup d'amis réellement dévoués. L'émotion que chacun de nous ressent en face des dépouilles de cet homme de bien atteste éloquemment notre profonde affliction.

Adieu, Archambault, vous n'aviez plus désormais qu'à jouir de vos succès et de votre prospérité : les pures satisfactions de la vie des champs vous apparaissaient comme une récompense légitimement due à vos labeurs, et nous pensions tous qu'une sereine et longue vieillesse vous était réservée dans la retraite. Vos vœux et les nôtres sont brisés, vous ne deviez point survivre à votre victoire.... Adieu; votre souvenir du moins nous reste, et il ne peut pas périr parmi nous !...

Démangeaison vulvaire dans un cas de grossesse. — M. MATTEI. J'ai à traiter actuellement une femme multipare, robuste, qui est en proie à des douleurs atroces occasionnées par une démangeaison vulvaire. La maladie avait été autrefois guérie par un glycérolé d'amidon. Arrivée à une quatrième grossesse, la dame qui fait le sujet de cette communication est reprise des mêmes douleurs, occasionnées par la même démangeaison. On emploie les moyens que l'on a déjà mis en usage, plus l'éther localement, mais sans succès. C'est alors que l'on s'adresse à moi.

La malade est aujourd'hui enceinte d'environ quatre mois. Elle éprouve d'abord du picotement, puis les démangeaisons deviennent si atroces que pendant l'accès elle est comme folle. Aux parties génitales, on ne trouve qu'un peu de développement de la muqueuse, qui est légèrement rugueuse. Le siége des démangeaisons est le plus souvent au clitoris, aux petites lèvres et à la marge de l'anus. J'ai employé successivement les lotions au sublimé, les émollients, les bains prolongés, le mucilage de graine de lin, les sangsues, la glace, les sinapismes aux bras, les préparations iodées, le sulfate de quinine, les opiacés, la belladone, la saignée générale, tout a successivement échoué.

Administrée aujourd'hui à la dose de dix gouttes, la teinture de Fowler n'a encore produit aucune amélioration. Ce qui soulage le plus, ce sont des frictions exercées pendant l'accès tout le long du sacrum, et ceci m'a donné l'idée d'appliquer un vésicatoire sur cette région.

Je demande à quelle cause il faut attribuer cette affection et quel est le traitement au moyen duquel il convient de la combattre?

M. LANDRY. Ne serait-ce pas ici une forme de nymphomanie?

M. MATTEI pense que non, d'autant plus que l'approche du mari est très-pénible à la malade et qu'elle le repousse.

M. LEGRAND DU SAULLE. M. Mattei pourrait trouver des renseignements très-précieux sur cette question dans la thèse qu'a publiée Bayard en 1838 sur l'*utéromanie*.

M. CORLIEU a vu dans un cas de névrose intermittente des organes génito-urinaires le sulfate de quinine échouer, et le sulfate d'atropine, injecté par la méthode de Pravaz, réussir et produire une guérison on pourrait presque dire instantanée.

M. DUPUIS. Dans un cas pareil, je me suis bien trouvé de compresses d'eau blanche laudanisées entretenues constamment sur les parties.

M. DUBOIS a eu à se louer de la cautérisation faite avec le nitrate d'argent.

Le secrétaire annuel, Dr E. QUANTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 12 mars, ont été nommés :

Professeur titulaire de pathologie interne à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers, M. le docteur Dumont, en remplacement de M. le docteur Laroche, admis à la retraite.

Professeurs suppléants près la même école : MM. Bahnuaud, Emile Laroche et Lieutaud.

— Nous annonçons avec regret la mort de M. Lhonneur, ancien interne des hôpitaux civils, médecin-major, qui a succombé au Mexique, victime du typhus.

— M. le docteur Edmond Simon, chirurgien du Bureau central, vient de succomber à une courte maladie.

Nous ne saurions trop nous associer aux regrets qu'inspire la mort prématurée de ce jeune chirurgien laborieux, qui semblait appelé à un brillant avenir, et dont la perte est un véritable deuil pour ses collègues, qui avaient tous apprécié ses excellentes qualités et son amour sincère pour la science.

— M. le Dr Elie Thibaut, ancien interne des hôpitaux de Bruxelles, vient de mourir à l'âge de vingt-sept ans.

— M. Lemonnier, maire des Grandes-Ventes, joli bourg de la Seine-Inférieure, situé à 20 kilomètres de Dieppe, nous prie d'annoncer que sa commune se trouve sans médecin. Il donnera tous les renseignements désirables.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope, de la dissection, préparation et conservation des objets, par M. Arthur CHEVALLIER, opticien. Ouvrage enrichi de 100 dessins sur bois et d'un atlas de 300 infusoires. Prix : 5 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie, avec figures d'anatomie pathologique générale. Un vol. in-8° de 1,048 pages. — Paris, chez J. B. Baillière et fils.

Notices sur la chirurgie des enfants, par M. le docteur P. GUERSANT, chirurgien des hôpitaux. Premier fascicule, contenant : 1° Médecine opératoire; 2° Adénites cervicales; 3° Phimosis; 4° Fractures; 5° Trachéotomies dans le croup. In 8°. Prix : 1 fr. *franco*. — Paris, chez P. Asselin, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Quelques réflexions médicales par un médecin de province. Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, chez P. Asselin, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 35. — JEUDI 24 MARS 1864. (37e ANNÉE.) N° 35. — JEUDI 24 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 23 MARS 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Les candidats se succèdent vite à l'Académie. A peine une élection faite, en voici une seconde à faire, et presque aussitôt après une troisième. C'est la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale qu'il s'agit de compléter cette fois, en donnant un successeur à M. Moquin-Tandon. Quand nous disons un successeur, ce ne sera probablement pas un successeur immédiat, et voici comment. Cette section est divisée, comme on le sait, en thérapeutistes et en naturalistes. M. Moquin-Tandon appartenait à cette dernière catégorie. Il avait été question un instant de savoir si l'on affecterait la place vacante à l'une de ces subdivisions, à l'exclusion de l'autre; et, d'après des renseignements mal fondés, paraît-il, nous avions annoncé que la section avait opté pour la thérapeutique.

Le classement des candidats proposé dans le comité secret d'hier est venu nous montrer en effet l'inexactitude de ces renseignements. La section est convenue d'admettre indistinctement sur la même liste thérapeutistes et naturalistes, qu'elle a classés, sans égard pour la spécialité, d'après leur mérite respectif. Voici quel est l'ordre de présentation :

1° M. Pidoux; 2° M. Gubler; 3° M. Davaine; 4° M. Hardy; 5° M. Durand-Fardel; 6° M. Béhier. L'Académie a approuvé ce classement, et nous n'hésitons pas à déclarer pour notre part qu'il aura cette fois, à peu d'exceptions près, l'approbation générale.

Deux des candidats portés sur cette liste, MM. Durand-Fardel et Béhier, ont été admis à faire une lecture. M. Durand-Fardel a pris pour texte une question de thérapeutique générale, de l'opportunité en thérapeutique, qu'il a rattachée par le choix de ses exemples à l'objet de ses études les plus familières, la médecine thermale.

Le sujet choisi par M. Hardy n'était fait ni pour les développements philosophiques ni pour l'effet oratoire : le traitement de la gale. Mais il n'a échappé à personne au sein de l'Académie, comme dans l'assistance, que sous ce titre peu ambitieux, il y avait en réalité une réforme thérapeutique considérable, et un service important rendu à l'administration et à une classe nombreuse de la population.

Ces deux lectures et le comité secret qui les a suivies ont obligé à ajourner la suite de la discussion sur la vaccine.

A mardi prochain l'élection, dont le résultat n'est douteux pour personne. — Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Nouveau cas de parotidite consécutive à l'inflammation du canal de Sténon. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. F. CARBONELL, externe du service.)

La nommée V..., blanchisseuse, âgée de trente-six ans, entre le 30 janvier 1864 à l'hôpital de la Charité, où elle occupe le n° 3 de la salle Sainte-Anne.

Cette femme, d'une constitution assez faible, maigre, se plaint de tousser beaucoup et accuse une douleur siégeant entre les deux épaules. La respiration est courte et accélérée; la toux, assez pénible, n'est suivie d'aucune expectoration. La malade dit éprouver le soir, depuis quelque temps, des frissons. Il y a un léger mouvement fébrile, de l'anorexie et un grand sentiment de malaise.

A l'auscultation, on constate seulement un affaiblissement du murmure vésiculaire.

Deux jours après, à la visite, on observe tous les symptômes d'une pneumonie adynamique, si ce n'est l'absence des crachats, qui ont fait défaut pendant toute la durée de la maladie. Le délire et l'abattement des forces font craindre une issue funeste.

Le 14 février, l'état général paraît sensiblement amélioré; la respiration est plus libre; la malade se trouve plus forte, mais la fièvre n'est pas tombée. La physionomie de cette femme présente quelque chose d'étrange. Un examen un peu attentif fait voir un gonflement de la joue droite, avec un léger œdème des paupières du même côté. Ce gonflement est peu douloureux à la pression; la peau est décolorée, sa température est normale; les tissus sont assez élastiques. La malade dit ne pas avoir eu mal aux dents. Nous pensons tout d'abord à un engorgement du tissu cellulaire de la région parotidienne, à un oreillon; mais nous rappelant l'observation que nous avons publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (n° du 14 janvier), nous examinons l'orifice du canal de Sténon, que nous trouvons, à notre grand étonnement, rouge, béant, recouvert d'une gouttelette de pus. Voulant nous convaincre que cet orifice était réellement celui du canal de Sténon, nous introduisons un stylet fin légèrement coudé à son extrémité dans une profondeur de 2 centimètres au moins, à travers un conduit dont la direction est celle du canal de Sténon (1). A la suite de ce cathétérisme, et en pressant sur la région parotidienne, on fait sortir une quantité de pus qui peut être évaluée à une cuillerée à café. Le pus, homogène et épais, ne paraît pas mélangé à de la salive. Il est donc évident que nous avons affaire ici à une suppuration du canal de Sténon et peut-être aussi des *acini* glandulaires, mais que l'inflammation ne s'est pas encore propagée au tissu cellulaire qui réunit les lobules entre eux.

Quelle est la cause de cette angiosyalite? Les dents sont conservées et normales au niveau de l'orifice de ce canal. Pendant quelques jours, la malade a présenté des enduits noirâtres très-épais sur les lèvres et sur la langue; d'ailleurs elle ne crache pas; il est possible, comme le croit M. Piorry, que ces mucosités aient obstrué l'orifice de ce conduit, l'aient irrité, et que l'inflammation se soit portée à toute l'étendue des conduits glandulaires, comme nous la verrons tout à l'heure envahir toute la région parotidienne et le cou.

M. Piorry recommande à la malade de pratiquer des pressions modérées sur la région parotidienne, d'aspirer, de faire des succions sur le canal, la bouche et le nez étant préalablement fermés. Le gonflement de la joue augmente progressivement tous les jours.

Le 18, la peau de la région parotidienne est très-tendue, la malade se plaint beaucoup de sa joue. M. Proust pratique une incision profonde dans le but de débrider l'étranglement des tissus enflammés. L'écoulement de sang qui s'ensuit ne paraît pas mélangé à du pus et s'arrête spontanément. — Cataplasmes.

Le 19, la suppuration s'est établie dans la plaie, le gonflement paraît encore plus considérable. — Injections d'eau tiède suivies d'injections de teinture d'iode très-étendue.

Le 20, M. Proust ouvre un abcès qui s'est formé au-dessous et en arrière du lobule de l'oreille; le conduit auditif externe est rempli de pus.

Le lendemain, un nouvel abcès siégeant au niveau de la pommette est encore ouvert avec le bistouri. — Même traitement.

Jusqu'à ce jour, l'état de la malade est assez bon, l'écoulement du pus est cependant très-abondant.

Le 22, la peau qui recouvre la partie latérale du cou et le creux sous-claviculaire est rouge, chaude, douloureuse. Au-dessous de la clavicule on sent une collection de liquide et de gaz qui donnent au toucher une sensation de crépitation aérienne très-caractéristique. Une incision faite parallèlement à la clavicule donne issue à du pus mal lié et à des bulles de gaz d'une grande fétidité. Le tissu cellulaire sous-cutané est mortifié. La peau est décollée dans une étendue très-considérable.

Depuis quelques jours, la malade présente à la région sacrée des eschares que l'on lave avec du vin aromatique et que l'on recouvre de diachylon. Un vésicatoire volant appliqué sur la partie postérieure du côté gauche de la poitrine suppure sans que l'on puisse parvenir à le faire cicatriser.

Le 26, la malade a perdu connaissance, le pouls est très-petit (à 130), la respiration très-accélérée; les yeux sont ternes, les extrémités froides.

La malade succombe le 27.

Autopsie. — La peau de la région parotidienne et de la partie latérale du cou offre une coloration ardoisée. Le muscle sterno-mastoïdien baigne dans le pus, il est enflammé, d'une couleur lie de vin; ses fibres sont disséquées et en partie détruites à leurs insertions sterno-claviculaires. Le tissu cellulaire sous-cutané est gangrené. Le pus a fusé derrière le sterno-mastoïdien jusque vers le milieu de ce muscle.

La loge parotidienne est presque vide, on y trouve une pulpe peu consistante, où l'on ne peut reconnaître à l'œil nu les lobules glandulaires. (Le cadavre étant réclamé par les parents, nous n'avons pu voir quel était l'état du canal de Sténon.)

Les poumons ne présentent rien d'anormal, si ce n'est du côté gauche un peu d'engouement pulmonaire, vestige de la pneumonie terminée par résolution.

Le cœur est petit, le foie est normal; les autres viscères n'ont pas pu être examinés.

Il est probable que cette malade est morte épuisée par une grande suppuration, car elle n'a présenté pendant la vie ni les symptômes de la pyémie ni ceux de l'infection putride.

M. Baillarger, dans un excellent mémoire sur *l'oblitération du canal de Sténon*, publié dans la *Gazette médicale* (1853), rapporte plusieurs observations de parotidites suivies de l'oblitération totale ou partielle de ce canal. Il cite aussi un cas d'oblitération de ce canal par propagation de l'inflammation d'un abcès du voisinage, et dans ce cas on voyait l'orifice béant faisant saillie sur la joue. Mais nulle part on ne voit que l'inflammation du canal de Sténon ait précédé celle de la parotide. L'auteur de l'article *Parotide* du Dictionnaire en 30 volumes, voulant prouver que le siége primitif des parotidites est dans les grains glandulaires eux-mêmes et non pas dans le tissu cellulaire qui les environne, dit qu'à l'ouverture des cadavres on a trouvé du pus dans le canal de Sténon, les conduits salivaires, et presque dans leurs petites ramifications. Mais il ne dit pas que l'on ait constaté la suppuration du canal de Sténon bien avant celle du tissu cellulaire péri-glandulaire.

Les deux observations que nous avons recueillies dans l'espace de trois semaines semblent venir à l'appui de l'opinion de M. Piorry, qui veut que beaucoup de parotidites reconnaissent pour cause l'inflammation du canal de Sténon. Cependant, il est à la rigueur impossible de dire si l'inflammation a débuté par l'orifice de ce canal ou bien par les *acini* glandulaires qui auraient enflammé consécutivement le conduit excréteur de la glande.

(1) A propos du cathétérisme de ce canal, je dirai que d'après M. Sappey cette opération est très-difficile, sinon impossible. D'après M. Richet, elle est fort difficile, et pour l'exécuter il faut être familiarisé avec les dispositions anatomiques de ce canal. M. Malgaigne a cependant réussi à la faire toutes les fois qu'il l'a essayée, et c'est dans son *Manuel de médecine opératoire* que nous avons appris à la faire; nous avons été assez heureux pour y réussir, et sur le cadavre et sur le vivant, dans les deux cas d'angiosyalite que nous avons observés. La difficulté de ce cathétérisme tient, d'après MM. Velpeau et Bérard, à ce que l'orifice du canal de Sténon est pour ainsi dire imperceptible, et échappe à notre vue quand il n'est pas enflammé.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. DESMARRES.

Amaurose cérébrale double, due à la suppression de l'époque menstruelle. — Guérison.

Par M. le docteur Xavier GALEZOWSKI.

L'amaurose cérébrale est une des affections les plus intéressantes parmi celles que décrit l'ophthalmologie. Il importe de l'étudier à un double point de vue : premièrement, celui des symptômes particuliers à l'amaurose elle-même; secondement, celui des symptômes qui appartiennent à la lésion cérébrale.

L'ophthalmoscope a amplement fait connaître le genre d'altération qui caractérise cette amaurose et qui se rapporte aux modifications survenues dans le nerf optique. Sous ce rapport, les signes diagnostiques sont aussi satisfaisants que possible. Mais malheureusement le microscope n'a encore pu nous révéler la nature précise de certaines altérations cérébrales qui servent d'origine à la modification reconnue dans le nerf optique. C'est ainsi qu'on se trouve réduit à insister plus spécialement sur l'examen clinique, et à chercher dans les symptômes physiologiques l'explication des phénomènes observés dans le nerf optique. D'un côté donc, observation directe, facile, complète pour ce qui regarde le nerf optique; de l'autre côté, observation clinique, symptomatologique et physiologique pour ce qui concerne l'état du cerveau. Tels sont les deux termes dans lesquels se résume cette étude, l'un positif et l'autre problématique et tout en déductions. Espérons que par des études persévérantes appuyées sur de nouveaux faits, on arrivera à sortir du vague dans lequel se trouve encore cette branche des sciences médicales.

C'est avec le désir d'avancer dans la solution de ce problème que nous avons déjà publié des recherches ophthalmoscopiques sur les lésions du nerf optique qui correspondent à des inflammations localisées du cerveau. C'est dans le même but que nous voulons aujourd'hui décrire un cas d'amaurose double et complète, due à une congestion cérébrale partielle née sous l'influence d'une suppression momentanée des menstrues.

Il s'agit ici d'une jeune femme qui est accouchée récemment, et six semaines après, les règles n'ayant pas reparu, comme cela avait eu lieu à la suite d'une première couche, elle fut prise d'une amaurose complète des deux yeux qui a duré cinq jours, et ne fut guérie que par une saignée locale abondante pratiquée aux parties génitales.

Voici l'observation de cette malade :

Mme Augustine G..., âgée de vingt-quatre ans, sans profession, fut amenée par son mari à la clinique de M. Desmarres, le 19 octobre dernier, pour une cécité complète. C'est une personne douée d'une bonne constitution et d'un tempérament nerveux; elle a toujours été bien portante et n'a eu d'autres maladies qu'une fièvre typhoïde

avec symptômes cérébraux, à l'âge de seize ans. Elle est régulièrement réglée depuis l'âge de treize ans, pendant huit jours tous les mois.

A l'âge de vingt et un ans, elle s'est mariée ; elle a eu un enfant au bout d'un an. Elle ne l'a pas nourri. Aussi, au bout de six semaines, a-t-elle vu reparaître ses règles. Elles sont ensuite revenues chaque mois, assez abondamment, mais ne durant pas plus de cinq jours. La vue était toujours excellente pendant comme après cette grossesse.

Le 11 août dernier, Mme G... accoucha d'un autre enfant, sans le moindre accident. Elle le mit en nourrice comme le premier. Ses forces revinrent rapidement, et elle reprit toute sa bonne santé. Elle attendait le retour des menstrues vers le 30 septembre, c'est-à-dire six semaines après la délivrance, mais elle les attendit en vain. Dans les premiers jours du mois d'octobre, elle ressentit un peu de malaise, sans que pour cela la santé générale fût notoirement troublée.

Le 16 octobre, en se levant comme d'habitude et sans qu'elle eût souffert le moins du monde, elle s'aperçut qu'elle ne voyait plus du tout de son œil droit; de l'autre œil elle distinguait bien. Le médecin qui fut appelé conseilla à la malade d'appliquer un vésicatoire derrière l'oreille droite et des sinapismes aux jambes, médication qui ne produisit aucun effet. Cet accident n'empêcha pas la malade de sortir le dimanche suivant (18 octobre), à la promenade; mais à peine put-elle suivi les boulevards jusqu'à la Madeleine, qu'elle reconnut, tout épouvantée, qu'elle ne voyait plus du tout ni de l'un ni de l'autre œil. Elle était complétement aveugle, et le mari fut forcé de la ramener chez elle.

Le lendemain 19 octobre, elle fut amenée à la Clinique, et je pus constater aussitôt qu'en effet la malade avait complétement perdu la vue, qu'elle ne distinguait même pas le jour de la nuit. Les membranes externes ne présentaient aucun changement, les yeux n'étaient point déviés; les pupilles étaient médiocrement dilatées et ne se contractaient que faiblement sous l'influence de la lumière. A l'ophthalmoscope, je ne trouvai qu'une congestion légère des deux papilles du nerf optique, principalement de celle de l'œil droit. Cette congestion présentait ceci de particulier, que toutes les branches collatérales et secondaires de la papille étaient sensiblement dilatées; les branches principales au contraire conservaient leur volume normal. Il y avait donc congestion capillaire.

Il n'existait pas la moindre infiltration de la rétine ni du nerf optique; aucune infiltration le long des vaisseaux, aucun épanchement de sang. Rien dans les autres membranes de l'œil, rien dans la *macula*.

La malade nous déclarait n'avoir observé aucun signe précurseur de la cécité, pas d'étincelles, pas d'éclairs; la vue s'était éteinte sans souffrances. Quelques jours avant cet accident, Mme G... nous dit avoir éprouvé seulement quelques vagues douleurs de tête. Il n'y avait point de diminution dans la sensibilité des bras et des jambes, non plus que dans la force musculaire des deux côtés du corps.

Malgré l'absence totale de symptômes d'affection cérébrale, nous n'avions aucun doute sur le siége du mal. Cet état des yeux, nous l'avons attribué à la congestion des corps quadrijumeaux, congestion occasionnée par la suppression ou la non-apparition des règles après les couches. Nous étions d'autant plus autorisé à admettre la congestion comme cause de cette amaurose, que des faits de ce genre ont été observés et décrits par plusieurs auteurs, entre autres par MM. Desmarres, Andral, Brown, Santesson, etc., faits sur lesquels nous reviendrons encore.

Le traitement était donc tout indiqué par la cause qui avait occasionné le mal. Il fallait attirer le sang vers les parties génitales et provoquer une sorte de menstruation artificielle. Nous avons prescrit en conséquence l'application de dix sangsues à la vulve; un purgatif le lendemain; des compresses d'eau froide sur les yeux et sur la tête.

Les sangsues ont été posées à quatre heures de l'après-midi, aussitôt après la consultation, et le lendemain 20 octobre au matin, la malade recouvra complétement la vue.

Ce retour de la vision s'est maintenu pendant toute la journée. Craignant cependant que cette amélioration ne fût que passagère, le mari appliqua le soir même les vésicatoires, qui ne lui avaient été prescrits que comme une ressource extrême. Or, à la suite de cette vésication, la vue s'éteignit de nouveau complétement; mais une application de sinapismes aux jambes suffit pour qu'elle revînt le lendemain même dans toute son intégrité.

Cette seconde attaque d'amaurose a duré sept heures. Depuis, la guérison s'est maintenue, et la malade voyait le 30 octobre tout aussi bien qu'auparavant.

Pour prévenir de nouvelles récidives, nous lui avons conseillé de prendre un bain de pieds sinapisé tous les deux jours pendant deux semaines, de se tenir en éveil à l'époque de la prochaine apparition des règles et d'appliquer des sangsues aux parties génitales, si elles tardaient à reparaître.

Il résulte de cette observation que l'amaurose peut se déclarer subitement sous l'influence seule de la suppression de l'époque menstruelle. Cette amaurose peut être expliquée par une simple congestion cérébrale localisée dans une partie très-limitée du cerveau. Nous savons, en effet, que les congestions cérébrales spontanées et même des épanchements sanguins se déclarent souvent à la suite de la suppression des règles ou des hémorrhoïdes, et que ces affections sont accompagnées tantôt d'une paralysie des membres ou de quelques muscles isolés, tantôt de l'amaurose, tantôt même de la mort.

Il est vrai que ces faits ont été contestés, faute d'observations rigoureuses. Pour notre part, nous avons la certitude que ces faits existent, comme il existe aussi des exemples positifs de l'influence de la suppression d'un écoulement habituel sur les maladies cérébrales. Nous avons des témoignages nombreux en faveur de l'action réelle et non douteuse de ces causes sur la congestion cérébrale, ainsi que sur les congestions et inflammations de la rétine, de la choroïde et même de l'iris. Dans tous ces cas, la guérison ne peut être obtenue qu'après qu'on a réussi à rappeler l'écoulement supprimé.

Tel fut le cas observé et rapporté par Brown et Musselbourgh (1). Chez une femme de quarante ans, l'écoulement menstruel cessa subitement; une céphalalgie déchirante se déclara, et il survint des symptômes d'hémiplégie avec une amaurose de l'œil gauche. Les saignées amenèrent une amélioration notable dans la santé générale; mais la vision ne se rétablit pas. M. Brown dirigea toute son attention sur l'appareil génital de la femme; après six mois, il réussit à rétablir les règles, et bientôt après la vue est revenue.

(1) *Edinburgh med. and surgical Journal*, vol. XXVI, p. 279.

Quelquefois c'est la grossesse qui provoque des amauroses de cette nature, et voici ce que dit M. Desmarres à ce sujet: « L'amaurose cérébrale des femmes enceintes par congestion est » souvent complète, et peut durer de plusieurs jours à plusieurs » semaines. Une dame de vingt-six ans, grosse de six mois, » devient tout à coup aveugle des deux yeux. Aucun symptôme » de congestion cérébrale. » Appelé le cinquième jour, M. Desmarres ne trouve qu'une légère congestion des vaisseaux rétiniens; il fit répéter les saignées, et la vue revint tout à coup (1).

M. Andral rapporte un fait non moins intéressant d'une femme âgée de quarante-cinq ans, qui, n'étant pas réglée depuis trois mois, mais crachant le sang depuis l'âge de trente-cinq ans, fut prise tout à coup d'une cécité complète; au même moment le sang disparut dans les crachats. Cette cécité n'était accompagnée d'aucun accident cérébral. On avait appliqué les sangsues au cou en même temps qu'on avait pratiqué une saignée, et la vue était revenue dans l'espace de huit jours.

On voit par ces quelques exemples quel rôle important joue la suppression des règles et des écoulements habituels. La guérison n'est obtenue qu'à l'aide des moyens qui servent à provoquer leur retour, ou bien encore par les saignées générales. Le traitement, au contraire, dirigé dans ces cas sur les yeux et les parties voisines, les tempes, le front, etc., etc., est non-seulement sans aucune utilité, mais il peut quelquefois retarder la guérison, comme cela est arrivé chez notre malade, à la suite de l'application intempestive des vésicatoires sur les tempes.

En parlant de cette forme d'amaurose, je me trouve forcé de m'arrêter un instant sur la pathologie de ces sortes d'affections. Et d'abord, on se demande si ce sont de simples congestions qui provoquent ces symptômes; d'autre part, si la congestion du cerveau peut être localisée à tel point qu'elle ne produise de trouble que dans le seul organe de la vision?

Que les congestions simples puissent produire de pareils désordres, il ne doit y avoir aujourd'hui aucun doute là-dessus. Les observations de tous les cliniciens confirment ce fait. M. Calmeil, se fondant sur ses nombreuses études, dit avec raison que « les congestions produisent des paralysies momentanées de la vue, de l'ouïe, du toucher extérieur. »

Et combien de fois n'avons-nous pas vu et observé que l'état congestif était concentré tantôt dans la partie du cerveau où s'élabore l'intelligence, tantôt dans l'appareil moteur, tantôt enfin dans les fibres sensorielles! Cet état peut exister à un degré plus ou moins faible et pendant un temps assez long sans produire des désordres fonctionnels actifs. Mais à un moment donné la congestion augmente rapidement; tous les capillaires se dilatent outre mesure, l'élasticité des parois artérielles ne suffit plus à contenir l'affluence nouvelle et n'a plus assez de force pour repousser le sang en excès. De là la compression de la substance nerveuse elle-même, compression pour ainsi dire mécanique, et sous l'influence de laquelle la circulation se ralentit davantage; il peut en même temps se produire une légère infiltration séreuse de la substance nerveuse, qui par cela seul cessera ses fonctions pour quelque temps. Cette opinion me paraît d'autant plus probable, que nous voyons quelquefois dans les congestions rétiniennes fortes les mêmes infiltrations qui abolissent les fonctions de cette membrane pour un certain temps; mais la résorption se faisant, la vue se rétablit complétement.

On comprend très-bien que la dilatation des capillaires ayant atteint une certaine limite, puisse donner lieu à une rupture des parois et par conséquent à un épanchement de sang dans le centre nerveux de la vision. Les conséquences seront alors plus graves, la guérison plus problématique, et elle se fera plus longtemps attendre.

(1) *Traité des maladies des yeux*, t. III, p. 502.

CONSIDÉRATIONS

sur les effets pathologiques de quelques solanées, et en particulier de la belladone,

par M. Bourneville.

Étudier les solanées sous toutes leurs faces serait un travail intéressant à faire; mais ici nous voulons seulement relater quelques exemples d'empoisonnement par plusieurs plantes de cette famille, et insister sur les désordres produits par la belladone.

M. Bourdin, dans la séance du 26 octobre de la Société médico-psychologique, a raconté l'histoire d'une enfant de onze à douze ans qui, deux heures après l'ingestion d'une dizaine de fruits de douce-amère (*solanum dulcamara*), fut prise de catalepsie : roideur des membres, qui conservaient la position qu'on leur donnait; paupières fermées, pupilles non dilatées; pas de parole; respiration et circulation normales. Cet état, qui avait débuté à trois heures de l'après-midi, ne s'améliora qu'à la suite de l'administration, à sept heures, d'un vomitif dont l'action fut rapide. On sut plus tard qu'à partir de cet instant la malade entendait tout ce qui se disait autour d'elle. La nuit fut bonne, et le lendemain tout avait disparu.

A ce propos, M. A. Maury (de l'Institut) cita un jeune garçon qui, ayant mangé des baies de morelles (*solanum nigrum*), eut des hallucinations; il s'imaginait, entre autres, voir des ennemis. Rien de pareil n'aurait été observé chez la malade précédente.

Nous empruntons à un recueil anglais (1), mais en l'abrégeant, le récit d'un fait non moins curieux. Il a été lu par son auteur, M. Th. Hayden, à l'Association du Collége des médecins le 20 mai dernier.

Le 11 octobre 1862, Simon K..., âgé de seize ans, était à jouer aux environs de la ville. Vers dix heures du matin, il mangea en quantité des baies de belladone. De retour à trois heures pour dîner, il ne put prendre aucune nourriture. A cinq heures et demie, il paraissait étourdi, riait pour la cause la plus futile, et avait la plus grande peine à s'exprimer. Ses frères s'en amusèrent d'abord, mais bientôt ils s'aperçurent que sa gaieté n'était pas naturelle, et le conduisirent au docteur Hayden.

Il était six heures du soir. On observa les signes suivants : face légèrement congestionnée, pupilles très-dilatées; déglutition difficile, parole inintelligible, pouls plein, à 133; rire niais, excitations, mouvements désordonnés au milieu de la chambre. En un mot, l'aspect d'un homme ivre.

Emétique; puis, administration de deux heures en deux heures, quand le vomitif aurait opéré, de 2 grains 1/2 de poudre d'ipécacuanha.

Bientôt l'émétique amena le rejet d'un certain nombre de fruits. Alors l'état du malade se caractérisait ainsi : face vultueuse, langue sèche, roide, palais et pharynx congestionnés, pupilles extrêmement dilatées, pouls plein, bondissant, à 140; coma, enfin convulsions des membres.

Traitement. — Elever la tête, la lotionner sans cesse avec de l'eau froide; tenir les pieds chauds. Donner immédiatement : scammonée, 5 grains (2); calomel, 2 grains. Potion opiacée; café fort; frictions de temps en temps sur la face et la poitrine avec de l'eau froide.

Trois baies furent rendues.

A dix heures, vomissements abondants de baies mâchées. Le coma persistant, on pratique des inhalations d'ammoniaque, en continuant le café et les aspersions.

Le 12 octobre au matin, le patient, qui maintenant est à demi conscient, a eu cette nuit plusieurs spasmes convulsifs des bras et des jambes. Le pouls est à 120, la face moins colorée, la langue sèche, les pupilles sont toujours largement dilatées; pas de parole. Le purgatif n'ayant rien produit, on prescrit de l'huile de castor, et, la soif étant vive, de l'eau glacée.

A 4 heures 30 m., la connaissance est revenue, mais il existe une légère confusion; le malade a eu des hallucinations, s'imaginant que ses frères et ses camarades étaient couchés dans son lit. Pupilles moins dilatées. — Bouillon; huile de castor.

Le 13, cette nuit, à quatre heures, il a été agité; il criait, riait, chantait alternativement, essayait enfin de sortir de sa couche.

Face pâle, langue humide, pouls faible, à 72; même degré de dilatation pupillaire. Selles nombreuses renfermant des coquilles noires de baies.

Le 14, sommeil excellent; le patient s'est levé et a déjeuné. Pouls à 82, pupilles légèrement dilatées; la santé est redevenue normale.

M. Th. Hayden fait suivre son observation de remarques dignes de fixer l'attention.

Les deux périodes extrêmes, dit-il, étaient caractérisées par des symptômes d'excitation nerveuse et vasculaire, simulant un peu ceux de l'intoxication alcoolique; l'ensemble morbide en différait d'ailleurs en ce que la dépression consécutive au délire alcoolique était remplacée par de l'excitation. D'un autre côté, l'état comateux intermédiaire à ces deux périodes offrait la plus grande analogie avec celui qu'engendrent les boissons spiritueuses, et l'erreur serait possible s'il n'y avait une dilatation constante des pupilles, avec congestion et sécheresse de la bouche et du pharynx.

En second lieu, l'auteur anglais rappelle qu'on trouve, dans les cas funestes, une congestion vasculaire prononcée du centre cérébro-spinal et de ses membranes, ce qui, selon lui, expliquerait la dilatation pupillaire, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une action spécifique (mydriatique) de la belladone. Appliquée localement, elle agit, admet M. Hayden, comme stimulant excito-moteur sans produire de congestion des vaisseaux oculaires. Son apposition sur les téguments péri-orbitaires, sur la paupière ou la conjonctive, aurait invariablement une action sur le grand sympathique, fournissant, par l'intermédiaire des branches de la cinquième paire, aux fibres musculaires radiées de l'iris.

Des expériences sur des pattes de grenouille ont fait penser à M. Wharton Jones que la belladone stimule directement les filaments vaso-moteurs du sympathique en déterminant une contraction des vaisseaux sanguins; raisonnant par analogie, il conclut à une action dilatatrice de la pupille, grâce aux filets du sympathique qui se distribuent au muscle dilatateur. « J'ai répété avec soin, dit M. Th. Hayden, les expériences de M. W. Jones, avec la précaution qu'il négligeait, de diviser complétement à la partie supérieure les téguments du membre par une incision circulaire intéressant le nerf du sentiment. Le résultat a été entièrement différent; car, tandis que dans les expérimentations de M. Jones et celles que j'ai faites dans des conditions semblables, l'application d'une solution d'extrait de belladone causait une contraction immédiate des vaisseaux sanguins de la patte de la grenouille, dans celles que j'ai instituées, après avoir pris la précaution déjà indiquée de diviser les téguments, il n'y eut aucun resserrement des vaisseaux sanguins. Dans le premier cas, le micromètre faisait constater une contraction équivalente à 1/1200 ou 1/1600 de pouce; dans le second, nulle

(1) *The Dublin Quarterly journal of medical science*, août 1863.
(2) Le grain anglais = 0 gr. 064.

variation. Il est évident, d'ailleurs, que la belladone n'agit pas comme un stimulant direct, mais comme un stimulant réflexe des muscles striés, et que, relativement à l'iris, les moyens de conduction centripètes sont les branches sensitives de la cinquième paire se distribuant à la conjonctive et aux téguments circonvoisins.

Le docteur Ch. Lee propose de donner l'opium dans l'empoisonnement par la belladone, regardant ces deux agents comme des antidotes réciproques, opinion probablement déduite de leurs effets opposés sur l'iris. D'après M. Hayden, si M. Lee eût été averti que la belladone dilate la pupille en produisant une contraction active de son muscle dilatateur par l'intermédiaire du sympathique, et que l'opium cause sa contraction à l'aide de la troisième paire ou nerf moteur de l'œil, il n'aurait pas conclu qu'un *myostie* doit, de toute nécessité, être un correctif d'un mydriatique, et proposé l'opium contre la belladone.

Quoi qu'il en soit, l'antagonisme de l'opium et de la belladone est connu depuis longtemps. Le fait le plus ancien, jusqu'à nouvel ordre, s'est passé dans des circonstances assez dramatiques pour être raconté. Le docteur Angelo Poma fut appelé, il y a plus de vingt ans, à Marcaria (près de Mantoue), auprès de deux jeunes filles atteintes, l'une d'une gastralgie attribuée à des vers intestinaux, l'autre d'une douleur névralgique du genou gauche. A la première, il ordonna une émulsion d'huile de ricin avec quelques grains d'extrait de jusquiame; à la seconde, des frictions avec 4 grammes d'extrait de belladone.

Par erreur la solution de belladone fut prise à l'intérieur, et deux heures après le docteur Poma avait à combattre un empoisonnement atropique : nausées, vertiges, mydriase extrême, prostration profonde, surdité presque absolue, tremblements convulsifs, délire stupide, froid de marbre, surtout aux mains et aux pieds; pouls lent, battements du cœur faibles et rares. M. A. Poma fit avaler à la hâte à la malade la moitié d'une grande cuillerée de laudanum, dont, à tout hasard, il s'était muni, et une demi-heure après la même quantité. Les signes d'empoisonnement s'atténuèrent et disparurent entièrement après un sommeil de quelques heures (1).

M. Delasiauve a réuni sous ce titre : *Folies ou délires par intoxication*, les symptômes cérébraux engendrés par l'opium, la belladone, le haschisch et le tabac. Ces plantes auraient pour résultat commun de donner naissance à un état de stupeur; celui de la belladone s'accompagne, en outre, des signes suivants : sécheresse buccale et pharyngienne, dilatation des pupilles, trouble de la vision, diplopie, léger strabisme, dysphagie, embarras de la prononciation, aphonie, titubation de la paralysie générale, dysurie, anesthésie cutanée, obnubilation. La physionomie présente un mélange d'animation et d'hébétude; le regard est fixe, stupide, quelquefois ardent et furieux. Peu prononcée d'abord, puis plus intense, la divagation, où dominent les fausses sensations, a quelque chose de gai et de turbulent, et s'exprime par des gesticulations nombreuses et ridicules, des ris incoercibles ou une loquacité intarissable (2).

Si on met en regard du tableau tracé par M. Delasiauve les symptômes offerts par la malade de M. Hayden, on trouve une concordance frappante.

En résumé :

1° La belladone détermine des troubles nerveux qu'on pourrait peut-être diviser en deux périodes extrêmes d'excitation séparées par un état de dépression, d'hébétude.

2° Le délire de la belladone se rapproche du délire alcoolique par une dépression commune (stupeur), terminale dans celui-ci, transitoire et suivie de dépression dans celui-là. La dilatation pupillaire, la sécheresse et la congestion de la bouche et du pharynx, etc., différencieront facilement l'empoisonnement de la belladone de l'intoxication alcoolique.

3° Entre les effets de l'opium et ceux de la belladone, les nuances différentielles, on l'a judicieusement constaté, sont fondamentales. Indépendamment de la dilatation des pupilles opposée à leur resserrement, la torpeur chez le *belladoné* est beaucoup moindre, le dérangement mental plus évident; l'*opiophile* est engourdi, ses rêves sont plus intérieurs.

4° Outre l'opium, que la plupart des auteurs regardent comme l'antidote de la belladone, les purgatifs et l'émétique en particulier semblent dissiper rapidement l'empoisonnement dû soit aux baies de belladone, soit aux préparations atropiques.

(1) *Gazette hebdomad.*, 1863, n° 15.

(2) *Journal de médecine mentale*, 1863, p. 218.

NOTE SUR L'ORIGINE ET L'IDENTITÉ

du vaccin et de la variole.

Par M. le docteur G. DE LAPLAGNE

(Conclusions d'une communication faite à l'Académie).

Dans la séance du 15 mars à l'Académie de médecine, l'honorable M. Jules Guérin a cru pouvoir tirer d'un discours assez obscur des conclusions qui ne le sont pas moins, malgré sa prétention de résumer et de trancher les questions relatives à l'origine et à l'identité de la variole et du vaccin.

1° Les animaux n'ont point la variole, maladie de l'homme, mais une affection propre à leurs espèces, affection qui peut exister aussi chez eux sans pustules apparentes, *variola sine variolis*, et dont le principe est seul identique avec celui de la variole, laquelle variole en procède elle-même par voie d'inhalation, que la contagion en ait lieu directement ou par communication des animaux à l'homme. (J'ai remonté, dans mes précédents articles, à l'origine même de ce principe, que j'ai nommé une *fermentation du sang*, et jugé capable d'agir également sur l'homme sans aucun intermédiaire.)

2° M. Jules Guérin confond à tort le *virus vaccin* recueilli sur le cheval ou sur la vache avec la vaccine qui en est le produit chez l'homme, produit modifié nécessairement, composé qu'il est de son élément initial, de la prédisposition héréditaire ou acquise du sujet à la variole, et enfin de l'influence que la nature du sang, dans chaque espèce, a sur son développement pathologique; il en résulte que, bien qu'émanant du même principe, le vaccin pris sur les animaux, où il naît spontanément par *inhalation*, et la vaccine développée chez l'homme par *inoculation*, sont deux choses essentiellement différentes, à part ce principe et la préservation temporaire qui restent constamment les mêmes.

3° Au même titre, la variole qui naît aussi chez l'homme, spontanément et par *inhalation contagieuse*, se distingue également de la vaccine, bien qu'elles proviennent l'une et l'autre du même principe et soient également préservatives; la vaccine n'est pas plus un métissage qu'une plante exotique n'est un métis parmi nous, tant que le greffage ne l'a point unie à une autre plante, mariage indispensable pour constituer les métis.

Toute inoculation commence par se localiser, et cela est vrai de la variole inoculée comme de la vaccine; seulement la première s'accompagne plus souvent, on le conçoit, de l'influence épidémique constitutionnelle, qui donne habituellement naissance à la généralisation, c'est-à-dire aux éruptions secondaires et à la fièvre éruptive; mais cette fièvre est elle-même inséparable d'une bonne vaccination, et c'est elle surtout qui préserve en généralisant.

4° Rares ou fréquentes, la pustulation générale et la fièvre éruptive ne prouvent donc rien quant à la vaccine, mais relativement à la constitution atmosphérique comme un terrain dans lequel elles se développent, et sont de peu d'importance pour la pratique de la vaccination, dont le but n'est alors que mieux assuré. Personne ne redemande l'inoculation de la variole, bien qu'on en ait de beaucoup exagéré les périls, et que ses effets préservatifs ne soient pas moins sûrs que ceux de la vaccine.

Enfin, le *cowpox* a généralement le caractère épizootique et provient toujours d'une infection générale chez les animaux, tandis que la variole, inoculée chez eux, n'est réellement plus le *cowpox*, mais la variole transplantée, réimportée.

Chaque mot doit avoir ici un sens précis et conserver une acception particulière; c'est le seul moyen de s'entendre.

AVANTAGES DU TARTRE STIBIÉ

comme agent provocateur des contractions utérines.

Un médecin américain, M. le docteur Parker (de New-York), a appelé récemment l'attention des praticiens sur la propriété qu'aurait le tartre stibié de provoquer les contractions utérines. S'appuyant sur une assez longue expérience, il se croit fondé à établir que le tartre stibié relâche les muscles tant volontaires qu'involontaires qui offrent de la résistance aux douleurs; en d'autres termes, qu'il détruit la rigidité du col de la matrice et celle du périnée; qu'il augmente la sécrétion muqueuse du vagin, lubrifie sa surface et facilite ainsi l'accouchement, qu'il augmente la force contractile des fibres longitudinales et transverses, qu'il ne provoque pas, comme le seigle ergoté, des contractions tétaniques, mais renforce les douleurs régulières.

M. le docteur Gantillon, qui a exercé la médecine à Savannah (Géorgie) avant de l'exercer à Paris, a obtenu dans ces deux résidences des résultats également avantageux de l'emploi de cette méthode. Mais c'est moins pour confirmer les faits annoncés par M. Parker que M. Gantillon a publié la note que nous résumons ici, que pour signaler surtout l'action du tartre stibié dans les cas d'hémorrhagie utérine.

Une cuillerée à café d'une solution de 10 centigrammes d'émétique dans 120 grammes d'eau, administrée de dix en dix minutes, suffit pour provoquer quelques nausées et amener aussitôt la contraction de l'utérus, et partant, la prompte cessation de l'écoulement sanguin. (*Bull. de Thérap.*)

ÉPINGLE AVALÉE PAR UN ENFANT.

(Observation communiquée à la Société médicale du IVe arrondissement)

Par M. le docteur Jules de SOYRE.

Le 2 février 1864, je fus mandé en toute hâte pour un enfant qui venait d'avaler une épingle. Je trouvai là une mère désespérée, et son fils, Paul Ch..., âgé de sept ans, qui était calme et ne souffrait nullement.

Paul Ch..., d'une physionomie intelligente, étant en classe, avait mis dans sa bouche une épingle qu'il avait avalée involontairement. Le maître d'école le conduisit immédiatement chez un pharmacien, qui jugea utile de confier le traitement aux soins d'un médecin. C'est alors que l'on vint me chercher.

La mère de l'enfant désirait vivement que je fisse rendre de suite l'épingle à l'aide d'un vomitif; mais je ne fus pas de cet avis, car les contractions provoquées pouvaient faire engager l'épingle dans les parois de l'estomac, du cardia ou de l'œsophage. Du reste, je savais très-bien, d'après de nombreux faits semblables constatés dans la clientèle de M. le docteur Jacquemin, que les épingles sont généralement rendues par le rectum. Je prescrivis donc des purées épaisses de pommes de terre et un purgatif (huile de ricin, 30 grammes) pour le jour suivant. J'eus soin de recommander de rechercher l'épingle dans les matières fécales qui seraient rendues.

Le 4 février, l'épingle n'ayant pas été expulsée, je fus d'avis de continuer l'alimentation par les purées épaisses, et je redonnai 30 grammes d'huile de ricin le 5 février.

Enfin le 9 février, après un dernier repas de lentilles, Paul Ch... rendit une épingle oxydée, ayant 28 millimètres de longueur. Elle était restée sept jours dans son corps sans y causer de grave accident.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mars 1864. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. Lestage, chirurgien à Souston (Landes), sur quelques maladies observées dans cette contrée. (Commissaires, MM. Barth, Roger et Blot).

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Evaux (Creuse), par M. le docteur Tripier; — de Vichy (Allier), par M. le docteur Am. Dubois; — de Sail-sous-Couzan (Loire), par M. le docteur Souleyre. (Commission des eaux minérales).

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Dordogne, de la Marne, des Ardennes. (Commission des épidémies).

— M. le ministre de la guerre envoie un exemplaire de la 27e livraison de la carte de France.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Deschamps (d'Avallon), pharmacien de la maison impériale de Charenton, sur les capsules du *papaver somniferum*. (Commissaires, MM. Guibourt, Trousseau et Chatin).

2° Une lettre de M. le docteur Goupil des Paillières, qui rappelle, à l'occasion du travail lu par M. Gallard sur le développement spontané de la pustule maligne dans l'espèce humaine, qu'il a traité de la même question dans un mémoire envoyé pour le concours au prix de l'Académie.

3° Un pli cacheté de M. Leplanquais renfermant des recherches sur le meilleur mode de contention des hernies simples. (Accepté).

4° M. Charrière présente à l'Académie un appareil à douches oculaires muni d'un arrosoir auquel on peut adapter une œillère, comme dans l'appareil de M. Margouliès, pour le traitement des maladies des yeux et les lavages indiqués dans le cas d'ophthalmies purulentes. A, récipient placé dans une cuvette sur lequel se monte une boule en caoutchouc B, ou une petite seringue à piston se manœuvrant d'une seule main, et à l'aide desquelles on fait le vide et on obtient un courant continu, comme dans notre appareil à irrigations portatif, pour douches utérines et rectales, publié en 1857.

Cet appareil est construit d'après les indications de M. Follin; il est très-peu coûteux; son volume réduit permet de l'employer très-avantageusement pour remplacer le clysopompe de voyage.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, demandant que désormais il ne soit apporté aucun retard à la présentation des rapports sur le service médical des établissements thermaux.

— M. DE KERGARADEC demande la parole à l'occasion de cette lettre pour faire remarquer que s'il a apporté quelque retard dans la lecture de son rapport général sur les épidémies, c'est que les mémoires et travaux officiels ne lui sont parvenus que très-tard.

— M. DEPAUL fait une observation semblable pour les rapports relatifs à la vaccine.

— M. DUBOIS (d'Amiens) reconnaît, en effet, que les documents qui doivent servir aux rapports annuels de l'Académie sont très-souvent en retard. Mais des mesures ont été prises pour prévenir désormais ces retards, et on fera savoir aux médecins chargés des rapports, ainsi qu'aux préfets qui les transmettent à l'Académie, qu'il ne sera plus tenu compte à l'avenir des rapports qui n'arriveraient qu'après le délai de quatre mois, c'est-à-dire après la fin du mois de mai de chaque année.

— M. LARREY présente, au nom du conseil de santé des armées, une Instruction sur les observations météorologiques recueillies dans les hôpitaux militaires;

Et au nom de M. le docteur Corne, une Étude sur les eaux thermales de Bourbon-l'Archambault.

— M. ROBINET présente une brochure de M. Henri Bardy, pharmacien à Saint-Dié, sur quelques eaux potables de cet arrondissement.

— M. GOSSELIN présente au nom de M. le docteur Devers un mémoire sur la pustule maligne de cause interne et spontanée.

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie qu'elle se constituera en comité secret à quatre heures pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique.

La parole sera donnée, en attendant l'heure du comité secret, à deux candidats inscrits pour des lectures, MM. Durand-Fardel et Hardy.

LECTURES.

De l'opportunité en thérapeutique. — M. DURAND-FARDEL lit sous ce titre un mémoire qui peut être résumé ainsi :

L'opportunité représente l'action la plus décisive comme la part la plus personnelle de l'homme de l'art dans le traitement des maladies. C'est en vain que nous aurons, par un diagnostic assuré comme par un pronostic perspicace, déterminé avec précision les indications qui devront poursuivre la maladie jusqu'au terme de sa guérison; c'est en vain qu'une connaissance profonde des agents de la thérapeutique nous aura révélé les moyens les plus propres à enrayer une action morbide, à solliciter dans l'organisme des réactions salutaires, si nous n'avons égard à l'opportunité, qui fixe d'une manière absolue l'instant d'y recourir ou le moment de les abandonner.

Pour mieux faire sentir l'importance de l'opportunité thérapeutique, M. Durand-Fardel prend pour exemple le traitement de la goutte et celui de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales.

Si l'emploi des eaux minérales, continue l'auteur, est souvent stérile, et surtout s'il est quelquefois nuisible et même funeste, c'est uniquement par ignorance ou par oubli, du moment où l'on doit y recourir.

Les eaux de Vichy ne doivent être administrées que dans les intervalles des accès de goutte. Le moment le plus favorable est également le plus éloigné possible des accès passés et des accès futurs.

Quant à l'opportunité du traitement de la phthisie par les eaux thermo-sulfureuses, elle peut se formuler ainsi : Ne recourir aux eaux sulfureuses que pendant les périodes stationnaires de la phthisie, que celle-ci se trouve au premier, au deuxième ou au troisième degré anatomique.

D'une manière plus générale, on peut dire : Dans les maladies à manifestations passagères et incidentes, attendez pour recourir aux eaux minérales les époques les plus éloignées de ces manifestations ; dans les maladies à marche incidentes, appliquez-vous à n'administrer les eaux minérales que dans leur période stationnaire, et tenez-les autant que possible écartées de leur période d'activité. (Renvoyé à la section.)

Mode de traitement pour la guérison de la gale. — M. HARDY donne lecture d'une note sur le mode de traitement établi à l'hôpital Saint-Louis pour la guérison de la gale. En voici le résumé :

Le traitement de la gale, fondé sur ce fait que la gale est causée par la présence de l'*acarus scabiei*, consiste dans les moyens suivants : On commence par frictionner tout le corps, excepté la tête, avec du savon noir ; cette onction a pour but de nettoyer la peau, de la débarrasser des substances étrangères. Elle dure une demi-heure. Immédiatement après, le malade est placé dans un bain tiède, pendant lequel il continue à se frictionner avec le savon. Ce bain, d'une heure de durée, complète le nettoyage de la peau ; en produisant un gonflement et une macération de l'épiderme, il entr'ouvre les sillons qui contiennent les acares, et prépare ainsi le succès de la dernière friction véritablement parasiticide, laquelle est pratiquée avec une pommade contenant, pour 100 grammes, 64 grammes d'axonge, 20 grammes de soufre, 8 grammes de sous-carbonate de potasse et 8 grammes d'eau. Cette friction est faite rudement et doit être générale.

Après cette friction sulfureuse, les malades se rhabillent sans essuyer la pommade, dont le contact avec la peau est nécessaire pendant plusieurs heures pour achever la destruction des acares, et pour atteindre même ceux qui peuvent se trouver sur les vêtements.

D'après un tableau des galeux traités pendant onze ans, depuis 1852 jusqu'en 1862 inclusivement, 37,429 personnes ont été soumises à ce traitement (26,650 hommes, 10,779 femmes). Sur ce nombre, 535 ont eu besoin de subir un second traitement, ce qui donne 69 guérisons sur 70 malades traités.

Depuis l'application de cette nouvelle méthode de guérison de la gale, les personnes qui en sont atteintes ne séjournant plus à l'hôpital, l'administration a pu disposer en faveur de malades atteints d'autres affections plus graves, de cent vingt lits consacrés antérieurement au service spécial de la gale. (Commissaires : MM. Delpech et Devergie.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. BOUDET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit plusieurs rapports sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes.

Les conclusions négatives de ces rapports sont adoptées sans discussion.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Serre (d'Uzès) la lettre suivante, que nous nous empressons, conformément à son désir, de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Monsieur le Rédacteur,

Dans les communications orales faites à la clinique de M. Nélaton et à la Société de chirurgie, j'ai fait connaître la part prise par l'éminent professeur M. Courty, dans le succès de l'opération d'ovariotomie pratiquée à Alais avec son concours.

Une lacune bien regrettable, pour moi surtout, s'est glissée dans divers comptes rendus de ces communications, car elle ferait croire à un oubli de convenance et de justice qui n'a point existé.

Je déclare avoir rendu alors hommage aux beaux travaux que l'éminent professeur de Montpellier a publiés sur l'ovariotomie, et avoir puisé là mes principales inspirations.

Je déclare, en outre, avoir signalé la puissante influence exercée sur mon esprit par son encourageante présence, et avoir mis en relief son habileté, ses soins dans la partie la plus importante de l'opération, la toilette du péritoine, la pose du clamp et la suture.

Je déclare encore avoir dit que le succès si étonnant de cette tentative chirurgicale devait être attribué, pour une très-grande part, à mon honorable ami.

Telles sont les lacunes que cette lettre est destinée à combler, et que je vous prie, Monsieur le Rédacteur, d'insérer dans le plus prochain numéro de votre estimable journal.

Agréez, etc.

Dr SERRE.

Hier ont eu lieu les obsèques de M. Ed. Simon au milieu du concours empressé de ses amis, de ses collègues et de ses maîtres. Au nom des chirurgiens du Bureau central, M. le docteur Guyon a prononcé un discours dont nous extrayons les lignes suivantes :

« ..... Chaque pas fait dans la carrière, chaque relation nouvelle, avaient valu à Edmond Simon l'estime entière de ses maîtres et de ses condisciples. Doué de la patiente énergie du travailleur, dévoué à ses devoirs, notre collègue avait eu l'ambition d'être le fils de ses œuvres, et il venait d'arriver au but.

» Interne des hôpitaux, le goût de la chirurgie se développa bientôt chez lui sous l'influence des leçons de maîtres éminents dont il était depuis devenu l'ami. Les concours pour la place d'aide d'anatomie lui semblèrent le moyen d'entrer plus avant dans la voie chirurgicale : il les tenta sans hésitation. Sans hésitation encore, il sollicita la fortune du concours sur un autre théâtre, alors que le succès n'avait pas répondu à ses premiers efforts. Cette fois, devenu prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, il pouvait déjà légitimement espérer que de nouveaux labeurs le conduiraient à son but. Il nous souvient l'avoir vu entrer dans la lice, et une première fois s'essayer à la lutte qui devait plus tard le faire chef de service dans les hôpitaux. Edmond Simon était alors à peine convalescent d'une grave pneumonie ; malgré les conseils de ses amis, malgré sa fatigue, il prit à toutes les épreuves la part la plus honorable, et marqua dès lors son rang à venir.

» Au concours suivant, il triomphait, et le 13 juillet il avait réalisé son rêve le plus caressé ; l'avenir lui appartenait, et son travail seul l'avait conquis.

» La santé de notre cher collègue paraissait avoir bénéficié de son succès ; la fatigue occasionnée par le travail semblait avoir disparu, et nous nous félicitions de ce bonheur si bien acquis, lorsque nous arriva presque en même temps la nouvelle de la maladie et de sa fatale terminaison.

» Hélas ! n'est-il pas permis de craindre aujourd'hui que notre pauvre ami n'ait pas mesuré le travail à ses forces ? Je n'ai pu qu'imparfaitement faire comprendre ce qu'Ed. Simon avait dû faire pour arriver, jeune encore, à la position qu'il occupait, et quels sacrifices il s'était imposés pour suppléer aux ressources que lui avait d'abord refusées la fortune.

» Si votre vie, cher et regretté collègue, ne s'est pas assez longtemps prolongée pour que vos contemporains pussent tous savoir quelle était votre valeur, si vous n'avez pu même commencer à récolter ce que vous aviez semé, du moins votre souvenir ne saura périr dans le cœur de vos collègues et de vos condisciples. Ils se souviendront de votre amour pour la science, de votre savoir étendu et solide, de la haute valeur de votre caractère, de vos relations toujours aimables et sûres. Ceux qui vous ont connu seraient heureux de pouvoir offrir leur dévouement à la compagne que vous aviez choisie, et leur protection à votre pauvre enfant qui va naître orphelin ! »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le registre d'inscription du concours pour deux places de médecin au Bureau central a été clos le 19 de ce mois. Quarante-cinq candidats doivent prendre part aux luttes du concours. Ce sont, par ordre alphabétique :

MM. Ball, Barnier, Baudot, Blachez, Blain des Cormiers, Blondet, Bricheteau, Brongniart, Cadet de Gassicourt, Dally, Danjoy, Descroizilles, Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier, Féréol, Ferrand, Frémineau, Genouville, Gérin-Roze, Géry, Gibert, Gombault, Guyot, Isambert, Labbé, Ladreit de Lacharrière, Lancereaux, Lécorché, Leven, Magnac, Maingault, Menjaud, Molland, Moynier, Paul, Peter, Pierreson, Pinel, Proust, Raymond, Simon, Siredey, Topinard, Wieland, Worms.

— Par suite de la mort de M. Lafond, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes, M. Hélie, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, a été nommé titulaire de la chaire et directeur de l'Ecole.

M. Laënnec, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, a été nommé professeur adjoint et en même temps secrétaire de l'Ecole.

M. Calloch a remplacé M. Laënnec comme suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Les concours pour l'internat et pour l'externat dans les hôpitaux de Nantes se sont terminés par la nomination de MM. Barthélemy, Raingeard et Montfort, en qualité d'internes, et par la nomination de MM. Bonamy, Lapeyre, David, Eonnet, Dupont, Cailleteau, Houery et Roch, en qualité d'externes. (*Journal de méd. de Nantes*.)

— A l'occasion des fêtes de Pâques, la séance de la Société médico-psychologique, qui devait avoir lieu le lundi 28 mars, est reportée au lundi 4 avril.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Anatomie et physiologie comparée du bassin des mammifères, par M. le docteur JOULIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine. In-8°. Prix : 75 c. *franco*. — Paris, chez P. Asselin, libr.-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 36. — SAMEDI 26 MARS 1864. (37e ANNÉE.) N° 36. — SAMEDI 26 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'aphthe et de ses caractères distinctifs.

L'aphthe, longtemps confondu avec des lésions très-diverses des membranes muqueuses, a été parfaitement circonscrit dans ses principaux caractères; d'abord par les recherches de Guersant et de Billard, et beaucoup plus près de nous, mais d'une manière indirecte, par l'étude attentive qui a été faite des diverses manifestations herpétiques, syphilitiques ou parasitaires susceptibles d'affecter la membrane muqueuse buccale. Il en résulte que l'aphthe a été mieux connu jusqu'ici par ses caractères négatifs ou exclusifs que par ses signes propres ou pathognomoniques.

Rechercher par de nouvelles observations cliniques quels sont les véritables signes de l'aphthe, quelle est sa constitution anatomique et quelle est sa marche la plus ordinaire, tel est le but que s'est proposé M. le docteur Jules Worms, dans une note publiée dans la *Gazette hebdomadaire*. Nous empruntons à ce travail l'exposé des résultats auxquels M. Worms a été conduit par ses recherches.

Le fait particulier qui, d'après ce médecin, constitue le caractère pathognomonique de l'aphthe, réside dans la nature spéciale de l'exsudat dont celui-ci s'accompagne, et qu'il assure n'avoir rencontré que dans cette forme toute particulière d'altération de la muqueuse buccale.

Cet exsudat serait, suivant notre confrère, une matière grasse d'un caractère particulier; et l'aphthe, par ce fait, serait une espèce d'acné des muqueuses.

Voici comment M. Worms croit pouvoir justifier cette détermination. Il s'est assuré que les ulcérations qui sont précédées par de véritables vésicules dont le diamètre varie entre 2 et 5 millimètres, présentent par la suite des caractères tels qu'on ne peut les considérer comme constituant une affection identique avec celle qu'il a en vue.

Celle-ci débute toujours par un soulèvement épithélial de 1 à 2 millimètres de diamètre. Ce n'est qu'avec une très-grande attention qu'on peut apercevoir l'aphthe dans cette période initiale; car le sentiment de douleur assez vive qui aide à le caractériser dans une période plus avancée n'existe pas encore. Le malade n'éprouve jusque-là qu'une très-petite gêne. L'épithélium décollé est parfaitement transparent et laisse voir au-dessous un point jaunâtre, uniforme, entouré d'un cercle rouge très-étroit. La pellicule qui le constitue est formée uniquement par des cellules épithéliales. Dès qu'on l'a déchirée, le point découvert devient très-douloureux, surtout si l'aphthe siége sur la langue. Les malades se plaignent très-souvent de douleurs vives occasionnées par des aphthes du bout de la langue, qu'on ne peut encore distinguer qu'à la loupe.

Le décollement épithélial ne s'étend jamais au delà de cette limite de 1 à 2 millimètres, et ne persiste qu'un ou deux jours, puis l'épithélium se déchire et met à nu l'exsudat jaunâtre que l'on distinguait déjà à travers la pellicule.

L'exsudat aphtheux a présenté des caractères tellement constants et tellement identiques chez tous les malades que M. Worms a observés, qu'il croit pouvoir assurer que c'est le signe pathognomonique de l'affection à laquelle il conviendrait exclusivement de donner, suivant lui, la dénomination d'aphthe. C'est une matière jaunâtre, de la consistance et de la coloration du beurre frais. Elle recouvre entièrement le derme dénudé au moment où l'épithélium décollé vient d'être déchiré. On l'enlève facilement par portions successives avec la pointe d'une lancette, sans occasionner une trop vive douleur et sans faire saigner la petite plaie sous-jacente. Déposée sur une plaque de verre, cette matière exsudée se dessèche très-rapidement. Au bout de quelques minutes déjà, on peut, avec la pointe d'un scalpel, la détacher sous forme concrète.

L'examen microscopique apprend que cette substance est constituée uniquement par des éléments ayant un aspect particulier et constant. Ce sont des globules plus ou moins sphériques, d'un diamètre variable de 0,01 à 0,04, dans lesquels, au premier abord, on croit distinguer un ou plusieurs noyaux. Ces globules sont souvent disposés par groupes agrégés, et affectent une forme plus ou moins polyédrique. Leur aspect physique les distingue des globules graisseux du beurre ou du lait, en ce qu'ils réfractent infiniment moins la lumière et que leurs bords sont moins nettement accentués. Quant à la nature chimique de cet exsudat, c'est une matière sébacée.

Quand l'aphthe s'étend, cette matière s'étale sur le derme dénudé et atteint quelquefois, au bout de cinq ou six jours, un diamètre de 8 à 10 millimètres. Dans ces cas, il se produit en même temps que les globules graisseux quelques globules pyoïdes. D'autres fois, l'exsudat ne s'étend pas, et ne recouvre qu'une surface de 1 ou 2 millimètres. Plus l'aphthe est grand, plus l'aréole qui entoure l'exsudat est enflammée et rouge, et plus aussi l'ulcération est douloureuse. Quelquefois, toute la portion de la muqueuse qui entoure l'aphthe est légèrement tuméfiée.

La réparation se fait des bords de la circonférence à son centre; la matière exsudée diminue d'étendue, l'épithélium se reforme sur les points successifs qu'elle vient d'abandonner. Vers la fin de l'évolution de la lésion, on ne retrouve plus qu'un tout petit point jaune central, constitué toujours par la matière sébacée, qui, jusqu'au dernier moment, conserve les caractères chimiques et physiques signalés plus haut. Quand celle-ci a disparu, l'épithélium est complétement reformé sur l'ulcération, dont il ne reste d'autre trace qu'un peu de rougeur de la muqueuse.

M. Worms, qui n'a traité d'ailleurs qu'incidemment du traitement de l'aphthe dans ses recherches, a été conduit à proposer l'emploi local de l'éther en se fondant sur l'observation qu'il a faite que l'exsudat aphtheux est soluble dans cet agent. Il lui est arrivé, dit-il, après avoir constaté l'inefficacité des moyens ordinairement employés, nitrate d'argent, chlorate de potasse, narcotiques, etc., de voir à la suite de l'usage de l'éther de petits aphthes ne pas s'étendre et devenir moins douloureux. Nous n'avons pas eu l'occasion d'essayer ce moyen, mais les aphthes ont souvent guéri très-rapidement entre nos mains après les avoir touchés une fois ou deux seulement avec le sulfate de cuivre. Nous ne parlons, bien entendu, que du traitement local, auquel doivent être presque toujours associés quelques moyens généraux, réclamés par l'état des voies digestives, dont les aphthes ne sont le plus souvent qu'un symptôme.

Maladie bronzée.

On a pu voir pendant ce dernier mois dans le service de M. le professeur Trousseau à l'Hôtel-Dieu un homme qui offrait un appareil de symptômes très-complexes, avec cette coloration spéciale de la peau qui a fait donner à cette maladie le nom de *maladie bronzée*.

Cet homme avait les parties génitales aussi noires que celles d'un nègre; la face, les mains, les bras, avaient une teinte qui se rapprochait davantage de celle du bronze de cuivre que du noir. On se rappelle qu'Addison, qui a le premier fait connaître cette affection, a prétendu qu'elle tenait à une lésion des capsules surrénales, lésion variable par sa nature, tantôt cancéreuse, tantôt tuberculeuse. Cet homme, dont l'état a été sans cesse s'aggravant depuis le jour de son entrée à l'hôpital, a fini par succomber. M. Trousseau n'a pas voulu laisser échapper cette occasion de vérifier par l'autopsie ce point obscur d'anatomie et de physiologie pathologique.

Voici les résultats qu'a donnés l'autopsie :

L'une des capsules surrénales était saine; l'autre présentait une altération de nature granuleuse. On a examiné ensuite les autres organes de la cavité abdominale et ceux de la cavité thoracique. On a découvert un état cirrhotique du foie et du pancréas, une altération grave de la rate, des intestins et des poumons.

Il y avait là, comme on le voit, un ensemble de lésions multiples à côté d'une lésion minime de l'une des capsules surrénales. Il n'est donc possible d'en rien conclure de précis par rapport à la relation que l'on a cherché à établir entre l'état des capsules et la coloration de la peau.

Quoi qu'il en soit de cette relation sur laquelle Addison a appelé l'attention des médecins, que la coloration bronzée de la peau dépende ou non d'une lésion des capsules, toujours est-il que cette altération de l'élément pigmentaire de la peau est toujours un symptôme d'une extrême gravité. Tous les malades qui en ont été atteints jusqu'ici ont succombé.

M. Trousseau dit en avoir observé un cas l'année dernière dans lequel le traitement hydrothérapique avait paru d'abord produire un amendement; mais l'amélioration n'a été que de courte durée : les phénomènes morbides ont bientôt repris le dessus, et le malade n'a pas tardé à succomber. Peu de temps après, il a vu une dame qui offrait aussi la coloration bronzée de la peau, et bien que l'examen le plus attentif ne lui ait fait découvrir aucune lésion appréciable dans les principaux organes, la cachexie n'en a pas moins marché rapidement et la malade a succombé environ dix-huit mois après sa première visite.

Ce nouvel exemple vient donc prouver une fois de plus combien cette maladie est obscure encore, et combien il importe de l'étudier attentivement dans toutes ses phases.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de la peau,

Par M. le docteur Alph. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis (1).

M. le professeur Devergie vient de publier la troisième édition de son *Traité pratique des maladies de la peau*. Cette œuvre magistrale, classique, revue avec un soin particulier, enrichie de nouvelles observations et des progrès de la thérapeutique, remaniée du reste d'une façon heureuse dans ses dispositions principales, couronne le succès des deux premières éditions. Le nouveau *Traité* forme un volume de près de 800 pages, complété par un atlas de planches coloriées, comme la librairie Masson les obtient aujourd'hui, c'est-à-dire d'une iconographie irréprochable; cette fois, l'atlas se vend à part, pour qu'on puisse mettre le prix d'un livre d'étude à la portée de toute bourse d'étudiant ou de praticien modeste : double groupe mal favorisé de la fortune, et qui, pour cette raison et d'autres, n'a jamais cessé d'obtenir toute la sympathie et la sollicitude du savant professeur. Toujours est il qu'en Allemagne un tel volume se nommerait *manuel* à bon droit, tandis qu'en France, il se nomme *livre* à juste titre : ne renferme-t-il pas, en fait d'exposition, de préceptes et d'idées, autant et plus qu'un in-folio d'outre-Rhin, et même autant que certains grands ouvrages français en trois ou quatre tomes?

C'est, en effet, entre autres, un mérite très-réel de M. Devergie de savoir être court sans laisser d'être exact, complet sans laisser d'être clair. Nous oserons dire que son excellent livre est plus complet que le titre ne pourrait le faire croire, car nous verrons que, pour être principalement pratique, le *Traité* ne répudie pas, tant s'en faut, le point de doctrine; nous tenons à donner de suite ce renseignement au lecteur, justement curieux de connaître les opinions d'un maître sur tout ce qui a trait aux questions débattues de classification, de nature morbide, d'étiologie, etc.

En résumé, le nouveau *Traité*, fruit d'une expérience consommée, d'une pensée mûre et calme (honnête, chacun le sait), façonnée dès longtemps au joug des saines méthodes, pleine de réserves, parce qu'elle n'a que trop souvent appris le doute et la mesure au contact des choses et des discussions; le nouveau Traité, disons-nous, sera bon pour tout le monde. Il sera bon pour l'élève, à qui il offre des descriptions sobres et fidèles, des distinctions nettes, solidement motivées, tout ce dont il peut avoir besoin en fait de diagnostic, de pronostic, ou de vues sages, sur les causes et le traitement; bon pour le praticien, à qui il présente, par surcroît, une thérapeutique pleine de ressources, aussi éloignée d'un empirisme aveugle que d'un esprit systématique; bon enfin pour le penseur aux mains duquel il remet un fil capable de l'introduire aux problèmes et de le retirer de leurs détours. Sortons des généralités.

Le *diagnostic*, tel est le premier objet du *Traité pratique*. Il y a soixante ans, toutes les affections de la peau s'appelaient *dartres*, et ce même terme, abstrait, vague, illusoire, ne portait dans ses flancs qu'une seule indication, l'emploi du soufre : le diagnostic n'était pas fondé.

L'est-il aujourd'hui? — Absolument parlant, on ne peut le prétendre; mais il tend à se constituer sur des bases solides; il marche à grands pas : le livre de M. Devergie en est la preuve. Entre autres choses neuves et bonnes du nouveau *Traité*, nous remarquerons la logique des idées et des faits. Pour l'enseignement surtout, c'est là une précieuse qualité. Oui, certes, avant tout, comme le remarque l'honorable professeur, il faut que l'élève jette un coup d'œil d'ensemble sur la branche de l'art de guérir dont il va s'occuper. Sans cela, en effet, la description des maladies serait pour lui sèche et stérile. Et comment aborderait-il avec succès les méthodes de diagnostic? La marche naturelle est donc toute tracée; il faut débuter par l'étude des *classifications*, les unes fondées sur l'anatomie pathologique, les autres sur les produits des sécrétions, etc. Nous abondons dans ce sens; car il ne peut s'agir ici que de classifications provisoires. Une classification définitive est une bien autre chose, et ne peut être comprise que comme dernier terme du discours, ou couronnement de l'édifice.

Une classification réellement scientifique ne se peut proposer que lorsque, à l'aide de toute lumière, y compris le *criterium* du traite-

(1) Paris, Victor Masson et fils, place de l'École-de-Médecine.

Eléphantiasis des Arabes du membre inférieur. Ligature de l'artère fémorale au pli de l'aine.

M. A. Richard a pratiqué la ligature de l'artère fémorale à sa partie supérieure pour un éléphantiasis de la jambe gauche. Autant que nous ont permis de l'affirmer des recherches de vingt-quatre heures, cette opération est la première qui ait été faite dans de telles conditions; et jusqu'ici une amélioration réelle semble justifier cette tentative nouvelle dirigée contre l'éléphantiasis des Arabes, reconnu incurable dans la grande majorité des cas.

Une jeune femme de vingt-huit ans, couchée au n° 21 de la salle Saint-Jacques, à l'hôpital Cochin, d'une bonne santé habituelle, et dont les parents n'ont présenté, dans le cours de leur existence, aucune affection d'un genre voisin de celle que porte la malade, n'a pas été atteinte de maladie antérieure grave, si ce n'est une attaque de croup, qui toutefois n'a pas nécessité l'opération de la trachéotomie.

Vers l'âge de quinze ans, la jambe gauche a commencé à devenir plus volumineuse que la droite, la peau était tendue et dure; cet état n'occasionnait aucune douleur, et la malade marchait sans peine. A l'âge de seize ans, les règles ont paru pour la première fois, et la menstruation, à partir de ce moment jusqu'à ce jour, n'a été troublée par aucun accident. La malade n'est pas mariée et n'a pas eu d'enfants.

Il y a deux ans, la jambe est devenue de plus en plus grosse, sans déterminer des douleurs plus vives qu'auparavant; la tuméfaction augmentait et remontait sur la cuisse avec une rapidité assez grande. Quoique la marche ne fût pas pénible, la station debout fatiguait la malade. Cette particularité et quelques palpitations étaient les seuls signes dignes d'être notés du côté des fonctions.

La jambe et le pied ont été atteints, avant l'entrée de la malade à l'hôpital, de poussées inflammatoires, de lymphites, pour lesquelles des ventouses ont été appliquées, et ont, au dire de la malade, donné issue à de la sérosité lactescente mêlée de sang. Depuis ce moment, le pied éprouvait une sensation de froid, et des chaleurs brûlantes parcouraient le membre, surtout la jambe qui avait été primitivement affectée. Il y avait là ce que Hendy a décrit comme un accès.

Tous les traitements internes recommandés contre l'éléphantiasis avaient été mis en usage; comme traitement local, les médecins avaient eu recours aux frictions avec la pommade iodée et la teinture d'iode, d'après la pratique de MM. Cazenave et Shedel; la compression avait été ensuite employée, mais elle n'avait pu être tolérée par la malade. Le mal continuant à augmenter, la jeune femme est entrée à l'hôpital, dans un bon état de santé toutefois et ayant acquis de l'embonpoint.

Le membre était envahi depuis les orteils jusqu'à la racine de la cuisse. La peau et le tissu cellulaire étaient indurés, tendus; ils ne conservaient point l'impression du doigt, et il était impossible de faire un pli à la peau; celle-ci ne présentait aucune coloration anormale, elle était seulement un peu rugueuse. L'altération du tégument et du tissu cellulaire envahissait déjà les régions inférieures de l'abdomen et la fesse.

Le 5 décembre, la ligature de l'artère fémorale a été faite dans l'étendue qui sépare l'origine de cette artère de sa bifurcation en crurale et fémorale profonde. L'opération et ses suites n'ont présenté aucun accident. Dès les premiers jours la tension des téguments a disparu, la circonférence du membre a diminué de 5 centimètres, et sous l'influence d'une compression méthodique appliquée cinq semaines après l'opération, la diminution de la tuméfaction continue.

Des bandes de flanelle enveloppent tout le membre depuis les orteils jusqu'au bassin; une bande en caoutchouc recouvre les premiers tours de bande, et le membre ainsi disposé est environné par un bandage roulé avec les bandes de toile. Cet appareil est conservé de trois à huit heures, suivant les dispositions de la malade, qui résiste plus ou moins à la gêne pénible que lui cause la compression. Lorsqu'elle ne peut plus la supporter, elle desserre son bandage, qui cesse alors de comprimer d'une manière efficace.

Aujourd'hui, la partie qui est en meilleur état est la moitié inférieure de la jambe; la peau a repris sa souplesse, on ne sent plus de points indurés; le pied est un peu plus dur. Au genou, les tissus commencent à reprendre leur consistance normale. A la vue, le membre paraît à peine plus volumineux que celui du côté sain. La circulation dans l'artère poplitée, rétablie sans doute, ne peut néanmoins être perçue au niveau des malléoles d'une manière évidente, soit parce que les battements sont faibles, soit parce que le tissu cellulaire épaissi n'est pas suffisamment revenu à l'état sain.

La rareté des faits d'éléphantiasis des Arabes n'a pas permis encore de juger définitivement la valeur des procédés chirurgicaux employés contre cette maladie; là où la peau pouvait être isolée des organes sains, l'ablation en a été tentée et suivie de succès, ainsi que cela a été fait pour les éléphantiasis du scrotum et du pénis, dont Boyer a fourni des exemples remarquables empruntés à Imbert de Lonnes et à Roux.

L'amputation a été proposée pour les membres. M. Mazaé-Azéma, dans un mémoire publié dans la *Gazette médicale* (1), se prononce en faveur de l'amputation pour les membres, et il cite trois succès sur quatre amputations. Il ajoute que l'on peut amputer sans crainte de voir la récidive, même quand on coupe dans les parties déjà infiltrées de sérosité. M. le docteur Tirman a présenté à la Société anatomique un pied atteint d'éléphantiasis amputé.

C'est assurément une ressource pénible que d'amputer un membre pour une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire; mais on cite des cas où il y a eu récidive sur le moignon; mais il y a des faits, comme celui dont nous parlons, où il ne faudrait pas même songer à l'amputation. Si la guérison qui semble se maintenir chez la malade de M. Richard, devient complète, il y aura lieu de mettre en discussion ce procédé. Il n'a pas les dangers immédiats d'une amputation, et il n'occasionne pas de mutilation.

Nous n'insisterons pas sur ce fait; il sera discuté lors de sa présentation aux sociétés savantes, et sera l'occasion de nouvelles remarques sur cette maladie singulière, découverte par Rhasès; vue et non dénommée en France depuis Dionis; cette maladie qui nous a été représentée plus tard sous le nom de mal des Barbades, par Hillary et Hendy, et dont Alard en 1806 avait recherché la nature et l'avait rattachée à une inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques.

Ceux de nos lecteurs qui habitent la Prusse et la Saxe trouveront sans doute dans les bibliothèques allemandes un opuscule qui nous manque en France, et dont le titre très-séduisant touche à la question de l'elephantiasis des Arabes. Plouquet (2) mentionne, et aucun auteur actuel ne lui a emprunté la citation, Fischer : *Dissertatio de Lepra Arabum, observata et curata*, Erfurth, 1727. Il serait au moins curieux de savoir s'il s'agit d'un véritable éléphantiasis des Arabes, ou s'il y a eu un traitement singulier employé.

Engouement dans les hernies.

M. Goyrand (d'Aix) vient de publier dans le *Bulletin de Thérapeutique* trois observations où la kélotomie pratiquée à dessein, quoique la hernie ne fût pas étranglée véritablement, a fait cesser les accidents d'étranglement interne. Une distinction est établie dans ce travail, et tend à prouver que l'engouement existe, qu'il n'est pas un accident des hernies tel que le comprenait Goursaud à l'ancienne Académie de chirurgie, mais bien un étranglement sur le trajet du tube intestinal agissant comme une obstruction de l'intestin.

Une preuve de la vérité de la proposition de M. Goyrand se trouve dans la facilité avec laquelle, dans un cas, le doigt pénétrait dans l'anneau de la hernie; l'absence de toute lésion de l'intestin dans les trois cas cités n'est pas moins significative.

Au fond, c'est la question de l'engouement solide et gazeux qui reparaît. Pour le premier cas, comme il s'agissait du gros intestin et qu'il y avait des matières dures, personne ne niera qu'il existait une tumeur stercorale dans un intestin hernié; mais chez le second, pour l'engouement gazeux, il est bien difficile de ne point conserver de doutes.

A l'occasion d'une des trois opérations rapportées, un point important mérite d'être noté. La méthode de J. L. Petit, reprise par les chirurgiens anglais, et en particulier par M. Gay, a été mise en usage, et là, comme dans beaucoup de cas, tellement nombreux aujourd'hui qu'on ne les compte plus, après avoir débridé sans ouvrir le sac, l'opérateur a été obligé de l'ouvrir. Dans le fait particulier pourtant, il n'y avait pas trace d'étranglement.

(1) *Gazette médicale*, 1858, p. 22.
(2) Plouquet, *Litteratura medica digesta.*

DU POULS CHEZ LES ENFANTS EN SANTÉ.

Le docteur Smith, médecin de l'asile des orphelins de New-York, a fait de nouvelles recherches sur le pouls des enfants en santé pendant la première année. Pour éviter les causes d'erreur dont les rares observations antérieures sur ce sujet lui paraissent entachées, il a examiné séparément ses sujets dans l'état de sommeil et de veille, de repos ou d'agitation, à cause des variations que subit le pouls dans ces divers états, distinguant de même avec soin ceux qui étaient atteints de ces dérangements des fonctions digestives et des voies respiratoires, si fréquents à cet âge, et qui rendent ces recherches si difficiles. En voici le résumé :

Sur 57 observations d'enfants nouveau-nés, pendant la première heure de la vie, le pouls ou plutôt les battements du cœur se sont élevés, après un accouchement normal, de 96 à 164, moyenne 136, durant le deuxième quart de la première minute après la naissance; de 134 à 160, moyenne 152, pendant les quinze secondes suivantes; et de 108 à 172, moyenne 145, durant le dernier quart; soit une moyenne totale de 143 dans ces quarante-cinq dernières secondes de la première minute de la vie. Cette proportion est bien supérieure à celle obtenue par M. Lediberder, qui, en comptant le pouls de six enfants pendant la première minute de la vie, n'a obtenu, dit M. Bouchut, que 72 à 94 pulsations.

Mais il est probable que cet observateur a compté le pouls de la radiale, ce qui est très-difficile dans la plupart des cas et même impossible pendant la première semaine de la vie, et il a ainsi compté inexactement. La systole ventriculaire est si faible immédiatement après la naissance, et les extrémités du système artériel battent si librement, que le pouls ne peut être compté exactement ni aux membres ni à la fontanelle antérieure. L'auscultation ou la main placée sur la région précordiale, ou bien la pulsation du cordon, peuvent seulement donner une évaluation exacte à ce sujet.

Durant la deuxième minute, les battements ont varié de 108 à 164 : moyenne, 132. De la troisième à la dixième minute inclusivement, les variations extrêmes ont été de 124 à 164; moyenne, 145; et pendant les vingt minutes suivantes, de 100 à 156; moyenne, 130.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mars 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. VOILLEMIER fait remarquer à l'occasion du procès-verbal que l'emploi de la potasse pour déterminer l'adhérence de certaines tumeurs du foie est de date ancienne. Il l'a trouvé indiqué pour les abcès du foie dans un manuscrit d'Astruc qui remonte à 1737.

M. BOINET. L'usage de la pierre à cautère dans les abcès du foie était connu depuis bien longtemps, ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture des ouvrages du dernier siècle et du commencement de celui-ci, mais j'ai constaté qu'avant Récamier un chirurgien nommé Manson avait employé la potasse pour un kyste du foie.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de la Société médicale d'Amiens*. — Une lettre de M. le doyen de la Fa-

---

ment, on a approfondi l'*étiologie*. Dans un instant, la discussion mettra cette vérité en relief.

Il reste acquis, pour nous, que dans l'état de la science, M. Devergie a adopté le meilleur plan, le meilleur moyen d'initiation de ses lecteurs à une pathologie spéciale, complexe, difficile et née d'hier. Suivons-le.

I.

Une classification des maladies de la peau fondée sur les éléments anatomiques de cette surface n'est pas possible. Les formes morbides des affections cutanées sont, eu égard à la constitution de la peau, beaucoup trop variées pour s'y prêter. Cette vérité est hors de conteste; elle a conduit M. Devergie à délaisser la division qu'il avait adoptée avec M. Cazenave, « et à tenir compte de la *forme pathologique* telle qu'elle se présente à l'observation, sans trop se préoccuper du siége anatomique. *On manque, en effet, d'éléments pour le préciser.* » (P. 2.)

Sur la donnée de l'anatomie pathologique, Willan avait ramené les *formes morbides* de Plenck à huit classes. Est-il possible de se satisfaire avec ce cadre? M. Devergie ne le croit pas; il s'est efforcé de compléter le tableau, et de faire connaître que sous le rapport de l'anatomie pathologique, il existe des maladies à formes élémentaires *simples* et des maladies à formes élémentaires *composées*. Ces dernières, d'après M. Devergie, seraient aussi *primitives* que les formes simples. Elles constitueraient ainsi autant d'*espèces* de maladies, considération grave sujette à discussion. MM. Cazenave et Hardy se refusent, en effet, à admettre les formes composées de M. Devergie; ils nomment *complication* ce qu'il appelle *composition*. Peut être l'honorable professeur va-t-il un peu loin en voulant faire de ses formes composées, assurément très-réelles, des formes *primitives*, des espèces à part, en ce sens. Peut-être, au profit de la vérité, est-il possible de concilier ses opinions avec celles de ses savants collègues. Qu'on nous passe une comparaison risquée : la truite saumonée, pour n'être pas une espèce *primitive*, ne laisse pas d'être *une individualité réelle*, ayant sa propre essence. Pourquoi n'y aurait-il pas des individualités morbides *dérivées* de cette sorte? Il existe, pensons-nous, abstraction faite des dermatoses, plus de maladies mixtes qu'on ne le suppose, véritables individualités morbides, et nous sommes disposé à penser qu'on abuse un peu de l'idée de *complication*. Comme exemplaire du type *composé, mixte*, M. Devergie nous propose le pemphigus herpétiforme. Ce n'est, dit-il, ni le pemphigus proprement dit, ni l'herpès. Soit; mais pourquoi ces formes réellement *primitives*, pemphigus, herpès, ne donneraient elles pas naissance à cette forme dérivée, à ce *métis* pemphigus herpétiforme, absolument comme l'individu noir et l'individu blanc donnent naissance au dérivé *mulâtre*, dont la couleur, apparemment, n'est pas *une complication?* — Au reste, la question de pathologie générale des *formes mixtes* et des *complications*, que pour notre part nous avons effleurée dans notre *Essai de pathogénie* et dans quelques travaux sur le typhus de l'armée d'Orient, est certainement digne d'exercer la sagacité des analystes.

Si la considération de *primitivité* d'une forme morbide n'est pas des plus importantes, celle de *composition*, au contraire, est pleine d'intérêt. « La forme composée des affections, écrit l'auteur du traité, » implique une modification du traitement d'où dépend la guérison. » Nous verrons quel parti l'habile praticien a tiré de cette juste vue.

Ceci posé, le professeur prétend arriver par deux voies au diagnostic général des maladies de la peau. Selon lui, le diagnostic s'établit ou par la forme anatomo-pathologique *primitive* de la maladie, ou par ses productions secondaires. La première méthode *est sûre!* mais la forme pathologique est souvent éphémère, et n'a parfois que quelques heures de durée! Par quoi, par quel signe la remplacer? Par le signe que l'on peut tirer des productions morbides. Mais ne serait-ce point là remplacer la vie par le cadavre? Des états morbides totalement différents quant à leur essence, ne donneraient-ils point lieu à l'existence de productions morbides identiques quant à l'apparence? *Hic labor.* Convenons qu'on peut diriger le même soupçon contre la valeur séméiologique de la forme morbide en plus d'un cas. Toujours est-il qu'après Alibert, et avec beaucoup de précision et de sagacité, M. Devergie a cherché et trouvé une méthode de diagnostic fondée sur les produits morbides secondaires. On peut, on doit accepter ce moyen précieux de diagnostic, mais sans laisser jamais de le rapprocher (en l'y subordonnant) du diagnostic fondé sur la forme anatomo-pathologique.

Il ne faut rien moins que toute l'expérience du clinicien de Saint-Louis, que cette habitude médicale achevée, ce tour aiguisé qu'il possède, ce sentiment des nuances qui ne lui fait plus défaut, pour deviner sous des produits en quelque sorte cadavériques, grossiers,

cul é de médecine de Strasbourg, annonçant l'envoi à la Société de quatre-vingt-huit *Thèses soutenues pendant l'année* 1863.

— M. VERNEUIL dépose sur le bureau, au nom de M. Fleury, de Clermont, membre correspondant, une observation intitulée : *Polype naso-pharyngien s'étendant au pharynx, à la narine gauche, au sinus maxillaire, à la fosse zygomatique; ablation du maxillaire supérieur. — Extirpation du polype. — Guérison prompte.*

LECTURE.

M. Panas, candidat au titre de membre titulaire, donne lecture d'un mémoire sur la *Compression par tumeur de la portion cervicale et intra-thoracique du grand sympathique, et sur les signes qui caractérisent cette compression.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Béraud et Guyon.

COMMUNICATION.

Arrachement de l'avant-bras dans une tentative de réduction de luxation de l'humérus datant de trois mois.

M. GUÉRIN. Nous savons depuis longtemps que sous l'influence de tractions violentes opérées pour réduire des luxations anciennes, on observe des fractures d'os très-résistants et des déchirures de la peau et des muscles; mais ce sont des ruptures partielles. Ces lésions sont en quelque sorte classiques; elles se sont produites un bon nombre de fois, et les chirurgiens ne peuvent pas être surpris quand ils sont témoins de faits semblables. L'observation que je viens communiquer à la Société est, je crois, unique dans la science. Ce n'est plus une rupture d'un muscle, une fracture d'un os que la violence produit, c'est un membre qui se détache complétement, qui se brise comme du verre sous des efforts infiniment moindres que ceux auxquels on a chaque jour recours pour réduire une luxation récente.

Voici le fait recueilli dans tous ses détails par mon interne, M. Frarier :

OBS. — C..., âgée de soixante-trois ans, est entrée le 9 mars 1864 à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 60.

Antécédents. — Cette femme a tous les attributs d'une bonne constitution. Habitant à la campagne, elle n'avait aucune des infirmités si communes à son âge et ne fit jamais d'ailleurs de maladie grave. Seulement l'année dernière elle eut une très légère congestion cérébrale qui lui donna pendant quelques jours un peu d'embarras de la parole et de la faiblesse dans la moitié droite du corps.

Il y a trois mois, en tombant dans un escalier, elle se luxa l'épaule gauche. Un médecin consulté immédiatement méconnut l'affection et la traita pour une contusion. Malgré ses vives souffrances, malgré la perte des mouvements de son membre supérieur gauche, survenue, dit-elle, peu de temps après l'accident, la malade resta six semaines dans le même état. A cette époque, ayant eu recours à un autre médecin, elle fut soumise par lui à des tentatives de réduction, mais sans succès. Six semaines s'écoulèrent encore et rien n'était changé; c'est alors, trois mois après l'accident, qu'elle entra à l'hôpital.

Etat de la malade à son entrée à l'hôpital. — On constata tous les signes d'une luxation sous-coracoïdienne complète de l'humérus gauche. Le membre tout entier, pendant le long du corps, était privé de ses mouvements; les doigts seuls pouvaient se déplacer très-légèrement. La sensibilité cutanée, bien qu'émoussée, n'était pas perdue; la calorification n'avait subi aucune altération. Un gonflement œdémateux existait à la partie inférieure de l'avant-bras et surtout à la main. La peau des mêmes régions avait une teinte très-faiblement violacée. Des douleurs assez vives parcouraient toute la longueur du membre sans siége de prédilection. Aucune lésion appréciable ailleurs, et la malade affirma que tout datait de son accident, avant lequel son bras et sa main gauches avaient toute leur force et leur agilité.

Tentative de réduction. — Le 10 mars, avant d'employer les moufles, on essaye la réduction par le procédé classique. La malade placée horizontalement est soumise au chloroforme jusqu'à résolution musculaire. Une alèse est passée sous l'aisselle gauche pour servir à la contre-extension, et une autre, fixée à la partie inférieure de l'avant-bras, au niveau du poignet, est confiée à quatre aides. Dans une première traction, l'alèse attachée au poignet se déplace; on la resserre plus solidement et l'on procède à une nouvelle tentative. Celle-ci est faite selon toutes les règles de l'art, progressivement et sans secousses, par quatre personnes qui étaient loin de déployer toute leur force. L'alèse glissant encore, un des aides est obligé de la maintenir avec ses deux mains. Pendant que l'extension continue, subitement, sans aucun craquement, sans aucun allongement, sans aucune sensation capable de donner l'éveil, le membre se rompt au pli du coude et l'avant-bras tombe à terre aux pieds des aides. Un flot de sang couvre le chirurgien; on arrête l'hémorrhagie en liant l'artère, on résèque 6 centimètres de l'extrémité inférieure de l'humérus et on régularise les lambeaux. L'arrachement avait été brusque et instantané dans toute l'épaisseur du membre, et pourtant les aides avaient gardé leur équilibre.

Examen de l'avant-bras. — Voici ce que présente l'extrémité supérieure de l'avant-bras arraché : l'olécrâne fait saillie au-dessus des parties molles, au sein desquelles pénètrent des vaisseaux et des nerfs rompus le long du bras en des points variés. Prenant pour terme de comparaison un plan mené perpendiculairement à l'axe de l'avant-bras par les surfaces articulaires de la tête du radius et de l'apophyse coronoïde, on voit qu'au-dessus de ce plan, le nerf cubital est arraché sur 29 centimètres; le nerf radial sur 13 centimètres; le musculo-cutané très-effilé sur 48 centimètres; le nerf médian sur 25 centimètres; enfin deux filets du brachial cutané interne, l'un sur 13 centimètres, l'autre sur 15. L'artère humérale sur 9 centimètres. La veine céphalique sur 4 centimètres. Le muscle biceps dilacéré sur 12 centimètres. Le brachial antérieur sur 3 centimètres.

Les surfaces articulaires du cubitus et du radius paraissent saines; mais la partie postérieure du sommet de l'olécrâne n'existe plus, elle est restée appendue au tendon du triceps. A la partie externe, on trouve une portion osseuse suspendue à l'extrémité des muscles qui s'inséraient à l'épicondyle. A la partie interne, on rencontre quelques fragments osseux adhérents à l'extrémité des muscles épitrochléens.

L'examen de la portion d'humérus réséqué montre que les surfaces articulaires de l'os, trochlée et partie du condyle sont saines; mais que la moitié postérieure du condyle et l'épicondyle a été arrachée, ainsi que quelques fragments isolés de l'épitrochlée.

La dissection de l'avant-bras et de la main a révélé des altérations nombreuses visibles à l'œil nu. Ainsi tous les muscles sont plus colorés qu'à l'état normal; ils ont une teinte brune simulant une infiltration sanguine; tous aussi sont ramollis notablement. Ces lésions sont surtout prononcées dans le muscle carré pronateur devenu comme pulpeux, et dans les muscles lombricaux.

Les nerfs sont plus colorés, et au lieu de conserver un calibre régulier, ils offrent çà et là des nodosités sur leur trajet. Le long des branches nerveuses digitales sont appendus de petits kystes globuleux blanchâtres, du volume d'un grain de millet, disposés de chaque côté du rameau nerveux comme des grains de raisin autour de leur tige commune. Toutes les veines de l'avant-bras et surtout de la main sont remarquables par leur dilatation.

Quant aux os, la coupe verticale du cubitus et du radius, celle des métacarpiens et des phalanges font reconnaître les lésions les plus avancées; tandis que le corps de ces os longs semble peu altéré, leurs extrémités sont le siége d'une désorganisation profonde. Un amincissement notable de la lame compacte; une extrême raréfaction du tissu spongieux; un sang noir, comme huileux, remplissant les aréoles; un ramollissement et une fragilité excessifs, l'os s'affaissant sous la moindre pression et la pointe du scalpel y pénétrant sans aucun effort : voilà ce que l'on constate. Les os du carpe, tous sans exception, offrent, en quelque sorte exagérées, toutes ces particularités.

Ajoutons que le radius, dans les efforts de traction, a été fracturé à sa partie inférieure à 1 cent. 1/2 au-dessus du bord antérieur de la surface articulaire. Il existe aussi une fracture transversale du cubitus avec esquille au même niveau.

Examen microscopique par M. ORDONEZ. — Les altérations revélées par l'examen histologique du bras, qui m'a été remis par M. Guérin, portent principalement sur les nerfs, sur les muscles et sur les os.

Nerfs. — Un des troncs que j'ai examiné de préférence a été le nerf médian. Rien qu'à l'œil nu on pouvait constater une altération bien évidente; le cordon nerveux était rouge et présentait de distance en distance des nodosités. L'examen microscopique de ce nerf, au niveau des nodosités, montrait un épaississement considérable du névrilème par hypergénèse du tissu conjonctif; la trame était infiltrée par une grande proportion de substance amorphe, transparente, glutineuse, se coagulant immédiatement sous l'influence de l'alcool rectifié, et par un grand nombre d'éléments embryoplastiques en voie d'évolution ordinaire.

Au milieu de cette trame se trouvaient les tubes nerveux présentant tous les degrés d'altération, depuis l'état normal jusqu'à la regression athéromateuse la plus complète. Il y a un fait remarquable à signaler, c'est que dans le cordon nerveux en question, les tubes les plus larges sont les plus altérés dans leur structure, tandis que parmi les tubes minces, il s'en trouve très-peu d'altérés.

La substance médullaire des tubes larges est devenue granuleuse; dans la plupart des tubes, elle est réduite à des gouttelettes demi-solides, très-inégales comme volume, et réfractant la lumière fortement au centre. Les tubes ne sont pleins qu'en partie, car la plus grande partie de leur gaîne est vide et chiffonnée, imitant tout à fait l'aspect du tissu conjonctif ou fibrillaire. Cette altération est identique à celle qu'on observe dans le bout périphérique des nerfs qui ont été coupés ou arrachés.

Sur le trajet des petites branches nerveuses qui se distribuent dans la main, nous avons constaté la présence d'un grand nombre de petits kystes dont le volume était variable depuis une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de millet. Ces kystes sont composés d'une membrane fibreuse très-fine, mais très-résistante, fermée de toutes parts, et contenant un liquide huileux très-transparent, analogue par son apparence à la substance médullaire des nerfs. A la partie externe, ces petits kystes sont enveloppés par une trame lâche de tissu conjonctif, de vésicules adipeuses, et deux ou trois branches de capillaires sanguins.

Muscles. — Nous avons constaté l'altération de la plupart des muscles de l'avant-bras et de la main; parmi les plus altérés, on peut citer le carré pronateur et les lombricaux, qui se trouvent réduits à une espèce de pulpe rouge. Les fibres de ces muscles examinées au microscope présentent une altération très-notable dans leur structure; elles se laissent dissocier très-facilement par les aiguilles à dissection; leur volume n'a pas changé sensiblement, mais la plupart d'entre elles sont plissées, très-pâles, demi-transparentes, se cassant très-facilement en petits morceaux sous le moindre mouvement imprimé à la plaque de verre couvre-objet.

Plusieurs de ces fibres sont remplies de granulations graisseuses et complétement détruites comme forme et comme structure, et toutes les fibres des muscles que nous avons examinés ont perdu le signe caractéristique du tissu musculaire de la vie animale, c'est-à-dire la striation. Les capillaires sanguins étaient gorgés de sang, mais principalement les petites veines.

Os. — Le tissu osseux est raréfié presque partout. Les mailles de la substance spongieuse sont très-dilatées et remplies par une substance rougeâtre. Cette substance est composée d'un mélange de globules sanguins, à différents degrés d'altération (ce qui prouverait l'existence d'hémorrhagies interstitielles dans l'intérieur de l'os), d'une grande quantité de vésicules adipeuses, très-altérées dans leur structure; et en même temps d'une certaine quantité de ce même élément anatomique de nouvelle formation et à l'état d'évolution progressive. Parmi ces éléments se trouvaient plusieurs petits amas d'hématosine.

RÉFLEXIONS. Si on ne tenait compte que du fait brut, la séparation de l'avant-bras dans une tentative faite pour réduire une luxation semblerait ne pouvoir être attribuée qu'à une extrême violence ou à de l'inhabileté; mais si l'on tient compte des lésions des os, des muscles, des nerfs et des vaisseaux, en un mot, de tous les tissus qui avec la peau donnent la solidité à nos membres, on ne sera plus surpris que d'une chose, c'est que de pareilles altérations ne se soient manifestées par rien qui ait pu nous mettre en garde contre le danger qu'il y aurait à tenter la réduction.

Au point de vue pathologique, c'est un fait exceptionnel; au point de vue physiologique, il présente le plus vif intérêt; il semble en effet bien manifeste que la régression graisseuse des tissus, que le ramollissement des os et des muscles, que les altérations profondes des nerfs, etc., se soient produits sous l'influence de la compression du plexus brachial par la tête de l'humérus.

La paralysie s'est produite depuis l'accident; car, jusqu'à cette époque, rien n'avait pu faire supposer une lésion quelconque de ce membre.

Une fois la luxation opérée, le bras et l'avant-bras perdent tout mouvement, à ce point qu'ils deviennent plus gênants qu'utiles, et que la lésion étant reconnue, on se serait inévitablement demandé s'il n'était pas utile d'en débarrasser la malade par l'amputation. On arrive tout naturellement à penser que la cause qui a produit la paralysie, qui a annihilé l'action des nerfs du bras, a dû avoir l'influence la plus fâcheuse sur la nutrition des autres tissus. A l'appui de cette manière de voir, permettez-moi de vous dire que M. Ordoñez, micrographe dont vous connaissez tous le savoir et l'habileté, dit avoir déjà observé des lésions analogues, qui s'étaient produites sous l'influence de la compression des nerfs.

Maintenant que vous avez vu les altérations profondes du membre que j'ai mis sous vos yeux vous comprendrez qu'il n'a pas fallu une grande force pour opérer l'arrachement. Le membre s'est en effet rompu sous une traction qui n'a pas pu atteindre le chiffre de 100 kilogrammes, car la serviette qui servait à l'extension glissait de l'avant-bras sur la main, et il a fallu qu'un aide l'étreignît en ce point avec les doigts pour l'y fixer; quatre élèves tiraient sur les bouts de cette serviette si faiblement, qu'ils n'ont pas même chancelé quand le membre s'est rompu.

Quand on a été témoin d'un pareil fait, on arrive à se demander

---

informes, la vie morbide qui a disparu. Nous recommandons certainement la *méthode pour servir au diagnostic* (p. 34), nous recommandons ce diagnostic par exclusion que le professeur met si habilement en œuvre; mais pour éviter les mécomptes, pour ne pas confondre, par exemple, les croûtes noirâtres de l'*ecthyma cachecticum* avec toute autre chose de même aspect, nous redirons avec M. Devergie : « Malgré cette méthode facile, c'est à l'élément anatomo-pathologique qu'il faut encore s'adresser dans les cas douteux » (p. 35). C'est à lui, ajouterons-nous, qu'il faut s'adresser le plus possible. Soyons en attendant reconnaissants à l'honorable professeur de la vive lumière qu'il a répandue sur le second moyen de diagnostic. Cela est bien à lui et mérite qu'on s'y arrête.

Ce qui ne lui appartient pas moins, c'est la discussion qu'il consacre à la comparaison de l'anatomie de la peau et de sa pathologie pour rechercher leurs rapports. Malheureusement elle conclut au doute; la force des choses le veut ainsi. Ce n'est pas néanmoins sans fruit que l'on parvient à ce résultat par l'analyse, savoir : que lesdits rapports sont négatifs, même contradictoires. Mais si dans cette étude il est permis de recueillir quelques résultats positifs, nul ne les a rassemblés avec plus de prudence et de pénétration que le professeur de clinique de Saint-Louis.

M. Devergie rentre dans la question des classifications par cette remarque, qui n'est que trop juste, à savoir : que pour la peau, comme pour les autres tissus de l'économie, il ne saurait exister une classification à l'abri de tout reproche. Celle, écrit-il, qui se prêtera le mieux à l'étude en même temps qu'elle conduira à quelques connaissances pratiques, sera la classification à laquelle nous donnerons la préférence. Les meilleures classifications ne sont donc guère que les méthodes destinées à protéger notre faiblesse, des moyens d'aider notre courte vue, des tentes d'un jour pour nous abriter. Il n'est pas bien difficile à M. Devergie, prenant à part et corps à corps chaque classification, de Plenck et Willan à Alibert, d'Alibert à MM. Cazenave, Rayer, Hardy et Bazin, de trouver le défaut ou mieux les nombreux défauts de la cuirasse.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'honorable maître dans ce débat curieux, cela nous conduirait beaucoup trop loin. Le doute ressort de la comparaison qu'il fait des différentes divisions. Mais lui-même, quel parti prendra-t-il? Un parti certes prudent et avisé. Il groupera les maladies par leurs analogies soit de forme, soit de cause, soit d'invasion, soit de traitement, à peu près comme Alibert, mais avec progrès.

M. Devergie fonde quatorze groupes de maladies cutanées; sa disposition ressort de quatre idées mères :

1° Rassembler les maladies qui ont entre elles des analogies de cause et de thérapeutique;

2° Faire appel quelquefois à la forme morbide;

3° Dans d'autres cas, à l'accident morbide;

4° A l'origine climatérique, etc.

Il résulte de là que le groupement n'aurait pas toujours lieu en vertu des mêmes principes. Par cela même, la division de l'auteur du *Traité* doit laisser à désirer. La faute en est à la science, à notre infirmité. Si M. Devergie a pris le meilleur chemin, en tant que praticien, et pour le point de vue pratique, en tant que professeur, et pour le point de vue scolaire, que peut-on lui reprocher? Ce n'est pas là, écrit-il, de l'homogénéité; nous n'émettons aucune prétention à une classification (p. 69). M. Devergie est trop modeste; dans l'état de nos connaissances, soit pour la nosologie, soit pour l'art, les quatorze groupes vaudront certainement mieux qu'une classification systématique. S'il en était ainsi, ne serait-il pas non-seulement permis mais recommandé de les prendre pour une réelle classification?

P. GARREAU.

(La fin à un prochain numéro.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la hernie crurale, par M. le docteur A. DESPRÉS. Prix : 3 fr. — Paris, chez A. Delahaye, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Étude anatomique, physiologique et clinique sur l'auscultation du poumon chez les enfants, par M. le docteur A. SABATIER, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8° de 200 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, chez F. Savy, libr.-éditeur, rue Hautefeuille, 24.

Des soins consécutifs à la trachéotomie, par M. le docteur FISCHER, ancien interne de l'hôpital des Enfants. In-8° de 40 pages. Prix : 1 fr. 25 *franco*. — Paris, 1863, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

pourquoi un autre ne se produirait pas, et si l'on pense que la rupture s'est opérée dans des tentatives qui étaient faites moins dans l'espoir d'obtenir la réduction que dans le but de s'assurer de la mobilité de la tête de l'humérus, nous réservant d'agir plus efficacement quand nous aurions des moufles, on ne pourra se défendre d'une certaine appréhension lorsque l'on aura à réduire une luxation datant de trois mois et s'accompagnant de la paralysie du membre.

L'arrachement d'un membre semble d'abord difficile à comprendre, quand on sait combien il faut développer de force pour rompre quelques faisceaux musculaires ; mais après avoir lu l'observation, on reconnaîtra que le cas étant donné, l'arrachement était inévitable. La malade avait un bras paralysé par suite d'une luxation ; tant que les nerfs seraient comprimés, le membre devait rester dans l'état d'impuissance qui constituait une infirmité, et ils étaient condamnés à cet état tant que la luxation ne serait pas réduite. Sachant qu'on peut encore espérer de réduire un os luxé depuis trois mois, il était de mon devoir de tenter cette réduction. Ainsi, par le seul fait que la luxation a produit la paralysie, que celle-ci a causé la dégénérescence graisseuse des tissus, l'arrachement était devenu inévitable.

M. LARREY. C'est bien un fait insolite que vient de nous exposer M. Guérin, et s'il n'en existe pas de semblables, on peut du moins en rapprocher ceux qui sont analogues. J'ai communiqué à la Société des observations de fractures des membres dans lesquelles la paralysie semblait avoir été une cause prédisposante des plus marquées. Bien que M. Guérin n'ait pas suivi de l'œil les efforts de traction exercés par les aides, ces efforts ne semblent pas avoir été très-énergiques, et il serait bon que la Société prît en sérieuse considération les désordres anatomiques qui ont été constatés, et qui sont de nature à exonérer la responsabilité du chirurgien.

M. HOUEL. Je ne crois pas qu'une paralysie traumatique puisse dans l'espace de trois mois altérer la structure des os au point où nous l'observons sur cette pièce. Je penserais plutôt que le squelette de la malade de M. Guérin était le siége d'un ramollissement atrophique analogue à celui qui existe sur celui du médecin Pouble que nous avons au Musée Dupuytren.

Je demanderai donc à M. Guérin s'il a cherché à reconnaître dans quel état sont les os des autres membres.

M. VOILLEMIER. L'altération des os est évidente, et cette fracture par pression latérale des extrémités inférieures du radius et du cubitus en est la meilleure preuve. Je ne vois pas cependant des altérations aussi prononcées que semble le croire M. Houel; il me paraît d'ailleurs difficile de s'assurer de leur existence pendant la vie.

D'autre part, je suis un peu surpris que chez un sujet atteint de paralysie, la tête de l'humérus restât fixée dans sa nouvelle position ; en général, dans ces sortes de cas, les muscles relâchés ne maintiennent plus les surfaces osseuses en contact immédiat.

M. VERNEUIL. Les os sont altérés sans doute, mais surtout au niveau des épiphyses ; les diaphyses me paraissent assez saines. Ce sont les altérations des muscles qui me semblent jouer ici le rôle le plus important. On sait que les ruptures musculaires sont facilement produites quand un muscle est surpris dans le relâchement par une traction brusque. Or cette paralysie datant de trois mois peut être assimilée au relâchement, et on s'explique la rupture. Ce qui reste néanmoins extraordinaire, c'est l'arrachement brusque et sec de la peau sous un si faible effort.

Rien ne pouvait faire prévoir l'existence des lésions de tous les tissus profonds ; M. Guérin nous a dit qu'il n'y avait pas de changement de volume du membre, pas d'œdème. Il y a là un enseignement pour l'avenir, et quoiqu'il ne faille pas renoncer aux tentatives de réduction pour les luxations anciennes, thérapeutique dont l'utilité est aujourd'hui incontestable, je pense qu'il faudra être bien sur ses gardes quand on essayera de réduire une luxation avec paralysie du membre.

M. GUÉRIN. Si, comme le croit M. Houel, l'altération des os avait été antérieure à l'accident, si le squelette eût eu cette friabilité qu'on observe aujourd'hui, la chute aurait produit une fracture et non une luxation, celle-ci nécessitant une grande résistance des leviers osseux. Je crois donc que la paralysie et la compression du plexus brachial ont causé l'altération des tissus.

Pour que l'observation de M. Voillemier fût juste, il faudrait ou que les muscles moteurs de l'humérus fussent paralysés, ce qui serait en désaccord avec la cause de la paralysie, ou qu'il y eût une altération générale du système musculaire chez notre malade, ce que rien ne nous permet de croire. D'ailleurs on sait que dans les luxations anciennes, en dehors des muscles, les adhérences fibreuses, les ruptures de ligaments, constituent des moyens de fixité extrêmement résistants.

Je concède à M. Verneuil que les os sont peut-être moins altérés dans leur diaphyse que vers leur épiphyse ; mais qu'il jette les yeux sur les os du carpe et du métacarpe, qu'il veuille bien se souvenir de l'examen microscopique de M. Ordoñez, et il restera convaincu de la gravité du désordre. Au reste, tous les tissus, os, muscles, nerfs, peau, étaient profondément altérés.

On me dit qu'à l'avenir la paralysie suite d'une luxation ancienne mettra sur la voie des altérations et devra inspirer la prudence ; mais la paralysie à la suite des luxations de l'épaule n'est pas rare. Faudra-t-il donc, dans tous ces cas, hésiter à pratiquer la réduction? Loin de là, la réduction est le seul moyen de faire cesser la paralysie et de restituer au membre ses fonctions.

Au reste, cette paralysie complète, cette impuissance absolue du membre ont fait que je me suis promptement consolé, après le premier moment de stupeur que l'accident nous avait causé à tous. En effet, ce membre était tellement inutile et même gênant, qu'on aurait pu songer à une opération de complaisance.

J'ai entendu une voix amie dire que la responsabilité du chirurgien devait être exonérée. Je ne suis pas venu chercher devant la Société de chirurgie un bill d'indemnité. Quand on exerce sa profession sans ignorance et qu'on a la conscience de n'avoir commis aucune faute, on n'a besoin d'aucune exonération. Je sais et je comprends le bon sentiment qui a guidé M. Larrey, mais je devais protester contre ses paroles.

M. LARREY. J'ai sans doute été mal compris par M. Guérin. L'estime que j'ai de son caractère et de sa prudence ne m'aurait permis aucune intention malveillante. J'ai dit que les altérations constatées sur le membre expliquaient l'accident et enlevaient toute responsabilité au chirurgien.

M. BROCA. Le fait est grave et doit rester présent dans notre souvenir ; mais je ne pense pas qu'il faille s'en préoccuper outre mesure. C'est un malheur, rien de plus. Il se passera bien longtemps, sans doute, avant qu'il se reproduise ; aussi je persiste à penser, avec mes collègues, que la réduction des luxations anciennes est une bonne chirurgie.

Je crois, avec M. Houël, que l'altération des os était antérieure à la luxation, et je me base sur la description de M. Ordoñez. Les os sont ramollis ; on trouve dans plusieurs points du sang extravasé à différents degrés d'altération, des cristaux d'hématosine. Or, si on recherche comment se comporte le sang épanché dans l'épaisseur des tissus, on remarque que ce n'est guère qu'au bout de deux mois et demi ou trois mois qu'on trouve les globules sanguins frangés sur leurs bords et des cristaux d'hématosine. Ici les altérations sont plus avancées encore, puisqu'elles portent sur les tissus eux-mêmes ; je les crois donc antérieures à l'accident.

Contre cette opinion, M. Guérin disait que si les os avaient été altérés, il y aurait eu une fracture et non une luxation. Je ne saurais partager cette objection. J'ai vu des luxations se produire chez des vieillards à une époque de la vie où les os sont toujours ramollis et friables. C'est que si les os sont moins résistants, les ligaments et les muscles le sont moins aussi ; ils s'affaiblissent proportionnellement. Ajoutons que l'arrachement des bords articulaires vient encore faciliter ces luxations de la vieillesse.

En somme, je suis porté à mettre ce fait malheureux sur le compte d'altérations qui reconnaissent pour cause la sénilité et la paralysie. Il ne faut pas perdre de vue que les altérations séniles peuvent débuter à des époques très-variables de la vie.

M. VERNEUIL. J'avais demandé la parole parce qu'il me semblait que M. Guérin avait de la tendance à conclure de son observation qu'à l'avenir il fallait hésiter à pratiquer la réduction des luxations anciennes. Je vois, au contraire, que sur ce point nous sommes du même avis.

M. VOILLEMIER. Je crois qu'on pourrait rechercher quels sont les muscles paralysés, étudier jusqu'à quel degré ils sont restés contractiles. Il me semble, d'autre part, qu'on a exagéré la résistance de la peau, et je serais porté à croire, d'après quelques expériences, qu'elle a plus d'élasticité que de solidité.

M. HOUEL. On peut reconnaître l'altération des os sans les avoir sous les yeux ; cette recherche peut être faite sur le vivant. On peut constater alors que les os sont amincis, atrophiés. J'ai demandé à M. Guérin si on avait fait cette recherche, et je suis un peu surpris de l'objection qui m'a été adressée par quelques-uns de nos collègues.

M. GUÉRIN. L'extrémité inférieure de l'humérus que j'ai réséquée après l'accident était tout aussi altérée que les extrémités inférieures du radius et du cubitus. Il est difficile d'établir d'une manière absolue la date des altérations ; cependant il me semble que la sénilité n'expliquerait pas la disparition de striation des muscles, disparition qui s'explique mieux par les troubles de nutrition consécutifs à la compression nerveuse.

M. BROCA. Je ne crois pas que les altérations osseuses produites par la sénilité, la paralysie traumatique ou autre s'accompagnent d'un changement de forme ou de volume appréciable à la vue ou au toucher.

M. HOUEL. M. Broca pourra se convaincre, par l'examen des pièces déposées au musée Dupuytren, de la réalité de ce changement de volume.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 15 mars 1864, approuvé par S. Exc. le ministre de l'instruction publique, la commission de surveillance de l'Ecole impériale ottomane a nommé M. le docteur Thevenet médecin titulaire de ladite Ecole.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 37. — MARDI 29 MARS 1864. (37e ANNÉE.) N° 37. — MARDI 29 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 28 MARS 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Plusieurs des communications faites dans cette séance touchent à des questions de physiologie et d'anthropologie considérables, trop considérables pour qu'il nous ait été possible d'y apporter pour le moment toute l'attention et la réflexion convenables. Telles sont : la question de la limite de la vie normale soulevée par M. Flourens, à l'occasion d'un exemple de longévité rare qui lui a été communiqué par M. Volpicelli (de Rome) ; celles des causes qui font varier la fécondité des mariages dans les divers climats et les diverses conditions sociales, laquelle se rattache à l'exemple de la remarquable fécondité des femmes cubanaises, cité par M. Ramon de la Sagra; enfin la question de la transformation de l'homme par l'action des milieux, examinée par M. Trémaux à un point de vue qui rappelle toute l'importance du rôle attribué par Lamarck aux agents physiques extérieurs sur l'organisme. Nous ne pouvons pour aujourd'hui que nous borner à signaler ces questions et à en prendre acte. Elles se représenteront sans aucun doute plus tard sous notre plume.

La physiologie expérimentale a été représentée par un dernier mémoire de M. le docteur Budge, sur l'action du bulbe rachidien, de la moelle épinière et du nerf grand sympathique sur les mouvements de la vessie. Dans son premier mémoire, M. Budge a cherché à prouver, à l'aide d'une expérience consistant à introduire jusqu'aux pédoncules du cerveau une longue aiguille qu'on met ensuite en relation avec un appareil d'induction, que, sous l'influence de l'irritation de ces pédoncules, la vessie urinaire, le rectum et les canaux déférents se contractent. Il a démontré en outre, dans ce même mémoire, que le cordon de la portion lombaire du nerf grand sympathique ne contient que des nerfs sensitifs de la vessie et point de nerfs moteurs de cet organe. Restait à savoir quelle route suivent les mouvements réflexes produits par l'irritation du nerf grand sympathique. Pour le savoir, M. Budge a coupé sur un chien les racines antérieures du troisième et du quatrième nerf sacré, puis le nerf grand sympathique lombaire. Il ne s'est produit aucun mouvement de la vessie, d'où il a été conduit à conclure que les racines motrices des nerfs sacrés susdésignés produisent les mouvements réflexes de la vessie, qui surviennent après l'irritation du nerf grand sympathique lombaire.

Il y aurait aussi, d'après les expériences de M. Budge, deux différentes routes pour les fibres nerveuses motrices de la vessie : l'une serait dans les racines antérieures du troisième et quatrième nerf sacré, l'autre dans le plexus hypogastrique. Celle-là pourrait être excitée de deux côtés : 1° du côté du cerveau; 2° du côté des nerfs sensibles de la vessie. Du cerveau jusqu'aux nerfs sacrés, la jonction a lieu par le cordon antérieur de la moelle épinière; les nerfs sensibles de la vessie ont leur cours par le plexus hypogastrique, les rameaux anastomotiques entre ce plexus et le nerf grand sympathique lombaire, par les *rami communicantes* de ce dernier, et enfin par les racines postérieures des nerfs lombaires, pour aller à la moelle épinière.

En anatomie comparée, nous avons à mentionner un mémoire sur le temporal et les pièces qui le représentent dans la série des animaux vertébrés, dans lequel M. le docteur Hollard résume l'ensemble et le résultat général de ses recherches sur ce sujet.

La médecine proprement dite, la pathologie et la thérapeutique, ont eu aussi leur part assez large dans cette séance, ainsi qu'on en jugera par l'énoncé seul fait au compte rendu des titres, des communications de MM. les docteurs Rochard, Tripier, Lemattre, Potier, etc. Nous reviendrons sur quelques-uns de ces travaux.

Nous n'aurions pas complété le compte rendu de cette séance, bien remplie, comme on le voit, pour les sciences physiologiques et médicales, bien qu'elle ait été abrégée par un comité secret, si nous ne signalions quelques présentations d'ouvrages, dont nous aurons aussi à nous occuper prochainement, notamment la présentation qui a été faite par M. Velpeau des deux volumes d'*Eloges* que vient de publier M. Dubois (d'Amiens); des Recherches de M. le docteur Marchal (de Calvi), sur les accidents inflammatoires et gangréneux diabétiques; et du Traité de la diphthérie du larynx, par M. le docteur Auguste Millet (de Tours), et celle qu'a faite M. J. Cloquet, du Traité du rhumatisme musculaire ou névro-myalgie par M. le docteur Dupuy (de Frenelle).

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la paralysie de l'orbiculaire, des lèvres, de la langue et du voile du palais (1).

(Paralysie glosso-labio-pharyngée.)

Le malade dont il s'agit a toujours joui d'une excellente santé; il était sobre, travaillait beaucoup, et il a encore aujourd'hui les apparences d'une vieillesse qui n'est pas trop avancée.

Le début de sa maladie remonte au mois de février 1862. Il faut que nous insistions sur ce début, qui fut caractérisé par un incident qui trouva peut-être sa suite plus tard. Il nous raconta qu'en février il avait eu une maladie aiguë qui dura trois jours seulement, et qui fut signalée par de la fièvre et du délire. Il en guérit vite; mais quelques jours après son entrée en convalescence, on lui fit observer, et il le remarqua lui-même, que sa voix était nasillarde, et de plus il reconnut encore qu'il éprouvait de la difficulté à prononcer certaines lettres, l'*r*, le *k* et le *c* dur, et qu'il ne pouvait les prononcer comme auparavant. Il prétend encore qu'en mars 1862 il lui survint une autre chose qu'il attribue à une insolation violente, ce qui n'est peut-être pas très-admissible pour cette saison, nonobstant le proverbe. Pour un jardinier surtout, le soleil de mars ne pouvait pas être d'un grand effet. Toujours est-il qu'il lui survint à cette époque un affaiblissement soudain du côté droit du corps, du bras et de la jambe, sans perte de connaissance, sans aucun trouble intellectuel. Et aujourd'hui encore sa mimique démontre fort bien que son intelligence est nette et saine.

Ainsi donc, c'est par deux échelons rapprochés qu'il passe de la santé à la maladie. Il a d'abord une affection fébrile avec délire, et il sort de là en prononçant mal certaines lettres. Un mois après, il prend une affection d'une autre nature, non plus une fièvre avec délire, mais un affaiblissement soudain du côté droit; et à partir de ce moment, il ne peut ni prononcer certaines lettres ni siffler.

Ainsi donc, d'une part, le nerf grand hypoglosse s'était pris le premier, et il en était résulté des difficultés de prononciation; d'autre part, le nerf facial, et il en était résulté une gêne dans l'action de l'orbiculaire.

Le 12 juin, il entra à l'Hôtel-Dieu. Il parlait encore assez bien; la face était régulière et égale des deux côtés, mais déjà les lèvres étaient fortement prises. Alors qu'on voulait lui faire émettre les voyelles labiales, principalement l'*o* et l'*u*, qui nécessitent une intervention considérable de l'action des lèvres, il n'y réussissait pas. Il avait dans le rire ce caractère singulier que nous vous avons indiqué, c'est-à-dire que quand une fois les commissures avaient été tirées en haut et en dehors par les zygomatiques et que la bouche s'était ouverte, dès qu'il cessait

(1) Voir le numéro du 22 mars.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de la peau,

Par M. le docteur Alph. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis (1).

II.

Nous dépasserions de beaucoup nos limites si nous nous arrêtions sur la *pathologie spéciale;* c'est là le corps, le but du livre, la description, la distinction, le traitement particulier de chaque groupe, de chaque individualité morbide dans le groupe. — Nous ne connaissons personne qui sache décrire plus clairement et plus sobrement que M. Devergie, qui sache donner plus de relief à l'objet dont il s'occupe, le délimiter mieux, plus nettement, entre ses congénères et autres. C'est ainsi que l'on peut se donner les éléments d'une classification provisoire basée sur la forme. Qu'est-ce, en effet, que la forme réelle d'une espèce, d'une variété? C'est l'ensemble de la série morbide qui les constitue, depuis le prodrome jusqu'à la guérison; c'est toute l'évolution pathologique d'un eczéma, par exemple, d'un ecthyma, avec tout ce qui s'y rattache, milieu, tempérament, causes éloignées, prochaines, prodromes, invasion, marche, durée, traitement, etc.... Cet ensemble de choses forme une *unité abstraite* que nous pouvons, que nous devons mettre à part, distinguer de toute autre en attendant quelque meilleur signe scientifique. L'idée de former des groupes d'*analogues* est donc, répétons-le, une idée sage, pratique, tout à fait médicale. — Ainsi, quant à la description, l'élève qui aura recours au *Traité* saura vite et bien, et, plus tard, reconnaîtra facilement. L'honorable professeur a dans l'œil le trait réel des choses comme il a le trait de l'expression clinique. Pour ce qui concerne la pathologie *spéciale,* nous n'irons pas au delà de cet éloge, dont nous ne regrettons que la brièveté.

La partie la plus essentiellement pratique, le traitement mis en œuvre avec toutes ses ressources et toutes ses nuances selon les cas, n'est pas ce qu'il y a de moins nouveau, de moins original et de moins important dans le *Traité*. Le traitement médical est une tactique comme la guerre; il exige de la part de celui qui l'emploie cette souplesse d'esprit et aussi cette expérience de l'homme qui observe l'ennemi pour le combattre. Pour faire un bon praticien il faut l'union de deux choses rares, beaucoup d'*acquis*, beaucoup de *finesse,* sans parler de l'ampleur du point de vue et de sa hauteur; et ce n'est pas encore assez de posséder les qualités requises, il faut savoir, en quelque sorte, les inspirer aux autres. A cet égard, le mérite du *Traité* n'est pas au-dessous de celui du clinicien de l'hôpital Saint-Louis. — Nous ne pouvons pas nous engager ici dans l'examen critique de sa thérapeutique spéciale; mais nous tenons à en indiquer au moins un des points les plus importants. M. Devergie avait écrit en proposant ses groupes morbides : « La forme composée des affections implique » des modifications dans le traitement d'où dépend la guérison. » Ce précepte n'est pas resté dans l'abstraction, l'habile praticien a institué les traitements *mixtes;* c'est ainsi qu'il a successivement associé, dans certains cas de syphilis, l'iodure de potassium au bichlorure de mercure, l'usage du fer et même du vin tonique à ces médicaments lorsque l'organisme a besoin d'être soutenu; c'est ainsi qu'il a heureusement combiné dans le traitement du psoriasis syphilitique les arséniats au mercure et au fer, etc. Cette médecine des *mixtes*, calquée sur la doctrine thérapeutique des éléments morbides, est essentiellement vraie et féconde; déjà elle a reçu la sanction de l'expérience; elle se rattache à un grand principe que M. Devergie défend, savoir, que les maladies de la peau relèvent de la pathologie générale au même titre que les autres maladies et doivent être subordonnées à ses vérités fondamentales comme aux préceptes qui en découlent. — En résumé, on peut dire qu'en thérapeutique le *Traité* est un livre neuf.

III.

La troisième partie du livre comprend : 1° l'étude des causes; 2° la thérapeutique générale; 3° les différentes médications; 4° l'hygiène des bains; 5° un excellent formulaire.

Quant à la question fondamentale des causes, M. Devergie écrit sous l'impression de cette idée : *Que les maladies de la peau ne sont autres que des états morbides tout à fait identiques avec ceux des autres tissus.* La tendance de l'honorable maître est sinon d'écarter, du moins de restreindre l'idée, ou mieux la préoccupation de *spécificité,* trop exclusivement appliquée à la pathologie dermique.

Pourquoi, se demande-t-il, des doctrines toutes spéciales pour ce groupe de maladies? Pourquoi cette cause unique *toujours cachée,* qui les ferait naître? La peau a-t-elle sa vie indépendante? Y a-t-il quelque *virus* qui, sous mille formes diverses, la travaille et la dévore? Est-ce que ses formes morbides diffèrent des autres maladies, autrement que par la structure qui est propre à son tissu? N'est-ce pas, du moins quant à l'aspect, l'élément inflammatoire qui nous impressionne? Ne subit-il pas à la peau des modifications en raison du tempérament, de la constitution, de la cause qui l'entretient, comme on l'observe à l'égard des autres organes de l'économie (p. 687)? A merveille; mais s'il est d'un excellent esprit médical d'assimiler les affections de la peau à celles des autres organes, et de prendre en considération, lorsqu'il s'agit d'elles, les plus grandes causes communes et connues, tempérament, hérédité, climat, professions, privations, causes morales, souffrance d'un organe intérieur, d'une fonction, milieu, conditions sociales, etc., il faut craindre en même temps

(1) Voir le numéro précédent.

de rire la bouche mettait du temps à revenir à sa conformation normale.

Il y avait donc déjà une notable lésion dans les lèvres. Quant à la langue, elle ne pouvait se porter en avant au delà de l'arcade dentaire; elle ne se balançait que très-peu à droite et à gauche, et elle ne s'élevait ni jusqu'à la voûte palatine ni même jusqu'à l'arcade dentaire supérieure. Nous verrons plus tard combien il est essentiel pour la prononciation de beaucoup de consonnes, que la langue puisse aller toucher la voûte palatine. Il crachait encore assez bien, il avalait assez facilement et ne parlait pas trop mal, à l'exception d'un trouble provenant de ce qu'il ne prononçait plus certaines voyelles ni quelques consonnes.

On remarquait dans le côté droit une paresse musculaire prononcée; déjà il y avait des mouvements partiels empêchés dans la jambe droite, et nous reconnûmes que le jambier antérieur était très-affaibli et s'atrophiait; la sensibilité était également un peu émoussée de ce côté.

Les progrès du mal furent assez rapides, à peu près comme chez son malheureux voisin. En septembre, il ne pouvait plus prononcer ni le *c* dur, ni le *k*, ni le *p*, ni le *t;* mais il émettait encore le *b*, le *d*, l'*l*, l'*n*, malgré que ces deux dernières nécessitent l'intervention des lèvres. Il y avait aussi une difficulté très-appréciable dans la déglutition.

Il se plaignait d'une sorte de constriction à la gorge, il y portait souvent la main et il s'enfonçait le doigt au fond de la bouche comme pour indiquer que c'était là qu'il fallait porter le remède. Il s'efforçait d'en arracher quelque chose qui le gênait, et il ramenait tout simplement de la salive arrêtée là, malgré qu'il pût encore avaler. A cette même époque, l'intelligence restait nette, et, encore hier et aujourd'hui, interrogé avec soin et persistance, il a donné les signes non équivoques d'une lucidité parfaite. Il a une mimique infiniment plus expressive que la mimique conventionnelle que vous voyez faire à l'Opéra.

Cependant des phénomènes se sont successivement produits, sur lesquels nous devons appeler votre attention. Nous reviendrons plus tard sur l'affaiblissement et l'atrophie remarqués dans le muscle jambier antérieur du côté droit; pour le moment, nous voulons vous parler de ce qui se passait du côté de la langue, de la face, du cou et de la poitrine.

Lorsque cet homme nous est arrivé, sa figure était mobile et expressive; toutefois, à mesure que la maladie a progressé, cette mobilité a diminué, mais non parallèlement. Tandis que la partie supérieure de la face conservait tous ses mouvements, sa partie inférieure devenait de plus en plus immobile, et lorsque nous disions au malade de faire la grimace, cette grimace que font ceux qui expirent dans l'agonie, qui consiste à contracter tous les muscles et surtout ceux de la partie inférieure du visage en écartant les lèvres, toutes ces parties étaient dans une immobilité presque de marbre, tandis que les paupières et le front s'agitaient expressivement comme dans l'état naturel. Il y avait donc là des muscles animés par le facial et par quelques branches du plexus cervical, qui manquaient considérablement d'action.

Voyons maintenant ce qui se passait du côté des organes de l'articulation et de ceux de la phonation, qui diffèrent, comme vous le savez, l'articulation se passant dans la bouche, tandis que la phonation se passe dans le larynx. A mesure que le mal s'aggravait, le malade prononçait de moins en moins les sons vocaux importants, c'est-à-dire les voyelles et certaines voyelles. Il a toujours pu faire entendre la voyelle initiale élémentaire *a*. L'*a* est la voyelle qu'émettent les hommes qui meurent et ceux qui naissent. Le dernier souffle est *a a*. On naît en vagissant, c'est-à-dire en poussant le cri *a a*. Il suffit d'ouvrir la bouche et d'expirer pour faire *a a*. Mais sitôt qu'il se passe des modifications dans l'organe vocal, les autres voyelles se modifient elles-mêmes. L'*u* ne se fait qu'avec une moue, avec une propulsion partielle des lèvres; vous en voyez une charmante description dans Molière, dans la leçon donnée au bourgeois gentilhomme. Il en est de même des voyelles *e, i, o*. Comme l'*u*, elles sont beaucoup moins simples que l'*a*. Il y a donc une grande facilité pour les initiales et une intervention assez complexe pour les autres.

Notre malade a toujours prononcé la voyelle *a;* il la prononce encore aujourd'hui, mais non sans difficulté ni sans efforts. L'*u* et l'o ont été les premières voyelles perdues en septembre; bientôt après il a perdu l'*i*, et puis l'*e*.

En même temps il se passait dans le larynx des modifications particulières sur lesquelles nous devons insister. En général nous proportionnons la quantité d'air que nous amassons dans nos poumons, dans la cavité thoracique, à l'intensité des sons que nous voulons émettre, et nous ménageons cet air d'une certaine façon que connaissent très-bien ceux qui font profession de déclamateurs et de chanteurs; ils font des magasins d'air auxquels ils empruntent au fur et à mesure des besoins, les remplissant aussi à mesure des emprunts.

Chez notre malade vous avez pu, comme nous, observer une chose, c'est qu'il ne pouvait faire un très-grand magasin d'air; s'il voulait en emmagasiner, il laissait la porte ouverte et le magasin se vidait. Les personnes non malades savent résister, les orateurs et les chanteurs ont grand soin de faire une inspiration pour ainsi dire en même temps qu'une expiration. Le chanteur qui se propose de lancer un trait, le déclamateur qui veut poursuivre une longue période, ont besoin de chasser de l'air et d'en reprendre aussitôt, sans jamais vider leur magasin; ils savent tenir leurs muscles inspirateurs prêts à arrêter le mouvement d'expiration et à agir pour le remplissage de la cavité.

Or notre homme ne pouvait faire cela; il avait une puissance inspiratrice médiocre qui ne pouvait se soutenir, et il rendait l'air aussitôt et comme il l'avait pris, avec une rapidité extrême. De plus, il avait toujours très-peu d'air, et il ne pouvait en faire sortir la quantité nécessaire pour produire un son de quelque énergie.

Autre chose. Pour que les sons vocaux se produisent, il faut deux conditions:

1° Le passage d'un air expiré à travers le larynx;

2° Une tension des cordes vocales et de la luette dans une certaine mesure.

Or notre malade était affligé d'une demi-paralysie du larynx, de sorte qu'il ne pouvait tendre ses cordes vocales comme il le voulait, ni fermer la partie supérieure de la chambre par le moyen du voile du palais et de la luette; de sorte aussi que l'appareil vocal ressemblait à un tuyau d'orgue toujours ouvert et privé de son anche. Il résultait de cette double condition fautive que s'il ne faisait pas un effort énorme du côté de ses muscles expiratoires et de son larynx, il n'y avait pas de son produit. Il était aphone par impuissance, comme le sont les gens qui veulent donner un son en expirant lentement; et même, en expirant brusquement, si les cordes vocales ne sont pas tendues, sont largement ouvertes, le son ne se produit pas. Cet homme n'en pouvait donc presque pas faire entendre. C'était là une sorte de paralysie spéciale que vous ne rencontrerez dans aucune autre forme d'affection paralytique.

Depuis quelque temps, nous venons de voir la respiration se modifier grandement. Ce pauvre homme a contracté un rhume il y a dix jours. Jusque-là il respirait encore pour les besoins ordinaires, et il ne se plaignait pas de ce côté. Mais ce rhume a introduit un obstacle, soit par le gonflement de la muqueuse, soit par la présence des mucosités, et la respiration est gênée. Il s'en plaint par gestes et par signes, lorsque nous l'interrogeons. Il a une très-grande dyspnée, que nous devons considérer comme un des phénomènes ultimes de cette triste affection. Elle n'a cependant pas été observée chez l'autre malade, chez qui tous les muscles de la respiration sont restés intacts. Lorsque nous voulons juger du jeu de sa poitrine et que nous lui disons de faire une grande inspiration, il soulève ses bras et ses épaules très-haut, mais le thorax ne s'élève que peu, infiniment moins que chez toute personne bien portante respirant tranquillement dans le sommeil. Ce rhume et la faiblesse des muscles inspiratoires, voilà donc la cause de l'augmentation de la dyspnée depuis que la bronchite est venue mettre à découvert le mauvais état des agents respirateurs.

Il y a donc affaiblissement des muscles de la poitrine comme des muscles de la langue; pour la langue, la paralysie est presque complète, elle l'est moins pour les muscles du thorax. Il est vrai qu'il faut tenir compte pour ceux-ci des muscles accessoires de la respiration; les agents actifs, essentiels, sont le diaphragme et les intercostaux; mais ils ont des adjuvants dans les muscles cervicaux, dans la première portion du sacro-lombaire, le sterno-mastoïdien, les scalènes, le trapèze: ces derniers muscles sont des supplémentaires si utiles que vous avez vu un jeune Polonais, atteint de fracture de la partie supérieure de la colonne cervicale, ne respirer plus que par les accessoires du cou et vivre assez longtemps, grâce à leur concours. Or, si vous explorez la force de ces muscles, vous reconnaissez qu'ils sont prêts à défaillir, à manquer aussi à ce malheureux. Nous avons aujourd'hui même fait cette épreuve, et nous avons constaté qu'ils sont plus d'à moitié paralysés. Lorsque nous lui avons prescrit de fléchir les avant-bras sur les bras, il nous a fallu un effort énorme pour les étendre malgré la volonté du malade mais au cou, aucune résistance à l'effort contraire: soit qu'il l'ait fléchi, soit qu'il l'ait renversé en arrière, nous avons pu, avec une très-grande facilité, le redresser et le porter en sens contraire. Les muscles du cou sont donc impuissants.

Quant à la déglutition, elle est depuis longtemps prodigieusement altérée. Cet homme n'a ni la violence ni la voracité de son voisin, qui entrait toujours en fureur lorsqu'il se mettait à manger. Celui-ci est d'une placidité extrême et d'une grande patience. On le voit très-bien avaler, et on peut aisément suivre l'action de la déglutition. Depuis assez longtemps il ne peut plus manger de viande; il mâche encore bien, mais il y a des difficultés pour le passage de la bouche dans l'œsophage. Lorsqu'on lui donne sa soupe, il la reçoit dans sa bouche, serre les dents, applique sa main sur ses lèvres et ses buccinateurs, puis renverse la tête en arrière et fait passer l'aliment dans le pharynx et l'œsophage. Cela se fait probablement d'une manière mécanique, mais on peut croire que le pharynx a quelque complaisance et qu'il aide encore un peu à ce passage.

Voici donc un malheureux homme dont les muscles thoraciques s'affaiblissent, dont les muscles phonateurs sont presque éteints, les muscles faciaux et cervicaux en partie paralysés, et qui va bientôt mourir étouffé, asphyxié sous peu de jours, malgré qu'il ait encore l'apparence générale assez bonne. Les faits recueillis par M. Duchenne (de Boulogne) révèlent avec trop de certitude que quand les malades en sont là, ils n'ont plus que très-peu à vivre.

Cet homme n'a pas de fièvre; il a le pouls à 90, 92, ce qui est un peu fréquent, mais sans chaleur ni sueurs. Nous verrons plus loin que cette fréquence insolite est attribuable à la lésion des nerfs pneumogastriques.

Je vais essayer maintenant de vous faire un tableau général de la maladie, en me fondant sur les quatre observations qui me sont particulières et sur celles plus nombreuses qui ont été relatées par M. Duchenne.

---

de mettre trop délibérément à l'*index* la donnée des causes spéciales et spécifiques, virus, ferments, etc.

A cet égard, le langage de l'auteur du *Traité* n'est-il point excessif? Nous pensons, quant à nous, qu'on doit étudier, comprendre de la même façon la nature, l'*étiologie*, etc., de toutes les maladies, soit internes, soit externes; mais ces virus, ferments, causes spécifiques, secrètes, qu'il s'agit de découvrir, de constater s'ils existent, ou mieux quand ils existent, de proscrire s'ils n'existent pas, quand ils n'existent pas, n'occuperaient-ils point une place considérable dans la *causalité* des maladies internes et externes? Voilà ce qu'il faut se demander.

Nous n'avons sans doute pas tout à fait la même manière de voir que l'honorable maître sur la nature des inflammations. M. Devergie a écrit: *Que les formes inflammatoires variées ne peuvent être que le résultat d'éléments anatomiques différents, enflammés* (p. 44). Ne pourraient-elles point être le résultat d'éléments anatomiques *différemment* enflammés, ce qui est tout autre chose? L'inflammation *spécifique* ne diffère-t-elle point *du tout au tout* de la phlogose franche? Expliquons-nous, car là est le nœud.

Le virus syphilitique, chez un homme sain, est introduit sous l'épiderme et absorbé; que se passe-t-il? La petite lésion traumatique après quelques jours étant presque effacée, un travail local secondaire se manifeste; l'accélération, l'oscillation, la stase, suivent leur marche à peu près ordinaire; mais la cause nous est connue, et, bien que les produits de l'inflammation, pus, ulcère, etc., ne soient pas venus encore dénoncer la nature de l'affection, nous tirons hardiment notre jugement médical de la considération de la cause. Ce qui signifie que nous savons dès le premier moment de l'hypérémie active, qu'elle enveloppe déjà la *spécificité*, que celle-ci est le principal, le fond du groupe morbide, le fait considérable qui doit asservir le reste à ses lois, *faire espèce*.

Le cas échéant, la série hyperémique proprement dite, tout ce qui, en quelque sorte, est plus particulièrement du domaine de la *physique vivante*, tout ce qui n'est que mouvement de fibres et de globules, revêt (à quelques nuances près) jusqu'à la stase la forme d'une hyperémie active ordinaire circonscrite: ce n'est qu'à partir du point où l'ordre chimique vivant (cette chimie vivante dont Broussais prétendait écarter la considération, et qui est le plus ordinairement le corps même de la maladie) remplace l'ordre physique, ce n'est qu'à partir du point où les actes de transformation vivante, de nutrition anormale apparaissent, que la spécificité éclate, que la cause toxique *s'incarne*, prend corps, signe la maladie. Il y a cette différence considérable entre le groupe spécifique et celui qui est le résultat d'une cause traumatique, que dans ce dernier la cause irrite les tissus, mais sans persister, et surtout sans s'incorporer à la série morbide. Dans l'autre série, non-seulement la cause agit sur les *propriétés vitales*, mais elle persiste, suit toute la série, s'y confond, lui imprime son cachet. Une phlogose franche, simple, à ce point de vue, peut donc différer du tout au tout d'une phlogose spécifique; or, c'est à ce même point de vue que nous avons pu parler de tissus *différemment* enflammés.

La différence considérable des formes inflammatoires s'explique-t-elle donc, comme l'écrit M. Devergie, par la seule différence des tissus que l'inflammation attaque? Nous ne le croyons pas, elle s'explique aussi et surtout par la différence de la cause. Voici, au reste, le correctif apporté par l'auteur lui-même à ses opinions sur la nature des dermatoses: « Il faut convenir que lorsqu'une affection se » généralise à la peau sans cause appréciable, *il y a dans toute l'éco-* » *nomie un principe morbide dont la nature nous fuit.* » A la bonne heure; mais, en vérité, cette généralisation de la maladie est un cas très-fréquent. Pourquoi, dès lors, appeler avec un peu trop de vivacité toute l'attention *sur l'élément inflammation qui nous impressionne*, et proscrire aussi, avec un peu trop de vivacité, la considération *des causes cachées, secrètes?* Pouvons-nous oublier qu'une phlogose franche diffère totalement d'une phlogose *spécifique?* Qu'est l'importance médicale de l'inflammation dans le cas de spécificité? Bien peu de chose. La scène, en fait d'indications, appartient presque entière à la *spécificité*. Donc, de même que cette grande considération de la cause, si celle-ci est connue, motive toute une thérapeutique spéciale; de même si celle-ci est inconnue, secrète, mais manifestée par des indices, elle motive la préoccupation, la recherche incessante de sa présence, de sa réalité, de sa nature, et cela pour toutes les maladies, y compris celles de la peau. Sous le bénéfice de ces réserves, nous acceptons, nous recommandons expressément les quatre propositions fondamentales qui servent de synthèse à l'*étiologie* des maladies de la peau de l'auteur du traité. Prudemment commentées, elles doivent être fécondes.

L'espace nous fait défaut, force est de clore cette critique. Nous ne pouvons que louer, sans hésitation, le chapitre considérable et certainement neuf consacré aux différentes médications, à l'hygiène des bains, des douches, etc. Quant au point de doctrine, évidemment nous n'avons fait que l'effleurer; chacun sait que, dans l'espèce, il est des plus complexes, des plus difficiles à aborder. Nous reviendrons sans doute à loisir sur le discord qui existe entre M. Devergie et ses collègues de Saint-Louis, MM. Bazin et Hardy. En attendant, sachons gré à ces excellents observateurs des progrès rapides qu'ils ont fait faire à une importante spécialité; mais ne laissons pas de dire à notre lecteur que, pour ce moment, le *Traité pratique* est le dernier et meilleur mot de la dermatologie, ce qui a été conçu jusqu'à cette heure de plus sage et de plus fécond pour les besoins de nos grandes écoles et de notre art autocrate.

P. GARREAU.

La première chose qui frappe les malades et le médecin, c'est une certaine difficulté dans l'articulation de certaines lettres; ils paraissent avaler très-bien, et déjà on perçoit une modification de la voix, qui est devenue nasillarde. Les lettres *r*, *k*, *c*, sont les premières à être mal prononcées. Les malades ne se plaignent encore que de cela. Et si tout de suite vous pensez que ce pourrait bien être l'affection qui nous occupe en ce moment, vous saisirez déjà un trouble de la déglutition. Le malade, interrogé dans ce sens, vous avouera qu'il avale avec plus de circonspection qu'auparavant.

Au bout d'un temps qui n'est pas long, la prononciation et la déglutition se font plus difficilement, et les lettres labiales et dentales finissent par ne plus être prononcées. En même temps, vous trouvez une immobilité notoire dans l'orbiculaire des lèvres.

Jusque-là, rien qui paraisse encore très-sérieux; mais la gêne va en augmentant, la salive s'écoule par le bord des lèvres pendant la nuit d'abord, puis pendant le jour; la prononciation devient confuse, et bientôt vous n'obtenez plus de votre malade qu'un grognement qui se fait de moins en moins sonore, jusqu'à ce que la phonation disparaisse complétement. Alors les difficultés de déglutition deviennent effroyables; les aliments reviennent par le nez, entrent dans le larynx, et il survient des accidents de suffocation indépendants de ces fausses routes des aliments, accidents par accès qui mettent la vie en danger. Les phénomènes de respiration diminuent de plus en plus, et les malades s'éteignent dans une agonie qui dure peu en général, quelques instants ou à peine quelques heures.

C'est ici le moment d'aborder l'analyse physiologique de la maladie; nous étudierons d'abord le mode de distribution des nerfs, afin de bien voir l'intervention de chacun d'eux dans les phénomènes pathologiques que nous vous avons racontés. Ce sera le sujet de la leçon suivante.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT. — M. Fleury, professeur.

Imperforation de l'hymen. — Accumulation de sang dans l'utérus. — Incision de la membrane. — Guérison prompte.

(Observation recueillie par M. Salvagnac, interne du service.)

Le 23 février, on conduit à l'Hôtel-Dieu de Clermont une jeune fille âgée de quinze ans, qui éprouve depuis quelques jours, dit sa mère, une grande difficulté à marcher; et l'attribue à une tumeur qui s'échappe des parties sexuelles.

Cette jeune fille, qui n'a jamais été réglée, nous dit qu'elle ressentit, il y a un an, pour la première fois, des douleurs dans le ventre. Le même jour, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur au niveau de la vulve; elle avait alors le volume d'une noix, et en même temps elle éprouva de la difficulté pour uriner; la miction était pénible et répétée.

Il y a huit mois, les souffrances devinrent plus vives dans la région lombaire, et une tumeur fit saillie à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Quatre mois après, elle eut une crise assez violente pour être forcée de garder le lit pendant vingt jours.

Une religieuse de son village lui conseilla d'appliquer six sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses; elle en éprouva un soulagement marqué.

Mais depuis trois semaines le volume du ventre a considérablement augmenté; les souffrances sont vives et continues, la marche est difficile, les urines ne s'écoulent qu'avec difficulté.

On revient à une seconde application de sangsues; mais l'écoulement de sang, quoique assez abondant, n'amène aucune amélioration.

Enfin, le 20 février, la rétention d'urine devient complète. Un médecin est appelé; il opère le cathétérisme et conseille à la malade de se faire transporter à l'hôpital de Clermont, où nous l'avons vue pour la première fois le 24 février.

On aperçoit à la vulve un corps mou qui a la forme d'une membrane tendue entre les grandes lèvres, et qui rappelle un peu la poche des eaux lorsqu'elle fait saillie au col de l'utérus dans le travail de la parturition. A sa partie supérieure existe une petite ouverture qui doit être le méat urinaire.

Cette tumeur est molle, facilement dépressible lorsqu'on la presse avec le doigt, mais irréductible; elle ne donne qu'une sensation obscure de fluctuation; sa couleur est légèrement rosée, et sur les parties latérales de son extrémité supérieure existent deux languettes, qui ne sont autre chose que les deux petites lèvres.

Une tumeur volumineuse s'observe aux régions hypogastrique et ombilicale; elle a la forme d'un cône dont la base est supérieure, et dont le sommet plonge dans l'excavation pelvienne; sa partie supérieure dépasse l'ombilic de deux travers de doigt. Indolente à la pression, mobile sur les côtés, cette tumeur est molle, nullement fluctuante si on la comprime directement; mais si un ou deux doigts sont placés à la vulve pendant que l'on presse de haut en bas, on sent une fluctuation manifeste, qui ne laisse aucun doute sur la communication qui existe entre la saillie épigastrique et la saillie vulvaire.

Une sonde introduite dans la vessie donne issue à une assez grande quantité d'urine sans que le volume de l'abdomen diminue.

Le doigt introduit dans le rectum est arrêté par la tumeur, qui comprime le rectum; elle est donc indépendante de ces deux organes.

La santé de cette jeune fille est bonne; les principales fonctions de l'économie s'exécutent facilement. D'après les commémoratifs, il y a tout lieu de croire à une oblitération du vagin due à l'imperforation de l'hymen et à une accumulation du sang dans l'utérus. On comprend difficilement qu'une membrane aussi mince ait pu résister, tandis que la matrice, dont l'organisation est aussi rigide, a cédé; mais des faits analogues ont été observés, et le nombre en est assez considérable.

Pelletan rapporte (*Clinique chirurgicale*, t. II) qu'une fille de la campagne vint à l'Hôtel-Dieu, au mois de janvier 1840, pour se faire traiter de l'absence de ses règles. Son ventre offrait le volume d'une grossesse de huit mois. La malade ne s'était aperçue que depuis deux ans de ce développement excessif, et, sans une rétention d'urine et de matières fécales, elle n'aurait pas été autrement incommodée. Une incision faite à la tumeur donna issue à dix livres de sang; la guérison fut complète.

Je pourrais mentionner bien d'autres exemples qui ont été publiés depuis cette époque.

Ce fait est tellement conforme à celui que nous avons en ce moment sous les yeux, que la ligne de conduite à suivre en cette circonstance est toute tracée.

Après avoir vidé la vessie et fait administrer un lavement à la malade, ce qui n'a pu se faire sans ajouter à l'extrémité de la seringue une canule recourbée en caoutchouc, le chirurgien a fait avec un trocart à hydrocèle une ponction au centre de la tumeur située à la vulve. Il s'est écoulé par la canule un liquide sirupeux, consistant comme de la bouillie et offrant une couleur noire qui rappelle un peu celle de la confiture de raisin. La question étant alors tranchée, M. Fleury a substitué à la canule un bistouri avec lequel il a divisé la tumeur de haut en bas; il s'est écoulé immédiatement deux litres du même liquide, en même temps le ventre s'est affaissé, et la saillie volumineuse qui existait à l'hypogastre a disparu.

Pour empêcher l'ouverture de se fermer trop promptement, l'incision verticale a été convertie en T et des injections aqueuses ont été prescrites. La membrane qui a été divisée à 8 ou 10 millimètres d'épaisseur, offrait la consistance du tissu fibreux.

La malade n'a du reste ressenti aucune douleur, et peu de temps après l'opération elle a éprouvé un bien-être très-prononcé.

Le doigt pénétrait facilement dans l'utérus, dont le col est complétement effacé comme après un accouchement véritable.

Le 27, les parois de la tumeur sont complétement revenues sur elles-mêmes; l'introduction du doigt dans la matrice est difficile, l'écoulement est très-peu abondant et inodore; les injections chlorurées qui avaient été prescrites sont devenues inutiles.

Depuis ce moment jusqu'à sa sortie, qui a eu lieu le 2 mars, il n'est pas survenu le moindre incident. L'ouverture pratiquée au vagin est assez grande pour permettre l'introduction du doigt. Il y a tout lieu aujourd'hui d'espérer qu'à l'avenir l'écoulement menstruel se fera régulièrement.

Observation de goitre exophthalmique.

Bien que les faits de ce genre ne soient plus rares, l'observation suivante, empruntée au docteur Hansfield Jones (*The medical Times and Gazette*, janvier 1864, p. 6) nous semble très-intéressante, tant au point de vue des symptômes que sous le rapport du traitement mis en usage.

Le 2 février, la femme C. Br.., âgée de quarante ans, couturière, fut admise à l'hôpital Sainte-Marie. Le docteur Markam, dans les salles duquel elle fut placée, eut l'obligeance de me la montrer, et me pria de me charger de la soigner.

La faiblesse de cette malade est extrême, ainsi que son amaigrissement, mais sans anémie réelle; il lui est impossible de rester couchée. On constate une exophthalmie très-marquée; les paupières ne recouvrent qu'imparfaitement le globe de l'œil; la glande thyroïde est notablement augmentée de volume, surtout le lobe moyen et le lobe droit. En appliquant la main au côté droit du cou, au-dessus de la glande, on perçoit un frémissement cataire dans l'artère thyroïdienne supérieure correspondante. La glande thyroïde semble exercer une certaine compression sur la trachée, et occasionner de l'orthopnée et une toux qui incommode beaucoup la malade. Cette circonstance fit penser à la ligature de la thyroïde. Le cœur n'est pas augmenté de volume; bruits normaux, sauf un léger souffle systolique à la base; palpitations très-fortes qui persistent même la nuit, et qui se font sentir jusqu'au cou.

En examinant plus attentivement la poitrine dix jours après, on ne trouve aucune matité; mais le murmure vésiculaire est extrêmement faible, et les mouvements respiratoires sont fréquents et peu étendus. On entend de la respiration bronchique au-dessus de la partie supérieure du sternum; elle est due probablement à la compression de la trachée par la glande thyroïde. Le pouls est à 114, mou et faible; appétit bon jusqu'à ces derniers temps; depuis dix jours, la nourriture est mal supportée; langue normale; pas de constipation; règles supprimées depuis huit mois. On a prescrit de l'iode à l'intérieur, et des frictions mercurielles et iodées sur la tumeur, mais sans résultat aucun. L'application de sangsues sur ce point amène un soulagement notable, qui ne dure qu'un ou deux jours. La malade souffre comme aujourd'hui depuis six mois; toutefois il y a quatre ans que sa maladie existe. Le goître a débuté vers la fin de 1856, après un grand chagrin. Le gonflement se produisit tout d'un coup, et n'augmenta pas beaucoup pendant une année entière. Un an avant l'admission à l'hôpital, la tumeur prit un développement considérable, et la toux survint. L'état de faiblesse extrême de cette malade résultait probablement de ce qu'elle était obligée de travailler jour et nuit pour subvenir aux besoins d'un de ses parents dont elle est le soutien.

Elle sortit améliorée le 26 mars. Elle dormait bien et pouvait rester couchée la nuit; elle avait bon appétit; ses forces étaient revenues. Le goître n'avait pas diminué sensiblement, mais il incommodait moins la malade; l'exophthalmie continuait.

Quatorze jours après, elle rentra dans le même service; à ce moment, elle toussait beaucoup et avait des vomissements pendant la nuit; en outre, de temps en temps elle était prise de diarrhée. Pendant quelques nuits elle était très-calme, puis l'agitation reparaissait les nuits suivantes. Avant l'amélioration signalée plus haut, l'urine était très-foncée, d'une densité de 1018, claire et non albumineuse. Lorsque l'état général se fut modifié, l'urine devint pâle, d'une densité de 1011, un peu acide et chargée de flocons de mucus. Des applications de glace sur la glande thyroïde produisirent un bon effet, et semblèrent arrêter son développement. On administra d'abord de la strychnine et de la quinine, mais sans avantage marqué; la toux et les vomissements résistaient à tous les moyens. L'opium donné pendant la nuit et également pendant le jour, mais à doses plus faibles, ne servit qu'à faire cesser la diarrhée. Cependant, le nitrate d'argent et l'acide cyanhydrique parurent assez efficaces pour calmer l'irritabilité des membranes muqueuses. Ce résultat une fois obtenu, la malade commença à prendre : quinine, 1 grain; tannin, 4 grains; opium, 1 grain, en deux pilules, trois fois par jour. Ce traitement, qui amena un mieux manifeste, fut continué jusqu'aux premiers jours du mois d'août, longtemps après qu'elle eut quitté l'hôpital. On prescrivit aussi de l'ammoniaque et de la valériane, et plus tard du citrate de quinine et du fer.

Dans le courant de mai et de juin on administra la teinture d'ergot de seigle et le chlorure de calcium, dans l'espoir de réduire le volume de la glande thyroïde, mais sans aucun succès. Une fois je me hasardai à injecter du perchlorure de fer dans la tumeur; le résultat fut si alarmant que je n'osai plus répéter cette opération. Il semblait à la malade que sa tête était en feu; la vision fut abolie pendant quelques instants, et il survint une demi-syncope qui dura un quart d'heure environ. Il n'y avait là rien d'hystérique, et ce n'était pas non plus l'effet de la peur.

Pendant le mois d'août elle se rendit à l'asile des convalescents, à Walton. Son état s'améliora très-notablement, et elle put aller travailler chez une dame, à Deal; elle revint chez elle au commencement d'octobre, paraissant très-bien portante et avec un appétit tellement vorace, dit-on, qu'elle en avait honte elle-même. Le goître n'avait pas subi de modification, mais l'exophthalmie avait disparu, à tel point que les paupières pouvaient recouvrir complétement le globe oculaire. Elle avait recouvré de l'embonpoint et se trouvait aussi bien qu'elle n'avait jamais été, à l'exception toutefois qu'elle avait la respiration courte en gravissant une colline ou en montant un escalier.

Depuis lors je ne la vis pas avant le 5 mai 1860, époque à laquelle on me pria de la soigner. Elle avait encore trop travaillé pour subvenir aux besoins de ses parents, et son état avait empiré peu à peu. Je la trouvai au lit, la face très-colorée, anxieuse, en proie à une agitation très-grande, respirant difficilement, ayant des contractions fibrillaires des muscles et une faiblesse extrême, mais pas de délire; son estomac était tellement irritable qu'il ne supportait aucun aliment; le ventre était relâché; absence de sommeil; pouls rapide et tendu, à 100 pulsations environ; le murmure vésiculaire s'entendait nettement. — Opium, 1 grain toutes les deux heures; lait et thé de bœuf, une cuillerée à thé de demi-heure en demi-heure.

Le 6, pas de sommeil; diarrhée arrêtée; pas d'aggravation. — Prescription : boire à petits traits et souvent un mélange d'eau-de-vie et d'eau.

Le 7, sommeil de quatre heures et amélioration consécutive, mais de courte durée seulement. — Rhum et lait.

Le 10, la nuit a été excellente, et la malade accuse un mieux notable. Elle avait dormi quatre à cinq heures la nuit précédente; plus de vomissements, mais aucun désir d'aliments. — Depuis deux jours opium toutes les trois heures.

Le 24, l'estomac reste toujours faible et irritable; vomissements fréquents, parfois de fortes palpitations; le blé d'Oswégo, le thé de bœuf et le lait sont seuls supportés; il y a trois jours, douleur vive à l'épigastre et dyspnée durant trois quarts d'heure; bon sommeil, faiblesse très-grande. — Opium toutes les deux heures ou trois heures.

Le 28, amélioration; pouls à 118, petit et faible, il est notablement plus faible qu'auparavant; face très-pâle, moindre proéminence des globes oculaires.

Le 2 juin, grande prostration, état encore mauvais de l'estomac; la malade ne peut se lever seule. — Strychnine, un seizième de grain trois fois par jour.

Le 3, elle se sent bien mieux.

Le 6, le mieux continue; elle peut s'asseoir sur le bord de son lit; plus de symptômes gastriques.

Le 8, elle sort un peu au grand air; appétit revenu.

Le 22, elle retourne à Walton.

Le 25 octobre, la santé est très-bonne; il n'y a plus d'exophthalmie, mais le goître reste dans le même état.

Les phénomènes saillants de cette observation sont l'exophthalmie, le goître, les palpitations, la toux, les vomissements, l'urine fortement colorée, et une débilité extrême et vraiment spéciale.

On sait que presque tous les auteurs rapportent les trois phénomènes du goître exophthalmique à un trouble du grand sympathique, qui produit des congestions vers la glande thyroïde et le cœur.

La toux, dans ce fait, était évidemment aussi un trouble purement nerveux; son caractère intermittent, sa violence, l'absence de crachats et de signes physiques du côté de la poitrine, le démontrent suffisamment.

On peut en dire autant des vomissements, qui ne furent point calmés par les toniques, et ne cédèrent qu'à l'emploi des sédatifs, du nitrate d'agent et de l'acide cyanhydrique.

La strychnine eut aussi un plein succès et releva l'état général de la malade. Les effets de cette substance sont probablement dus à son action sur la moelle, sur les ganglions du trisplanchnique.

La quantité d'opium qu'on administra fut considérable; elle varia de 8 à 12 grains dans les vingt-quatre heures, durant plusieurs jours. Il ne se produisit pas de narcotisme, et son emploi fut certainement utile.

Notons enfin, dans cette observation, l'heureuse influence du changement d'air.

Académie des sciences.

Séance du 21 mars 1864. — Présidence de M. Decaisne, vice-président.

Cas de longévité. — M. Flourens. Le savant M. Volpicelli me communique de Rome un exemple de longévité fort remarquable : il s'agit d'une centenaire, morte à l'âge de 122 ans.

Des centenaires morts à l'âge de 100 et même de 110 ans, ne sont

pas des cas rares ; mais des centenaires morts à 122 ans commencent à l'être. Ils sont en même temps pour la physiologie d'une grande importance. Pourquoi ? C'est que tant qu'on ne dépasse guère 100 ou 110 ans, on reste dans les limites de ce que je nomme la *vie normale*, et que, dès qu'on arrive à 122 ans, on commence à compter dans les limites de ce que je nomme la *vie extrême*. Or, la limite de cette *vie extrême* est très-difficile à fixer, vu la pénurie des faits.

M. HOLLARD lit un mémoire intitulé *Du temparel et des pièces qui le représentent dans la série des animaux vertébrés*. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, Milne-Edwards.)

Sur la fécondité des mariages dans les villes de l'intérieur de l'île de Cuba, par M. RAMON DE LA SAGRA.

L'auteur a réuni quelques données pendant le dernier voyage qu'il a fait à l'intérieur de l'île, où la fécondité des mariages est encore plus frappante que dans la capitale.

Il résulte de ses recherches que dans les trois villes principales, la Trinidad, Santi-Espiritu et Villa-Clara, les ménages qui ont 12 enfants sont très-communs, et qu'on en compte qui en ont plus de 20, jusqu'à 25 et 26.

Il paraît, ajoute l'auteur, qu'à Santiago de Cuba les cas d'extrême fécondité sont encore plus nombreux. A la Trinidad, un recensement de 1853 constatait l'existence de 123 familles de la classe blanche avec des enfants vivants au nombre de 8 à 10, et de plus de trente cas de jumeaux adultes dans une population blanche de moins de 7,000 âmes.

Beaucoup de femmes cubanaises deviennent mères à l'âge de treize ans, et d'autres continuent d'être fécondes jusqu'à celui de cinquante. En 1856, le village de Banao présenta quatre cas d'enfantement de 3 individus, et la ville de Santi-Espiritu six cas de jumeaux.

Ce qui doit sembler très-remarquable, outre la fécondité des femmes cubanaises, c'est que presque la totalité de celles qui habitent les villes de l'intérieur nourrissent leurs enfants. Les conditions heureuses du climat, la simplicité uniforme d'une vie calme et tranquille, et le bien-être matériel qui entoure les familles sont des circonstances qui secondent merveilleusement la douceur et la bonté incomparables de ces femmes, qui réunissent ainsi toutes les qualités désirables pour remplir les devoirs de la maternité.

Transformations de l'homme à notre époque par l'action des milieux, par M. TRÉMAUX.

L'auteur soutient cette thèse que la transformation des peuples est due à l'action des milieux. Au nord des déserts, l'homme noir passe au blanc, le peuple conserve son type, tandis que le blanc passe au noir dans le sud. Le croisement ne serait ainsi qu'un accident temporaire dont le résultat se perd peu à peu sous l'action des milieux, et ce n'est pas à lui qu'il faudrait attribuer le résultat définitif du changement. (Commissaires, MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

— **M. LE Dr BUDGE** communique un deuxième mémoire sur l'action du bulbe rachidien, de la moelle épinière et du nerf grand sympathique sur les mouvements de la vessie, lequel est, comme le précédent, renvoyé à la commission du prix de physiologie expérimentale.

— **M. F. ROCHARD** communique un mémoire sur la pathogénie et le traitement des dartres. Nous publierons prochainement un résumé de ce travail.

— **M. TRIPIER** présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un travail qu'il a publié dans les *Annales de l'électrothérapie*, et qui a pour titre : *Engorgements et déviations de l'utérus; leur traitement par la faradisation*. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— **M. LEMATTRE** adresse pour le même concours un travail très-développé ayant pour titre : *Des propriétés de la belladone, du datura, de la jusquiame et des alcaloïdes atropine et daturine*.

L'auteur, qui s'était cru à tort dans l'obligation de placer son nom sous pli cacheté, a joint à son travail un extrait destiné à faire ressortir ce qui s'y trouve de neuf. (Même commission.)

— **M. A. OLLIVIER** demande que deux mémoires présentés en son nom par M. Rayer dans l'avant-dernière séance, soient admis au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

— **M. AUDIGIER** envoie de Marseille une note relative à un nouveau procédé d'embaumement dont il est l'inventeur. Il fait usage, pour cette opération, d'un liquide dont il ne donne pas la composition.

— **M. POTIER** adresse une nouvelle note se rattachant à ses précédentes communications sur la cause commune des tumeurs blanches, des scrofules, etc. (Renvoi aux commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Cloquet, Jobert (de Lamballe.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Tout pharmacien qui délivre des médicaments composés, sans ordonnance du médecin, est passible d'une amende de 500 fr.

Le secrétaire de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Loire, nous communique la copie d'un jugement rendu par le tribunal de Saint-Etienne (10 octobre 1863), et confirmé par la cour impériale de Lyon.

La question jugée présentant de l'intérêt pour nos lecteurs, nous croyons devoir placer sous leurs yeux le dispositif du jugement.

Attendu que le prévenu a cautérisé à diverses reprises les plaies au gosier du témoin M..., entendu;

Attendu qu'il a, en outre, remis à ce même témoin des fioles, les unes pour gargarismes, les autres pour l'usage interne;

Attendu que le témoin, non-seulement atteste la réalité des faits, mais encore reconnaît parfaitement le prévenu pour être l'auteur des opérations et la personne qui lui a remis les médicaments;

Attendu que la cautérisation de la gorge constitue de la part du prévenu un acte de médecine chirurgicale, accompli sans qualité et punissable, aux termes de l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI;

Attendu, en ce qui touche la délivrance des médicaments, qu'il importe d'abord d'en préciser la nature, afin de savoir s'ils appartiennent à la catégorie de ceux qui peuvent être vendus sans ordonnance;

Attendu que le témoin, il est vrai, n'indique pas leur contenu, mais que le caractère de la maladie ne permet point de douter que les médicaments fournis n'aient été composés d'agents d'une certaine importance, combinés et dosés par le prévenu;

Attendu que les remèdes dont s'agit étaient composés et de la nature de ceux qui, aux termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, ne peuvent être débités sans ordonnance;

Attendu que, il est vrai, l'article 32 se borne à la défense sans édicter de pénalité, mais que cet article ne fait que reproduire dans la loi organique une interdiction déjà existante et déjà punie, et qu'on doit en conclure que ce n'est là qu'un rappel d'une disposition ancienne toujours subsistante, disposition que la loi du 21 germinal a généralisée, en étendant à toute la France sa partie jusque-là restreinte dans le ressort de Paris;

Que l'arrêt du 23 juillet 1748 est donc applicable;

Par ces motifs,

Le Tribunal, jugeant correctionnellement,

Vu l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI, ainsi conçu :

« Six mois après la publication de la présente loi, tout individu qui » continuerait d'exercer la médecine ou la chirurgie, ou de pratiquer » l'art des accouchements, sans être sur les listes dont il est parlé » aux articles 25, 26 et 34, et sans avoir de diplôme, de certificat ou » de lettre de réception, sera poursuivi et condamné à une amende » pécuniaire envers les hospices.

» Vu l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI et l'arrêt du règle- » ment du Parlement de Paris, du 23 juillet 1748, ainsi conçus :

» Art. 32. Les pharmaciens ne pourront livrer et débiter les pré- » parations médicinales ou drogues composées quelconques, que d'a- » près la prescription qui en sera faite par des docteurs en médecine » ou en chirurgie ou par des officiers de santé et sur leur signature. » Ils ne pourront vendre aucun remède secret. Ils se conformeront, » pour les préparations et compositions qu'ils devront exécuter et te- » nir dans leurs officines, aux formules insérées et décrites dans les » dispensaires ou formulaires qui ont été rédigés ou qui le seront » dans la suite par les écoles de médecine. Ils ne pourront faire, dans » les mêmes lieux ou officines, aucun autre commerce ou débit que » celui des drogues et préparations médicinales.

ARRÊT. — « La Cour ordonne que les ordonnances, édits et décla- » rations registrés en la Cour, rendus au sujet des médecins et apo- » thicaires, seront exécutés selon leur forme et teneur; ce faisant, » que tous les apothicaires de cette ville et faubourgs de Paris seront » tenus de se conformer au nouveau dispensaire fait par les suppléants » pour la composition des remèdes y mentionnés et ce, dans six mois, » à compter du jour du présent arrêt et de l'acte de dépôt qui sera » fait au greffe de la Cour dudit dispensaire, après avoir été signé du » doyen de la Faculté de médecine de cette ville de Paris; fait inhi- » bitions et défense aux apothicaires de donner les compositions men- » tionnées audit dispensaire ni autres par eux faites aux malades sur » autres ordonnances que celles des docteurs de ladite Faculté, licen- » ciés d'icelles ou autres ayant pouvoir d'exercer la médecine dans » cette ville et faubourgs de Paris, et sans ordonnances datées et si- » gnées desdits docteurs, licenciés ou autres ayant pouvoir; des- » quelles ordonnances lesdits apothicaires seront tenus de tenir bon » et fidèle régistre, le tout sous les peines portées par les ordonnan- » ces, édits, déclarations et arrêts de la Cour (500 livres d'amende).»

Condamne A... à quinze francs d'amende pour exercice illégal de la médecine, à cinq cents francs d'amende pour délivrance et débit de médicaments composés sans ordonnances de docteurs ou d'officiers de santé.

Le condamne en outre aux dépens par corps, liquidés à onze francs vingt-cinq centimes, outre et non compris le coût et accessoires du présent jugement.

—

Un second pharmacien de Saint-Etienne, M. F..., a été condamné, le 5 mars 1864, à 500 fr. d'amende pour le même délit de ventes, et à 15 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine. M. F... a fait appel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 19 mars, M. Godineau, chirurgien de 1re classe de la marine, est nommé chef du service à Karikal (établissements français de l'Inde).

— La liste des membres formant le jury du concours pour deux places de médecin au Bureau central vient d'être arrêtée de la manière suivante :

Juges titulaires : MM. Barth, Bouley, Hillairet, Piorry et Follin.

Juges suppléants : MM. Bouchut et Laugier.

— M. le docteur Daremberg, chargé du cours d'histoire de la médecine au Collège de France, commencera son cours le 14 avril à deux heures, et le continuera les mardis et jeudis à la même heure.

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, recommencera ses cours le vendredi 1er avril 1864. Les cours d'anatomie se fera à deux heures, dans l'amphithéâtre de M. Auzoux, pour le deuxième examen de fin d'année et le premier de doctorat; le cours de pathologie se fera à quatre heures, pour le troisième examen de fin d'année et le deuxième de doctorat, dans l'amphithéâtre de M. Fort, boulevard de Sébastopol, 46 (rive gauche).

— On demande pour Trébizonde un docteur en médecine français, ancien interne, âgé de trente à quarante ans. MM. Robinet, membre de l'Académie de médecine, et le docteur Marmottan, rue du Marché, 14, à Passy-Paris, donneront les renseignements nécessaires.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 38. — JEUDI 31 MARS 1864. (37e ANNEE.) N° 38. — JEUDI 31 MARS 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 30 MARS 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'élection dans la section de thérapeutique a eu le résultat attendu. Au premier tour de scrutin, M. Pidoux a réuni la majorité des suffrages. M. Pidoux sera le bienvenu au sein de l'Académie, où il avait depuis longtemps marqué sa place par son double titre de thérapeutiste doublé de philosophe. MM. Béhier et Gubler ont eu dans la répartition des votes de la minorité une part qui équivaut à un engagement pour l'avenir.

Le bureau a gracieusement fait les honneurs d'une partie de la séance à quelques visiteurs, qui ont mis utilement à profit les loisirs des petites vacances de Pâques. MM. les professeurs Filhol (de Toulouse) et Leudet (de Rouen), correspondants de l'Académie, et M. Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, ont occupé successivement la tribune. On trouvera dans le compte rendu de la séance un exposé analytique des sujets de leurs communications.

L'Académie a entendu ensuite un supplément de rapport de M. Blache, motivé par une réclamation de priorité mal fondée, paraît-il, ou tout au moins formulée en termes peu faits pour en rehausser la validité. Aussi, l'honorable académicien a-t-il saisi cette occasion d'apprécier avec une juste sévérité l'abus que l'on fait trop souvent de ces sortes de revendications. S'il est juste et honnête de flétrir le plagiat, il n'est pas moins utile de s'opposer à l'envahissement de cette espèce de monopole que quelques hommes semblent vouloir exercer sur les idées et les faits scientifiques.

La séance a été terminée par la lecture de rapports officiels. Au nombre de ces rapports figure le rapport général annuel sur la vaccine, auquel la discussion actuellement pendante et la part considérable qu'y prend le rapporteur donnent cette année un intérêt particulier. La réserve que nous imposent les prescriptions réglementaires à l'égard des travaux officiels de l'Académie, ne nous permet pas d'en présenter ici un résumé. Mais la discussion qui reprendra probablement dans la prochaine séance nous mettra à même d'y suppléer. — Dr Brochin.

HOPITAL MARITIME DE BREST.

M. CHABASSU, chirurgien principal.

Cas de colique sèche observé à l'hôpital maritime de Brest.

Méconnue et repoussée systématiquement par les uns, admise comme entité morbide distincte par les autres, la colique sèche sera l'objet d'un interminable débat, jusqu'à ce qu'on reconnaisse que deux maladies différentes ne peuvent avoir une symptomatologie identique. Soutenir une telle prétention, ne serait-ce pas s'écarter de l'esprit d'observation pratique et prêter le flanc à la critique, en autorisant les adeptes de la saturnisation exclusive à dire qu'il ne s'agit que d'une double dénomination imposée à une seule et unique maladie, à ce point qu'on a pu faire, sous le titre de colique sèche, une vraie monographie sur la colique de plomb?

Allant au-devant de cette objection, mes devanciers n'ont cessé de faire des efforts pour établir et consacrer symptomatiquement cette séparation nécessaire. J'ai recueilli dans le même but, et à leur exemple, l'observation qu'on va lire, et j'espère arriver de la sorte à démontrer d'une manière concluante que la névrose du plexus solaire diffère de la colique des peintres autant par ses symptômes que par son étiologie, qu'elle présente, en un mot, des caractères distinctifs complets.

La diversité de leurs causes respectives ne suffirait pas en effet à distinguer ces deux affections, puisque l'on voit tous les jours les causes les plus dissemblables donner naissance à une même maladie, par la raison facile à saisir qu'elles s'exercent sur un fond commun, l'organisme vivant, auquel on ne contestera pas une certaine part dans la production des phénomènes pathologiques.

C'est à cette intervention pathogénique de l'organisme que nous devons rapporter le siége abdominal et de la colique végétale et de la colique de plomb, ainsi que l'explication de ce fait, qui paraissait jusqu'ici insoluble aux yeux des médecins de la marine; je veux parler de l'extrême fréquence de la colique saturnine à bord de nos navires dans les parages équatoriaux, et de sa rareté excessive en dehors de ces conditions climatériques. Cette circonstance a été revendiquée par les sectateurs de la colique sèche, comme un argument décisif en faveur de leur opinion et tout à fait contraire aux présomptions de leurs adversaires.

Les premiers n'ont vu là que des cas de colique végétale, mais bien à tort, suivant nous, car la singularité du fait disparaît devant un examen réfléchi. Nous avons effectivement fait ressortir ailleurs (*Union médicale*, numéros des 20 et 24 octobre 1863) le rôle prépondérant, au double point de vue physiologique et morbide, des viscères abdominaux dans les pays chauds. On conçoit dès lors que l'empoisonnement saturnin, aidé d'ailleurs dans son action morbifère sur l'économie par l'influence débilitante générale d'un climat chaud, manifeste plus facilement ses effets dans les régions équatoriales de ce côté de l'organisme, où l'attire déjà une affinité élective d'action, inhérente à la nature spécifique du poison minéral, mais non pas d'une façon exclusive, attendu que la cause toxique est, comme la circulation sanguine, répandue dans tout le corps, et doit en conséquence généraliser ses effets. La cause de la colique sèche, au contraire, est circonscrite dans son application à la région abdominale, au moins au début, parce que là seulement elle trouve les conditions étiologiques voulues par la disposition des organes dont l'activité et la susceptibilité morbides sont déterminées par le climat.

La colique de plomb et la névrose du plexus solaire se rencontrent donc sur un terrain commun; mais c'est là le seul point qui les rapproche. Du reste, la communauté de siége envers des maladies différentes n'est pas chose si rare en pathologie qu'on doive s'en étonner et lui accorder une importance exagérée, d'autant que cette communauté de siége n'est pas aussi complète qu'on s'est plu à le dire; et, le serait-elle, il n'y aurait pas plus de raison à confondre ces deux affections qu'il n'y en aurait à ne pas séparer le tétanos idiopathique d'avec l'empoisonnement par la strychnine. L'analogie ne va même pas aussi loin; car la colique métallique affecte tout le système nerveux ganglionnaire, et plus particulièrement tout le système nerveux abdominal et pelvien, tandis que le siége de la névrose du plexus solaire est limité à cette partie du trisplanchnique. La seule induction aurait dû plutôt mettre sur la voie de cette découverte.

En effet, l'on comprend sans peine que les reins prennent une part active au trouble nerveux, par lequel se phénoménise la colique des peintres, puisque ces organes sont les principaux agents de l'élimination des poisons saturnins ou autres, j'ajouterai même, coopèrent largement à la dépuration du sang en général, surtout dans nos climats froids ou tempérés. Mais précisément à cause de cela, ils doivent rester étrangers à la colique sèche, où il n'y a pas de principe toxique à éliminer du sang, et parce que leur activité, loin d'être morbidement surexcitée par l'influence climatérique qui préside au développement de la colique végétale, en est au contraire diminuée et ralentie, en opposition avec ce qui a lieu pour le foie et le tube gastro-intestinal. Au surplus, la lecture de l'observation montrera mieux que toute ma dialectique le défaut réel de similitude entre ces deux maladies au point de vue des symptômes et de l'étiologie. Quant à cette partie de l'histoire de la colique végétale, je crois l'avoir assez nettement élucidée dans une précédente publication.

Je me bornerai à rappeler sommairement, pour l'intelligence de la question en litige, que la névrose du plexus épigastrique ou colique sèche est une maladie exclusive aux pays intertropicaux, parce qu'elle trouve dans ces contrées seules les conditions propres à sa génération; je veux dire : une constitution anémiée d'une part, une susceptibilité nerveuse et morbide des viscères abdominaux de l'autre. Il en résulte qu'on n'a jamais occasion d'observer cette névrose du plexus solaire en France, si ce n'est dans quelques rares circonstances où la maladie donne lieu à une manifestation symptomatique nouvelle peu de temps après l'arrivée en Europe des personnes qui l'avaient préalablement contractée dans les pays équatoriaux. Mais aucun cas de coliqué végétale s'étant produite pour la première fois en France n'était jusqu'à ce jour venu à ma connaissance. Cette observation emprunte à cette particularité un intérêt scientifique dont l'importance n'a pas besoin d'être rehaussée,

---

LETTRES OBSTÉTRICALES.

DE LA POSITION DE LA FEMME PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

V.

Nous désignerons sous le nom d'*attitudes latoniennes* les positions vicieuses, à genoux, accroupie, assise et debout pendant le travail, par abréviation et en souvenir de la poétique légende du paganisme. Dans le langage de la physiologie, ces attitudes sont dites *actives* parce qu'elles exigent une participation active du système musculaire; par opposition, on range sous le titre d'*attitudes passives* celles où ce système est en repos.

La parturition est pleine de périls pour le fœtus et pour la mère, avons-nous dit, dans l'attitude latonienne. Les périls se rattachent à diverses circonstances qui se rencontrent en grande partie dans l'épisode mythologique de l'accouchement de Latone. Voilà pourquoi nous ferons graviter autour de cet épisode quelques-unes de nos considérations.

Dans les derniers temps de sa grossesse, Latone est poursuivie par la colère jalouse de Junon; la Terre lui refuse un asile. L'amante de Jupiter ne sait où reposer sa tête; c'est au dernier moment, vous le savez, que la miséricorde de Neptune fait surgir le roc délien. Que de souffrances physiques et morales pendant cette douloureuse gestation! Aussi les peintres nous représentent Latone pâle, fatiguée, disons le mot de la science moderne, *chloro-anémique*. La grossesse ajoute son influence aux causes générales de débilitation. Les expériences de MM. Andral et Gavarret, corroborées par celles de MM. Becquerel, Rodier et Regnauld, ont démontré que le chiffre des globules du sang diminuait pendant la grossesse, et que son abaissement moyen était beaucoup plus marqué dans les trois derniers mois. Avec la diminution des globules coïncide une augmentation de l'eau dans le sang des femmes enceintes. Enfin, M. Jacquemier a constaté fréquemment un bruit de souffle au cœur. Cazeaux pouvait donc affirmer que la chlorose est l'accompagnement presque fatal de la grossesse. D'autre part, nous savons que la syncope se produit facilement sous l'influence chloro-anémique. Ainsi, dans l'attitude latonienne, voilà une femme prédisposée à la syncope par des conditions hématologiques, et elle se trouve dans une position verticale!

L'état syncopal n'aura-t-il pas une plus grande tendance à se produire si les douleurs sont violentes et prolongées, et s'il sort brusquement une grande quantité des eaux de l'amnios? Dans certains cas de mort subite pendant le travail, et notamment dans la fameuse observation de Davis, on a expliqué l'évanouissement mortel par l'évacuation brusque du liquide amniotique. La femme citée par Davis était assise sur un vase, parce qu'elle avait éprouvé le besoin d'aller à la garde-robe. On s'empressa de la mettre dans la position horizontale; mais, avant qu'on l'eût transportée dans son lit, elle était morte. Dans les cas de ce genre, on attribue la terminaison fatale à la syncope qui résulte de l'affluence subite d'une grande quantité de sang dans les vaisseaux abdominaux, brusquement soustraits à la pression que la grossesse avait déterminée.

On a vu encore la déplétion brusque de l'utérus, après la sortie de l'enfant, donner lieu à l'état syncopal. L'influence de cette déplétion ne sera-t-elle pas plus puissante après un accouchement gémellaire comme celui de Latone? Mais ce n'est pas tout; l'utérus distendu peut ne pas recouvrer sa rétractilité, tomber dans l'inertie, et alors se dresse le spectre de l'hémorrhagie foudroyante, qui épouvante tous les accoucheurs. C'est après le décollement du placenta que l'hémorrhagie survient dans le cas d'inertie, vous le savez; eh bien, dans l'attitude latonienne, le poids du fœtus peut produire ce décollement prématuré. Quelles proportions prendra l'hémorrhagie si l'utérus est inerte, si le placenta se décolle prématurément, si la femme est chloro-anémique, si elle est enfin dans la position verticale! C'est l'attitude contraire qui est de rigueur dans cette circonstance; vous mettrez donc la tête sur un plan incliné, ce qui n'exclut point les autres moyens, et particulièrement la compression de l'aorte.

VI.

Le poids du fœtus peut aussi déterminer la rupture du cordon ombilical et le renversement de la matrice. Ce dernier accident est plus rare qu'on ne pourrait le croire dans les circonstances qui nous occupent. Le plus souvent, c'est le cordon qui se rompt. Cazeaux explique la rareté du renversement par la violence de la contraction qui expulse subitement le fœtus, et surtout par la différence qui existe entre la direction des axes des deux détroits. « L'axe du détroit supérieur

en même temps qu'elle apporte une nouvelle preuve en faveur de la légitimité de mon opinion.

Voici le fait :

M... (Edouard), âgé de dix-neuf ans, né à Cherbourg, novice appartenant à l'équipage de la canonnière *la Sainte-Barbe*. Ce marin, revenu du Mexique, en qualité de matelot passager sur le transport *la Drôme*, est entré à l'hôpital maritime, salle 8, lit n° 51 ; dans mon service, le 17 décembre 1863, quatre jours après l'arrivée du navire *la Drôme*, en rade de Brest. Cet homme a eu au Mexique, pendant cinq ou six mois, des accès de fièvre paludéenne qui, conjointement avec l'action débilitante d'un climat intertropical, ont amené une anémie profonde et parfaitement caractérisée. Les accès de fièvre ont cessé pendant le retour en France, et la rate ne présente pas une hypertrophie notable.

Le 19 au soir, le malade a ressenti un nouvel accès de fièvre qui a nécessité l'administration du sulfate de quinine. Cet accès médiocrement intense a cédé facilement et n'a pas reparu. La médication quininée a été poursuivie à doses décroissantes jusqu'au 25 décembre, et a fait place alors à l'emploi des toniques.

Trois jours après, le 28, le malade éprouve de la constipation, de l'anorexie, de la douleur à l'épigastre, des coliques et des vomissements bilieux. Ceux-ci avaient eu lieu après ma visite, et je n'avais pas songé à interroger le malade sur ce point à la visite du lendemain. Croyant donc ce jour-là avoir affaire simplement à une colique asthénique, comme on l'observe quelquefois chez les gens anémiés à leur retour des pays chauds, j'administre 2 grammes de rhubarbe en une prise, et je prescris un lavement avec sulfate de soude, 15 grammes, dans l'unique but de rétablir la liberté du ventre sans débiliter mon malade et de remédier à l'inertie des fonctions intestinales. Cette prescription n'amène aucun résultat. Les symptômes se sont accrus, des vomissements bilieux se sont de nouveau produits dans la matinée du 29 ; ils se sont remontrés dans la soirée du même jour, lors de l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 30 au matin, la constipation persiste et résiste à l'emploi combiné de 20 grammes de sulfate de soude et de 8 grammes de séné en décoction.

Le 30 au soir, surpris de voir cette constipation douloureuse et opiniâtre ne pas être vaincue par les purgatifs répétés, je pense enfin à la colique sèche, et j'examine avec la plus grande attention mon malade, en dirigeant surtout mes recherches de ce côté : je constate alors ce que j'avais déjà annoté, savoir : pâleur des téguments avec absence de teinte ictérique ou subictérique, décoloration des muqueuses palpébrale et labiales ; facies altéré, exprimant la souffrance la plus vive. Les sclérotiques sont pâles et non colorées en jaune ; pupilles peu dilatées; gencives décolorées, présentant vers le collet des dents une zone jaunâtre de 1 à 2 millimètres de largeur environ et formée par du tartre épaissi. Absence complète du liséré de Burton ; langue légèrement saburrale ; le ventre n'est en aucune façon rétracté, il est au contraire ballonné, très-douloureux à la pression, et d'autant plus douloureux qu'on presse davantage ; le maximum d'intensité de la douleur est dans le creux épigastrique, à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, d'après les indications du malade lui-même.

La région du ventre la plus douloureuse ensuite est celle de l'hypochondre droit, au niveau et un peu au-dessous du rebord des fausses côtes correspondantes.

Je percute cette région, et je trouve, par la matité très-étendue en bas, ainsi qu'à gauche dans l'épigastre, un engorgement considérable du foie. J'avais déjà remarqué cette hypertrophie du foie lors de l'entrée du malade à l'hôpital, et avant son atteinte de colique sèche. La douleur, partant comme d'un foyer du creux épigastrique, s'irradie dans tout l'abdomen, bien qu'elle s'affaiblisse à mesure qu'on s'éloigne du point initial et central.

Les vomissements ont cessé, mais la constipation persiste. L'émission des urines est fréquente, nullement douloureuse ; les urines sont chargées. Les testicules ne sont pas rétractés vers les anneaux inguinaux. La peau n'est pas sèche, elle est halitueuse, peu chaude. Le pouls n'est pas serré, il est plein, sans fréquence ; il s'accélère et se serre un peu pendant les paroxysmes, se détend pendant les rémissions. La soif n'est pas bien vive. L'anorexie est complète.

Le 31 au matin, même état ; cependant le malade a eu une selle. J'appelle l'attention des chirurgiens et des élèves de mon service sur ce cas aussi intéressant que rare dans nos hôpitaux européens, qui pourra leur servir plus tard, dans le cours de leur navigation, à ne pas confondre la colique végétale avec la colique de plomb. Enfin, je note la dilatation des pupilles, provoquée par la belladone administrée la veille au soir à la dose de 5 centigrammes d'extrait. Je prescris de nouveau 5 centigrammes d'extrait belladoné en potion ; du petit-lait nitré et un lavement laxatif. La constipation cède définitivement à la médication stupéfiante, et tous les symptômes de la colique sèche se dissipent comme par enchantement. Le malade a des selles copieuses.

Le 1er janvier 1864, même prescription.

Le 2, guérison assurée ; deux jours après, ce marin quitte l'hôpital pour se rendre chez lui en congé de convalescence.

Soigneusement interrogé par moi et à plusieurs reprises, cet homme a toujours déclaré n'avoir jamais été atteint antérieurement, soit au Mexique, soit ailleurs, d'affection semblable.

(Nous exposerons dans un deuxième article les réflexions auxquelles ce fait a donné lieu.)

FRACTURE DU PÉRONÉ

avec arrachement de la malléole interne. — Luxation tibio-tarsienne en dedans. — Guérison.

Par M. le docteur E. VIGERIE, d'Issigeac (Dordogne).

Le 11 août 1862, Mme L. J. C..., occupée à déballer des marchandises, fit une chute du haut d'une chaise, dans les barreaux de laquelle son pied se trouva engagé. La douleur fut peu vive ; mais ne pouvant se lever et voyant s'écouler un peu de sang, elle appela un médecin, qui constata une luxation tibio-tarsienne. Ayant en vain essayé de réduire, il appliqua un bandage provisoire pour que la malade pût être transportée à Issigeac, à 13 kilomètres du lieu où s'était produit l'accident. Je pus alors reconnaître les symptômes suivants :

La rectitude du membre est complétement détruite ; la face plantaire du pied est tournée en dehors ; l'extrémité du tibia fait saillie à travers une plaie à convexité supérieure, de 4 à 5 centimètres de long. La malléole interne, arrachée, est remplacée par une surface noire et rugueuse ; en introduisant le doigt dans la plaie, on peut sentir très-facilement l'extrémité articulaire du tibia recouverte par son cartilage. Du côté externe, enfoncement très-prononcé ; crépitation très-forte indiquant une fracture en plusieurs fragments du péroné.

Les mouvements sont impossibles ; les doigts du pied ont seuls conservé leur mobilité. Il y a un écoulement de sang peu considérable. La douleur est assez vive, ce qui s'explique par les secousses que la malade a supportées pendant un voyage de 13 kilomètres sur une charrette dont les ressorts étaient loin d'être très-doux. La sensibilité existe dans tout le pied ; la chaleur est naturelle.

En présence de ce fait, semblable sous plusieurs points à ceux dont je venais de m'occuper dans ma dissertation inaugurale (juillet 1862), je pris rapidement une décision, après avoir toutefois consulté mon excellent père, dont la longue et sage pratique servaient à mettre à couvert ma responsabilité. Je repoussai l'idée de l'amputation, et tentai la conservation du membre. La réduction fut fort pénible, et il me fut surtout très-difficile de la maintenir exactement. Cette grande difficulté tenait surtout à une fracture en bec de flûte de l'extrémité inférieure du tibia, dont je ne me suis bien rendu compte que par l'issue de la tête de l'os. J'appliquai l'appareil de Scultet, ne faisant arriver le coussin interne que jusqu'au niveau de la plaie ; le coussin externe descendant au-dessous de la malléole ; des compresses imbibées d'eau froide furent mises sur la plaie, et une irrigation continue fut installée.

Le 12, malgré les opiacés, la douleur fut très-grande, et l'insomnie complète la première nuit.

Le 13, la douleur se calma ; mais il se montra du gonflement et une légère rougeur.

Le 17, l'appareil est changé, ce qui cause de nouvelles douleurs. La jambe est gonflée ; la peau située à la partie supérieure de la plaie prend une teinte livide et noirâtre.

Le 20, je pratique une incision à la partie interne au-dessous de la plaie ; il s'écoule une faible quantité de sang et de pus.

Le 24, douleur plus vive ; fièvre à 130 ; hallucinations.

Le 25, avec l'aide de mon excellent ami le docteur Cornet (de Cussac) et de mon père, deux incisions sont faites, une au-dessus de la malléole externe, la deuxième en avant entre les tendons du jambier antérieur et des extenseurs du pied. Une grande quantité de pus s'écoule par ces ouvertures, et j'introduis une mèche, n'ayant pas à ma disposition de tubes en caoutchouc. La douleur persista pendant deux jours, puis la fièvre tomba, la jambe devint moins empâtée et les accidents moins graves ; il ne resta seulement qu'une portion d'os faisant saillie par la plaie. Cette portion d'os, nécrosée et mobile, me paraissait devoir être extraite ; mais la malade redoutant toute opération, je préférai appliquer un appareil inamovible avec une fenêtre pour donner issue aux matières purulentes. La mobilité de l'os alla toujours en augmentant, et le 13 octobre, deux mois après l'accident, je pus extraire une portion d'os qui comprenait toute l'extrémité articulaire du tibia.

Depuis ce moment, je croyais n'avoir qu'à attendre la formation du nouvel os ; mais le 15, un érysipèle éclata avec une intensité redoutable : frissons, céphalalgie, vomissements, diarrhée, fièvre à 120. La malade étant très-épuisée, je dus me borner à prescrire l'émétique en lavage, des limonades acides, l'eau de Seltz.

Au bout de huit jours, la fièvre céda avec le cortége des symptômes qui l'accompagnaient. Le gonflement de la jambe persista avec de l'œdème jusqu'au-dessus du genou, et il resta une grande roideur articulaire.

La plaie prit cependant de jour en jour meilleur aspect, et finit par se cicatriser le 15 décembre. Je conseillai dès lors des lotions avec la décoction de quinquina, l'eau de feuilles de noyer, et je permis à la malade de se lever sur un fauteuil.

Vers le 15 janvier 1863, elle a pu commencer à marcher avec des béquilles.

Aujourd'hui 10 février 1864, vingt mois après l'accident, ayant fait faire une chaussure avec un talon plus élevé, elle peut vaquer sans difficulté à ses occupations.

Cette observation me paraît contenir plusieurs circonstances remarquables dignes de l'attention des praticiens. Je signalerai d'abord :

1° La chute du haut d'une chaise produisant de tels désordres dans l'articulation sans que la malade éprouve une grande douleur.

2° La grande difficulté de la réduction ou plutôt de la contention, due à une facture oblique de l'extrémité articulaire du tibia. Peut-être, à ma place, une main plus expérimentée eût prolongé les bords de la plaie et enlevé cette extrémité du tibia ; mais il eût fallu se rendre un compte exact de la fracture, ce qui me parut impossible à cause du gonflement et de la direction de l'os. Je doute d'ailleurs que la résection ou plutôt l'extraction de cette portion d'os eût arrêté les symptômes inflammatoires qui se développèrent si rapidement, malgré l'irrigation continue. La mobilité de l'os alla toujours en augmentant, et je pus l'extraire sans nouvelle opération.

3° La production d'un érysipèle très-grave succédant à un phlegmon au moment où les accidents paraissaient devoir être conjurés. Je fus d'autant plus étonné, que dans le pays, où j'exerce depuis peu de temps, il est vrai, j'ai observé peu de complications à la suite des grandes opérations que j'ai cru pouvoir entreprendre. Le climat, l'air pur, l'isolement, semblent favoriser nos opérés, et compenser un peu les désavantages inhérents à la position si pénible du médecin de campagne.

4° Enfin, la formation d'un nouvel os remplaçant l'extrémité articulaire du tibia, et une guérison complète persistant depuis quinze mois. C'est donc un nouveau cas qui vient corroborer l'opinion que je soutenais en 1862 dans ma thèse, que dans la luxation tibio-tarsienne avec fracture, il faut attendre et tâcher de conserver le membre. Ainsi, malgré la chute de toute l'extrémité articulaire du tibia, présentant 4 centimètres de large, 3 centimètres de hauteur et 15 de circonférence, il s'est formé un nouvel os qui permet la marche sans béquilles ni bâtons. La malade est encore obligée de poser le pied avec précaution ; mais la mobilité des os du tarse a remplacé celle de l'articulation à demi ankylosée, et j'espère que dans deux ans la marche sera à peine gênée.

Il reste une grande difformité au bas de la jambe ; mais peut-on comparer cet état même à celui d'un individu qui a subi l'amputation sus-malléolaire ?

Il ressort donc en dernière analyse de ce fait comme de presque tous ceux qui ont été publiés et que j'ai recueillis pendant mon internat dans le service de M. Denucé (de Bordeaux), que l'issue des os dans la luxation est toujours excessivement grave ; qu'on doit s'attendre à des accidents très-sérieux, mais qu'il faut presque toujours tenter la conservation du membre. Cette opinion, discutée depuis fort longtemps, n'est pas encore jugée dans l'esprit de tous les chirurgiens ; j'espère que le fait que je viens de raconter avec détail pourra être de quelque utilité.

---

forme presque un angle droit avec celui du détroit inférieur, et surtout avec celui de la vulve. Le cordon tourne donc autour de la partie postérieure de la symphyse comme autour d'une poulie, de sorte que la plus grande partie de la force de traction vient se perdre sur cette symphyse avant d'arriver au fond de l'utérus » (1).

Lorsque le cordon est rompu à l'extrémité placentaire, il peut survenir une hémorrhagie par ce bout placentaire, surtout si la femme accouche de jumeaux ; on attribue l'écoulement du sang aux connexions vasculaires entre les deux délivres. D'autre part, cette rupture peut causer des difficultés pour la délivrance, parce que le cordon sert de moyen de traction et de guide à l'accoucheur.

Si la rupture s'est faite au nombril de l'enfant, elle déterminera une hémorrhagie, etc. Dans une observation intéressante de Delamotte, la femme fut surprise par la dernière douleur de l'accouchement dans la station verticale ; le cordon fut rompu ou plutôt arraché jusque dans le ventre de l'enfant. Le célèbre accoucheur appliqua un tampon de charpie à la place du cordon, un emplâtre de poix noire par-dessus, une compresse, un bandage contentif, et il obtint la guérison.

On a soutenu que l'hémorrhagie ombilicale n'était pas à redouter quand la respiration s'effectue, et que les vaisseaux dilacérés du cordon ne fournissaient pas un écoulement sanguin inquiétant. Sur ce point, comme sur d'autres particularités de l'histoire des hémorrhagies, je ne partage pas l'optimisme qui tend à se généraliser (1). Sans parler de l'assertion concernant les matrones du sérail qui auraient fait périr des enfants mâles en laissant couler le sang du cordon ombilical, je m'appuie sur des documents irrécusables pour admettre la possibilité d'une hémorrhagie funeste par le cordon. Je me bornerai à citer un fait bien observé par Mauriceau. Il se rapporte à une garde qui ne songea pas à lier le cordon rompu ; on appela Mauriceau une heure après le début de l'hémorrhagie : il était trop tard pour sauver l'enfant.

VII.

On a souvent agité en médecine légale la question de savoir jusqu'à quel point une brusque délivrance dans l'attitude debout, assise ou accroupie, pouvait contribuer à la mort de l'enfant. Dans les annales de la justice criminelle, on voit des accusées d'infanticide prétendre avoir éprouvé le besoin d'aller à la garde-robe au moment des douleurs de l'enfantement, et avoir été surprises par un accouchement trop rapide, qui serait la seule cause de la chute de l'enfant dans la fosse d'aisances. M. Devergie admet la possibilité de ce fait, même chez une primipare ; mais il ne l'admet qu'autant que la femme a pu monter sur le rebord, car elle est dans l'impuissance de s'y asseoir, à cause des douleurs qui portent sur le siége. D'ailleurs, ainsi que l'a fait observer le docteur Briand (1), si l'on admettait que cette position fût possible, l'accouchement venant à s'effectuer, l'*enfant serait projeté en avant* sur la tablette antérieure de la lunette ou au-devant de cette lunette ; et si l'enfant tombait dans la fosse, ce serait par la volonté de la mère qui le refoulerait en arrière.

Dans le cas où la femme *monte* sur le rebord et s'accroupit, le fœtus se trouvant dans l'axe du canal, peut-il tomber dans la fosse ? Le docteur Briand (*loco citato*) énonce des doutes à cet égard ; il ne croit guère qu'une femme en travail, surtout quand elle est primipare, puisse se tenir montée sur le rebord, à moins que le mode de construction des latrines et les localités ne se prêtent à ce que la femme y prenne une attitude plus commode que dans les latrines ordinaires, et y trouve des points d'appui. Il conseille de faire l'inspection des lieux, de rechercher dans quelle position la femme a dû se trouver au moment de l'expulsion du fœtus, et d'examiner si sa constitution et la conformation du bassin se sont prêtées à un pareil accouchement.

Lorsque la mère est dans l'attitude latonienne et accouche d'un enfant qui sort rapidement et tombe sur le sol, on se demande si cet enfant ne pourrait pas se fracturer les os du crâne, etc., sans que la volonté de la mère participât aux lésions. Ici l'observation et l'expérience semblent en désaccord, et ce serait le cas de dire avec Hippocrate : *Experientia fallax !* D'une part, les 30 expériences de Chaussier ont produit des fractures du crâne, des épanchements des

(1) *Traité d'accouchements*, 5e édition, p. 943 et 944.

(1) *Mémoire sur l'hémorrhagie pendant la trachéotomie*, et Rapport de M. Gosselin dans le *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 1863.

(1) Septième édition, page 168.

SUR LA PROPRIÉTÉ DU TARTRE STIBIÉ

de provoquer les contractions utérines,

Par M. le Dr HUREAU.

Je lis dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 24 mars un article extrait du *Bulletin de thérapeutique*. D'après l'auteur de cet article, « un médecin américain, M. le docteur Parker, de New-York, a appelé récemment l'attention des praticiens sur la propriété qu'aurait le tartre stibié de provoquer les contractions utérines. »

Ce moyen n'est pas nouveau, et il n'est point nécessaire de l'attribuer à un médecin étranger. Il y a plus de quarante ans, j'employais dans les accouchements difficiles ce médicament, d'après la formule tenue secrète de Sacombe, cet accoucheur qui a si cruellement abreuvé Baudelocque de persécutions.

Voici à ce sujet un passage extrait d'un mémoire sur les accouchements que j'ai publié en 1853 :

« Sacombe me paraît avoir le premier employé un moyen capable d'augmenter les forces expultrices de l'utérus. Je ne crois pas que ce moyen soit connu dans la science, et les professeurs d'accouchement à qui j'en ai parlé ont paru l'ignorer complétement. Cet accoucheur, qu'on a traité de charlatan, d'imposteur, aurait peut-être, malgré ses erreurs et ses exagérations, ouvert une voie nouvelle à l'art des accouchements, s'il ne s'était pas enveloppé de mystère. En livrant *son secret* à ses élèves, il leur faisait prêter serment de ne jamais le révéler.

» Après la mort de Sacombe, un vieux médecin qui avait été son élève, et étant lui-même à son lit de mort, me donna la formule au moyen de laquelle Sacombe prétendait surmonter tous les obstacles et faire traverser au corps de l'enfant les bassins les plus déformés, les plus rétrécis. C'était une potion composée de 80 centigrammes d'émétique dans 250 grammes d'eau aromatisée et édulcorée.

» Je me crois fondé à regarder l'action de l'émétique à très-haute dose comme beaucoup plus certaine et plus puissante que celle du seigle ergoté; les contractions qu'il détermine sont si énergiques, si violentes, qu'il semble que les efforts d'expulsion vont tout rompre. Elles amènent promptement la terminaison de l'accouchement lorsque, le col utérin étant dilaté, la position de l'enfant est favorable, et que la disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du bassin n'est pas portée trop loin. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mars 1864. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Un rapport de M. le docteur Rebory (de Digne) sur le service médical gratuit de cette circonscription pour l'année 1863. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Un mémoire sur le traitement des épiplocèles, par M. le docteur Marcellin Duval, directeur du service de santé de la marine. (Commissaires, MM. Jobert, Larrey et Michon.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait hommage à l'Académie, pour la Bibliothèque, des deux volumes qu'il vient de publier sous le titre de : *Éloges lus dans les séances publiques de l'Académie de médecine* (1845-1863).

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Dubois au nom de l'Académie, et le prie d'agréer les félicitations de ses collègues pour l'heureuse idée qu'il a eue de réunir ces *Éloges* épars dans les publications de l'Académie, et d'avoir ainsi élevé un véritable monument à la gloire de l'Académie.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que deux des correspondants les plus distingués de l'Académie, M. Filhol, directeur de l'École de médecine de Toulouse, et M. Leudet, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Rouen, assistent à la séance.

M. le professeur Martins (de Montpellier) est également présent.

MM. Filhol et Leudet sont inscrits tous deux pour une lecture, mais M. le président donne d'abord la parole à un savant étranger à l'Académie, M. le docteur Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, qui, n'ayant que quelques jours à passer à Paris, a demandé un tour de faveur.

LECTURES.

Action thérapeutique de l'ipécacuanha. — M. PÉCHOLIER donne lecture d'un travail sur l'action thérapeutique de l'ipécacuanha à haute dose. Le travail dont M. Pécholier soumet un résumé à l'Académie est le complément nécessaire de ses recherches sur l'action physiologique de l'ipécacuanha. Ses expériences cliniques ont porté principalement sur des malades atteints de pneumonie, de bronchite aiguë avec fièvre, de bronchite capillaire et d'engouement pulmonaire subordonné à la fièvre typhoïde.

Voici les principales propositions qui résument les résultats de ces expériences :

L'ipécacuanha à haute dose est le grand remède des pneumonies catarrhales, et, en général, de toutes les pneumonies où les forces, sans être complétement en défaut, ne sont pas cependant en grand excès.

Dans la bronchite aiguë avec fièvre, l'ipécacuanha hâte la cessation de la fièvre et de la toux, et avance l'époque de la convalescence.

La bronchite capillaire est moins heureusement modifiée par lui que la pneumonie. Cependant, si les avantages de ce médicament sont ici moins grands, ils sont réels. Ordinairement il diminue la fièvre, facilite l'expectoration et réduit l'intensité des symptômes stéthoscopiques.

M. Pécholier administre le remède non en poudre, mais en infusion (de 4 à 6 grammes dans 120 grammes d'eau). Il ajoute d'ordinaire, comme adjuvant et édulcorant, le sirop de digitale, et comme correctif, pour empêcher et diminuer les vomissements, le laudanum de Sydenham.

La moindre dose employée a été de 4 grammes par jour pour un adulte; la dose ordinaire est de 6 grammes. M. Pécholier s'est élevé parfois jusqu'à 8 et même 10 grammes dans les vingt-quatre heures. (Commissaires, MM. Trousseau et Jolly.)

Sulfhydrométrie. — M. FILHOL donne de vive voix quelques explications sur l'objet d'un travail qu'il dépose sur le bureau de l'Académie. Il s'est proposé dans ce travail de signaler une cause d'erreur qui paraît avoir échappé jusqu'à ce jour aux observateurs et qu'il a reconnue dernièrement en examinant les eaux minérales des Grans-d'Alette. Il fut surpris tout d'abord de voir que la solution alcoolique d'iode dénotait toujours une richesse en sulfure très-supérieure à celle qu'indiquait la solution aqueuse; mais il n'a pas tardé à s'apercevoir que l'eau analysée au moyen de la liqueur alcoolique exhalait une odeur manifeste d'iodoforme. Il a été dès lors évident pour lui qu'il fallait renoncer à l'emploi des liqueurs alcooliques, surtout lorsqu'il s'agit d'analyser des eaux très-chaudes; car l'action de l'iode sur l'alcool en présence du carbonate, du silicate de soude et même du sulfure de sodium, détermine la production d'une certaine quantité d'iodoforme et fausse complétement les résultats de l'analyse.

Causes de mort par suite de maladies médicales à Rouen. — M. LEUDET lit un travail ayant pour titre : *Des causes de mort par suite de maladies médicales à Rouen, d'après le résumé statistique de neuf années (de 1855 à 1864), d'une des divisions médicales de l'Hôtel-Dieu de Rouen.*

Ce travail se résume par la conclusion générale suivante :

L'étude des causes de mort dans la pratique hospitalière de la ville de Rouen y démontre la prédominance de la phthisie, des maladies organiques du cœur, de la néphrite albumineuse, des cancers et surtout du cancer de l'estomac.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La liste de candidature proposée par la section et adoptée par l'Académie, porte :

En 1re ligne, M. Pidoux; en 2e, M. Gubler; en 3e, M. Davaine; en 4e, M. Hardy; en 5e, M. Durand-Fardel; et en 6e, M. Béhier.

Le nombre des membres votants est de 79, majorité 40. Au premier tour de scrutin, M. Pidoux obtient. . . . . 44 voix.

MM. Béhier	14 —
Gubler	12 —
Hardy	5 —
Davaine	3 —
Durand-Fardel	1 —

M. Pidoux ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Son élection sera soumise à la sanction de l'Empereur.

RAPPORTS.

M. BLACHE lit une note sur une réclamation de priorité adressée à l'Académie par M. le docteur Mitchell, au sujet d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Castex concernant les propriétés désinfectantes et thérapeutiques du permanganate de potasse.

Quelques mois après la lecture d'un rapport qu'il a fait l'année dernière sur un mémoire de M. le docteur Castex concernant les applications thérapeutiques du permanganate de potasse, l'Académie reçut une réclamation de priorité, faite au nom de M. Henri Bollmann Condy, par M. le docteur Mitchell. L'auteur de cette réclamation raconte qu'en 1862, se trouvant à Tanger, il logea dans la même maison que M. Castex, à qui il fit connaître les propriétés purifiantes des permanganates, découvertes par M. Condy, l'engageant à répéter les expériences hygiéniques et thérapeutiques de l'inventeur. M. Mitchell s'indigne que M. Castex se pose en observateur original quand ce n'est pas lui qui a eu la première idée des applications thérapeutiques, base de ce travail.

M. Blache fait remarquer que ce n'est pas l'idée seule qui fait le mérite d'un travail, surtout d'un travail qui a un but pratique; c'est la poursuite de cette idée dans les faits. Or le champ de l'observation est un terrain neutre où chacun a droit de culture. M. Castex a expérimenté par lui-même, il nous fait connaître des faits puisés dans sa propre pratique. Ces faits sont bien à lui; s'ils confirment ceux de M. Condy, tant mieux! la vérité n'en sera que mieux établie.

Il résulte, en résumé, des explications que donne M. Blache, que la réclamation de priorité du docteur Mitchell en faveur de M. Condy n'est réellement pas fondée, et qu'elle a été inspirée par une susceptibilité trop ombrageuse et un amour-propre national trop impatient. « Il faut qu'on sache bien une fois pour toutes, dit M. Blache en terminant, que l'Académie de médecine n'est aux ordres de personne, qu'elle ne se fait la trompette d'aucune renommée, et qu'on ne dispose point d'elle comme de la quatrième page d'un journal. »

Vaccinations. — M. DEPAUL, au nom de la commission permanente de vaccine, donne lecture du rapport général annuel des vaccinations et revaccinations pratiquées en France pendant l'exercice de l'année 1862, rapport dont les conclusions, consistant en propositions de médailles et récompenses, ont été lues dans la séance publique du mois de décembre dernier.

M. le rapporteur se borne à présenter un résumé des faits qui font l'objet de la discussion actuelle sur l'origine de la vaccine, et à exposer les principaux résultats qui ressortent des rapports partiels.

Remèdes secrets. — M. ROGER, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture de plusieurs rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 4 février 1864. — Présidence de M. GUERSANT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Démangeaisons vulvaires. — M. MATTEI. La malade dont j'ai parlé dans la dernière séance s'est si bien trouvée du vésicatoire appliqué sur la région sacrée, que les démangeaisons vulvaires journalières et si vives n'ont plus reparu qu'à huit ou dix jours d'intervalle et faiblement.

J'ai fait alors suspendre la solution arsenicale, ainsi que tout autre moyen interne et externe.

Les démangeaisons se sont légèrement reproduites à l'époque cataméniale, et alors j'ai essayé les lavements de camphre proposés par M. Legrand; mais ils n'ont ni arrêté ni prévenu l'accès. J'ai fait suspendre ce moyen, et la démangeaison a disparu spontanément avec la cessation de la congestion utérine coïncidant avec l'époque cataméniale.

Un fait assez rare est venu consolider la guérison, c'est un abcès dans une des mamelles. En effet, depuis ce moment tout malaise du côté des organes génitaux a disparu, et de plus la malade a commencé à sentir les mouvements de l'enfant.

ÉLECTION.

M. MATTEI lit en son nom et au nom de M. BEYRAN un rapport sur un mémoire de M. le docteur Verrier, candidat au titre de membre résidant.

Conformément aux conclusions du rapporteur, M. le Dr Verrier est élu, au scrutin secret, membre titulaire.

---

méninges, etc., sur des cadavres d'enfants qu'on laissait tomber d'une hauteur de dix-huit pouces, de trois pieds, etc.; d'autre part, Klein a réuni 150 procès-verbaux d'expulsions brusques, les mères étant debout; 22, les mères étant assises; 6, les mères étant à genoux. Sur ce nombre d'accouchées, 21 étaient primipares; aucune n'avait intérêt à cacher sa grossesse. Eh bien, pas un enfant né dans ces circonstances n'éprouva de fracture ou de fissure au crâne; pas un n'avait péri. Les accidents se bornèrent à quelques ecchymoses et à la déchirure du cordon ombilical près du nombril.

On a expliqué ces différences entre les résultats de l'observation et ceux de l'expérience par la direction de la chute. En effet, dans les expériences de Chaussier, l'enfant tombait verticalement; dans l'accouchement, au contraire, le fœtus est lancé obliquement, et, au lieu de tomber sur le sinciput, il tombe sur la face ou à plat ventre; en outre, le cordon ombilical, les jambes ou les vêtements de la mère décomposent ou amortissent sa chute, ainsi que le fait observer le docteur Eusèbe de Salles.

Du reste, en admettant la possibilité de lésions osseuses accidentelles par la chute de l'enfant, on n'observerait qu'une ou deux fractures du crâne, et non ces fractures multiples que l'écrasement criminel a presque toujours déterminées. Ajoutons qu'il ne faut pas établir de comparaison entre le crâne desséché d'un fœtus et le crâne revêtu des parties molles sous le rapport de la fragilité : le dernier est souple, élastique; les bords des os peuvent se rapprocher, s'entre-croiser, et s'opposer ainsi à la fracture. On a été cependant bien sévère en traitant de *ridicule parade* l'assimilation du crâne sec au crâne recouvert des parties molles lors du procès de la femme Bouteiller (1). La défense est libre; dans l'intérêt d'un accusé, elle peut faire flèche de tout bois, selon une expression vulgaire : c'est au médecin légiste qu'il appartient de rectifier l'erreur, et de mettre dans la balance de la justice le poids de la science froide et impartiale.

VIII.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* n'ont pas oublié une consultation médico-légale sur un cas d'infanticide, publiée par M. le professeur Pajot le 22 janvier 1863. L'accusée avait prétendu être accouchée au moment où elle montait dans son lit, de telle sorte que l'enfant était tombé la tête la première sur le sol de la chambre. M. Pajot fait valoir à titre d'arguments contraires les observations de Klein et la petite taille de l'inculpée; il rappelle que MM. Marc et Devergie ont appuyé les conclusions de Klein. Les médecins légistes français ont soutenu, en outre, que la mort par une chute de la hauteur des parties génitales sur le sol ne survenait jamais dans les premières heures de la naissance si l'enfant était régulièrement constitué. Vous vous rappelez la petite polémique qui s'engagea entre M. Pajot et le défenseur de l'accusée. Notre spirituel maître releva l'épithète de *conjecturale* infligée à notre science par un homme incompétent, et rétablit la vérité dans une argumentation où la courtoisie s'alliait à une juste fermeté.

(1) Journal *le Droit*, 30 octobre 1836.

IX.

Un accoucheur de la fin du dix-septième siècle, Peu, a prévu le cas où une femme s'obstinerait à n'accoucher que debout ou assise sur le bord d'une chaise; il recommande de se précautionner contre la chute inopinée de l'enfant en faisant provision d'oreillers, de coussins, ou d'autres choses semblables, que l'on élève au-devant de la chaise quand la femme est assise, ou que l'on met simplement à terre entre ses jambes quand elle ne l'est point.

Nous n'insisterons pas davantage sur les dangers que présentent les attitudes latoniennes; mais avant de poursuivre notre étude sur la position de la femme pendant le travail, disons un dernier mot sur cette poétique légende qui charmait l'antiquité païenne. A ceux qui me reprocheraient d'y revenir, je rappellerais ces mots de Voltaire : « S'il reste encore quelques Goths et quelques Vandales qui méprisent les fables anciennes, ils n'ont pas raison (1) ». Oui, certes, il faudrait être Goth ou Vandale pour ne pas être ému par cette fable allégorique de Latone : c'est l'histoire éternelle de la fille séduite, errant sous le poids de sa faute, poussant le gémissement de la douleur et le sanglot de la détresse. Heureusement, une religion plus miséricordieuse et plus pure que le paganisme lui ouvre partout un accessible refuge. Sur cette terre que Dieu a rendue féconde pour fournir aux besoins de tous, elle trouve presque toujours des soins intelligents, une assistance efficace, et surtout un asile plus sûr que le rocher de Délos.

Dr V. LEGROS.

(1) *Dictionnaire philosophique*, article ALLÉGORIES.

Coloration bronzée des conjonctives. — M. COURSSERANT présente à la Société un homme âgé de cinquante-six ans, garçon dans un laboratoire de chimie où il manie des nitrates, et qui, sans avoir jamais pris aucune préparation de nitrate d'argent, soit à l'intérieur, soit en collyres ou en pommades, offre une coloration bronzée des conjonctives tout à fait semblable à celle qu'on remarque chez les personnes qui ont fait usage de préparations de nitrate d'argent. Ce fait, ajoute M. Coursserant, peut avoir quelque valeur en médecine légale dans la constatation de l'identité des personnes.

De l'incontinence d'urine. — M. MALLEZ. Dans l'incontinence d'urine, j'ai recours à l'électricité, qui n'est pas du reste un moyen nouveau en pareil cas. Quand on emploie le courant direct, il n'est pas insignifiant de se servir de l'un ou de l'autre pôle. Je me sers d'une pile de douze compartiments; j'introduis le pôle positif, qui est le pôle électro-physiologique, dans le canal de l'urèthre, au moyen d'une sonde très-mince, et le pôle négatif, qui est celui qui cautérise, est appliqué par une plaque sur la cuisse. J'ai recueilli cinq observations de ce mode d'application de l'électricité aux incontinences d'urine.

Dans la première, il s'agit d'un petit malade qui a guéri en sept séances. Chez un deuxième petit malade, même succès et même procédé, avec cette modification toutefois qu'au lieu d'être introduit dans le canal de l'urèthre, le pôle positif a été appliqué au moyen d'une plaque au périnée. Le troisième malade, âgé de quinze ans, a guéri en huit séances. Chez lui j'ai pu introduire la bougie dans l'urèthre. Je communiquerai les deux autres observations, et je donnerai du reste une relation détaillée des cinq cas dans une des prochaines séances de la Société.

M. BEYRAN. Ce qui me frappe tout d'abord dans la question dont il s'agit, c'est celle du diagnostic, que M. Mallez a passée sous silence. Il faut d'abord savoir à quelle cause est due l'incontinence d'urine. Quant à l'agent que j'emploie pour produire l'électricité, c'est le bisulfate de mercure.

M. MALLEZ. Je préfère le proto-sulfate de mercure au bisulfate, parce que, avec lui, ma pile marche pendant huit mois consécutifs. Quant à la question de diagnostic dont parle M. Beyran, je n'ai pas eu à la traiter, ne m'occupant ici que des cas d'incontinence d'urine auxquels l'électricité est applicable.

M. CARON. J'ai guéri un cas d'incontinence d'urine avec mon système de balnéation électrique. Le malade avait plus de soixante ans; l'électricité a été concentrée vers le périnée, et la guérison a été obtenue au bout de quinze ou dix-huit bains. Je crois que ce moyen, d'une exécution d'ailleurs très-facile, a l'avantage d'administrer l'électricité en nappe et de ne pas risquer par conséquent de cautériser le canal, comme dans le procédé de M. Mallez.

M. MALLEZ. Je ne puis, je le répète, cautériser le canal, puisque c'est extérieurement que j'applique le pôle négatif, qui seule cautérise.

Tumeur cancéreuse de l'utérus. Extirpation de l'utérus et des ovaires. — M. LANDRY. Je désirerais avoir l'avis de la Société sur une opération qui consisterait à enlever la matrice et les ovaires dans un cas de cancer de ces organes.

M. BEYRAN. Je ne connais que M. Récamier qui ait pratiqué cette opération et la malade est morte. J'ai, dans un cas de tumeur cancéreuse de la mamelle gauche, essayé l'iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur, ainsi que l'iodure de plomb, mais tout a échoué. J'ai enlevé cette tumeur il y a de cela dix ans. Quatre ans après, apparition d'une autre tumeur au sein droit. Je suis cette fois d'avis de m'abstenir, et M. Velpeau, appelé en consultation, partage ma manière de voir. Au bout de deux ans, apparaissent les douleurs lancinantes caractéristiques du cancer. Pendant un an la malade est traitée par les préparations iodurées. Enfin elle a été opérée, il y a trois ans, et elle est morte six mois après d'une affection pulmonaire. Y avait-il là une diathèse cancéreuse? Dans tous les cas, je ne connais pas dans la science de cas authentique de cancer bien observé qui ait guéri par l'opération.

M. GUERSANT. Je suis de l'avis de M. Beyran. J'ai toujours trouvé des récidives, et la mort s'en est suivie. Dans un cas chez un enfant, les poumons étaient farcis de tubercules. J'ai fait la même remarque pour tous les testicules cancéreux que j'ai enlevés chez des enfants. Quant à la malade dont parle M. Landry, mon avis est qu'il faut chez elle employer le cautère actuel.

Corps étrangers dans la cornée. — M. COURSSERANT. A propos d'une communication faite par moi sous ce titre, M. Magne ayant ajouté (séance du 2 juillet) qu'il croit qu'on peut guérir les malades sans avoir recours à des opérations aussi graves que celles employées par M. Coursserant, et que pour sa part il ne mettrait pas en usage le procédé opératoire employé par son collègue, je viens prier M. Magne de vouloir bien nous faire connaître, non pas la conduite qu'il a tenue envers tel ou tel malade porteur d'un corps étranger dans la cornée, mais bien celle qu'il suivrait dans un cas identiquement semblable à celui dont j'ai recueilli et rédigé l'observation chez le nommé Andréwich, ouvrier mécanicien employé dans les ateliers du chemin de fer d'Orléans. J'estime que ce sera une bonne fortune pour nos comptes rendus que de renfermer dans leurs colonnes le *modus faciendi* mis en œuvre par M. Magne dans ces cas, qui ne lui paraissent pas rares; car, selon moi, le plus grand tort de son procédé c'est d'être entièrement inconnu et de ceux qui ont lu son travail sur les ophthalmies traumatiques, et même des membres de cette Société qui ont entendu son argumentation dans la séance du 2 juillet 1863.

M. MAGNE. Je n'ai pas à me prononcer sur le procédé que j'aurais mis en usage, puisque nous ignorons de quelle nature était le corps étranger, celui-ci n'ayant pas été recueilli.

Je m'en réfère d'ailleurs aux paroles que j'ai prononcées dans la séance du 2 juillet et auxquelles je n'ai rien à changer, mais que je tiens à rétablir textuellement :

« Ce qui me semble beaucoup plus rare, c'est le procédé opératoire employé par notre collègue pour extraire le corps étranger, procédé que, pour ma part, je ne mettrais pas en usage. Quant à l'analogie des faits que j'ai cités, elle existe, notamment chez le malade qui a conservé seize mois son corps étranger. Il est à regretter que notre collègue n'ait pas pu recueillir la matière incrustée, qui probablement n'était autre qu'un produit d'oxydation. »

Le secrétaire annuel, E. QUANTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret du 28 décembre 1863, les officiers de santé dont les noms suivent ont été autorisés à porter les décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers;

Ordre du Medjidié de 4e classe. — M. Landreau, pharmacien-major de 2e classe, à la réserve des médicaments à Marseille.

Ordre de Pie IX, *3e classe.* — M. Thiébault, médecin-major de 1re classe au 29e de ligne; M. Barudel, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division française, à Rome.

Ordre de Saint-Grégoire-le-Grand (chevalier). — M. Balley, médecin aide-major de 1re classe, au 85e de ligne, à Rome.

Ordre d'Isabelle la Catholique (chevalier). — M. Linquette, médecin-major de 1re classe au bataillon de tirailleurs algériens.

— Nous sommes heureux de reproduire l'ordre du jour suivant, qui couronne d'une manière si honorable la longue carrière d'un médecin des plus estimés de l'armée :

« M. Léonard, médecin principal de 1re classe, chargé des fonc-
» tions de médecin divisionnaire, et médecin en chef de l'hôpital du
» Dey, vient de recevoir la notification de la liquidation de sa re-
» traite, par suite de limite d'âge.

» L'intendant militaire a la confiance d'exprimer non-seulement
» ses sentiments personnels, mais ceux de toute la division, en don-
» nant à M. Léonard l'assurance que le souvenir des services qu'il a
» rendus à l'armée le suivra dans la nouvelle position où son dévoue-
» ment n'aura fait que changer d'objet.

» M. Périer, médecin principal de 1re classe, exercera, à partir de
» ce jour, les fonctions de médecin divisionnaire et de médecin en
» chef à l'hôpital militaire du Dey.

» L'intendant militaire, *signé*: RÉQUIER.

» Alger, le 24 janvier 1864. »

— Le concours pour les prix des internes en pharmacie a été terminé ainsi :

1re DIVISION. — Prix : médaille d'argent, M. Lebon; accessit, M. Andouard; 1re mention, M. Louvet; 2e, M. Gaulay.

2e DIVISION. — Prix : M. Blanquinque; accessit, M. Langelé; 1re mention, M. Gourva; 2e, M. Blaise.

— Le concours pour l'internat en pharmacie, ouvert à l'Assistance publique de Paris, a été terminé par la nomination de MM. :

1 Thenot, 2 Chedeville, 3 Denombré, 4 Renault, 5 Alloui, 6 Pouillet, 7 Baudrez, 8 Bedry, 9 Bélin, 10 Dejardin.

11 Barthélemy, 12 Prunier, 13 Thommeret, 14 Duverger, 15 Jas, 16 Mannoir, 17 Bertault, 18 Thibaut, 19 Roy, 20 Boulanger.

21 Geraudel, 22 Tantin, 23 Delage, 24 Deniau, 25 Maitre, 26 Gindre, 27 Lemoine, 28 Caruelle, 29 Jacquey, 30 Bonkowski.

31 Francou, 32 Guérin, 33 Chevallier Joly, 34 Letard.

— Aujourd'hui jeudi 31 mars, M. Le Verrier, directeur de l'Observatoire impérial, membre de l'Institut, exposera, aux *Soirées littéraires et scientifiques de la Sorbonne*, l'état de l'astronomie moderne.

Par exception, et en raison de la présence à Paris de nombreux délégués des Sociétés savantes des départements, on ne sera admis à la soirée d'aujourd'hui que sur la présentation des cartes ordinaires d'admission délivrées aux dames par le comité des Soirées, ou des billets donnés par le comité des Sociétés savantes.

— La Société médicale des Alpes-Maritimes, dans sa séance du 23 janvier dernier, a décerné une médaille d'or de la valeur de 300 fr. à M. le docteur Henri Merlaud de Chaillé, de Luçon (Vendée), prix du concours ouvert en 1862, sur l'action physiologique de l'eau de mer à l'intérieur et à l'extérieur, et les indications thérapeutiques qui en découlent; ainsi qu'une mention honorable à M. le docteur Jules Le Cœur, professeur de thérapeutique et de matière médicale à Caen (Calvados).

— La Société des sciences médicales de la Moselle propose pour sujet de prix à décerner en 1865 la question suivante : *Faire l'histoire des maladies des ouvriers de l'industrie métallurgique.*

Envoyer les mémoires au secrétariat de la Société dans les formes académiques avant le 31 mars 1865. Le prix consistera en une médaille d'or.

— M. le docteur Marcé, agrégé à la Faculté, médecin de Bicêtre, commencera son cours public sur les maladies mentales, le lundi 4 avril, de trois à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Mallez recommencera son cours de chirurgie de l'appareil urinaire (semestre d'été), le lundi 11 avril, à quatre heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique de la Faculté, et il le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Statistique raisonnée des 200 observations qui sont décrites en détail dans les deux premiers volumes de la Clinique obstétricale de M. le docteur Mattei, professeur libre d'accouchements à Paris. In-8° de 22 pages. Prix : 50 c. Paris, 1863, chez Adrien Delahaye, libraire.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 39. — SAMEDI 2 AVRIL 1864. (37e ANNÉE.) N° 39. — SAMEDI 2 AVRIL 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'amaurose liée à la dégénération des nerfs optiques.

La relation de certaines amauroses avec une altération des hémisphères cérébraux est connue depuis longtemps. Mais quel est le lien qui relie ces deux faits, par quelle filiation la lésion cérébrale entraîne-t-elle la perte de la vision? On a alternativement invoqué la compression directe, ou l'hyperémie mécanique, provenant de la compression des sinus caverneux et produisant à son tour une infiltration œdémateuse de la rétine.

Non satisfait de cette explication, admissible pour quelques cas, mais évidemment insuffisante ou même impossible pour beaucoup d'autres, M. le docteur Lancereaux s'est proposé de rechercher par de nouvelles études cliniques et anatomo-pathologiques, quel pouvait être le trait d'union, encore inconnu, entre certaines affections cérébrales et le trouble des fonctions de l'œil. Déjà des résultats importants ont été obtenus en ce qui concerne les altérations passives des faisceaux moteurs de l'isthme de la moelle allongée et de la moelle épinière, dans les cas d'altérations profondes et durables du cerveau; mais jusqu'ici l'attention ne semblait pas avoir été appelée d'une manière particulière sur des altérations analogues qui se montrent quelquefois dans les mêmes circonstances du côté des nerfs crâniens. C'est dans cet ordre de faits, c'est-à-dire dans une altération secondaire des bandelettes et des nerfs optiques, que M. Laucereaux a été conduit à chercher ce trait d'union encore inconnu.

Voici, d'après une publication récente de M. Lancereaux, l'exposé sommaire de quelques-unes des observations qu'il a recueillies dans ce but, et à l'aide desquelles il a cru pouvoir donner une nouvelle interprétation du fait en question.

Le sujet de la première observation est un homme qui, à la suite d'un chancre, a eu une amaurose avec des accès épileptiformes et une contracture avec semi-paralysie du bras et de la jambe gauches. Le malade ayant succombé à la suite d'un de ces accès épileptiformes, on procéda à l'autopsie, qui fit constater l'existence d'un kyste séreux du lobe antérieur droit, avec atrophie des corps genouillés et des bandelettes optiques; atrophie du pédoncule cérébral gauche et de la pyramide correspondante; même lésion du faisceau médullaire du côté opposé; cicatrice à la surface du foie, tumeurs gommeuses de cet organe, etc.

Dans un second fait observé dans le service clinique de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu, il s'agit d'une femme qui a éprouvé de la céphalalgie, des vertiges et des accès convulsifs bientôt suivis d'un affaiblissement graduel de la vue, et enfin d'une cécité complète, sans paralysie du mouvement ni de la sensibilité générale. Mort subite.

A l'autopsie, M. Lancereaux a trouvé un néoplasme du volume d'un œuf de cane dans l'épaisseur du lobe antérieur de l'hémisphère gauche, avec ramollissement de toute la masse nerveuse circonvoisine; dilatation des ventricules du cerveau, altération des bandelettes et des nerfs optiques (ramollissement, débris de fibres et granulations plus ou moins volumineuses, atrophie des tubes nerveux; enfin, altération des fibres nerveuses de la rétine); atrophie légère du pédoncule cérébral et de la pyramide gauches.

Chez une femme de l'hôpital de la Pitié atteinte d'une hémiplégie ancienne avec atrophie, semi-flexion et contracture légère des membres paralysés, il survint une diminution de la vue à gauche, puis des eschares de la région sacrée et la mort. Le corps strié et une partie de la couche optique droite étaient remplacés par un néoplasme membraneux, probablement développé au pourtour d'un foyer sanguin; atrophie du pédoncule cérébral et de la pyramide correspondante, de la bandelette optique du même côté et du faisceau médullaire du côté opposé.

Enfin, dans un quatrième fait observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de clinique de M. Rostan, il s'agit encore d'une femme qui, à la suite de divers symptômes nerveux, a été frappée de paralysie complète du bras gauche, avec affaiblissement seulement du bras droit, et en même temps d'une paralysie du nerf oculo-moteur droit.

Cet état durait depuis près d'un an, quand la malade est entrée à l'hôpital. Le bras et la main gauche étaient complétement paralysés et un peu contracturés; la main était en outre le siége de douleurs vives par instants; la paupière supérieure droite était abaissée; la pupille du même côté dilatée et non contractile; l'œil, porté en dehors, distinguait à peine les objets; il y avait enfin une hémiplégie faciale incomplète à gauche; constipation et rétention d'urine exigeant tous les jours le cathétérisme.

Pendant le séjour de cette femme à l'Hôtel-Dieu, il est survenu de nouveaux phénomènes morbides du côté du cerveau: céphalalgie intense, coma alternant avec un délire calme. La paralysie et la contracture persistent au même degré; la sensibilité diminue partout, mais d'une manière beaucoup plus sensible dans tout le côté gauche. La vue, complétement perdue à droite, s'affaiblit à gauche. La mort survient dans cet état, après deux mois de séjour à l'hôpital.

Le cerveau et le cervelet sont notablement diminués de volume, et cette diminution est compensée par un épanchement abondant de sérosité. Les ventricules latéraux sont dilatés et pleins de sérosité. Le ventricule droit est en outre déformé, et présente en avant une sorte d'infundibulum qui paraît être le vestige d'un kyste qui s'est vraisemblablement vidé dans les ventricules. La substance blanche qui forme les parois de cette excavation est ramollie et altérée. La partie externe et postérieure du corps strié et une grande partie de la couche optique sont le siége d'une induration d'un gris blanchâtre. Vers la partie moyenne et postérieure de ce même corps strié, est une petite masse rougeâtre, vasculaire, ayant l'aspect d'une tumeur érectile. Les bandelettes optiques sont aplaties, un peu molles; les nerfs optiques, à l'œil nu, ne paraissent pas modifiés; mais l'examen microscopique y fait reconnaître des granulations et une atrophie d'une partie de leurs fibres nerveuses, ainsi que dans les bandelettes optiques.

La rétine du côté droit a sa papille petite, blanchâtre; les vaisseaux ont presque complétement disparu à son niveau. Au microscope, on constate une légère modification de la couche fibreuse de cette membrane. La rétine du côté gauche est à peu près normale.

En résumé, dans trois de ces observations, on a trouvé dans l'un des hémisphères une production de nouvelle formation, probablement syphilitique dans la première, cancéreuse dans la seconde et inflammatoire dans la quatrième. Dans la troisième, la lésion a consisté dans un kyste ancien, développé consécutivement à un épanchement sanguin. Dans tous les cas, la substance nerveuse voisine de ces altérations a été plus ou moins diffluente et ramollie; et, ce qui importe surtout au point de vue qui nous occupe en ce moment, avec cette altération de l'un des hémisphères, a coïncidé la dégénérescence atrophique des faisceaux prolongés de la moelle et des nerfs optiques.

Maintenant cette coïncidence n'est-elle que fortuite, ou bien est-elle au contraire le fait d'une corrélation pathologique? L'idée d'une coïncidence, fait remarquer M. Lanceraux, tombe devant cette circonstance que l'altération qui se rencontre en dehors des hémisphères cérébraux n'intéresse jamais que des conducteurs venant aboutir à l'hémisphère lésé. Ainsi, avec l'altération de l'hémisphère droit se rencontre l'atrophie du pédoncule cérébral et de la pyramide du même côté, l'atrophie du faisceau médullaire du côté opposé et réciproquement. De même pour les nerfs optiques; toutes les fois qu'un seul de ces nerfs est affecté, c'est généralement celui du côté opposé à l'hémisphère lésé. D'un autre côté, il y a dans la pathologie nerveuse et dans la physiologie expérimentale des précédents d'une grande analogie, qui autorisent à admettre une dépendance ou une liaison étiologique entre ces deux faits.

Cette corrélation établie, voici quelques-unes des principales déductions qu'en tire notre confrère:

1° Les éléments tubuleux des nerfs optiques n'émanent pas, en totalité au moins, des corps genouillés et des tubercules quadrijumeaux. Un certain nombre d'entre eux semblent provenir des hémisphères, ou mieux des circonvolutions cérébrales.

2° Les circonvolutions cérébrales sont ainsi le point de l'encéphale où viennent aboutir les impressions lumineuses, et où s'opère vraisemblablement la perception de ces impressions, sans quoi on ne comprend pas pourquoi certaines fibres des nerfs optiques se prolongent jusqu'à ces parties, et comment la vue s'altère lorsqu'une lésion existe sur le trajet probable des éléments nerveux qui se rendent à ces circonvolutions.

Il est encore d'autres propositions plus immédiatement applicables à la pratique, qui ressortent également de ces faits. Voici en quels termes M. Lancereaux les formule:

Il en ressort d'abord que l'amaurose est un symptôme d'une grande valeur pour la détermination du siége des lésions encéphaliques. En effet, en partant de ce symptôme et tenant compte des troubles cérébraux qui l'accompagnent, on peut arriver, dans un certain nombre de cas, à fixer d'une façon au moins approximative le siége de l'altération du cerveau. Y a-t-il exorbitisme en même temps qu'amaurose, on présumera qu'on a affaire à une tumeur de la région orbitaire. Le trouble de la vision est-il borné à un seul œil et exempt de tout désordre cérébral, il sera permis de croire à une altération des nerfs optiques. Est-il accompagné de la perte de l'odorat ou de la paralysie de l'un des nerfs moteurs de l'œil, on songera à une tumeur de la base du cerveau. Des troubles du côté de la miction, des vomissements avec convulsions sans paralysie, porteront à supposer l'existence d'une altération des tubercules quadrijumeaux ou de leur voisinage. La surdité venant s'ajouter à l'amaurose, conduira à penser à une lésion des couches optiques. Une hémiplégie, avec ou sans contracture, donnera lieu de croire à un désordre anatomique du côté des corps striés. Des attaques consistant dans l'abolition momentanée de toutes les fonctions cérébrales, quelquefois accompagnées de convulsions ou de tremblement général, précédant l'amaurose ou venant s'y ajouter, éveilleront l'idée d'une affection ayant pour principal siége l'un des lobes antérieurs du cerveau.

Enfin, on trouvera dans ces faits une indication thérapeutique qui doit aller au delà de l'amaurose et s'adresser directement à l'affection cérébrale dont cette amaurose n'est elle-même qu'une dépendance.

Abcès symptomatique d'une nécrose du pariétal.

Au n° 2 de la salle Sainte-Rose, dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, est couchée une malade âgée de cinquante-sept ans, qui est entrée pour une tumeur située sur la partie antérieure de la région latérale du crâne.

Il y a cinq mois, une tuméfaction indolente s'est apparue, et s'est développée insensiblement pendant deux mois; puis, après ce temps, les parties ont augmenté de volume et ont atteint les proportions d'un œuf de poule. Aucune douleur ne s'est manifestée pendant le développement de la tumeur. Dans les derniers temps seulement il y avait quelques étourdissements; si la malade levait les yeux, elle tombait. Néanmoins la pression ne faisait éprouver aucune douleur.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, il existait un peu au-dessus de la région temporale, au niveau de la partie moyenne et antérieure du pariétal, une tumeur molle assez nettement circonscrite, fluctuante, non douloureuse au toucher, irréductible, sans battements isochrones à ceux du pouls, et n'occasionnant aucun trouble cérébral à la suite des tentatives de réduction. Ces signes, unis aux commémoratifs, qui n'indiquaient dans les antécédents de la malade aucune contusion, aucun antécédent pouvant se rapporter à la diathèse scorbutique ou à la diathèse syphilitique, ont poussé M. Velpeau à diagnostiquer un abcès froid symptomatique d'une altération du pariétal.

La malade, dont la vue est affaiblie depuis dix ans, avait eu plusieurs fois mal aux yeux, et en particulier dans son enfance. Elle semblait présenter ainsi dans cet accident une manifestation tardive de la diathèse scrofuleuse. Cependant elle indiquait aussi que pendant une de ses grossesses elle avait eu mal aux yeux, et elle déclarait avoir perdu cinq enfants en bas âge.

M. Velpeau a fait appliquer sur la tumeur préalablement rasée deux cautères avec la pâte de Vienne; puis, comme l'ouverture tardait à se produire, une incision cruciale portée sur l'eschare la plus inférieure a donné issue à du pus mal lié, grisâtre, que l'on pouvait évaluer à une quantité égale à 25 ou 30 grammes. Aucune exploration n'a été faite immédiatement; la dénudation des os du crâne a été seulement constatée. Des cataplasmes ont été maintenus en permanence sur l'abcès.

Peu à peu la suppuration a éliminé les restes de l'eschare; une plaie recouverte de bourgeons charnus a succédé. L'eschare la plus élevée s'est détachée, et a laissé à sa place une perforation étroite.

La suppuration s'est bien établie et est devenue assez abondante. On a fini par constater que le pus situé au fond de la plaie inférieure était soulevé par des battements isochrones à ceux du pouls et non à la respiration. Seulement il était aisé de voir que les battements étaient un peu en avance sur ceux du pouls. C'est dans la plaie inférieure que ces phénomènes se sont présentés jusqu'ici.

Une exploration faite à l'aide d'une sonde de femme a appris qu'il existait une perforation de l'os, que l'on sentait un choc sec au-dessous du péricrâne décollé tout autour de la solution de continuité de l'os. La sonde de femme, du n° 17 de la filière

Charrière, pénétrait aisément à travers l'os, et venait heurter contre une membrane résistante donnant une sensation particulière d'élasticité, et que l'on peut juger être la dure-mère, d'après les faits connus de perforation des os du crâne après une plaie de tête. Par la plaie supérieure, on arrivait aussi sur la dure-mère.

Aujourd'hui, dix jours après l'ouverture de l'abcès, la suppuration est toujours abondante; les plaies conservent un bon aspect sous des pansements avec les cataplasmes de farine de graine de lin, qui sont renouvelés deux fois par jour. Les tissus voisins ne sont point durs; il n'y a qu'une tuméfaction peu étendue, et qui est habituelle autour des plaies en suppuration.

La santé générale est excellente; la malade mange avec assez d'appétit; elle dort bien, et les étourdissements ont disparu.

Les faits d'abcès sous le péricrâne ne sont pas rares après les phlegmasies du cuir chevelu, après des plaies contuses du cuir chevelu : une collection se forme, puis s'ouvre en laissant l'os à nu; mais dans ces cas, la nécrose est encore rare. Il n'y a qu'une exfoliation insensible, bien démontrée par Ténon dans son mémoire à l'Académie des sciences en 1758. On connaît aussi des abcès formés autour d'un épanchement de sang situé entre la dure-mère et les os du crâne. Presque tous dus à une fracture du crâne avec enfoncement des os, ils se forment insensiblement, perforent les os et se vident à l'extérieur par un trajet fistuleux, et le plus souvent à travers la plaie restée ouverte, et il a même été remarqué que l'étendue croissante du décollement du péricrâne coïncidait avec un abcès de cette nature, et dans ces cas il y avait de véritables nécroses traumatiques des os du crâne, explicables par un double décollement de la dure-mère et du péricrâne à la fois.

Il y a des ostéites et des nécroses des os du crâne liées à la diathèse syphilitique des gommes avec destruction de l'os sous-jacent. Ces faits mêmes ont été assez souvent observés.

Les deux dernières lésions ont les plus grands rapports avec le fait observé à l'hôpital de la Charité. Si l'on trouvait dans les antécédents de la malade une fracture du crâne et spécialement une fracture de la voûte du crâne par cause directe; si l'on trouvait quelques antécédents syphilitiques, non pas seulement un accident primitif, mais bien quelques éruptions cutanées, le diagnostic de la cause de la nécrose du pariétal ne resterait pas incertain.

La scrofule à elle seule suffisant pour expliquer une nécrose des os du crâne, on peut accepter cette interprétation ; mais on doit faire quelques réserves pour la syphilis. Bien que la malade n'ait eu aucune éruption cutanée, les maux d'yeux pendant une grossesse, la mort des enfants nouveau-nés se prêtent assez bien à un état général de la mère, une infection syphilitique. L'esprit très-borné de la malade ne permettait pas de pousser très-loin les recherches de ce côté; mais il semble certain qu'il y a eu quelque chose.

Tout en manifestant ses doutes à cet égard, M. Velpeau a envisagé la lésion seule, un abcès et une nécrose des os du crâne, et a dirigé le traitement contre ces lésions sans s'arrêter au traitement expérimental par l'iodure de potassium, pour juger si la maladie était de nature syphilitique ou non. Il est assez démontré que là où il y a du pus formé et un os mort, il n'est aucun traitement général qui puisse rendre à des parties mortes leur vitalité perdue.

Entre toutes les lésions dont l'idée pouvait être présente à l'esprit du chirurgien, une a été de suite éliminée, celle de cette variété de cancer des os du crâne, qui détruit les os en leur faisant éprouver une perte de substance comme avec un emporte-pièce. La fluctuation franche de la tumeur, l'absence de douleurs lancinantes, une tumeur unique lentement développée, le bon état de la santé générale, empêchaient d'admettre un cancer des os. L'issue du pus après l'ouverture de la tumeur a pleinement confirmé le diagnostic différentiel ; l'événement a justifié les prévisions.

Quelques cas d'aphasie.

Depuis les derniers faits d'aphasie que nous avons fait connaître, il nous est parvenu encore plusieurs observations dont nous allons résumer ici les traits principaux pour servir à l'histoire de cette affection.

M. le docteur Mouton, de Paris, nous communique les deux faits suivants, qu'il a eu l'occasion d'observer dans sa clientèle :

Le nommé P..., âgé de trente-deux ans, ébéniste, homme vigoureux et bien constitué, d'un caractère emporté et adonné à des habitudes d'ivrognerie, est sujet à des céphalalgies.

Dans les premiers jours de mars 1861, en remuant un meuble trop lourd, il sentit un craquement dans l'épaule; il se transporta immédiatement à l'hôpital Saint-Antoine, où, selon son dire, on réduisit une luxation.

Appelé à le voir le lendemain, M. Mouton prescrivit des frictions résolutives sur l'épaule, dont les mouvements étaient encore gênés et douloureux. Quel ne fut pas son étonnement, trois ou quatre jours après, de le voir arriver accompagné de sa femme et hors d'état d'articuler un seul mot, incapable même de produire un son, quoique sa santé parût parfaite. Sa mimique était très-expressive. D'après les renseignements donnés par sa femme, la veille au soir il s'était couché après une violente colère, et il s'était réveillé le matin dans cet état. Il ne pouvait parler, mais son intelligence était complète : il comprenait tout ce qu'on lui disait, et répondait par signes d'une manière intelligente. Pas de douleurs de tête ni des membres; la motilité et la sensibilité étaient intactes; il pouvait remuer à volonté les lèvres et la langue. Il pouvait lire et comprenait ce qu'il lisait.

S'attendant à voir survenir des accidents plus sérieux, et à titre de traitement préventif, notre confrère pratiqua une saignée du bras et prescrivit des révulsifs aux extrémités et un purgatif. Rien cependant de plus grave ne se manifesta, et la santé générale était tellement bonne, qu'il pouvait vaquer à ses travaux habituels avant d'avoir recouvré entièrement la parole. Elle ne lui fut, en effet, rendue qu'au bout d'une quinzaine de jours. Après être resté complétement muet, ou plutôt aphasique pendant huit jours, il commença à prononcer en bégayant quelques monosyllabes, et il fallut lui faire son éducation pour apprendre à prononcer, comme à un enfant. Il semblait être obligé de faire de grands efforts des muscles du pharynx, de la langue et des lèvres pour arriver à articuler des sons.

Cet homme, que M. Mouton a l'occasion de voir quelquefois, et qui a malheureusement conservé ses habitudes d'ivrognerie, lui dit avoir eu depuis 1861 trois attaques semblables, mais de plus courte durée (deux ou trois jours au plus). La faculté de parler revint presque tout d'un coup, tandis qu'elle n'est revenue que le lendemain dans la première attaque. Le traitement n'a consisté qu'en bains de pieds sinapisés.

— Le 27 septembre dernier, M. Mouton est appelé auprès de l'enfant O..., âgé de six ans et demi, malade depuis plusieurs jours. Fièvre, céphalalgie, pas de diarrhée, mais gargouillement dans la fosse iliaque droite. M. Mouton diagnostique dès le début une fièvre typhoïde. — Purgatif.

La diarrhée provoquée par le purgatif persiste abondante et très-fétide. Une épistaxis légère; pas de délire, mais faiblesse extrême et état très-grave.

Le 11 octobre, c'est-à-dire le seizième ou dix-huitième jour du début de la maladie, la langue devient embarrassée, l'enfant bredouille et prononce des mots inintelligibles, comme au début du délire.

Le 12, il ne peut prononcer un seul mot, et il n'est pas dans le délire ou le coma; au contraire, son état, qui paraissait si grave la veille, semble s'améliorer; il comprend ce qu'on lui dit et répond par signes d'une manière intelligente. Il peut remuer les lèvres et tirer la langue à volonté. Quand on lui demande le siége de son mal, il indique chaque fois le milieu de la région sternale, et nie toujours avoir mal à la tête.

Il est très-exigeant, et se fâche quand on ne comprend pas de suite ce qu'il veut faire entendre. La faiblesse diminue sous l'influence de l'alimentation et du vin de quinquina ; mais la parole ne commence à revenir que le 25 octobre, douze jours après qu'il l'a perdue; elle ne revient que lentement et par monosyllabes. Il semble qu'il lui faille un grand effort des organes phonateurs pour produire un mot.

Tous ces symptômes ont complétement disparu vers le milieu du mois de novembre, époque où notre confrère a cessé de voir cet enfant. Il a appris depuis que les craintes qu'on pouvait avoir pour le développement intellectuel d'un enfant de cet âge ne se sont pas réalisées : il jouit aujourd'hui d'une bonne santé, apprend à lire facilement, et n'a conservé de sa maladie qu'une grande irritabilité.

— Ces deux observations sont intéressantes à plus d'un titre. Dans la première, l'attaque d'aphasie a pris le malade au milieu de la santé, car on ne peut croire qu'il y ait eu la moindre relation entre la luxation de l'épaule (si luxation il y avait) et l'aphasie.

Dans la seconde, l'aphasie est survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde grave, et elle a pour ainsi dire remplacé le délire qui se montre à cette époque de la maladie.

Y avait-il du délire des idées en même temps que l'impossibilité de parler? C'est ce qu'on ne peut dire. Ce qui est bien remarquable, c'est que l'impossibilité de parler (l'aphasie) était le seul symptôme cérébral sérieux ; l'enfant avait le regard intelligent, et paraissait conscient de tout ce qui se passait autour de lui, bien différent en cela des typhoïsants gravement atteints.

Nous exposerons les autres faits dans la prochaine *Revue*.

SUR LE CHOIX DU LIEN CONSTRICTEUR

dans les ligatures d'artères.

Par M. le Dr Broca.

(Rapport lu à la Société de chirurgie).

M. le docteur Chassaniol, médecin en chef de la marine, en retraite à Brest, nous a fait parvenir il y a quelque temps, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un mémoire intitulé : *Considérations générales tendant à prouver les avantages d'un lien simple et fin sur les liens doubles employés dans la ligature des principales artères.*

Ce travail est un plaidoyer en faveur des ligatures fines. Malgré le témoignage simultané de l'expérimentation, de l'anatomie pathologique et de l'observation clinique, et quoique la supériorité des ligatures rondes et fines sur les ligatures larges et plates soit admise aujourd'hui à peu près unanimement par tous les auteurs qui ont étudié ce sujet avec attention, une crainte en quelque sorte instinctive pousse encore beaucoup d'opérateurs à employer, dans la ligature des grosses artères, des liens composés de deux ou plusieurs fils. On a abandonné les préceptes de Scarpa, et notre vénérable maître, le professeur Roux, a été probablement le dernier partisan de la méthode de l'aplatissement des artères; on a renoncé de même aux rubans larges et plats qui devaient mettre obstacle aux hémorrhagies consécutives, et qui, loin de tenir leur promesse, augmentent au contraire les chances de cet accident. Mais on se défend difficilement de l'idée que la rapidité de la section des parois artérielles doit être en raison directe de la finesse du fil ; et c'est pour cela que bon nombre de chirurgiens ont conservé l'habitude de se servir d'un gros fil double ou triple pour lier les grosses artères.

La question, on peut le dire, est aujourd'hui jugée dans la science, et ne paraît pas de nature à soulever une discussion dans cette enceinte, si ce n'est peut-être sur quelques détails d'importance tout à fait secondaire, ou sur les indications spéciales de quelques cas exceptionnels. Nous avons tous étudié le mode d'action des ligatures, le mode d'oblitération des artères ; nous savons que le véritable et presque le seul obstacle aux hémorrhagies secondaires, est le caillot formé au-dessus du fil, et que le meilleur procédé est celui qui assure le mieux la formation et la permanence de ce caillot; nous savons encore que l'inflammation des parois artérielles, d'abord étreintes, puis divisées par le fil, est inévitable, qu'elle concourt à produire l'occlusion définitive de l'extrémité des vaisseaux, mais qu'elle ne peut dépasser certaines limites sans donner lieu au ramollissement et à la fonte du caillot, phénomènes qui, survenant avant la cicatrisation de la plaie, sont la cause la plus ordinaire des hémorrhagies consécutives ; nous savons enfin que l'inflammation provoquée par la présence du lien a d'autant plus de chances de s'élever au delà du degré voulu, que ce lien constitue un corps étranger plus volumineux.

La connaissance de ces faits nous permet de comprendre et d'expliquer pourquoi les hémorrhagies secondaires, loin de devenir plus fréquentes depuis que l'usage des ligatures fines s'est répandu, sont au contraire devenues plus rares ; et s'il peut y avoir parmi nous quelques dissidences sur le degré de finesse du fil constricteur, si plusieurs d'entre nous, et je suis du nombre, ne sont pas disposés à reconnaître la supériorité des ligatures extrêmement fines employées par Lawrence et par ses élèves, je crois du moins ne pas m'écarter de la vérité en disant que nous sommes d'accord sur ce point que les ligatures rondes, souples et peu volumineuses sont préférables aux liens aplatis, composés de plusieurs gros fils.

Mais nous ne pouvons pas ignorer que ce principe, admis aujourd'hui dans la science, est encore loin d'avoir pénétré dans l'esprit de tous les praticiens. Tout ce qui peut contribuer à le répandre dans la pratique mérite donc notre approbation, et à ce titre nous devons signaler l'utilité du mémoire de M. Chassaniol.

L'auteur présente d'abord un abrégé historique des recherches expérimentales qui ont conduit à la découverte du véritable mode d'oblitération des artères liées. Il commence son exposé par un résumé des opinions formulées dans le célèbre mémoire de Jones et reproduites dans la thèse de Lisfranc. Quoique Jones ait attribué l'occlusion des artères liées à un épanchement de lymphe plastique provoqué par l'action traumatique du fil, et quoiqu'il ait méconnu l'importance du caillot, il est juste de reconnaître que c'est lui qui a ouvert la voie aux doctrines modernes en réfutant d'une manière irrésistible la théorie invoquée par les partisans des ligatures plates. En 1805, époque où il publia son ouvrage, on croyait généralement que la ligature agit en appliquant l'une contre l'autre les surfaces opposées de la membrane interne des artères; le rôle du caillot signalé par J. L. Petit était oublié ou considéré comme accessoire; c'était l'inflammation adhésive *des surfaces mises en contact* qui passait pour le véritable agent de l'oblitération.

S'il survenait une hémorrhagie secondaire, on supposait que le lien constricteur avait coupé le vaisseau trop rapidement, sans laisser à l'inflammation adhésive le temps de le fermer solidement, et d'après cette vue théorique, on s'attachait à choisir des moyens de constriction propres à *aplatir* l'artère au lieu de la *froncer*. Les rubans plats, les ligatures plates composées de trois ou quatre gros fils, le presse-artère de Deschamps, la ligature médiate, sur une petite compresse, sur un morceau d'agaric, sur une lame de plomb, ou enfin sur un petit cylindre de diachylon, étaient destinés à remplir cette indication, et ce qu'on se proposait avant tout, c'était de respecter entièrement la continuité des tuniques artérielles. On savait bien que la chute de la ligature ne pouvait se faire sans que ces tuniques fussent divisées, mais on croyait que la section s'effectuait de dehors en dedans, c'est-à-dire en procédant de la tunique externe à la tunique interne, et qu'elle était d'autant plus lente que le lien était plus volumineux.

Telle était la doctrine généralement adoptée lorsque Jones entreprit ses mémorables expériences. M. Chassaniol se proposant surtout d'écrire l'histoire des ligatures fines, n'a pas fait remonter son historique au delà de 1805, et il pouvait dès lors se dispenser d'exposer les idées qui avaient cours dans la science avant cette époque. Mais il y a un fait fort important qui se rattache directement à la question spéciale des ligatures fines, et qui méritait d'être constaté avant tout; c'est que les recherches de Jones ont eu pour point de départ une découverte de Desault. Jones était convaincu d'avance que l'occlusion des artères liées s'effectue par un travail de cicatrisation pure et simple. « Pour m'en assurer, dit-il en commençant le chapitre III, où il » traite de l'action de la ligature, pour m'en assurer, je cherchais à » imaginer une expérience dans laquelle la tunique interne de l'artère » pût être blessée, lorsque mon ami M. J. Thomson, d'Edimbourg, » m'informa que dans tous les cas où une ligature est appliquée sur » une artère sans y comprendre les parties environnantes, *la tunique » interne en est déchirée*; il ajoutait que le fait avait déjà été signalé » par Desault. Il me fit aussi voir une portion d'artère prise sur un » homme dans laquelle les tuniques interne et moyenne avaient été » divisées par la ligature. Cette circonstance, d'accord avec mes recherches, donna lieu aux expériences suivantes. » (1)

Une phrase assez vague qu'on a retrouvée dans un mémoire de Deschamps publié en 1792, trois ans avant la mort de Desault, a fait élever des doutes sur les droits de ce dernier à la découverte du fait qui a servi de base aux expériences du jour. Mais M. Malgaigne a fait remarquer que Deschamps ne parlait que des artères aussi volumineuses que la fémorale ; et j'ajoute que Deschamps s'est exprimé comme s'il n'avait point vu la chose de ses propres yeux. « Si l'on considère, dit-il, l'action de la ligature sur un tube artériel aussi considérable que l'est la fémorale, en verra que l'épaisseur de ses parois permet difficilement de la plisser assez pour en effacer la cavité, et qu'il faut une constriction assez forte pour y parvenir ; que par cette constriction *l'artère se trouve rompue dans toute sa circonférence* ;

(1) Jones, *A Treatise on the Process employed by Nature in suppressing the Hemorrhagie*. London, 1805, in-8°. Le passage que nous reproduisons est extrait de la traduction de Mannoir, publiée dans les *Mélanges de chirurgie étrangère*, t. III, p. 168. Genève, 1826, in-8°.

que *le tissu cellulaire qui l'entoure résiste seul pour un temps à cette constriction;* mais que bientôt, venant à s'user par la pression, l'artère se trouve à nu, et ne peut, *étant rompue*, résister à l'impétuosité du sang (1). Et Deschamps conclut de là, qu'au lieu de lier les grosses artères, il vaut mieux les aplatir « par une machine quelconque. » Or, il est bien certain que Deschamps n'a jamais vu le phénomène impossible décrit dans ce passage, car le fil le plus fin et le plus serré appliqué sur l'artère la plus volumineuse ne coupe immédiatement que les deux tuniques internes et respecte la continuité de la tunique externe. Il est donc évident que Deschamps n'a pas fait l'expérience qu'il invoque. Contemporain de Desault, à qui Bichat rapporte nettement la découverte du mode d'action des ligatures (2), il avait entendu parler vaguement de la section des tuniques internes; il se figura qu'il s'agissait d'une section complète, et il la fit avec d'autant plus de complaisance qu'il y trouvait un argument saisissant en faveur de son presse-artère. Si l'on veut bien considérer d'ailleurs que Deschamps parle de l'action tranchante du fil comme d'un fait déjà connu, on reconnaîtra que le double témoignage de Bichat et de Thompson suffit pleinement pour assurer à Desault le droit de priorité.

Il n'était peut-être pas inutile de prévenir l'opinion d'une découverte qui a eu des conséquences chirurgicales si importantes. Il est clair en effet que la détermination du mode d'action des ligatures sur les tuniques artérielles était le préliminaire indispensable de toute recherche positive sur le mode d'oblitération des artères liées; mais les voies du progrès sont lentes et tortueuses. Il arrive souvent qu'une vérité nouvelle se combine avec les erreurs contemporaines et leur fournit un appui passager jusqu'à ce qu'un jour elle les renverse. Ce fut la destinée de la découverte de Desault. Cette découverte, qui devait plus tard porter des fruits si précieux, commença par exercer sur la pratique l'influence la plus fâcheuse. En apprenant que les ligatures coupaient instantanément les deux tuniques internes des artères, les chirurgiens furent effrayés, et ce fut à qui inventerait les rubans les plus larges, les fils les plus gros, les tampons les plus plats; de telle sorte que le fait sur lequel repose aujourd'hui la pratique des ligatures fines, ne servit d'abord qu'à assurer le triomphe de la pratique opposée.

Il y a dans l'histoire de cette question une autre anomalie non moins singulière. Tandis que les chirurgiens du continent employaient des moyens de constriction aussi volumineux que possible pour éviter la section des deux tuniques internes, Jones, en Angleterre, cherchait au contraire à rendre cette section plus certaine en liant les artères avec des fils très-petits; et il semble au premier abord que deux pratiques aussi différentes devaient reposer sur des théories diamétralement opposées. Il n'en est rien. La théorie de Jones était presque aussi connue que l'autre. Toutes deux reposaient sur les mêmes idées, et, par des moyens inverses, c'était la même indication qu'on se proposait de remplir. Les partisans des ligatures plates voulaient produire dans les artères l'inflammation adhésive; et c'était encore l'inflammation adhésive que Jones voulait obtenir. La seule différence qu'il y ait eu entre eux, c'est que les premiers croyaient augmenter les chances de l'adhésion en donnant plus d'étendue aux surfaces de contact, tandis que le second cherchait à atteindre le même but en provoquant la sécrétion de la lymphe plastique au moyen d'une action traumatique exercée sur les deux tuniques internes.

La plaie circulaire produite à l'intérieur de l'artère par l'action instantanée du fil devait fournir une substance plastique assez abondante pour oblitérer le vaisseau par un mécanisme analogue à celui de la cicatrisation ordinaire. Quant au caillot, dont l'importance capitale avait été depuis bien longtemps signalée par J. L. Petit, il n'en était pas question, ou plutôt Jones ne le considérait que comme un épiphénomène à peu près insignifiant.

« La formation de ce caillot, dit-il, n'est que d'une légère importance, car aussitôt après l'application de la ligature le point lié commence à s'enflammer, et sa surface interne, étant maintenue en contact exact, contracte des adhérences, et convertit cette portion du vaisseau en un cul-de-sac imperméable et légèrement conique. Il paraît que l'épanchement de la lymphe seule produit cette adhérence, et fait que le caillot de sang qui se forme dans l'artère lui adhère *quelquefois par une petite partie de sa base* (3). »

La théorie de Jones était donc erronée, et conduisait même à de fâcheuses conséquences pratiques, puisque, l'inutilité du caillot une fois admise, il n'y avait plus lieu de se préoccuper de la situation de la ligature par rapport aux artères collatérales. Mais cet inconvénient était largement compensé par les avantages des ligatures fines que l'auteur préconisait. Sa doctrine avait d'ailleurs le mérite de reposer sur une série d'expérimentations régulières, tandis que les partisans des ligatures plates n'invoquaient que des considérations purement théoriques. Les craintes instinctives que faisaient naître les ligatures fines commencèrent donc à se dissiper. L'usage de ces ligatures se répandit peu à peu, d'abord en Angleterre, où Lawrence leur prêta l'appui de sa grande autorité, puis sur le continent, et depuis lors, ainsi que le fait remarquer justement M. Chassaniol, le nombre des chirurgiens qui leur donnent la préférence est toujours allé en augmentant. Il est juste de dire par conséquent que Jones a été l'auteur d'une innovation qui a exercé une haute influence sur la pratique chirurgicale, et nous devons ajouter que cette innovation a réalisé un progrès considérable, puisque la fréquence des hémorrhagies consécutives a été par là réduite de plus de moitié.

Il semble bien difficile au premier abord de déterminer, suivant les divers procédés de ligature, le degré de fréquence relative des hémorrhagies consécutives, car une pareille question ne peut être résolue que par la statistique d'un très-grand nombre de faits relatifs à la ligature de la même artère, et il faut bien reconnaître que dans la plupart des observations publiées la nature du lien constricteur n'a pas été indiquée. Mais M. Malgaigne a eu recours à un moyen indirect qui lui a permis d'utiliser ces faits incomplets en tenant compte de leur date. Il est clair, en effet, que l'usage des ligatures plates était général avant les travaux de Jones, que celui des ligatures fines a prévalu aujourd'hui, et qu'il y a eu une période intermédiaire où les deux méthodes opératoires se partageaient les suffrages des chirurgiens. Il est clair par conséquent que la valeur relative de ces deux méthodes peut être mise en lumière par la comparaison des faits anciens avec les faits modernes. M. Malgaigne a donc mis en parallèle les observations antérieures à 1821 et les observations recueillies depuis. Le choix de cette date est néanmoins un peu arbitraire; mais il me semble justifié par cette circonstance que les idées de Simes ne furent connues sur le continent qu'à partir de 1819, époque où Breschet publia la traduction du célèbre ouvrage d'Hodgson *sur les maladies des artères et des veines*. Ce fut alors que les jeunes chirurgiens commencèrent à concevoir des doutes sur la doctrine de Scarpa, et que l'usage des ligatures fines se répandit en dehors de l'Angleterre.

On sait que M. Norris (de Philadelphie) a dressé le tableau détaillé de tous les cas de ligature de l'artère fémorale qui ont été publiés en Europe et en Amérique de 1785 à 1848. Tous ces faits sont relatifs à la ligature de la fémorale *dans sa continuité*, et sont par conséquent aussi comparables qu'on puisse le désirer. C'est sur ce tableau que M. Malgaigne a fait ses recherches, et il a trouvé que de 1785 à 1821, sur un total de 76 cas, il y a eu 13 cas d'hémorrhagie consécutive, soit 17 pour 100; tandis que de 1821 à 1848, 128 ligatures n'ont donné que 11 hémorrhagies, ou 8 1/2 pour 100. La proportion relative des hémorrhagies consécutives a donc été deux fois moindre dans la seconde période que dans la première. On peut se demander si ce n'est pas là un résultat complexe dû à des causes diverses, et indépendant de la nature des moyens de constriction appliqués sur les artères. Mais voici un autre fait, plus significatif encore, qui répond à cette objection. L'époque de la chute de la ligature est indiquée dans 149 observations. C'est un fait bien connu qu'aujourd'hui, sous le règne des ligatures fines, la chute du fil appliqué sur l'artère *fémorale* s'effectue en moyenne vers le seizième jour. Or, dans la première période, c'est-à-dire avant 1821, sur 59 cas, les ligatures sont tombées 21 fois du cinquième au quinzième jour; tandis que depuis 1821, sur 90 cas, les ligatures sont tombées 18 fois seulement du neuvième au quinzième jour. Ainsi la chute prématurée des ligatures s'est présentée, avant 1821, dans la proportion de près de 36 fois sur 100, et seulement dans la proportion de 20 fois sur 100 depuis 1821 (1).

Par conséquent les ligatures fines, au lieu de se détacher plus promptement que les ligatures plates, comme il était naturel de le supposer, tombent au contraire plus tard, C'est parce que la chute des ligatures n'est pas due à la *section mécanique* de la tunique externe, mais à un travail d'*élimination;* parce que l'intensité de l'inflammation provoquée par la présence du lien est de nature à accélérer cette élimination, et parce que, enfin, la réaction inflammatoire est d'autant plus vive que le corps étranger qui embrasse l'artère est plus volumineux.

M. Chassaniol n'a pas manqué de faire intervenir dans son argumentation l'étude du caillot hémostatique, dont le rôle, déjà signalé par J. L. Petit, a été remis en lumière par Amussat, et dont notre distingué collègue de Lisieux, M. Notta, a si bien tracé l'histoire. C'est le caillot qui, au moment de la chute du fil, sert de barrière au sang, et, s'il ne résiste pas jusqu'au jour de la cicatrisation définitive, l'hémorrhagie secondaire survient à peu près inévitablement. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les importantes recherches de notre collègue sur les causes qui amènent le décollement, le ramollissement et la fonte de ce caillot protecteur. Il me suffira de dire que le contact du pus et des liquides sanieux exerce sur la substance du caillot l'action la plus fâcheuse, que les procédés qui ont le plus de chance de provoquer une inflammation violente au niveau de la ligature sont aussi ceux qui ont le plus de chance de donner lieu à l'hémorrhagie, et que par conséquent les ligatures fines sont encore sous ce rapport préférables aux grosses ligatures.

Je vous demanderai maintenant, Messieurs, la permission de vous faire remarquer que les expérimentateurs modernes, en mettant dans tout son jour le rôle important du caillot hémostatique, n'ont peut-être pas assez insisté sur le phénomène de la cicatrisation définitive. Le caillot, quoi qu'on en ait dit, ne se résorbe pas, ou ne se résorbe que très-exceptionnellement. On ne saurait donc le considérer comme un moyen hémostatique provisoire, puisqu'on le retrouve encore décoloré et rétracté au bout d'un grand nombre d'années. Mais cela n'empêche pas l'extrémité de l'artère coupée par la ligature de se refermer par un travail de cicatrisation tout à fait semblable à celui de la cicatrisation ordinaire. Le caillot protége la plaie, et grâce à cette protection la plaie se cicatrise.

C'est ainsi, du moins, que les choses se passent presque toujours. La théorie de Jones était donc erronée, puisqu'elle faisait considérer comme primitive une cicatrisation qui n'est le plus souvent que consécutive, et dont la condition préalable est, sinon toujours, du moins presque toujours, la formation d'un caillot. Mais la théorie moderne, quoique incomparablement plus correcte, et quoique absolument vraie dans la très-grande majorité des cas, conduirait à nier la possibilité de la cicatrisation primitive des artères, et c'est en cela qu'il me paraît utile de faire quelques réserves. Les nombreuses expériences consignées dans l'intéressante thèse de M. Gayet (2) prouvent que chez les animaux la lymphe plastique sécrétée par la tunique externe au-dessus du fil et au-dessous du niveau des deux tuniques internes, coupées et légèrement rétractées, peut donner lieu à *une réunion par première intention*, que ce mode d'occlusion peut s'effectuer alors même que le caillot fait défaut, et que par conséquent la théorie de Jones est réellement applicable *dans quelques cas*. Il serait sans doute imprudent d'oser ici conclure des animaux à l'homme; car il est clair que la facilité et la rapidité avec lesquelles s'effectue la réunion des tissus par première intention sont subordonnées à des conditions de plasticité qui varient suivant les espèces animales.

Il n'en est pas moins vrai que la formation préalable du caillot ne saurait être considérée comme la condition *sine qua non* de la cicatrisation des artères liées. Mais hâtons-nous d'ajouter que si la cicatrisation sans caillot est possible chez l'homme, chose encore douteuse, elle est à coup sûr fort exceptionnelle, et que la théorie générale admise aujourd'hui doit seule servir de base aux préceptes de la médecine opératoire.

Le travail de M. Chassaniol, sans avoir la prétention de prendre place au nombre des productions originales, est une œuvre sage, vraie et consciencieuse. L'état actuel de la science y est exposé avec soin, et la pratique préconisée par l'auteur est de celles qu'on ne saurait trop recommander aux chirurgiens.

Votre commission a donc l'honneur de vous proposer :

1° D'inscrire M. Chassaniol au nombre des candidats à la place de membre correspondant national;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

(1) Deschamps, *Sur un anévrysme de l'artère poplitée, etc.*, journal de Fourcroy, t. IV, p. 314. Paris, 1792, in-8°.

(2) Bichat, *Anatomie générale*, 1re partie, p. 282. Paris, 1801, in-8°.

(3) *Loc. cit.*, p. 211.

(1) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 270; 2e édition. Paris, 1859. In-8°.

(2) Ch. Alph. Gayet, *Nouvelles recherches expérimentales sur la cicatrisation des artères après les ligatures*. Thèse inaug. Paris, 1858, n° 191.

QUEL EST LE MEILLEUR FERRUGINEUX?

Par M. le docteur G. Capitin.

En présence des innombrables préparations qui encombrent les officines, surchargent les formulaires et désappointent le médecin, on est certes bien en droit de s'adresser à soi-même cette importante question : Quel est le meilleur ferrugineux? Depuis l'abandon à peu près radical des funestes doctrines de Broussais, les agents martiaux ont repris faveur et l'on comprend combien doit être hésitant le choix du praticien, lorsque les circonstances le placent en face d'un aussi grand nombre de substances portant la même étiquette. Nous nous rappelons les premiers débuts de notre exercice médical : le hasard seul guidait nos préférences; aussi, que de revers n'éprouvâmes-nous point!

On a dit que l'expérience était trompeuse, et ce paradoxe a fait son chemin dans le monde. Ce que nous savons, c'est qu'il importe beaucoup à la réputation du médecin de revenir constamment au médicament qui, dans des circonstances données, lui a donné le plus de succès. Voulons-nous, par exemple, déterminer sûrement la formation des globules sanguins le tartrate ferrico-potassico-ammonique obtenu par l'ingénieux procédé de M. Carrié, pharmacien à Paris, conduisant à des résultats d'une incontestable sûreté, qu'avons-nous besoin de chercher ailleurs et de tenter des expérimentions douteuses?

Il résulte, en effet, des recherches de M. Carrié, ainsi que des savantes analyses de Soubeiran et de M. Mialhe, que toutes les préparations martiales solubles ou pouvant le devenir sous l'influence des sucs gastriques acides, et qui sont ensuite dans le cas d'être précipitées par les alcalis libres, sont employées avec de grandes chances de succès, tandis que celles de ces préparations qui ne sont point précipitables, manquant leur effet, l'économie ne s'assimile pas ces derniers produits, dont on retrouve si aisément la trace dans les urines. Avec le tartrate ferrico-potassico-ammonique, il arrive, au contraire, qu'au fur et à mesure que les éléments de l'acide tartrique sont transformés en d'autres produits par l'oxygène du sang, l'oxyde de fer, mis en liberté, va se combiner, à la faveur de l'ammoniaque et des autres alcalis, avec les éléments albumineux, pour concourir efficacement à la reconstitution des globules sanguins. Avec du bon sens et des connaissances solides en chimie, M. Carrié est arrivé de la sorte à mettre entre les mains des médecins une arme puissante. La fidélité de son action ne nous a jamais fait défaut.

Nous ne pouvons qu'engager sincèrement nos confrères à recourir au moyen thérapeutique que nous venons d'indiquer, dans tous les cas où ils auront à lutter contre l'anémie, la chlorose, l'extrême pâleur, les défaillances, la décoloration du sang, le bruit de souffle dans les principales artères, les névralgies diverses et en général contre cet état névropathique vague ou hystériforme qui domine toute la pathologie de la femme. S'il leur arrive de ne pas guérir, ils auront du moins la consolation de soulager toujours, et c'est bien là quelque chose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 mars 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine; — Le *Bulletin médical du nord de la France* (mars 1864); — le *Bulletin de la Société de médecine de l'arrondissement de l'Élysée* (année 1863); — *Études complémentaires sur la loi du travail appliquée au traitement de l'aliénation mentale*, par M. le docteur Brun-Séchaud; — *Réflexions pratiques sur les maladies qu'on observe chez les employés des chemins de fer*, par M. le docteur Soulé (de Bordeaux), membre correspondant; — *l'Étudiant micrographe; l'Art de l'opticien*, par M. Arthur Chevalier; — *Guérison de deux anévrysmes volumineux de l'aine et d'un anévrysme poplité par un moyen très-simple de compression*, par M. F. Rizzoli, membre correspondant.

— M. Maurice Perrin, membre correspondant, écrit pour demander à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire. Aux termes du règlement, la demande de M. Maurice Perrin n'est valable que pour une élection autre que celle pour laquelle la commission a déjà été nommée.

COMMUNICATION.

Arrachement de l'avant-bras dans une tentative de réduction de luxation de l'humérus datant de trois mois. (Suite).

M. Guérin. Je viens donner aujourd'hui réponse à quelques objections qui m'avaient été adressées dans la dernière séance. Je m'étais empressé, suivant le désir de M. Houel, de rechercher l'état des os des autres parties du squelette, et je dois dire qu'aucun signe ne m'avait révélé la moindre altération. L'autopsie nous a malheureusement permis de vérifier directement cette appréciation, et on pourra juger par les détails suivants que les altérations étaient limitées au côté de la luxation et que leur cause la plus probable est bien, comme je l'avais indiqué, la compression nerveuse déterminée par le déplacement de la tête humérale.

La malade, pendant les dix premiers jours qui suivirent l'opération,

se maintint dans un état très-satisfaisant. Le lambeau interne du moignon se gangréna en partie, mais, après la chute de l'eschare, l'extrémité de l'humérus était parfaitement recouverte, et la suppuration abondante et de bonne nature. L'état général était parfait; ni fièvre ni frissons; rien absolument n'aurait pu faire soupçonner une fin prochaine.

Le matin du onzième jour, le 21 mars, survint une fièvre très-vive, la suppuration du moignon cessa subitement; vers trois heures de l'après-midi, frisson des plus violents qui dura pendant deux heures, suivi de vomissements, et enfin un délire bruyant se prolongea jusqu'à la mort, le 22 mars au matin.

Autopsie. — Au niveau du moignon, du pus était infiltré dans l'intervalle des différents muscles. Il n'y avait pas de pus dans les veines voisines.

L'encéphale et les méninges n'offraient aucune altération. Aucune congestion, aucune trace d'ancien foyer hémorrhagique. Les artères cérébrales et cérébelleuses étaient très-athéromateuses.

Aux poumons, un peu de congestion hypostatique à la partie postéro-inférieure; mais aucun moyen d'induration, aucun abcès métastatique. Les plèvres étaient saines.

Le péricarde offrait quelques plaques laiteuses disséminées, la valvule mitrale un léger épaississement.

Le foie, la rate, les reins étaient normaux. Les grandes articulations ne renfermaient ni sérosité ni pus.

Membre supérieur droit (membre sain). — Les muscles étaient rouges, fermes, semblables enfin au tissu musculaire normal, ce que le microscope a du reste confirmé. Les nerfs, les vaisseaux étaient dans le même état. Quant aux os, aucun n'avait subi d'altération, aucun ne s'affaissait sous la pression du doigt, aucun enfin n'offrait la moindre trace de cette transformation si profonde que M. Ordoñez avait trouvée sur le membre du côté gauche, aux extrémités inférieures du cubitus, du radius et de l'humérus en particulier.

Bras gauche (côté de la luxation). — Les muscles du bras présentaient presque tous une infiltration sanguine dans leur épaisseur. Tous les muscles de l'épaule semblaient à peu près normaux, sauf pourtant le deltoïde, remarquable par l'extrême pâleur de son tissu. Le microscope y découvrit en effet une accumulation assez considérable de granulations graisseuses et des fibres musculaires privées de leur striation.

Au creux de l'aisselle, toutes les branches du plexus brachial étaient englobées en une seule masse, un magma de lymphe plastique au sein de laquelle on pouvait presque sculpter les divers troncs nerveux. Ce cordon unique et compacte était appuyé fortement contre la partie interne de la tête humérale. A la partie moyenne du bras, on apercevait des cordons noirâtres semblables à de grosses veines; en les incisant on les trouvait remplis d'un sang noir. Leur continuité complète avec les troncs du plexus brachial montrait bien clairement qu'ils étaient constitués par les gaînes des nerfs médian, radial et cubital restées vides après l'arrachement. De l'injection, des taches rouge violacé étaient évidentes sur tout le trajet des troncs nerveux, tandis qu'immédiatement au-dessus de la tête humérale, les branches du plexus reprenaient presque brusquement leur teinte naturelle, blanche et nacrée. Au microscope, on retrouva identiquement les altérations déjà signalées pour les nerfs de l'avant-bras; elles ne remontaient pas au delà de 2 centimètres au-dessus du lieu de la compression.

L'artère humérale n'avait subi aucune compression.

Les veines humérales, au contraire, étaient un peu diminuées de calibre au niveau de la tête de l'os et réunies fortement en un seul cordon avec les nerfs.

Quant à la luxation, voici ce que nous avons constaté et ce qu'on peut voir sur la pièce que je mets sous les yeux des membres de la Société :

La cavité glénoïde avait conservé l'étendue habituelle de sa surface articulaire; mais elle était recouverte par la capsule fibreuse revenue sur elle-même et les tendons des muscles sus et sous-épineux, de sorte qu'on ne voit plus à sa place qu'une petite cavité aplatie. La tête de l'humérus était logée au-dessous de l'apophyse coracoïde, reposant dans la fosse sous-scapulaire. Elle a pénétré dans le muscle sous-scapulaire, qui la coiffe en lui formant pour ainsi dire une nouvelle capsule. De la disposition de la tête et de la cavité glénoïde, il résulte que la luxation appartenait à la variété sous-coracoïdienne complète, et, de plus, qu'elle était complétement irréductible.

LECTURE.

M. VERNEUIL, après avoir rappelé les opérations pratiquées par M. Ehrmann (de Strasbourg), Prat et Follin pour extraire par une voie artificielle des polypes du larynx, donne lecture d'un travail de M. Debrou, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de la Société.

Ce travail ayant pour titre : *Opération de laryngo-trachéotomie pour un polype volumineux du larynx*, est renvoyé au comité de publication.

— A quatre heures et demie, la Société entre en comité secret; la séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté de médecine de Paris ouvrira ses cours d'été le lundi 4 avril 1864. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
	MM.		
Histoire naturelle médic.	Baillon	Lundi, mercredi, vendr.	A 11 h.
Physiologie	Longet	Lundi, mercredi, vendr.	A midi.
Accouchements, mal. des femmes et des enfants.	Pajot	Lundi, mercredi, vendr.	A 2 h.
Thérap. et mat. médicale	Grisolle	Lundi, mercredi, vend.	A 3 h.
Médecine légale	Tardieu	Lundi, mercredi, vend.	A 4 h.
Pharmacologie	Regnault	Mardi, jeudi, samedi.	A 11 h.
Pathologie chirurgicale.	Gosselin	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Anatomie pathologique	Cruveilhier, suppléé par M. Laboulbène	Mardi, jeudi, samedi.	A 2 h.
Pathologie médicale	Monneret	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Hygiène	Bouchardat	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Clinique médicale	Bouillaud, Piorry	Charité.	Tous les jours, le matin, de 7 à 10 h.
	Rostan, suppléé par M Parrot, agrégé; Trousseau	Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale	Jobert (de Lamballe), Laugier	Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	Charité.	
	Nélaton	Hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchement.	Depaul	Hôp. de la Faculté.	

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES.

Maladies de la peau	Hardy	à St-Louis, mard. sam.	à 8 h. 1/2.
— des enfants.	H. Roger	à l'hôp. des Enf. merc.	à 8 h. 1/2.
Ophthalmologie	Follin	au Bureau cent. (Parvis N.-Dame), lund. ven.	à 2 h.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 19 mars, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Moutier, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : M. Pagnon, médecin-major de 2e classe.

— M. le docteur Henri Roger, agrégé de la Faculté, commencera à l'hôpital des Enfants malades le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'été) le mercredi 6 avril et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures; leçons à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

— M. le docteur Georges Pouchet ouvrira le mardi 12 avril, 4, rue des Poitevins, son cours d'histologie normale et pathologique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine jusqu'au 10 juillet.

— La haute cour de justice de Constantinople a décidé, — et sa décision a été sanctionnée par S. M. I. le Sultan, — qu'à l'avenir le débit du *haschisch*, substance vénéneuse, serait interdit aux droguistes et à tous ceux qui ne sont pas pharmaciens; qu'on n'en donnerait plus à fumer dans les cafés; que les pharmaciens eux-mêmes ne doivent le délivrer qu'à titre de médicament et sur la prescription d'un docteur. Les contrevenants à cette prescription seront poursuivis, jugés et condamnés conformément à l'article 96 du Code pénal.

Il est vivement à souhaiter, ajoute la *Gazette médicale de l'Algérie*, à laquelle nous empruntons cette nouvelle, qu'une prohibition analogue soit prise en Algérie, où les dangers de l'habitude du haschisch ne sont que trop fréquemment révélés, notamment dans des faits qui se déroulent devant la justice.

— M. le docteur Triquet commencera ses leçons cliniques le lundi 4 avril, à onze heures, à son dispensaire, impasse Larrey, 4, et les continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Visite des malades à dix heures et demie.

Les premières leçons seront consacrées à l'étude importante des écoulements purulents aigus et chroniques des oreilles.

— M. le docteur Dolbeau, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hospice des Enfants assistés, commencera un cours de chirurgie, le mardi 12 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 6 avril, à huit précises du soir, à l'hôtel de ville.

1° De l'exercice de la pharmacie et de ses rapports avec la profession médicale, par M. le docteur Sandras.

2° Considérations sur la métro-péritonite puerpérale, par M. le docteur B. de la Grandière.

3° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

4° Communications diverses par MM. Morelin, Moura-Bourouillou, Gaye, Domerc.

Anatomie descriptive et dissection, par le docteur FORT, ancien interne des hôpitaux, professeur particulier d'anatomie. — 1er fascicule : Ostéologie : 2e fascicule : Myologie et aponévrologie. — Prix de chaque fascicule : 2 fr. 25 c. *franco*.

Traité élémentaire d'histologie, par le docteur FORT, etc. 1 vol, in-8°. Prix : 5 fr. 50 c. *franco*.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 40. — MARDI 5 AVRIL 1864. (37e ANNEE.) N° 40. — MARDI 5 AVRIL 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 AVRIL 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'embryogénie a eu une large part dans les travaux de cette séance. M. le professeur Lereboullet (de Strasbourg), a lu deux mémoires, tous deux relatifs à des questions de cet ordre : le premier sur la formation des premières cellules embryonnaires ; le second sur l'origine et la formation des corpuscules sanguins chez les poissons ; et M. Cl. Bernard a présenté, au nom de M. Balbiani, un mémoire sur la constitution du germe dans l'œuf avant la fécondation.

On trouvera dans le compte rendu un extrait résumé du premier mémoire de M. Lereboullet, et de la communication de M. Balbiani, ainsi qu'un court exposé d'un nouveau travail de M. Lavocat (de Toulouse), sur la construction vertébrale de la tête.

M. Lavocat, dans de précédentes communications, avait invoqué en faveur de l'idée de la construction vertébrale de la tête le témoignage d'observations tératologiques montrant la concordance de développement entre tel ou tel organe de sens et le segment vertébral qui lui est approprié. Un nouveau fait curieux de monstruosité, permettant de voir chez un même animal les résultats produits par la suppression d'un organe de sens sur un côté de la tête et par la persistance de cet organe sur le côté opposé, lui a permis de compléter sa démonstration et de conclure que la tête est formée de quatre vertèbres affectées chacune à la protection de l'un des appareils de sens.

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination de la commission des prix de médecine et de chirurgie, qui se compose pour cette année de MM. Andral, Bernard, Rayer, Cloquet, Jobert, Velpeau, Flourens, Longet et Serres. Cette commission ne sera pas longtemps inactive. Le délai fixé pour l'envoi des travaux destinés au concours expirant le 1er avril, les compétiteurs se sont empressés de se mettre en règle. Aussi la correspondance de cette séance contient-elle un grand nombre de travaux de médecine et de physiologie que leurs auteurs soumettent au jugement de la commission.

Indépendamment des mémoires manuscrits dont l'énumération figure dans le Compte rendu, nous signalerons les ouvrages suivants, qui ont la même destination : *Des recherches sur les altérations des éléments anatomiques des tissus organisés sous l'influence de quelques poisons*, par MM. Aug. Ollivier et G. Bergeron ; *Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'aniline et de la nitro-benzine*, par les mêmes auteurs ; une *Histoire critique de la folie instantanée, temporaire, instinctive*, et un mémoire *Sur la fièvre typhoïde*, par M. le docteur J.-A. Mandon, de Limoges ; *Des recherches expérimentales sur l'innervation du ventricule et l'influence des nerfs sur les fonctions de cet organe*, et *Des observations et expériences sur les nerfs du goût*, MM. Ph. Lussana et Inzani, de Milan ; et trois opuscules de M. le docteur Ph. Lussana, *Sur les centres encéphaliques de la vision et des mouvements volontaires, Sur la phrénologie*, et *Sur le principe acidifiant du suc gastrique.*

Il a été présenté, en outre, comme simple hommage, plusieurs ouvrages, parmi lesquels nous signalerons le premier volume des chefs-d'œuvre littéraires de Buffon, avec une introduction par M. Flourens ; des Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs, par M. Brown-Séquard, traduites de l'anglais par M. le docteur Richard Gordon ; une Etude sur les maladies particulières aux ouvriers mineurs employés aux exploitations houillères en Belgique, par M. le docteur H. Kuborn, et la relation d'un cas de farcin chronique développé spontanément chez l'homme, par M. le docteur Alf. Petit, de Lille.

Si la commission des prix a de quoi exercer ses jugements, la presse, comme on peut le voir, aura aussi sa part d'analyses et d'appréciations dans ce nombreux contingent de publications nouvelles. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la paralysie de l'orbiculaire, des lèvres, de la langue et du voile du palais (1).

(Paralysie glosso-labio-pharyngée.)

Nous voici arrivé à l'analyse physiologique de la maladie dont j'ai entrepris la description. Chaque névrose, vous le savez, frappe par un appareil de symptômes particuliers. Si dans ces maladies nous ne voulons voir qu'un seul symptôme, ou si nous étudions chaque symptôme à part, nous trouvons que tous ou presque tous se rencontrent dans toutes les maladies connues sous le nom de névroses, et nous ne réussissons plus à faire des espèces ; elles se ressemblent toutes alors, et l'on fait une confusion déplorable. Pour arriver à des distinctions naturelles et légitimes, il faut voir chacune d'elles dans un certain ensemble de symptômes, et alors on parvient à constituer des différences et des espèces telles qu'elles existent en réalité. Lorsqu'on poursuit une phrase d'un bout à l'autre, elle acquiert pour l'esprit son sens réel, tandis que si on la démembre, chacune des parties qui la constituent n'a plus de signification précise et distincte. En pathologie, lorsque nous trouvons un malade qui depuis un, deux, trois ou quatre ans éprouve dans les membres des douleurs fulgurantes, sujettes à retour après des intervalles de quelques jours, de quelques mois, revenant pour cesser et revenir encore, nous ne sommes pas fort éclairés sur la nature de la maladie. Mais si nous voyons survenir un jour ou l'autre une paralysie de la troisième ou de la sixième paire, paralysie pour laquelle on se rend chez l'oculiste et qui guérit avec ou sans traitement ; si ensuite il survient des éjaculations involontaires, des pertes spermatiques, et enfin de l'hésitation dans la marche, d'abord plus sensible dans l'obscurité qu'à la lumière, et puis aussi caractérisée le jour que la nuit, les yeux ouverts que les yeux fermés ; qu'en outre la plante des pieds ou l'extrémité des doigts perdent leur sensibilité, et qu'enfin il semble au malade qu'il se soit formé autour de sa poitrine une cuirasse qui l'étouffe, alors on a une réunion de symptômes qui caractérisent une espèce morbide nommée ataxie locomotrice. Mais si vous prenez et étudiez tous ces symptômes un à un, oubliant de les grouper et d'en faire un corps, vous trouvez qu'ils appartiennent à toutes les maladies et vous passez sans la reconnaître à côté de cette affection, qui a été découverte, décrite et classée par M. Duchenne (de Boulogne).

Il en est de même pour la paralysie de la langue, de l'orbiculaire et du voile du palais ; elle se compose de symptômes que l'on rencontre dans plusieurs autres maladies, qui n'ont alors aucun lien entre eux, mais qui, groupés par la véritable observation scientifique, forment l'ensemble, l'espèce morbide spéciale que je vous décris.

Examinons ce qu'il y a de plus frappant en elle. Ce sont de grands troubles dans la motilité et une absence complète de troubles dans la sensibilité. Les choses se passent du côté des lèvres, de la langue, du voile du palais, du pharynx, du larynx, et la motilité seule de ces organes est atteinte.

Du côté des sens, rien ; du côté de la sensibilité, rien. La sensibilité des lèvres, de la langue, du pharynx, est intacte ; la tactilité buccale reste très-délicate ; la sensibilité vigilante de l'entrée du larynx est pure de toute atteinte. Tout se passe donc du côté des organes locomoteurs, et rien du côté de la sensibilité générale et spéciale.

Dans la cinquième paire, qui est partie sensible par sa grosse racine, partie motrice par sa petite racine, il y a un affaiblissement des agents masticateurs qui sont sous la dépendance de la racine motrice.

A la septième paire, c'est encore la racine motrice par laquelle sont animés les muscles buccinateurs labiaux du voile du palais. En sa qualité de nerf exclusivement moteur, l'hypoglosse est souvent frappé le premier en date ; le nerf spinal l'est de même.

Ainsi donc, tous les nerfs moteurs sont pris et les nerfs sensibles restent intacts, et dans ceux qui ont deux racines, une motrice et une sensible, c'est encore la racine motrice qui se trouve seule altérée. Certainement voilà une chose bien extraordinaire, de voir dans le nerf pneumo-gastrique la portion motrice, celle qui lui vient du spinal, perdre toutes ses propriétés, et l'autre portion les conserver tout entières. D'autre part, le lingual conserve toutes ses aptitudes sensibles, et l'hypoglosse, qui est moteur, perd les siennes.

Toutes ces déchéances ne s'établissent pas dans le même

(1) Voir les numéros des 22 et 28 mars.

REVUE SYPHILIOGRAPHIQUE.

I. Précis iconographique des maladies vénériennes ; par M. le docteur A. CULLERIER, chirurgien de l'hôpital du Midi. Dessins d'après nature par M. Léveillé (1).

Héritier d'un nom justement célèbre dans la science depuis près d'un siècle, M. Cullerier a su le porter avec honneur et se créer par lui-même les titres les plus sérieux. Esprit droit, aussi éloigné d'un attachement aveugle aux errements du passé qu'en garde contre les théories souvent hasardées du présent, le chirurgien de l'hôpital du Midi a acquis parmi les syphiliographes une autorité considérable ; il a élucidé un grand nombre de questions pratiques, et ses travaux ont toujours été marqués au coin de l'observation la plus sévère.

Le *Précis iconographique des maladies vénériennes* doit se composer de dix livraisons ; cinq ont déjà paru. Ces cinq premières livraisons sont consacrées à la blennorrhagie, au chancre simple et au chancre induré ; elles nous permettent de porter un jugement sur l'ouvrage entier, car elles contiennent la discussion de toutes les théories fondamentales.

(1) Paris, chez Méquignon-Marvis, 1861-1863.

A propos de la blennorrhagie et de sa nature, M. Cullerier se déclare franchement non-identiste. Il fait avec soin l'historique des diverses opinions qui ont eu successivement cours dans la science, mais on peut lui reprocher d'avoir poussé trop loin la modestie en n'attribuant pas à son grand-oncle et à son père un rôle assez important. En effet, Cullerier l'ancien, dont les cours eurent un si grand succès dans les premières années de ce siècle, admit à côté de la blennorrhagie syphilitique une autre blennorrhagie de nature contagieuse, mais non syphilitique. C'était un premier pas vers la doctrine de la non-identité formulée pour la première fois par Hernandez et adoptée aussitôt par Cullerier neveu, qui, dans sa clinique à l'hôpital des Vénériens, se fit le vulgarisateur de cette vérité pathologique (*Recherches pratiques sur le traitement de la syphilis, fondées sur les observations de M. Cullerier*, par Lucas-Championnière. Paris, 1845.)

Les symptômes, les lésions diverses, les complications de la blennorrhagie, sont étudiés avec ce soin et cette précision que l'on retrouve dans tous les travaux de M. Cullerier. Les diverses méthodes de traitement sont examinées tour à tour ; l'auteur adopte pour la plus grande majorité des cas la médication par les balsamiques et les astringents. Il rejette absolument, et je crois à tort, les injections abortives, dont il redoute les dangers. Ces dangers ont été fort exagérés ; pour s'en convaincre, il suffit de lire un excellent mémoire publié il y a deux ans par un médecin de Liége, M. Hicguet. Quant aux résultats heureux produits par cette méthode, ils sont nombreux et incontestables, et on réussira le plus souvent, à la condition d'employer l'injection abortive au début de la blennorrhagie. « Quand une » affection est parfaitement établie, écrit M. Hicguet, il n'est plus » question d'en arrêter l'invasion, de la faire avorter ; l'essayer serait » un non-sens. Il s'agit de la guérir. Or les solutions caustiques ne » conviennent plus dans la période inflammatoire de l'uréthrite. »

Il est un point sur lequel M. Cullerier avait déjà insisté dans les leçons qu'il a publiées en 1861, et sur lequel il revient dans son *Précis iconographique*. Il prétend que la blennorrhagie n'a pas de période d'incubation. Je ne partage pas son avis, et je crois qu'il y a une distinction à faire entre la blennorrhagie franche, que j'ai toujours vue précédée d'une incubation de deux ou trois jours, et la blennorrhagie qu'on pourrait désigner sous le nom d'uréthrite ou d'uréthrorrhée, et qu'on observe à la suite d'excès vénériens ou d'ingestion de boissons alcooliques chez les gens qui ont été déjà atteints de blennorrhagie. Cette uréthrite non spécifique, connue dans le public sous le nom vulgaire d'échauffement, n'est pas contagieuse ; elle disparaît sans traitement, et celle-ci seulement n'a pas d'incubation.

La négation de la période d'incubation dans la blennorrhagie est, du reste, logique chez M. Cullerier, car il ne croit pas que l'inflammation qu'elle détermine soit différente des phlegmasies catarrhales simples. Il rejette la théorie du virus granuleux de M. Thiry (de Bruxelles) ; il rejetterait aussi sans aucun doute l'existence d'un parasite spécial ou toute autre hypothèse qui tendrait à attribuer à la blennorrhagie un principe spécifique ; mais, je le demande, comment expliquer, avec cette manière de voir, la contagion de la blennorrha-

ordre. De tous les nerfs moteurs le premier frappé, c'est ordinairement l'hypoglosse. Vous avez vu, en effet, que c'est par la difficulté dans les mouvements de la langue que commence la maladie. Vient ensuite le facial, dont la lésion se traduit par le trouble, par l'immobilisation des lèvres et du voile du palais. Et puis, c'est le spinal qui paraît se prendre le dernier, car il y a déjà des troubles très-graves ailleurs lorsqu'il manifeste les siens. Avant lui, et quelquefois après, c'est la portion motrice de la cinquième paire. Le nerf phrénique, nerf essentiellement moteur, paraît aussi participer à cette déchéance déjà si étendue. Les nerfs intercostaux s'altèrent également dans leurs branches motrices, sans que la sensibilité soit aucunement affectée.

Voyons maintenant ce qui se passe plus particulièrement du côté des organes animés par chacun de ces nerfs, et d'abord dans ceux qui sont sous la dépendance de l'hypoglosse. Ce nerf est chargé, on le sait, de porter l'excitation motrice à des muscles attenant à la langue, l'hypoglosse, le génioglosse et le styloglosse. Lorsque nous faisons la section de ce nerf chez les animaux, la langue perd sa mobilité et la sensibilité persiste, tout de suite la déglutition devient difficile, et on reconnaît que l'animal ne peut plus exécuter certains actes.

Ainsi, chez le chien, le lapement devient impossible et la déglutition très-difficile. L'homme ne lape pas; mais dans quelques circonstances, il lèche. Eh bien, il ne peut plus lécher et encore moins pourrait-il exécuter le lapement. Voilà pour la langue. D'autre part, si vous voulez bien vous rendre compte du mécanisme de la déglutition, vous allez comprendre comment l'altération du nerf hypoglosse la rend pénible et difficile.

Quand un individu a mâché les aliments, il les réunit en un bol dit alimentaire. Pour cela, il va les ramasser avec la pointe de sa langue, et les repousse des sillons maxillaires avec les buccinateurs. Alors la pointe de la langue vient s'appuyer sur la partie antéro-supérieure de la voûte palatine, repousse le bol vers sa base, et celle-ci fait pour ainsi dire le gros dos afin de s'appliquer à la voûte et de repousser le bol en arrière. De plus, les arcades dentaires se resserrent, les parties latérales des joues se contractent et s'aplatissent contre les dents; il se fait un effort général de toutes les parties antérieures pour presser le bol et le chasser en arrière.

Il se passe là dans la bouche un phénomène physique très-simple. C'est une compression sur le bol, qui ne trouve plus d'issue nulle part ailleurs que vers les parties postérieures. Tel est le premier temps de la déglutition.

A ce moment, le voile du palais se relève et se tend devant l'orifice postérieur des fosses nasales, sans quoi le pharynx, qui va se convulser à son tour, refoulerait le bol vers cette ouverture inerte et ouverte devant lui. C'est par l'inertie, par le défaut de redressement du voile du palais que s'explique le passage des boissons ou aliments par le nez. Or si l'individu qui fait effort pour avaler est paralysé, il va se passer quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans le vomissement.

Dans son état normal, l'estomac se contracte et oscille par des mouvements qui poussent son contenu vers le duodénum. Il en est de même de tout l'intestin. Nous vous avons cité, dans une autre circonstance, une expérience que vous pouvez vérifier facilement vous-même. Allez dans un abattoir. Aussitôt un animal tué, un cheval, par exemple, faites détacher et jeter devant vous le gros intestin; vous le verrez se contracter de haut en bas, toujours dans ce sens, et expulser par son bout inférieur les matières qui y étaient renfermées. Mais lorsque vous donnez à vomir ou lorsqu'un individu vomit sous l'influence des causes cérébrales, s'il y a des substances dans l'estomac, et surtout des substances liquides, ces matières seront pressées, d'une part, par les muscles abdominaux, et d'autre part, par les parois de l'organe, et alors qu'arrive-t-il? C'est qu'elles ne trouveront plus, chez l'homme et beaucoup d'animaux, qu'une seule voie pour échapper à cette pression, la voie du cardia et de l'œsophage. Chez les ruminants, vous le savez, ce retour en sens contraire est impossible; le vomissement, chez eux, ne peut avoir lieu. Ainsi donc, il n'y a que la porte œsophagienne qui puisse s'ouvrir devant les matières ainsi pressées de toutes parts; alors l'aliment prend cette voie, remonte, et le vomissement se fait. Or, ces explications préalables une fois données, vous allez voir ce qui se passe chez les personnes atteintes de la paralysie que nous étudions.

Nous avons reconnu que dans la déglutition il était nécessaire que les lèvres se fermassent, que la langue vînt s'appliquer à la voûte du palais. Mais si tout cela ne se fait plus, et si, d'autre part, le pharynx et l'œsophage sont et restent contractés comme l'intestin l'était tout à l'heure pour le vomissement, l'aliment subira la résistance de cette contraction pharyngienne, et il ne pourra la surmonter, parce que la propulsion d'avant en arrière par la bouche et la langue lui manquera; il restera un moment en suspens, et il sera ensuite refoulé vers la bouche. Dans cette situation, les malades ont recours à l'aide de leurs mains et à la position; pendant que d'un côté ils compriment leurs lèvres et aplatissent leur joue avec une main placée contre la bouche, de l'autre ils renversent leur tête en arrière. De cette façon, l'aliment s'introduit peu à peu, plus facilement lorsqu'il est liquide ou demi-liquide, et surtout si la paralysie est encore incomplète. Il y a des muscles qui ne sont pas paralysés, et qui, normalement disposés pour aider à la déglutition, sont un secours utile contre ces difficultés, ou quelquefois les accroissent. Tel est le mylo-hyoïdien; il forme, du côté du plancher buccal, une espèce de sangle oblique vers le pharynx et l'œsophage.

Dans la maladie qui nous occupe, il n'est en général pas paralysé. Or, jouissant de toute son énergie, il fait effort pour pousser l'aliment vers le pharynx; mais si le sujet manque de dents, de lèvres, l'effort qu'il a tenté n'ayant pas eu de succès se tourne contre le malade, et il concourt à l'expulsion des matières par la bouche; il produit alors le même effet que la contraction abdominale sur le duodénum et l'estomac.

La langue est autre chose encore qu'un organe de déglutition; elle est l'agent principal de l'articulation, de la parole. Nous vous avons dit qu'il n'y avait qu'une voyelle réelle, primordiale, l'*a*. Il n'y a pas un seul individu qui ne puisse la prononcer, et, dans quelques conditions que soit le tuyau vocal, elle sort toujours. Les voyelles *e* et *i* nécessitent déjà une intervention notable du côté de la langue, qui, pour les prononcer, doit s'élever et s'appuyer contre la partie postérieure de l'arcade dentaire inférieure et se courber sur son dos. Quand on veut prononcer l'*o* et l'*u*, il faut plus encore, il faut que les lèvres fassent la moue, c'est-à-dire qu'elles s'arrondissent en avant, en anneau, pour l'*o*, en sphincter transversalement allongé pour l'*u*. Ainsi donc, la voyelle primordiale *a* pourra être prononcée en tout état de choses, mais si le tuyau vocal est modifié, la prononciation des autres voyelles le sera aussi.

La langue est nécessaire pour la production des deux dentales *e*, *i*, et des deux labiales *o*, *u*. Aussi les individus dont nous parlons peuvent-ils toujours prononcer la lettre *a*; mais au bout d'un temps ordinairement court, ils perdent la faculté de prononcer les dentales *e*, *i*, et ensuite les labiales *o*, *u*. Mais, avant d'arriver à éprouver des difficultés pour prononcer ces voyelles, ils en ont eu pour prononcer certaines consonnes. Les premières fois que nous leur faisions répéter les lettres de l'alphabet, ils les disaient toutes, à l'exception de l'*r* et du *k*. L'*r* est une lettre qui se prononce de deux façons différentes, selon que l'on roule ou que l'on grasseye. Il y a des nations qui donnent l'*r* avec la langue, elles roulent; d'autres la donnent avec la gorge, elles grasseyent. Pour rouler, il faut une grande aptitude de la langue; on l'a en France. Pour grasseyer l'*r*, il faut que la base de la langue s'élève vers la voûte du palais.

Plus encore pour le *c* dur, pour le *q*, l'*r*, car la prononciation de cette dernière consonne exige l'occlusion de la bouche à sa partie postérieure, à la gorge. C'est une sorte d'éjection qui est faite, quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans la déglutition. Et comme la déglutition physiologique est une des premières fonctions qui soient altérées, il s'ensuit que le *k*, le *c* dur, l'*r*, se perdent promptement les premières parmi toutes les lettres; et puis les dentales, ensuite les labiales, puis l'*n*, l'*m*, parce que l'intervention des organes nécessaires à leur prononciation devient de plus en plus faible.

Maintenant, que se passe-t-il au fond de la bouche, du côté des muscles animés par le facial? Nous avons déjà vu que parmi les muscles animés par ce nerf, ceux qui appartiennent à la face sont déjà immobilisés.

Mais que deviennent ceux qui appartiennent au voile du palais? Ils souffrent aussi, et ces malheureux se trouvent alors dans la condition de ceux qui ont eu une double paralysie des nerfs faciaux, chez lesquels la voix est nasillarde, dans la condition de ceux qui ont eu de la diphthérite, et une paralysie consécutive du voile du palais. Il y a donc voix nasillarde, et de plus, difficulté déjà notée dans l'action de la déglutition. Le voile du palais devient donc inerte, ne peut plus, au moment de la déglutition œsophagienne, se relever et se tendre en arrière des fosses nasales, d'où il suit que les aliments sont repoussés par les fosses nasales s'ils n'avalent pas avec de grandes précautions.

Arrivons au rôle que joue le spinal, ou accessoire de Willis. Ce nerf s'adosse, comme vous le savez, au pneumo-gastrique, et lui envoie de nombreux prolongements, au point que des auteurs ont fait de ce nerf et du pneumo-gastrique un seul nerf. A quoi sert ici le spinal? A la phonation. Quel est son rôle dans cette fonction? Ceci est fort important à considérer. C'est le spinal qui sert à constituer le récurrent laryngé ou laryngé inférieur, qui donne :

1° Un filet de communication avec le laryngé supérieur;

2° Des filets à tous les muscles du larynx, excepté au crico-thyroïdien.

On voit donc que tous les muscles propres du larynx sont animés par le laryngé inférieur venu du spinal, qui donne au pneumo-gastrique toutes les propriétés motrices qu'il possède.

Sans doute le pneumo-gastrique a quelques anastomoses avec le glosso-pharyngien, le facial, l'hypoglosse et le ganglion cervical supérieur, anastomoses dont il reçoit aussi des propriétés motrices indépendantes de celles qui lui sont fournies par le spinal, mais c'est ce dernier nerf qui lui donne les principales; et pour ce qui concerne la phonation, on sait que si l'on coupe ou plutôt si l'on arrache le spinal dans sa portion crânienne, à l'instant les muscles nécessaires à la phonation cessent d'agir, et la voix s'éteint, ou bien leur action est si minime et la voix si abaissée, que l'on comprend qu'il n'y a plus que quelques rameaux moteurs venus d'ailleurs qui agissent faiblement et indépendamment du spinal. Le spinal est donc le moto-phonateur. C'est à lui, comme l'a démontré M. Cl. Bernard, qu'appartient la phonation.

Par conséquent, lorsque l'on voit, d'une part, toutes les fonctions du pneumo-gastrique se continuer, et que, d'autre part, la phonation cesse, nous devons supposer qu'il s'est fait chez l'individu malade une opération analogue à celle que M. Bernard pratique sur les animaux en leur détruisant le spinal, nous devons supposer et même admettre que le spinal est altéré; et par suite, sont détruites les fonctions motrices du larynx par le fait du spinal, comme l'ont été celles des lèvres, de la langue, du voile du palais, par le fait du facial et de l'hypoglosse.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE RENNES.

M. Aubry.

Fracture extra-capsulaire du col du fémur; rotation en dedans. Difficultés de diagnostic.

Les fractures du col du fémur accompagnées de rotation du membre en dedans sont assez rares pour que la publication de l'observation suivante m'ait paru utile.

Dupuytren n'en a rencontré que deux exemples; M. Mercier, en 1835, en a rapporté deux cas, qui tous deux ont été pris pour des luxations de la cuisse; la même année, M. Michon en a présenté un cas à la Société anatomique; enfin, A. Cooper, Sanson, MM. Hervez de Chégoin et Goyrand en ont fait connaître chacun une observation. Mais Louis, Sabatier et Boyer ne l'avaient jamais observée.

---

gie, sa persistance si elle n'est pas soumise à une médication énergique, et ses complications si fréquentes?

M. Cullerier, quoique uniciste en principe, reconnaît cependant que le chancre mou n'est pas généralement suivi de vérole, et que le chancre induré en est au contraire, dans l'immense majorité des cas, le premier symptôme. Il admet sans restriction la contagion des accidents secondaires, et il professe que le résultat de leur inoculation sur un sujet sain est un chancre infectant. Il repousse la prétendue immunité de la région céphalique que l'on a cru réfractaire au chancre mou jusqu'au jour où MM. Nadau des Islets et Buzenet ont démontré expérimentalement le contraire. En un mot, il adopte la plupart des idées nouvelles, après les avoir soumises à une critique toujours sévère, mais toujours impartiale. Tout ce qui concerne la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des deux chancres, est traité de main de maître.

On reconnaît aux détails méticuleux des descriptions, aux remarques judicieuses qui les accompagnent, l'observateur sagace placé depuis plus de vingt ans à la tête d'un service important et rompu à toutes les difficultés de la pratique.

Les planches d'après nature, qui forment l'utile complément du texte, sont dues à un de nos plus habiles artistes, M. Léveillé. J'ai vu à Saint-Lazare les originaux de quelques-uns de ces dessins, et j'ai pu me convaincre de leur exactitude. M. Léveillé a cherché avant tout à faire vrai, et il a réussi. Je ne puis m'empêcher de regretter que l'éditeur ait choisi un aussi petit format; car ces dessins, tous remarquables au point de vue artistique, eussent certainement gagné à être encadrés de marges moins étroites.

En résumé, le Précis iconographique des maladies vénériennes de M. Cullerier sera un excellent guide pour le praticien, qui, grâce aux dessins de M. Léveillé, pourra suppléer en quelque sorte à l'enseignement clinique spécial qui lui manque si souvent.

II. **Lettres sur la syphilis** adressées à M. le Rédacteur en chef de l'*Union médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien honoraire de l'hôpital du Midi, etc., chez J. B. Baillière, 3e édition. Paris, 1863.

On se souvient du bruit que firent à leur apparition les lettres de M. Ricord. Tout justifiait ce succès exceptionnel, la haute position scientifique de l'auteur, le zèle et l'ardeur qu'il apportait à la défense de sa doctrine, la forme spirituelle et entraînante de son style, et enfin la popularité inouïe de son nom. A cette époque, ses théories régnaient sans partage; le plus grand nombre des syphiliographes de France et d'Europe se disaient hautement ses élèves, et si quelque dissident malavisé se permettait une objection timide, il succombait bien vite sous le nombre ou demandait merci.

Aujourd'hui, l'état des choses est quelque peu changé. La science a marché, et ce n'est plus M. Ricord qui tient le drapeau du progrès. La transmissibilité des accidents secondaires, contre laquelle il a combattu si longtemps, est démontrée péremptoirement, de son aveu même. Dans son livre sur le chancre, il a presque reconnu le nouveau dogme de la dualité chancreuse; enfin, l'inoculation possible de la syphilis secondaire par le sang paraît être expérimentalement prouvée. Or, dans les *Lettres sur la syphilis* qui viennent d'être rééditées sans changement ni corrections, la transmissibilité de la syphilis par les accidents secondaires et par le sang, la dualité chancreuse, sont énergiquement rejetées. Ce livre ne peut donc pas avoir un intérêt d'actualité, mais tous ceux qui voudront se rendre compte de la marche qu'ont suivie les idées en syphiliographie depuis dix ans, le liront avec fruit. Ils pourront juger des modifications profondes qu'elles ont subies; mais ils verront aussi quel rôle important a joué M. Ricord, quelles erreurs et quels préjugés il a abattus; que d'idées justes il a fait germer, et ils comprendront que l'illustration et le respect qui l'entourent ne sont que la juste récompense de ses travaux.

III. **Trattato teorico-pratico sulle malattie veneree** (Traité théorique et pratique des maladies vénériennes), par le docteur Galligo, 3e édition. Florence, 1864.

Parmi les syphiliographes étrangers, M. Galligo occupe sans contredit un des premiers rangs, et son livre, qui représente fidèlement l'état de la science en Italie, a pour nous un très-grand intérêt. A part quelques dissidences de détail, cet ouvrage est un nouveau manifeste en faveur des idées modernes des écoles de Paris et de Lyon, idées qui ont déjà reçu les adhésions de M. Lee en Angleterre, et de MM. Lindwurm et de Baërensprung, en Allemagne.

Sans adopter absolument la théorie dualiste, et en faisant quelques réserves que l'avenir, j'en ai la conviction, lui fera abandonner, M. Galligo reconnaît que le chancre simple n'est pas suivi de syphilis,

Pour ma part, c'est la première fois qu'il m'a été donné de rencontrer un fait de cette nature.

Le 10 novembre 1863 est entrée dans le service de la clinique chirurgicale, salle Notre-Dame, n° 2, une femme des environs de Rennes, âgée de soixante-dix ans.

Trois jours avant son entrée, cette vieille femme avait fait une chute de sa hauteur, et était tombée sur la hanche gauche; elle avait éprouvé une violente douleur et n'avait pu se relever.

On observait les signes suivants : douleur vive dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale gauche; impossibilité absolue de mouvements spontanés; gonflement général des régions fessières et crurale supérieure; empâtement, ecchymose, qui rendent difficile l'exploration de ces parties. Tout le membre abdominal est dans la rotation en dedans; la pointe du pied repose sur le cou-de-pied du côté droit; le genou appuie également sur le membre du côté opposé; la cuisse et la jambe sont légèrement fléchies. Les deux membres pelviens étant placés dans la même attitude, on trouve par la mensuration un raccourcissement de 4 centimètres pour le côté blessé.

A première vue, la rotation en dedans du membre gauche me fit songer à une luxation ilio-ischiatique du fémur, et je fus amené à chercher si je ne trouverais pas dans la région fessière, en arrière du grand trochanter, la tumeur formée dans ce genre de luxation par la tête de l'os. Le résultat fut négatif; mais la tuméfaction des parties molles pouvait induire en erreur, et il me restait des doutes dans l'esprit; j'eus alors recours à un autre mode d'exploration : je saisis la jambe au-dessous du genou, et j'imprimai à la cuisse des mouvements de flexion et d'extension; je la portai en dedans, puis en debors; sans doute ces manœuvres étaient douloureuses, mais les mouvements qui en résultaient offraient assez d'étendue; ils étaient faciles, plus faciles qu'ils n'eussent été dans une luxation. Il était possible de mettre le membre en ligne droite et de ramener la pointe du pied en avant; seulement, dès qu'on abandonnait le membre à lui-même, il reprenait sa position vicieuse de rotation en dedans.

Quant au raccourcissement, des tractions énergiques opérées sur le bas de la jambe ne purent parvenir à le faire complétement disparaître; elles n'aboutirent qu'à le diminuer de 2 centimètres. Pendant ces manipulations, je crus bien constater de la crépitation, mais pas d'une manière assez nette pour qu'elle pût éclairer le diagnostic.

Enfin, la cuisse étant fléchie sur le bassin, un lien fut mené en ligne droite de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la tubérosité de l'ischion; il laissait à 3 centimètres au-dessus de lui ce qu'on pouvait croire être le sommet du grand trochanter. Ce signe indiqué par M. Nélaton comme appartenant aux luxations ilio-ischiatiques, prouvait seulement que le grand trochanter était plus haut que dans l'état sain, et l'on conçoit facilement qu'on le trouve aussi dans les fractures du col avec raccourcissement du membre.

La crépitation n'étant pas évidente, le grand trochanter me paraissant décrire des arcs de cercle aussi étendus qu'à l'état normal; enfin le gonflement s'opposant à ce qu'on pût s'assurer d'une manière précise si la tête du fémur formait tumeur dans la région fessière, il restait comme signes très-accusés : le raccourcissement, la rotation en dedans et l'élévation du grand trochanter constatée par le procédé de M. Nélaton; mais comme ces signes sont communs aux luxations ilio-ischiatiques et à certaines fractures du col, ils ne pouvaient servir à asseoir le diagnostic. Cependant, je n'hésitai pas à admettre une fracture du col, me fondant sur la facilité avec laquelle on imprimait des mouvements à la cuisse; dans les luxations le fémur est comme fixé dans sa nouvelle position, les mouvements communiqués sont très-bornés, le bassin se meut en totalité; enfin la difficulté même du diagnostic me semblait devoir l'éclairer. Les luxations ont en général des caractères très-tranchés, et en cas de doute, il est dit que l'on doit plutôt admettre une fracture du col.

Le 12 novembre, comme quelques personnes paraissaient conserver des doutes, je me décidai à tenter quelques manœuvres de réduction par la méthode de Desprès; elles furent sans résultat.

Il se peut que chez un sujet encore jeune il soit utile, dans les fractures du col, de recourir à l'un des nombreux appareils à extension continue; mais je crus, dans ce cas particulier, en raison de l'âge avancé de la malade, devoir me borner à poser le membre en demi-flexion sur une pile de coussins.

Il ne survint aucun accident local; peu à peu le gonflement disparut; mais la rotation persista, et le raccourcissement devint plus considérable, quoique la malade ait constamment gardé le lit. (L'autopsie démontra qu'il avait atteint 6 centimètres).

Le 24 janvier 1864, deux mois et demi après la production de la fracture, la malade fut prise d'oppression, de toux et de fièvre, les traits s'altérèrent, et le 26 du même mois elle succomba à une pneumonie qui fut constatée à l'autopsie.

Autopsie. — Malheureusement pour les recherches que je me proposais de faire, le cadavre fut livré aux dissections, et la pièce ne me fut remise qu'après qu'elle eut été dépouillée des muscles.

Le col du fémur est fracturé à sa jonction avec le corps (fracture extra-capsulaire). La tête de l'os est restée dans la cavité cotyloïde, qui est intacte. Le corps du fémur a glissé de bas en haut dans l'étendue de 6 centimètres, de sorte que les surfaces de la fracture ne se correspondent plus (déplacement suivant l'épaisseur). En même temps le corps de l'os ou fragment inférieur a subi un mouvement de rotation en dedans par suite duquel sa face antérieure est devenue interne, et c'est avec la partie supérieure de cette face que la surface fracturée du col se trouve en rapport. A ce niveau (4 centimètres au-dessous de la base du grand trochanter), le col du fémur est entouré d'une sorte de bourrelet, d'anneau formé aux dépens du périoste et d'esquilles, le tout en voie d'ossification; il existe entre les fragments une certaine mobilité. Le grand trochanter, détaché du corps de l'os, forme la partie supérieure de ce bourrelet; cette apophyse a donc abandonné le corps du fémur; elle est restée unie au col après avoir subi un déplacement tel que sa face externe regarde en haut et son sommet en dedans.

Il resterait à rechercher les rapports entre les lésions anatomiques et la rotation en dedans. Nous avouons n'avoir rien à ajouter à cet égard à ce qu'on trouve dans tous les auteurs; mais nous devons cependant faire observer que le grand et le petit trochanter se trouvant séparés du fragment inférieur. Le fait que nous venons de relater semble favorable à l'explication de M. Brun. Suivant ce chirurgien, « il y a dans ces cas exceptionnels ou une simple fracture du corps, soit au-dessus, soit au-dessous du petit trochanter, ou *simultanément* une fracture du col et une fracture du corps dans l'espace inter-trochantérien; alors, en effet, l'expérimentation cadavérique prouve que les muscles pelvi-trochantériens demeurant attachés au fragment supérieur, le fragment inférieur peut être entraîné avec la même facilité dans la rotation en dedans ou en dehors. » (Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 770.)

J'ai dit que mon observation paraissait favorable à l'explication de M. Brun, *en ce sens que le grand et le petit trochanter sont séparés du fragment inférieur*. Je dois cependant convenir qu'elle me semble faire bon marché de la pesanteur comme cause de rotation en dehors, et attribuer comme cause de ce déplacement une part bien grande aux muscles pelvi-trochantériens.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

Expulsion d'une mole deux jours après l'accouchement.

Par M. le docteur PICHON.

Mme X..., âgée de vingt et un ans, demeurant rue de Grenelle-Saint-Honoré, n° 16, comptait accoucher vers la fin de septembre, lorsque le 10 août elle fit une chute sur les genoux en manquant le trottoir. Elle put néanmoins se relever et rentrer seule chez elle; aucun accident ne se manifesta; seulement elle remarqua que les mouvements de l'enfant, qui du reste avaient été fort obscurs pendant le cours de sa grossesse, cessèrent complétement d'être perçus.

Dans la nuit du 24 au 25 août, elle ressentit quelques douleurs, et me fit appeler vers le matin pour l'assister. Je constatai d'abord une perte assez considérable, qui durait, m'a-t-on dit, depuis environ une heure, et j'arrivai juste à temps pour recevoir une masse qui, déjà hors de la vulve, s'échappait enveloppée de ses membranes. Celles-ci étant rompues, je reconnus le siége, qui se dégagea facilement, ainsi que les jambes, puis les bras et les épaules. L'expulsion de la tête n'offrit guère plus de difficultés; l'index de la main gauche placé dans la bouche de l'enfant, les deux premiers doigts de la droite appuyant sur l'occiput, il me fut facile de l'extraire, et immédiatement à sa suite une contraction énergique chassa le placenta, de telle sorte que je n'eus pas à délivrer.

L'enfant, du sexe féminin, était mort; il me parut avoir environ huit mois, et ne présentait aucune trace de putréfaction.

Le cordon ombilical, mince et grêle, était rouge et comme imbibé de sang; il s'insérait au centre du placenta. Enfin celui-ci, d'un volume ordinaire, était complet, et ne présentait aucune trace de déchirure.

Je croyais tout terminé lorsque, examinant la mère, je fus surpris de ne pas voir ce *flot* qui suit ordinairement l'accouchement; pas le moindre écoulement ne se produisait par la vulve, et les pressions exercées sur l'abdomen ne donnaient lieu à aucune sortie de liquide. Je remarquai, en outre, que l'utérus était encore volumineux, qu'il s'élevait au-dessus de l'ombilic, et j'appris de la mère que pendant sa grossesse elle avait observé un plus grand développement du ventre sur les côtés qu'au centre.

Au toucher, je trouvai l'orifice supérieur du col déjà rétracté; mais à travers les parois utérines, il me fut facile de faire ballotter un corps qui me parut assez volumineux. L'auscultation ne me donna aucun résultat; néanmoins je crus pouvoir annoncer l'arrivée probable et prochaine d'un second enfant.

Pendant plusieurs heures, j'attendis, mais en vain; aucune douleur ne se manifesta, et comme l'état général était excellent, qu'aucun accident ne se produisait, et que d'ailleurs Mme X... n'était pas à terme, je pris le parti d'attendre.

Je revis la malade dans la journée; elle se sentait très-bien, très-forte, et n'avait ressenti aucune nouvelle douleur. Je touchai de nouveau; toujours même ballottement, toujours même distension de l'utérus; pas d'écoulement par la vulve. La malade me confirma encore ce qu'elle m'avait déjà dit quant à l'état du ventre pendant sa grossesse. Rien à l'auscultation. Du reste, l'état général était toujours bon, le moral excellent; il y avait sommeil et appétit; pas de fièvre. Je résolus d'attendre encore.

Or, le 27 au matin, c'est-à-dire deux jours après l'accouchement, la malade fut prise de nouvelles douleurs, et à mon arrivée on me présenta une masse qui venait d'être expulsée à la suite d'une forte contraction. Cette masse, plongée dans l'eau, lavée avec soin, était d'un blanc sale, jaunâtre, dense, grenue, peu vasculaire et très-graisseuse. Son volume égalait à peu près celui des deux poings. Depuis son expulsion, l'utérus était revenu sur lui-même; les lochies se sont établies, mais comme je crus remarquer un peu d'odeur, des lavages à grande eau furent prescrits et exécutés. Les suites de couches ont été bonnes; la fièvre de lait a marché régulièrement, et aujourd'hui, 6 septembre, Mme X... a pu quitter son lit pour un fauteuil.

Ce fait m'a paru intéressant à plus d'un titre; en effet, sans m'arrêter à ce que peut avoir d'exceptionnel l'expulsion d'un œuf de huit mois complétement enveloppé de ses membranes, l'intérêt pour moi réside dans le fait de cette môle expulsée quarante-huit heures après l'accouchement. Il est évident qu'il y avait grossesse double, que l'un des œufs s'est seul developpé, et qu'il serait arrivé probablement à terme sans l'accident, sans la chute de la mère; il est évident aussi que le second, non-seulement n'a pas eu un développement régulier, mais que sous l'influence d'une certaine cause, il n'a plus constitué qu'un produit altéré. Or, dans le cas actuel, quelle peut être la cause de cette altération? D'après les recherches de M. Velpeau, une mole n'est autre chose qu'un œuf altéré par suite d'une maladie à lui propre; de là les hydatiformes, les moles graisseuses, etc.; mais, dans le fait que je cite, la présence de deux œufs dans l'utérus n'a-t-elle pas pu contribuer à cette altération? En d'autres termes, la gêne, la compression qu'ils peuvent exercer l'un sur l'autre n'ont-elles pu favoriser la maladie et, par suite, la transformation de l'un d'eux? Et, de plus, cette mole, une fois formée, n'a-t-elle pas pu, à son tour, contribuer à l'expulsion prématurée de l'œuf développé, alors surtout qu'une chute a agi comme cause occasionnelle? Tout cela me semble possible, mais ne peut être prouvé d'une manière absolue.

Quoi qu'il en soit, le fait actuel est bizarre, curieux; il m'a semblé digne d'être signalé. (*Union médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 mars 1864. — Présidence de M. DECAISNE.

M. FLOURENS présente à l'Académie un ouvrage dont il est l'éditeur. Cet ouvrage a pour titre: *Chefs-d'œuvre littéraires de Buffon*. En tête de l'ouvrage, M. Flourens a mis une *Introduction*.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission de neuf membres chargée d'examiner les pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

MM. Andral, Bernard, Rayer, Cloquet, Jobert, Velpeau, Flourens, Longet et Serres réunissent la majorité des suffrages.

Nouvelles recherches sur la formation des premières cellules embryonnaires; par M. LEREBOULLET. — Quelques embryologistes, et parmi eux M. Reichert (de Berlin), persistent à regarder la segmentation vitelline comme un travail cellulaire. Pour eux, les sphé-

au moins dans la presque unanimité des cas, et que le chancre induré en est au contraire fatalement suivi.

Il admet aussi que le chancre induré est produit par le virus syphilitique et que le chancre simple est le résultat d'un *contagium* spécial, toutes les fois qu'il n'est pas suivi de vérole, c'est-à-dire dans presque tous les cas. Quant au chancre mixte, l'auteur croit à son existence, mais il soutient, comme je l'ai fait déjà, que ce chancre ne constitue pas une espèce morbide distincte, et que ce n'est que le résultat accidentel de la coexistence au même point de l'économie du virus syphilitique et du *contagium* spécial au chancre simple.

Selon quelques syphiliographes, le virus syphilitique n'est pas immédiatement absorbé; il stationne au point d'inoculation jusqu'à ce qu'il ait produit l'accident local, qui, selon eux, serait la source de l'infection générale de l'organisme et non pas sa conséquence. Cette manière de voir a été soutenue pendant longtemps par M. Ricord. C'est à M. Galligo que revient l'honneur d'avoir l'un des premiers, en 1849, donné une interprétation plus exacte et plus rationnelle de la période d'incubation, qu'il considère comme le laps de temps nécessaire au virus introduit dans l'économie pour l'infecter tout entière et pour la rendre apte à reproduire ce même virus. J'ai, dans ma thèse inaugurale, apporté par la comparaison du virus syphilitique avec les virus de la morve, de la clavelée, de la vaccine, de nouveaux faits à l'appui de cette opinion, qui tend à se généraliser.

La contagiosité des accidents secondaires trouve dans M. Galligo un défenseur d'autant plus chaleureux et plus convaincu, qu'il l'a expérimentée sur lui-même. Il s'est inoculé en 1860, à la région dorsale de la main, du pus de plaque muqueuse. « *L'ulcera infettante*, » dit-il, *non tardo a manifestarsi e fu seguita da mite sifilide costituzionale.* » Il admet aussi que le résultat de l'inoculation d'un accident secondaire sur un sujet sain est un chancre induré.

Il se range au nombre des partisans de la possibilité de la transmission de la syphilis secondaire par le sang. Il cite les expériences concluantes de Waller de l'Anonyme du Palatinat; et, de plus, il a été témoin du résultat de l'inoculation pratiquée par son confrère de Florence, M. Pellizzari, avec du sang d'un syphilitique à la période secondaire sur M. Bargioni, inoculation qui a été suivie, après vingt-cinq jours d'incubation, d'un chancre infectant, première manifestation d'une syphilis constitutionnelle qui suivit son cours ordinaire.

A une époque où n'avaient pas encore paru les travaux remarquables de mon excellent ami le docteur Viennois, M. Galligo avait déjà appelé l'attention du public médical sur la possibilité de la transmission de la vérole par la vaccination; il s'est élevé un des premiers contre la régularité prétendue immuable de l'évolution des accidents secondaires et tertiaires. Dès 1858, il a préconisé le chlorate de potasse contre la salivation mercurielle, et démontré que l'action de l'iodure de potassium était beaucoup plus puissante chez les malades qui avaient été soumis déjà à la médication hydrargyrique. En un mot, il n'est pas de chapitre du traité de M. Galligo qui ne contienne la preuve des travaux nombreux et importants de l'auteur.

Ce livre a obtenu l'approbation de l'Académie royale de médecine de Turin, et en quelques années il est devenu classique. La troisième édition qui vient d'être publiée a été refondue entièrement, et augmentée de plus de 500 pages. C'est aujourd'hui un traité *ex professo* complet, un véritable *Compendium* dans lequel le lecteur peut trouver l'histoire de tous les progrès accomplis en syphiliographie dans ces dernières années, la description exacte de tous les symptômes des affections syphilitiques et vénériennes, l'exposé critique des méthodes de traitement et des diverses mesures prophylactiques qu'il serait désirable de voir adopter par les administrations de la plupart des villes où la prostitution n'est encore soumise qu'à des règlements presque illusoires.

Le livre de M. Galligo est sans contredit un des meilleurs ouvrages publiés en Italie dans ces derniers temps. Je fais des vœux bien sincères pour que son mérite le désigne à l'attention de la commission chargée de décerner le prix fondé par le regrettable professeur Riberi. Quant à son succès de vente, il est assuré, puisque les deux premières éditions ont été enlevées en quelques années.

Dr Aimé MARTIN.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1864, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1863, et les formules des médicaments nouveaux; suivi de trois notes sur l'origine et la nature de la vaccine, sur l'inoculation et sur le traitement de la syphilis; par M. A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 24e année. Un vol. in-32. Prix: 1 fr. 25. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Méd., 17.

res qui résultent du fractionnement vitellin sont des cellules, et les cellules embryonnaires ne sont autre chose que les derniers termes de ce fractionnement.

Dans deux mémoires précédents, M. Lereboullet a consigné plusieurs faits contraires à cette manière de voir, et il est arrivé à regarder, avec la plupart des embryologistes actuels, le travail de segmentation comme une préparation au travail cellulaire. Désirant éclairer cette importante question d'embryogénie, il a fait de nouvelles recherches dont il résume les résultats dans les propositions suivantes :

1° Le travail de fractionnement du germe comprend deux phases : la segmentation vitelline proprement dite, et la division ultérieure des sphères qui résultent de cette segmentation.

2° Je conserve le nom de *globes de segmentation* aux sphères provenant des premières divisions du germe, et celui de *globes générateurs* à celles qui se produisent après que le germe est redevenu lisse.

3° Il n'existe pas de membrane propre autour des globes de segmentation, ni autour des globes générateurs. Les granules qui composent les uns et les autres sont unis entre eux par une matière cohérente.

Ces sphères ne sauraient donc être considérées comme des cellules.

4° Les globes générateurs suivent, dans leur fractionnement, la même marche que les globes de segmentation.

5° Ce fractionnement paraît toujours déterminé par l'apparition, au centre de la sphère, d'une vésicule autour de laquelle sont groupés les éléments de cette sphère.

6° Cette vésicule, tantôt transparente, tantôt granuleuse, se divise en deux autres, et chacune de celles-ci devient à son tour un centre d'attraction pour la formation de nouvelles sphères.

7° Les sphères qui résultent de la division des globes générateurs deviennent de moins en moins granuleuses, et leurs granules sont plus fins et plus pâles.

8° Ces granules finissent par disparaître complétement.

9° Les globes générateurs sont alors remplacés par de véritables cellules.

10° Les cellules embryonnaires sont donc positivement des formations nouvelles.

11° Elles paraissent commencer par la formation d'un noyau vésiculeux central autour duquel viennent se grouper des granules qui n'existaient pas auparavant.

12° La question de savoir si la membrane cellulaire précède ou suit la formation du noyau vésiculeux et le dépôt de granules autour de ce noyau reste indécise.

(Commissaires : MM. Milne Edwards, Velpeau et Coste.)

— M. LEREBOULLET lit une *Note sur l'origine et la formation des corpuscules sanguins chez les poissons*. (Mêmes commissaires.)

— MM. PÉCHOLIER et SAINTPIERRÉ adressent de Montpellier une Note contenant les résultats d'un travail qu'ils ont fait en commun *sur l'hygiène des ouvriers peaussiers du département de l'Hérault*. (Renvoi à l'examen de MM. Andral et Bernard.)

— L'Académie reçoit diverses pièces adressées au Concours pour divers prix à décerner en 1864, savoir :

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

1° « Recherches sur la structure de l'ovaire », par M. SAPPEY;

Ce travail, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, a pour but de démontrer que l'ovaire de la femme et des mammifères ne diffère pas de celui des oiseaux, des reptiles et des poissons, et que sa structure est complétement identique dans les quatre classes de vertébrés.

2° « Recherches sur l'anatomie et la physiologie du mésencéphale », par M. PHILIPPE LUSSANA. A ce mémoire, qui est écrit en italien et accompagné d'un atlas, l'auteur a joint cinq opuscules imprimés et également destinés à être mis sous les yeux de la commission.

3° Analyse d'un « Traité sur la contraction tonique des vaisseaux sanguins et sur l'influence de cette contraction relativement à la circulation », par M. GOLTZ (de Kœnisberg).

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

1° « Études sur l'ivraie enivrante, *lollium temulentum*, et sur quelques autres espèces du genre *lollium* », par MM. BALLET et FILHOL, 2e partie.

La première partie de ce travail a été publiée et présentée à la séance du 21 décembre 1863.

2° « De la coxalgie, de sa nature et de son traitement », par MM. MARTIN et COLLINEAU, avec un atlas in-4°.

3° Analyse manuscrite d'un mémoire imprimé de M. COURTY, « sur les substitutions organiques », mémoire mentionné au Compte rendu de la séance du 14 décembre 1863.

4° « Observations de médecine pratique pouvant servir à élucider certaines questions sur lesquelles la sience n'est pas fixée encore.

Ce travail, qui se compose de quatre parties, porte le nom de l'auteur sous pli cacheté. La commission des prix de médecine et de chirurgie jugera si elle doit accepter dans l'état où il est envoyé le présent manuscrit.

PRIX RELATIF A LA PELLAGRE.

1° « Des effets de l'insolation chez les aliénés (pellagre) » par M. BRUNNER, médecin en chef de l'hospice des aliénés, à Dijon.

2° « Histoire de la pellagre », par M. COSTALLAT.

A ce mémoire sont joints comme pièces à l'appui cinq opuscules et un morceau de pain pris à Acered (Aragon), le 2 avril 1863.

3° « Mémoire sur la pellagre ». Ce manuscrit, qui porte le nom de l'auteur sous pli cacheté, donne lieu à la même remarque que celui dont il a été fait mention ci-dessus à l'occasion du concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

PRIX DU LEGS BRÉANT.

1° Note de M. BONJEAN donnant la composition d'un remède employé avec succès contre le choléra et annonçant l'envoi de trente flacons de ce médicament.

2° et 3° Deux autres pièces destinées au même concours portent le nom des auteurs sous pli cacheté.

Un des mémoires, qui est écrit en français, sera envoyé à la section de médecine et de chirurgie, qui jugera si elle doit l'accepter avant que l'auteur se soit fait connaître.

L'autre mémoire, qui est en allemand, ne peut être reçu, les pièces adressées au concours devant être écrites en français ou en latin.

Sur la constitution du germe dans l'œuf animal avant la fécondation. Note de M. BALBIANI, présentée par M. Bernard. — Dans la théorie cellulaire de l'œuf telle qu'elle est généralement acceptée de nos jours depuis les travaux de Schwann, le vitellus ne représente autre chose qu'un contenu de cellule. Cependant des faits nombreux ont montré que ce corps n'avait pas toujours une composition aussi élémentaire. Ainsi, dans tous les œufs qui ne subissent qu'une segmentation partielle, le vitellus est formé de deux parties bien distinctes par leur structure et leur destination physiologique, c'est-à-dire du jaune ou vitellus proprement dit, et du germe qui seul est le siége de cette segmentation. De plus, on a constaté que chez un grand nombre de vertébrés ovipares, le jaune est constitué par un assemblage de grandes cellules ou vésicules renfermant la matière destinée à l'alimentation de l'embryon. Quant à l'élément germinatif, on n'y a pas encore signalé la même structure celluleuse, et l'on se contente de le décrire comme formé par un amas de fines granulations réunies par une substance visqueuse homogène.

Les observations que M. Balbiani a faites sur l'organisation de l'œuf ovarien chez un certain nombre de vertébrés et d'invertébrés l'ont conduit à cette conclusion que le germe se constitue dans l'intérieur de cet organe sous la forme d'une cellule qui y prend spontanément naissance, et qui tend à se substituer peu à peu à la cellule ovulaire ou cellule mère primitive. Cette substitution est plus ou moins complète suivant les conditions dans lesquelles l'embryon est destiné à se développer. Pendant sa formation, cette cellule embryonnaire primordiale produit, par génération endogène, d'autres cellules ou cellules filles, lesquelles renferment la matière germinative, de même que les cellules vitellines contiennent celle destinée à la nutrition du nouvel être en voie de développement.

C'est ce que l'auteur s'est proposé de démontrer dans cette note.

Nouvelle preuve de la construction vertébrale de la tête. — Note de M. LAVOCAT, présentée par M. Milne Edwards.

Les recherches que l'auteur a publiées l'an dernier avaient pour but de confirmer la construction vertébrale de la tête, et de prouver que chacune des quatre vertèbres céphaliques est le siége d'un appareil de sens.

A l'aide de plusieurs observations tératologiques, il a pu montrer qu'il y a toujours concordance de développement entre tel ou tel organe de sens et le segment vertébral qui lui est approprié.

Il communique à l'Académie un nouveau fait qui est remarquable en ce qu'il fait voir, chez un même animal, les résultats produits par la suppression d'un organe de sens sur un côté de la tête et par la persistance de cet organe sur le côté opposé.

De ces faits il se croit autorisé à conclure :

1° Que chacune des quatre vertèbres céphaliques protége un appareil de sens ;

2° Que chacune est exactement composée des éléments qu'il a indiqués ;

3° Et qu'il a donné à chaque pièce constitutive de la tête sa véritable signification.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Ladrait, ancien élève-lauréat de l'Ecole de médecine de Lyon, vient d'être nommé chef de clinique obstétricale.

— Samedi dernier, 2 avril, a eu lieu à la Sorbonne, sous la présidence de M. le ministre de l'instruction publique, la distribution des prix accordés aux Sociétés savantes à la suite du concours de 1864. Après un éloquent discours par lequel M. le ministre Duruy a ouvert la séance, MM. Amédée Thierry, vice-président de la section d'histoire, Milne Edwards, vice-président de la section des sciences, et de La Grange, président de la section d'archéologie, ont lu successivement des rapports dans lesquels ils ont retracé le tableau des nombreux et importants travaux accomplis dans le cours de ces dernières années par les membres des Sociétés savantes des départements. Les secrétaires des sections ont proclamé ensuite les noms des lauréats.

— La Société des Amis des sciences tiendra sa septième séance publique annuelle, sous la présidence de M. le maréchal Vaillant, le mardi 5 avril, à huit heures du soir, à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres.

On y entendra, indépendamment du compte rendu de la gestion du conseil d'administration, une communication relative à l'étude optique des sons, par M. Lissajous, professeur de physique au lycée Saint-Louis, et l'éloge de Félix Dujardin, par M. Gratiolet.

— M. le professeur Tardieu commencera à la Faculté le cours de médecine légale mercredi, 6 avril, à quatre heures, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le docteur Woillez commencera le lundi 11 avril, à neuf heures, à l'hôpital Cochin, ses conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 41. — JEUDI 7 AVRIL 1864. (37e ANNÉE.) N° 41. — JEUDI 7 AVRIL 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 AVRIL 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur l'origine de la vaccine est terminée; elle a été close hier après les allocutions de deux membres intervenus à la dernière heure, MM. Devergie et Briquet, et une nouvelle et dernière réplique de M. Bousquet, qui résume parfaitement le point fondamental du débat.

Cette discussion, beaucoup trop prolongée, eût beaucoup gagné, sans aucun doute, à être dégagée des questions personnelles, qui l'ont étendue démesurément sans profit pour la science, et passionnée plus d'une fois sans que sa dignité y ait rien gagné. Néanmoins, malgré ses écarts, elle n'en restera pas moins une des plus instructives et des plus utiles qu'il nous ait été donné de suivre depuis longtemps. Peu de questions, en effet, ont été plus profondément remuées, et l'on ne citerait pas beaucoup de débats qui aient conduit à une solution aussi précise et aussi nette, ainsi qu'à un résultat pratique aussi important.

Nous n'entreprendrons pas ici de faire un résumé compendieux de tous les faits, de toutes les idées et de tous les incidents qui s'y rattachent; nous nous bornerons à inscrire son résultat et à signaler les points de fait ou de doctrine qu'elle n'a fait que soulever, laissant à l'avenir le soin de les résoudre.

Un fait d'un grand intérêt pour la science pathologique générale est irrévocablement acquis à la science, c'est la découverte de la maladie *vaccinogène* du cheval.

Depuis plus de trois quarts de siècle, la question de l'origine de la vaccine était vainement débattue; faute d'expériences décisives, elle sortait toujours indécise de chaque lutte nouvelle dont elle était l'objet. Grâce au concours heureux, quoique entravé par plus d'un tiraillement, de l'observation et de l'expérience, la solution tant cherchée est enfin trouvée. Honneur à l'observateur sagace et à l'expérimentateur habile qui nous ont définitivement donné un résultat si laborieusement et si longuement préparé. Les noms de MM. Depaul et Bouley seront désormais inséparablement rattachés au souvenir de la découverte de l'origine équine du vaccin et devront être confondus dans un sentiment commun de reconnaissance. Marquons à la manière des anciens cet événement d'une pierre blanche, comme l'a dit l'un d'eux, et oublions les petites récriminations qui ont été échangées à cette occasion.

Cette découverte, en effet, n'est pas seulement un fait scientifique considérable, en ce qu'elle jette la lumière sur un point obscur et plein de confusion jusqu'alors de la médecine vétérinaire, et qu'elle éclaire en même temps une des questions les plus intéressantes de la médecine comparée, en nous montrant l'identité et l'ordre successif de filiation de l'affection nouvellement déterminée chez le cheval, le horse-pox, comme l'a si heureusement désignée M. Bouley, du cowpox et de la vaccine; elle a aussi, comme nous l'avons dit, une importance pratique considérable en multipliant les sources du vaccin et en mettant incessamment à notre portée le *bienfaisant* virus dont on avait eu si souvent la crainte jusque-là de perdre la trace.

Voilà pour le résultat formel, le produit net de cette discussion. Le reste est encore dans le domaine des hypothèses et doit être maintenu sur le terrain du débat, où il sera repris tôt ou tard.

Nous voulons parler notamment de la question d'identité de la vaccine et de la variole, connexe à la précédente, et qui ne pouvait manquer à cette occasion d'être soulevée et débattue.

Ici nous ne pouvons éviter de nous mettre un peu en cause, ayant, dès le début de cette discussion, cédé à un entraînement qu'il nous a fallu réprimer plus tard.

Il faut, a dit M. Bousquet, que l'idée de l'identité de la variole et de la vaccine soit bien naturelle, puisqu'elle est venue à tant d'esprits avant de venir à M. Depaul. Eh bien, c'est à cette tendance naturelle de l'esprit à simplifier le plus possible le nombre des causes et à rattacher à une semence commune l'origine de tous les êtres qui présentent entre eux des traits nombreux de ressemblance, autant au moins qu'à l'ascendant de l'opinion habilement exposée à cet égard par M. Depaul, que nous avons cédé, quand nous avons déclaré au commencement de cette discussion, que c'était de ce côté que nous semblait être la vérité à dégager de ce débat.

Nous devons reconnaître aujourd'hui que non-seulement la preuve de cette identité n'est point faite, mais que la question est au contraire plus éloignée peut-être que jamais de la solution que nous avions un instant prévue. M. Bousquet, qui lui aussi avait cédé dans le temps à l'espèce de pression que cette idée semble exercer sur tous les esprits, a si habilement mis en parallèle les ressemblances et les dissemblances des deux affections, qu'il nous a fallu, sinon nous rendre à l'évidence de sa démonstration, du moins retomber dans les sombres et anfractueuses avenues du doute, d'où le résultat positif d'une expérience directe encore attendu pourrait seul nous faire sortir.

Reconnaissons en même temps que c'est là un service qu'a rendu M. Bousquet à la science, service qui a sa valeur aussi et son importance pratique; car il prémunit contre les dangers qu'aurait pu entraîner l'opinion de l'identité, si elle eût prévalu, en laissant croire qu'il pouvait être jusqu'à un certain point indifférent de continuer à pratiquer la vaccination ou de recourir de nouveau à l'inoculation. C'est là un point capital de cette discussion, sur lequel M. J. Guérin a insisté aussi avec force et avec une grande vigueur de raisonnement.

Si nous ne faisons pas ici la part qui revient en particulier dans cette belle et longue discussion à chacun des membres qui y ont participé, c'est que nous n'avons voulu pour le moment que faire ressortir seulement le fait capital qui la domine, toutes les questions accessoires, comme toutes les hypothèses proposées pour les points non encore résolus, étant réservées.

— Avant la reprise de la discussion dont nous venons de faire connaître l'issue, l'Académie a entendu avec intérêt deux lectures, l'une de M. le professeur Legouest, du Val-de-Grâce, sur un cas d'anévrysme traumatique de l'artère ophtalmique guéri par la ligature du tronc carotidien et de la carotide externe; nous espérons pouvoir faire connaître plus tard les principales particularités de cette observation; — la seconde, de M. Willemin, inspecteur adjoint de Vichy, sur une question de physiologie longtemps controversée et qu'il paraît avoir résolue par l'affirmative, savoir, l'absorption par la peau de l'eau et des substances solubles qu'elle contient. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. GRISOLLE.

Leucocythémie.

(Observation recueillie et publiée par M. HÉLOT, interne du service).

Le 29 octobre 1863 entrait à la salle Saint-Roch (Hôtel-Dieu), la nommée Victoire R..., âgée de cinquante-quatre ans, domestique.

Cette femme a joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, époque à laquelle elle vit ses règles se supprimer, et cette suppression ne se fit pas sans quelques difficultés; pendant plus d'un an elle eut des pertes abondantes, qui revenaient à des époques irrégulières. Peu à peu, cependant, elle reprit ses forces, et, jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans, elle eut encore une assez bonne santé.

Alors, en novembre 1861, elle éprouva du côté gauche de la poitrine une douleur vive, s'exagérant par une forte inspiration, et s'accompagnant de fièvre, de toux et de crachats colorés; c'était, à n'en pas douter, une pneumonie.

La toux persista longtemps; il survint une diarrhée intermittente, qui disparaissait assez rapidement sous l'influence du régime, pour reparaître bientôt après, aussitôt que la malade reprenait ses travaux et les habitudes de sa vie ordinaire.

Aussi s'affaiblissait-elle de jour en jour; elle maigrissait beaucoup et perdait l'appétit. Cet état se prolongea sans changement notable jusqu'au mois de juillet 1863, c'est-à-dire vingt mois après sa pneumonie.

C'est alors qu'elle remarqua, pour la première fois, une grosseur sous le maxillaire du côté gauche; bientôt et successivement apparurent des tumeurs semblables dans l'aisselle du même côté, dans celle du côté opposé, puis au pli de l'aine. Comme elle s'affaiblissait toujours et voyait ces tumeurs apparaître sur tous les points, elle se décida à entrer à l'hôpital le 29 octobre 1863; elle fut placée au n° 7 de la salle Saint-Roch, dans le service de M. Grisolle.

C'était une femme de haute taille, forte encore, quoique très-amaigrie; la peau était terreuse, le bas de la figure et le cou présentaient une singulière déformation due à des chapelets de ganglions énormes situés sous le maxillaire inférieur et le long du bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien; en poursuivant l'examen, on découvre aux aisselles, et particulièrement sous la gauche, un paquet ganglionnaire qui s'étend jusque vers la clavicule; à droite, la tumeur n'atteint qu'un volume beaucoup moindre; les ganglions du pli de l'aine et les ganglions épitrochléens sont aussi notablement hypertrophiés; on ne rencontre aucune tumeur appréciable dans le creux poplité. Les phénomènes de compression sont peu marqués, cependant le bras gauche est souvent engourdi et présente sur tout le trajet des filets cutanés fournis par le nerf cubital, un peu d'anesthésie. Elle éprouve aussi quelquefois, mais surtout lorsqu'elle est couchée, quelque peu de dysphagie.

Le corps thyroïde présente un volume presque normal; l'examen de l'abdomen laisse facilement constater une hypertrophie de la rate (la matité est en effet perçue dans une étendue de vingt centimètres environ, dépassant notablement les fausses côtes; à droite, la matité est aussi assez étendue, mais il est difficile de limiter le bord inférieur du foie).

On sent, à travers les parois abdominales, une série de tumeurs dont le volume est très-variable, tumeurs qui semblent par leur position et leur consistance n'être autre chose que les ganglions mésentériques très-hypertrophiés.

Ajoutons à cela que la malade se plaint d'une gêne assez grande de la respiration; elle a de la diarrhée, et le sang examiné au microscope contient une grande proportion de globules blancs (de 15 à 25 p. 100, selon les préparations, et cela de l'avis de plusieurs personnes qui assistent à cet examen.)

Quinze jours après son entrée, le 14 novembre 1863, la voix s'était beaucoup affaiblie; j'avais constaté quelques troubles de la vision; ces troubles n'étaient pas permanents, la malade les comparait à des éblouissements passagers, pendant lesquels elle était obligée d'abandonner le travail à l'aiguille qu'elle avait entre les mains.

Le 16, elle eut une petite hémorrhagie par le rectum; elle rendit au milieu de sang liquide un caillot noirâtre; à l'occasion de ce fait, la malade me raconte que depuis un an elle rendait du sang, en petite quantité il est vrai, par le nez et par la bouche, et qu'à la suite de l'ouverture d'un panaris, huit mois environ avant son entrée, elle perdit une grande quantité de sang. La diarrhée continue toujours, de nouveaux ganglions apparaissent chaque jour, et la malade, inquiète, ne manque pas de me faire constater l'augmentation en nombre et en volume de toutes les pléiades ganglionnaires signalées dans les différentes régions.

Des sueurs abondantes continuent à se manifester; l'examen du sang, pratiqué pour la seconde fois, donne encore une proportion plus grande de globules blancs.

Le 17 novembre, elle est prise dans la nuit d'un point de côté très-violent à gauche de la poitrine. Je lui trouve de la chaleur et 96 pulsations. Les phénomènes d'auscultation se bornent à quelques froissements pleuraux.

Le 24, tous les paquets ganglionnaires ont considérablement diminué, et cela dans toutes les régions, avec une rapidité surprenante (la malade, depuis son entrée, prenait pour toute médication active les toniques et 1 gramme d'iodure de potassium chaque jour). Cette diminution extraordinaire des ganglions lymphatiques ne coïncidait pas avec une amélioration de l'état général, bien au contraire; la diarrhée était devenue plus abondante et plus opiniâtre que jamais, et la malade éprouvait une faiblesse excessive; les phénomènes de dysphagie avaient seuls disparu.

Le 5 décembre, la malade se plaignait de crampes violentes dans les mollets et dans les cuisses; la diarrhée continuait toujours, ainsi que l'amaigrissement, mais les ganglions diminuaient avec autant de rapidité qu'ils augmentaient quelques semaines auparavant.

Le 7, cette femme était à la messe, lorsqu'elle fut prise d'un frisson violent; elle sortit pour aller à la selle, et rendit, pour la seconde fois, une assez grande quantité de sang noirâtre par le rectum. Le soir, elle avait de la fièvre, une douleur dans le côté droit de la poitrine, et de la toux; l'auscultation ne laissait constater que des râles assez gros, et la percussion donnait une légère matité.

Le lendemain, il y avait de la crépitation fine, des crachats rouillés, et tous les signes d'une pneumonie à droite. — Un grand vésicatoire est appliqué.

Le 10, les râles semblent s'étendre vers le sommet; beaucoup de chaleur, et 120 pulsations. — On place un nouveau vésicatoire.

Le 11, il y avait du souffle en arrière et une grande matité; la diarrhée était très-abondante, et la figure très-altérée.

Le 12, la fièvre devint plus intense encore, la respiration plus pénible; le soir, la malade était agonisante, et elle succombait le 13 décembre, à cinq heures du matin.

L'autopsie fut faite le 14, c'est-à-dire trente heures après la mort.

Les poumons, qui semblaient être le siége des phénomènes qui avaient amené la mort, sont d'abord examinés. Le droit présente une lésion très-étendue dans toute la hauteur, c'est le passage du deuxième

au troisième degré de la pneumonie. Il y a des adhérences des plèvres viscérale et pariétale ; on y trouve encore deux ou trois cuillerées de liquide transparent. Le côté gauche est tout à fait sain.

Le cœur est hypertrophié et chargé de graisse ; la paroi du ventricule gauche a 2 centimètres et demi d'épaisseur ; la veine coronaire postérieure a le volume du petit doigt ; la valvule mitrale est indurée et adhérente en plusieurs points.

Presque toutes les veines sont remplies par des caillots ; mais ces caillots ne présentent nulle part cet aspect blanchâtre signalé par plusieurs auteurs.

Du côté du système artériel, peu de chose à noter. Dans l'artère pulmonaire, un caillot noirâtre et branchu ; les artères de la base du crâne sont rigides, altérées dans leur structure, mais ne contiennent aucun caillot.

Le cerveau et les autres parties du système nerveux ne me paraissent pas être modifiés.

Les rétines sont toutes deux altérées, et des deux côtés l'on rencontre à peu près la même lésion. A droite, les vaisseaux gorgés de sang se voient fort bien émanant de la papille, et sur leur trajet, le plus souvent, se trouvent de petites taches rouges ecchymotiques. A gauche, il existe une teinte opaline et laiteuse qui ne laisse voir les vaisseaux, surtout au niveau de la papille, qu'à travers une couche nuageuse ; les petites taches rouges s'y rencontrent également.

Le tube digestif ne présente pas de lésion dans toute son étendue, et ni le rectum ni l'anus ne présentent de tumeurs hémorrhoïdales qui puissent être prises pour le point de départ des hémorrhagies observées pendant la vie.

La rate est notablement augmentée de volume, puisque ses dimensions atteignent en longueur 18 centimètres et en largeur 13 ; cette augmentation de volume est due pour ainsi dire à une simple hypertrophie, en nombre et en grosseur, de tous les éléments de l'organe, et spécialement du follicule clos de Malpighi ; ces derniers se voient à l'œil nu, ils ont presque doublé de volume, et l'examen au microscope ne fait que confirmer le fait.

Le foie lui-même est très-hypertrophié ; il mesure 31 centimètres de droite à gauche, 10 de haut en bas, et 24 d'avant en arrière. A la coupe, la teinte générale est grisâtre ; mais l'examen au microscope ne découvre pas de lésion, et l'hypertrophie est ici due encore à l'augmentation de volume et de nombre des cellules du foie.

C'est aussi le même genre d'altération que nous retrouvons pour les ganglions lymphatiques, grossissement et multiplication des éléments. Ceux du cou, des aisselles, des aines, du coude, dont nous avions constaté l'existence pendant la vie, se voient avec les caractères que nous leur avons assignés ; ceux du mésentère nous apparaissent plus nombreux et plus gros qu'on ne les supposait ; ils sont disposés sur deux ou trois rangées ou étages, allant de la racine du mésentère jusqu'au tube intestinal, toujours diminuant de volume, si bien que les premiers ont la grosseur d'un œuf de poule, et les plus petits atteignent à peine le volume d'un grain de chènevis.

Les ganglions bronchiques ne paraissent pas très-volumineux, surtout relativement à ce que l'on rencontre dans les autres régions.

Le corps thyroïde est à peine hypertrophié. Les reins sont complétement sains, et les capsules surrénales sont normales.

Je n'ai que peu de mots à ajouter à cette observation, qui me paraît être le type de la maladie désignée aujourd'hui sous le nom de leucocythémie; tous les symptômes qui s'y trouvent relatés sont décrits dans les ouvrages classiques de pathologie interne. Il est cependant un de ces symptômes que les auteurs ne signalent pas, je veux parler des troubles de la vision; et au paragraphe *Anatomie pathologique*, on ne trouve aucune description des lésions de la rétine. Ce symptôme a été signalé il y a quelques années par les Allemands; notre malade l'a éprouvé à plusieurs reprises, et l'on a pu voir à l'autopsie la nature des lésions présentées par les rétines.

La leucocythémie est encore de nos jours assez peu connue pour que cette observation, avec les quelques faits importants qu'elle met en évidence, m'ait paru digne d'être publiée.

HOPITAL MARITIME DE BREST.

M. Chabassu, chirurgien principal (1).

Cas de colique sèche observé à l'hôpital maritime de Brest.

Doit-on conclure de cette observation que la colique sèche puisse se déclarer, dans nos pays tempérés, chez des personnes n'ayant fait aucun séjour antérieur dans les pays chauds? qu'elle puisse, en un mot, trouver dans notre climat d'Europe les conditions propres à sa génération? Evidemment non.

La névrose du plexus solaire a, dans le cas dont il s'agit comme dans tous les autres, pris sa source dans les régions intertropicales, parce que là seulement se rencontrent réunis les éléments générateurs de cette névrose, à savoir :

1° L'état anémique de l'organisme, qui entraîne à sa suite l'éréthisme du système nerveux, l'irritabilité et l'état spasmodique des organes qu'il anime : *Sanguis moderator nervorum*, a dit avec raison, après Hippocrate, Sydenham;

2° La localisation des désordres de l'innervation vers les viscères abdominaux, en vertu de cette loi, que l'aptitude morbide des organes est en raison directe de leur activité fonctionnelle, et parce que cette suractivité viscérale de l'abdomen est commandée par les climats chauds. Il s'ensuit que le marin dont je m'occupe, et qui a fait le sujet d'une précédente communication à l'Académie de médecine, étant arrivé en France depuis quinze jours à peine, conservait idiosyncrasiquement toutes les prédispositions à la colique sèche, la cause occasionnelle seule avait fait défaut ; j'entends par là les variations brusques de l'atmosphère s'exerçant sur une constitution anémiée. Cela explique pourquoi cette névrose n'avait pas fait explosion plus tôt.

Le 28 décembre, on a vu se produire à Brest un changement de température et de pression barométrique. Probablement ce jour-là le jeune M... se sera soumis à un courant d'air froid, ou même n'aura-t-il fait que passer d'un milieu échauffé, comme l'est en hiver une salle de malades, dans un milieu plus froid, l'air d'une cour, par exemple. Toujours est-il que l'impression soudaine du froid a amené alors le résultat qu'elle entraîne d'ordinaire à sa suite dans les pays équatoriaux ; je veux dire une atteinte de colique sèche.

La seule différence présentée par cette observation consiste donc en ce que la cause occasionnelle de la colique végétale ne s'est pas fait sentir dans les contrées où elle s'exerce d'habitude, mais seulement en France. Il est bien certain, en effet, qu'un peu plus tard cette cause occasionnelle eût été impuissante à faire naître la névrose du plexus solaire, attendu que le terrain lui eût manqué, la constitution s'étant à la longue raffermie, l'anémie ayant disparu, la suractivité du foie ayant cessé, parce qu'elle n'avait plus sa raison d'être dans nos pays tempérés, où les poumons reprennent dans toute leur plénitude leur prépondérance fonctionnelle. Voilà aussi pourquoi la colique sèche ne peut plus éclater en Europe chez des sujets revenus des pays chauds, quand, par leur habitation prolongée sous nos latitudes, ils arrivent à perdre leur constitution intertropicale ; condition indispensable, ai-je dit, au développement de la névrose du plexus épigastrique.

Dans le fait clinique que je viens de relater, il importe de le faire remarquer, les symptômes de la névrose n'ont été efficacement combattus que par l'administration de la belladone; ils avaient énergiquement résisté à l'emploi réitéré des purgatifs. C'est ce que, du reste, j'ai été à même de vérifier toujours dans ma pratique aux colonies; et dans ces derniers temps encore, en Cochinchine, à l'ambulance maritime de Choquam. Aussi n'avais-je pas tardé à renoncer à l'usage des évacuants, et avais-je recours dès le début du mal aux solanées vireuses. Je ne me serais certes pas ici départi de cette règle de conduite, si j'avais cru tout d'abord avoir affaire à une colique sèche. Ma méprise a tenu :

1° A ce que j'avais, dans le principe, oublié de porter mes investigations sur les vomissements bilieux que le malade avait éprouvés pendant deux jours, lesquels vomissements sont un des principaux phénomènes de cette névrose ;

2° A ce que je ne pouvais songer tout d'abord à l'existence d'une première attaque de colique végétale à Brest même, attendu que c'est le premier exemple que j'ai eu sous les yeux.

Néanmoins, mon erreur momentanée de diagnostic m'aura donné cet avantage, de m'assurer une fois encore de l'impuissance avérée des purgatifs dans la névrose du plexus épigastrique, et de me confirmer dans la croyance en l'efficacité des stupéfiants gastro-intestinaux contre cette même affection. Ainsi s'explique, à mon sens, la divergence d'opinion que j'ai rencontrée dans quelques-uns de mes confrères marins, relativement à la durée moyenne d'une attaque de colique sèche.

Les uns, en effet, lui assignent une période de cinq, six et même sept jours, parce qu'ils ne la combattent vraisemblablement que par les purgatifs associés ou non à l'opium et par les émollients employés sous forme de bains, fomentations, lavements, etc. D'autres, au contraire, et je suis de ce nombre, s'adressant d'emblée à la belladone ou à toute autre solanée vireuse, doivent abréger incontestablement, par cette manière de faire, la durée d'une attaque de colique végétale, en bâter le terme. L'observation que je viens de rapporter en est un exemple frappant.

Notre médication stupéfiante et antispasmodique nous fournit un enseignement d'une plus haute valeur encore; elle nous révèle, à son tour, la véritable nature de la maladie: *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Si, en effet, cette affection est franchement névropathique, si elle consiste tout entière dans un simple trouble d'une portion de l'innervation viscérale dégagé de tout principe d'intoxication au sein de l'économie souffrante, apaisons le système nerveux atteint d'éréthisme, et tout rentrera dans l'ordre, toute la maladie disparaîtra : c'est ce qui a lieu. Les choses ne se passent pas aussi simplement dans l'empoisonnement saturnin, et on ne débarrasse l'organisme qu'en provoquant une élimination toujours fort lente pour être complète ; d'où il suit que par la thérapeutique comme par la symptomatologie, ces deux maladies se séparent radicalement l'une de l'autre. Nous venons de voir effectivement dans l'observation précédente une opposition marquée entre les symptômes inhérents à la névrose du plexus solaire, ci-dessus relatés, et ceux qui caractérisent la colique de plomb. Nous y avons découvert également une étiologie étrangère à celle en qui se personnifie la colique métallique. L'agent producteur de celle-ci est le plomb ; le principe générateur de celle-là est, avons-nous dit, la variation brusque de l'atmosphère, l'impression subite du froid ; mais tandis que le plomb peut engendrer la colique saturnine, quelle que soit la disposition idiosyncrasique de l'individu, puisqu'il s'agit d'un empoisonnement proprement dit, il n'en est pas ainsi de la colique sèche, où la cause génératrice, pour s'exercer, nécessite au préalable un état particulier de l'organisme parfaitement approprié. C'est ce que nous a présenté le malade dont je viens de parler.

Il nous reste à démontrer l'impossibilité de rattacher, chez cet homme, la phénoménalité morbide à l'empoisonnement saturnin. Or, rien n'indique que ce jeune homme ait été soumis à l'intoxication par le plomb. Cela résulte des éclaircissements qu'il m'a fournis à cet égard, et que voici : Au commencement de l'année dernière, M... partit de Cherbourg pour le Mexique, sur le vaisseau mixte *le Tourville*. La traversée fut courte, et l'équipage ne fut pas soumis à l'usage de l'eau distillée comme boisson. Rendu au Mexique, ce marin fut embarqué sur la canonnière *la Sainte-Barbe*, où il demeura peu de temps, et but, comme sur *le Tourville*, de l'eau de caisses (caisses en tôle, contenant la provision d'eau potable qu'on renouvelle à chaque atterrissage, quand le besoin s'en fait sentir). M... fut ensuite employé à terre, où il contracta la fièvre paludéenne, et ne but que de l'eau de source. Rapatrié à la fin de 1863 par le transport à vapeur *la Drôme*, il y a très-rarement bu de l'eau distillée dans cette traversée du retour, qui s'est, du reste, effectuée très-promptement. Il me paraît donc impossible de rattacher, même de loin, son affection névropathique à un empoisonnement par le plomb.

(1) Voir le numéro du 31 mars.

NOTE SUR L'ULCÈRE DE COCHINCHINE.

Par M. Lambel, chirurgien de la marine.

On a décrit sous le nom d'ulcère de Cochinchine une affection déjà connue sous le nom d'ulcère de Mozambique, qui prend naissance dans les contrées équatoriales, et principalement dans les contrées palustres, qui sont celles où l'acclimatement des Européens présente le plus de difficultés.

On a déjà écrit beaucoup depuis trois ans sur cette affection; aussi nous ne ferons ressortir de nos observations que ce qui a trait à quelques circonstances encore obscures de cet ulcère.

Jusqu'aujourd'hui on a nié la spontanéité de cette maladie. Il est certain, en effet, que souvent elle n'a fait que s'emparer des plaies simples qui existaient déjà, et sous ce rapport elle a quelque analogie avec la pourriture d'hôpital, à laquelle, du reste, on l'a trop comparée. Les médecins qui ont décrit cette affection, voyant les malades dans les hôpitaux et n'assistant pas à son début, étaient peu portés à croire à sa spontanéité, et ils attribuaient sa production à une action de milieu transformant les plaies simples et leur ajoutant une complication grave, la forme ulcéreuse; pour eux, cette maladie n'est qu'un accident prenant naissance dans des conditions particulières, une complication des plaies et non une sorte d'entité.

Et cependant il existe antérieurement à l'ulcère, chez tous les malades qui en sont atteints, une altération générale profonde de la nutrition, qui est la suite d'une anémie assez intense pour prendre un caractère vraiment cachectique sous l'action de causes météorologiques fortement dépressives. Un état des tissus tel que la cause la plus insignifiante, même une simple piqûre de moustiques, entraîne à sa suite des accidents formidables, peut à bon droit être regardé comme un état pathologique, et l'ulcération comme un phénomène qui en dépend directement.

Cette question ne manque pas de quelque intérêt pratique; la spontanéité une fois admise, serait un indice de l'impossibilité de l'acclimatement du malade, et son départ de la colonie en serait la conséquence.

Il est très-rare que l'on puisse observer l'ulcère à son début; aussi la plaie simple primitive est presque toujours supposée bien plus que constatée ; dans près de la moitié de nos observations, nous avons été porté, par les récits des malades, à douter de cette plaie primitive. Du reste, nous sommes loin de nier qu'elle n'existe pas souvent ; mais elle ne nous paraît être qu'une cause occasionnelle.

Nous avons pu constater directement deux fois la naissance spontanée de l'ulcère, en rivière de Saigon, sur deux matelots de l'aviso l'*Echo*, dont nous étions le chirurgien-major ; les deux malades, dont l'un était le cuisinier de l'équipage et l'autre un matelot du pont, étaient dans un état d'anémie très-sensible et en proie depuis près de deux ans à une intoxication paludéenne. L'ulcère se déclara chez chacun d'eux, à cinq ou six jours de distance, vers le 1er juin 1862 ; le siége, le début et la marche de la maladie furent presque identiques ; aussi l'on peut fondre en une seule les deux observations.

Il se développa sur la malléole interne, à droite, une petite tumeur indolente qui acquit en deux jours tout son développement; il n'existait autour aucune trace de contusion, et les malades n'accusaient l'action d'aucune cause extérieure ; le deuxième jour, la peau devint violacée et elle s'entoura d'une auréole rouge ; le troisième jour, à l'ouverture de la tumeur, il sortit un liquide séro-sanguinolent violacé renfermant quelques détritus. Au-dessous était une ulcération à bords légèrement soulevés et rouges ; le fond de l'ulcération était mollasse, inégal, d'un brun livide; deux jours après, le fond avait pris une teinte grisâtre due à la formation d'une fausse membrane qui s'étendait aussi dans la profondeur de l'auréole rouge et qui en soulevait les bords, sur lesquels se propagea rapidement l'ulcération, de telle sorte qu'au bout de quinze jours elle s'étendit à la face antérieure du cou-de-pied et à la partie correspondante du pied. L'ulcère se développa à la fois suivant sa circonférence par l'extension de la fausse membrane sous les bords, et suivant sa profondeur par une sorte de gangrène moléculaire qui affecta en même temps le centre de la fausse membrane, qui, par suite, ne fut plus sensible que sur les bords. Plusieurs cautérisations répétées avec l'acide chlorhydrique ne modifièrent que momentanément la marche de l'ulcère, qui bientôt reprit sa marche. Heureusement le bâtiment quitta la colonie pour faire un long voyage à Suez. Les deux matelots, qui dans cette prévision n'avaient pas été envoyés à l'hôpital, virent, sous l'influence vivifiante de la mer, leur état général s'améliorer et l'ulcère cesser de faire

des progrès. Cette réaction fut secondée par un traitement très-tonique; et enfin, un mois après leur départ, une dernière cautérisation fut suivie de l'apparition de bourgeons charnus et de la formation définitive d'un tissu cicatriciel.

Nous ne saurions voir dans ces deux cas un abcès suivi d'ulcère et jouant le rôle d'une plaie primitive; car le liquide qui sortit de la tumeur n'avait aucun caractère purulent, et la tumeur était de nature gangréneuse.

Il existe toujours sur les bords de l'ulcère une inflammation ulcérative qui est entretenue par l'extension de la fausse membrane. Cette inflammation nous a paru être la condition nécessaire de la propagation de l'ulcère suivant sa circonférence; aussi un traitement, soit émollient, soit répercussif, arrête souvent la marche de l'ulcère, mais sans en modifier cependant la nature.

Nous avons vu, en juillet 1861, à l'hôpital de Saigon, six malades traités par les irrigations froides continues, chez lesquels l'ulcère resta stationnaire pendant près d'un mois, jusqu'au jour du départ de la colonie.

Obs. — X..., matelot, entré à l'hôpital de Cho-quan, en août 1861, dans le service de M. Delmas, était atteint d'un ulcère de la jambe droite; l'ulcère avait disséqué une partie des muscles de la jambe, et sa marche était de plus en plus rapide, lorsque, à la fin du mois d'août, l'artère tibiale postérieure ayant été comprise au milieu des tissus sphacélés, il se produisit une forte hémorrhagie, à la suite de laquelle l'auréole inflammatoire disparut et l'ulcère marcha vers la guérison; mais cette amélioration ne se poursuivit pas, et, vers le 20 septembre, l'ulcère reprit sa première marche, jusqu'à ce qu'une nouvelle hémorrhagie fût suivie du même résultat que la précédente.

Le malade ne tarda pas à effectuer son retour en France, et nous ignorons le résultat définitif.

En résumé, nous pouvons conclure d'une moyenne de près de cinquante observations que :

1° L'ulcère de Cochinchine est une affection générale souvent spontanée, qui dépend d'une altération profonde de la nutrition et qui se localise dans des tissus qui n'ont plus assez de vitalité pour que leur vie physiologique puisse se maintenir; il semble que la force plastique se soit complétement retirée de certains tissus.

2° La lésion est formée par la combinaison de deux éléments : l'inflammation ulcérative et la gangrène moléculaire.

3° Excepté dans le début de l'ulcère non spontané, le tissu cellulaire sous-cutané est le siége primitif de la lésion, qui, dans ce tissu, est de nature gangréneuse au centre de l'ulcère, et de nature inflammatoire vers les bords. La gangrène et l'ulcération de la peau sont consécutives.

SUR L'HYGIÈNE DES OUVRIERS PEAUSSIERS

du département de l'Hérault;

Par MM. Pécholier et Saintpierre, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier. (Extrait.)

1° Les circonstances qui expliquent les particularités relatives à l'état physiologique et pathologique des ouvriers peaussiers du département de l'Hérault, sont la sécheresse, la chaleur et la salubrité de notre climat, comme aussi la vie de famille et l'habitation à la campagne, dans de petites localités et dans les faubourgs peu habités des villes.

2° Absence de fièvres intermittentes, extrême rareté du rhumatisme et de la phthisie pulmonaire, nature sthénique des maladies aiguës; en compensation, colique spéciale (*colique des tanneurs*), disparaissant par l'accoutumance; danger des poussières de tan, des poussières de cuir paré; danger du charbon; ulcérations spéciales des doigts (*pigeonneau, éclats*), tel est, en ce qu'il y a de plus saillant, le bilan pathologique de la profession.

3° La position des durillons ou *coussins*, les cicatrices indélébiles des pigeonneaux, peuvent offrir au médecin légiste des indications dans les questions relatives à l'identité.

4° Enfin, la statistique d'Aniane, relative à l'année du choléra de 1854, nous a démontré que durant cette épidémie, les chances de mort ont été, pour les peaussiers qui ont succombé, moindres que pour les autres habitants.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 avril 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie par MM. les docteurs Brigandat (de Lille), Dijon (de Villar-Léger) [Savoie], et Cousinier (d'Aramon);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 et 1863 dans les départements des Alpes-Maritimes, de la Haute-Garonne, des Côtes-du-Nord et de la Moselle. (Commission des épidémies.)

3° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de La Malou-le-Bas, par M. le docteur Privat, et de Luxeuil (Haute-Saône), par M. le docteur Chapelain.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Neucourt (de Verdun), qui sollicite le titre de membre correspondant et adresse à l'appui de sa candidature un Mémoire sur l'entorse et la luxation du poignet comparées à la luxation de l'extrémité inférieure du radius.

2° Une lettre de M. Louis Orfila accompagnant l'envoi de deux exemplaires du Compte rendu des actes de l'Association des médecins de la Seine, pour l'année 1863.

— M. le Président annonce que d'après une décision du Conseil, il y a lieu de déclarer une vacance parmi les académiciens libres.

LECTURES.

Anévrysme traumatique de l'artère ophthalmique; ligature du tronc carotidien. — M. Legouest, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Sur un anévrysme traumatique de l'artère ophthalmique gauche; insuccès de la compression indirecte, ligature du tronc carotidien et de la carotide externe; guérison.* Commissaires, MM. Nélaton, Larrey et Gosselin.)

Absorption cutanée. — M. le Dr Willemin, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, donne lecture d'une note sur l'absorption cutanée.

L'auteur, qui a communiqué l'an dernier à l'Académie le résultat d'expériences faites par lui dans le but d'élucider la question controversée de l'absorption par la peau de l'eau et des substances solubles, a entrepris cette année dans le même but une nouvelle série d'expériences avec le concours de M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg.

Le résultat de ces nouvelles expériences est résumé dans les conclusions suivantes :

L'absorption de l'eau dans les bains simples ou diversement minéralisés est mise hors de doute par des pesées exactes faites avant et après le bain.

Ces pesées ont montré qu'à la sortie d'un bain tiède de 30 à 45 minutes de durée, le poids du corps reste le plus souvent stationnaire; dans le tiers environ des cas, il subit une faible diminution, qui est généralement très-inférieure au poids que le sujet perd dans un même temps à l'air libre. L'augmentation absolue du poids à la suite d'un bain est plus rare et faible aussi.

L'analyse chimique démontre que dans un bain tiède l'exhalation cutanée continue à se faire.

L'absorption de l'eau s'exerce dans des limites très-restreintes; elle ne semble influencée ni par la composition ni par la densité du liquide employé; elle varie surtout avec les conditions physiologiques.

L'absorption de sels dissous dans le bain, tels que l'iodure de potassium, est démontrée par l'analyse chimique des urines rendues à la suite de bains où l'on a introduit 100 grammes de ce sel; avec une moindre proportion (30 grammes par bain), on ne retrouve point d'iode dans l'urine.

A la suite de bains simples, d'acide qu'elle était, l'urine devient généralement alcaline.

Après un bain alcalin, elle conserve le plus souvent la réaction acide.

A la suite de bains simples ou minéralisés, la densité de ce liquide est presque constamment diminuée. (Commissaires : MM. Béclard, Guérard et Gavarret.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine.

La parole est à M. Devergie.

Suite et fin de la discussion sur l'origine de la vaccine.

M. Devergie. Je ne comptais pas prendre la parole dans cette discussion, laissant à des hommes plus compétents que moi en matière de vaccine le soin d'élaborer tous les faits et d'en tirer des inductions. Mais, à mon grand regret, on a passé très-légèrement sur un point de fait qui domine cette discussion, l'analyse ou les différences entre l'éruption observée chez les chevaux dans ces derniers temps et la variole de l'homme. On s'est borné à dire que l'éruption équine n'était autre chose que la variole de l'homme; j'aurais peut-être accepté ce diagnostic, si je n'avais vu l'éruption chez le cheval; mais, à tort ou à raison, j'ai cru voir des différences considérables entre les deux formes éruptives. Je me propose donc de comparer chez l'homme et chez le cheval les quatre grandes significations morbides qui en pathologie caractérisent la variole, c'est-à-dire : 1° les prodromes; 2° la localisation de l'éruption à son début; 3° la description graphique des pustules; 4° la gravité de l'affection.

Il est évident que s'il existait des différences notables entre ces quatre ordres de phénomènes chez l'homme et chez les chevaux, l'édifice sur lequel repose cette discussion s'écroulerait par la base. Or, l'Académie le reconnaîtra avec nous, à part les attestations qui ont été données, la preuve matérielle de l'identité, la seule qui puisse satisfaire la science, n'a pas été fournie.

Nous ne sommes plus en 1798, où Loy disait avoir constaté chez le cheval une éruption spontanée généralisée, qu'il a considérée comme n'étant autre chose que la variole de l'homme. Aujourd'hui que le diagnostic est arrivé à une exactitude rigoureuse, la science demande autre chose que l'autorité d'un individu. Il nous faut pour établir des ressemblances pathologiques, des descriptions nettes et précises.

C'est là ce que je veux faire en cherchant dans l'éruption équine les quatre ordres de faits qui me paraissent constituer les caractères spécifiques de la variole et que les pathologistes invoquent quand ils veulent la distinguer de la varioloïde, de la varicelle, de la gale pustuleuse, de l'ecthyma et de la pustule de l'émétique.

1° Et d'abord, si nous interrogeons les prodromes, nous voyons que s'il est un exanthème qui ait des prodromes accusés et significatifs, c'est sans contredit la variole. Ils sont tellement liés à la variole qu'ils en constituent le pronostic et le diagnostic presque. C'est à leur intensité qu'on juge de la gravité que devra avoir l'éruption; s'ils sont légers, l'éruption sera discrète; s'ils sont très-intenses, l'éruption sera confluente. Enfin, ne sait-on pas que l'intensité des prodromes est telle dans quelques cas qu'ils tuent, ce qui constitue ces cas que l'on a désignés sous le nom de *variolæ sine variolis?*

Y a-t-il chez le cheval quelque chose de semblable? En fait de prodromes, rien ou fort peu de chose. J'ai interrogé M. Leblanc et M. Reynal l'un après l'autre, et ils se sont accordés à dire que les chevaux n'étaient pas sensiblement malades avant l'éruption, qu'ils l'étaient si peu qu'ils continuaient toujours à travailler. Il n'y a donc, comme on le voit, aucune analogie entre les prodromes de l'éruption équine et ceux de la variole. Voilà un premier point établi, et qui ne pourra pas être contesté.

2° On sait quel est le lieu d'élection de l'éruption chez l'homme; c'est d'abord sur la face qu'elle se développe, puis sur les mains, les membres, le tronc, etc. Quand arrive-t-elle sur les muqueuses, à la bouche? Est-ce primitivement ou secondairement? C'est secondairement. Or, chez le cheval, c'est au contraire par la bouche que paraît débuter l'éruption, et c'est consécutivement qu'elle s'étend à la peau. La marche de l'éruption et son ordre de progression sont donc en sens inverse.

3° L'état graphique des pustules n'offre pas moins de dissemblances. Si on se rappelle bien les caractères de ce qu'on appelle une pustule, on verra d'abord pour première condition une élevure ou engorgement inflammatoire, en second lieu une vésicule. Il y a des pustules dans lesquelles l'engorgement prédomine, d'autres, au contraire, où c'est la vésicule, mais dans tous les cas on trouve ces deux éléments, bien que dans des proportions diverses.

Y a-t-il chez le cheval quelque chose d'analogue? On trouve bien dans la pustule du cheval un peu d'engorgement, mais très-peu; le plus souvent il est à peine sensible, tandis que la vésicule, au contraire, y est toujours très-marquée. En outre, cette vésicule, chez le cheval, est unique, on la vide d'un seul trait quand on la perce, tandis que la vésicule chez l'homme est ordinairement mu tiloculaire et ne se vide jamais d'un seul coup. Enfin, on trouve bien dans la pustule du cheval un certain degré de dépression ou d'ombilication comme dans la pustule de l'homme, mais on n'y voit pas ce point noir central qui est un des caractères de la pustule variolique. Il n'y a donc pas de similitude encore sous ce rapport. Il est vrai qu'il peut en être autrement de la pustule de la peau, mais la confluence des poils chez le cheval ne permet que très-difficilement de bien juger de la forme et de la constitution de ces pustules.

J'en conclus que s'il y a une assimilation à faire, c'est bien plutôt avec la vaccine qu'avec la variole.

4° Pour ce qui est de la gravité de la maladie, il n'est douteux pour personne qu'elle soit beaucoup plus grande chez l'homme que chez le cheval.

Que faut-il donc conclure de ce parallèle? Que l'éruption du cheval n'est point identique à la variole de l'homme. Qu'est-elle? Pas autre chose que la vaccine.

Voilà les considérations que j'ai cru utile de soumettre à mes collègues.

M. Bousquet : L'hypothèse que la vaccine pourrait bien être d'origine varioleuse est venue dans tant d'esprits, qu'elle aurait prévalu si elle avait quelque consistance. Curmer l'a proposée en 1799, c'est-à-dire l'année qui suivit la publication de la découverte de Jenner. M. Depaul l'a reçue des mains de ses prédécesseurs, et la défend comme son bien propre; en réalité, il n'a fait que les rajeunir que par la crudité des termes.

Depuis soixante ans, la science est dupe d'une pure illusion; ce qu'elle appelle de ce nom n'est autre chose que le virus varioleux adouci et la variole déguisée. Encore, si, à l'appui d'une vieille thèse, on apportait de nouvelles preuves; mais point; on se borne à dire que le cheval, de même que la vache, est sujet à la variole, et que par la variole il produit la vaccine. Du reste, M. Depaul reconnaît la variole du cheval aux mêmes signes qui marquent la variole de l'homme. Cependant on dispute encore sur l'identité. Parmi les caractères de l'éruption chevaline, M. Depaul met un prix particulier à prouver qu'elle est générale, afin sans doute d'éloigner du même coup toute idée de javart et d'eaux aux jambes.

Dans les doctrines purement vitalistes, il n'y a de maladie générale, *totius substantiæ*, que celle qui, s'attaquant à la cause vitale, à l'unité physiologique, atteint par là toute l'économie. Dans les doctrines organiques, qui sont celles de M. Depaul, la généralisation pathologique n'est qu'une extension de la localisation; de sorte qu'à parler en rigueur, il n'y a pas de maladie générale, n'y ayant pas de maladie qui s'étende à toutes les molécules organiques. Nous admettons avec M. Depaul que la variole est à bon droit une affection générale; mais à coup sûr ce n'est pas par les pustules, sans quoi la variole inoculée serait tantôt générale et tantôt locale : générale, quand il vient des boutons sur tout le corps; locale, quand l'éruption ne dépasse pas les piqûres.

La variole de la vache, ou cowpox, serait toujours locale; la vaccine serait toujours locale; et cependant je reconnais que toutes ces éruptions sont générales, mais pour cela il faut les considérer dans la révolution qu'elles portent dans le sang; c'est par là qu'elles se révèlent à nous avec leur caractère de généralité.

Je veux prouver par là que ce n'est ni du nombre ni de la diffusion de l'éruption chevaline qu'on peut conclure à son identité avec la variole humaine. En fait de maladies contagieuses, de maladies nées de semence, j'ai dit et je répète que la cause domine les symptômes et l'anatomie pathologique elle-même.

Si M. Lafosse n'eût pas inoculé l'éruption de Toulouse, si M. Bouley n'eût pas inoculé l'éruption d'Alfort, l'observation de M. Depaul était perdue pour lui et pour nous; M. Bouley nous l'a conservée par l'inoculation, en même temps qu'il nous en a dévoilé la nature. Or cette inoculation montre clairement deux choses : l'une, que l'éruption du cheval n'était pas la variole de l'homme, puisqu'elle n'a pas produit cette affection; l'autre, que cette éruption était de même nature que le cowpox de la vache, puisqu'elle a reproduit la vaccine.

M. Depaul dit à ce propos que l'éruption du cheval et celle de la vache reproduisant toutes deux le cowpox, il est à présumer qu'elles sont identiques. Ici je le trouve beaucoup trop réservé; il n'y a pas seulement présomption, il y a certitude; mais de ce qu'elles sont identiques entre elles, cela ne prouve pas qu'elles soient identiques à la variole. Entre la variole et la vaccine, il y a donc un vide, une lacune à combler, des différences à expliquer. Elles s'expliquent naturellement en admettant deux virus, l'un pour la variole, l'autre pour la vaccine. M. Depaul n'en veut qu'un pour les deux éruptions, mais pour se sauver, il accorde à ce virus unique la faculté de se modifier, de se déguiser, de se transformer suivant les milieux qu'il traverse. Au reste, M. Depaul connaît mieux que personne la faiblesse de sa théorie et ce qui lui manque; il y manque des preuves, des faits, des expériences, et dans l'impuissance d'en produire de son fond, il en emprunte à Loy et à d'autres auteurs.

(Ici M. Bousquet examine et discute la valeur des témoignages invoqués par M. Depaul, puis il continue en ces termes :)

Entre M. Depaul et moi, toute la différence consiste en ce que je me suis borné à montrer l'analogie qui existe entre la variole et la vaccine, tandis que M. Depaul veut qu'elles soient identiques. Mais cette différence est grande dans la pratique par ses conséquences.

Dans le système de l'identité, point de difficulté; la vaccine pré-

serve de la variole parce qu'elle est la variole, et qu'il est écrit qu'on n'a la variole qu'une fois : mais ce système nous ramène presque fatalement à l'inoculation.

Dans le système de l'analogie, la chose n'est pas si simple : on dit bien que le cowpox est *une* variole, mais ce n'est pas *la* variole de l'homme ; c'est une variole à part, la variole de la vache, qui par un bonheur inouï prend la place de la variole humaine, quoique peut-être avec un peu moins de garantie.

Je veux par un court historique vous mettre sous les yeux le produit net de cette longue discussion.

C'est, comme chacun sait, Jenner qui, en prenant le cowpox sur la vache, a dit le premier qu'elle lui venait du cheval ; en cela il s'est peut-être trompé, la vaccine naissant indistinctement sur la vache et le cheval ; mais il a pressenti son origine sur le cheval moitié par observation, moitié par intuition.

De la fin du dernier siècle, il faut aller jusqu'en 1811 pour retrouver le souvenir de l'origine équine. Alors il se répandit qu'un cocher de Paris, en pansant un cheval atteint de javart, s'en était inoculé la matière sur les mains, et y avait fait naître des boutons de vaccine. Husson rendit compte de ce fait au comité de vaccine, qui y donna peu d'attention, et on n'en parla plus.

Quarante-cinq ans après, en 1856, MM. Pichot et Maunoury (de Chartres) signalent un nouveau fait d'inoculation fortuite de la maladie du cheval à l'homme ; mais ce fait, quoique mieux observé, était encore incomplet ; M. Depaul profite de ce qui lui manque pour nier tout le reste, et déclare que ces prétendues pustules de cowpox n'étaient en réalité que des pustules de varioloïde nées par hasard.

Enfin vient le fait de Toulouse en 1860. Aux faits précédents, il manquait quelque chose ; il ne s'était pas trouvé un homme de l'art pour prendre le virus sur le cheval et l'inoculer à la vache ; cette inoculation s'était faite fortuitement, sans témoins et à l'insu de tous, même de l'inoculé. Au contraire, à Toulouse, tout s'est fait au grand jour, publiquement. M. Lafosse a pris le virus sur le cheval et l'a inoculé à la vache avec un plein succès. Après une expérience si concluante, il n'y avait, ce semble, rien à faire qu'à se soumettre. M. Depaul se débat encore contre l'évidence, et, chose à peine croyable, il dit que la vache inoculée était probablement à la veille d'avoir naturellement le cowpox, de sorte que les pustules qu'elle portait lui venaient non pas de l'inoculation, mais du hasard.

D'un autre côté, M. Depaul a eu le bonheur de mettre la main sur la maladie du cheval qui contient la vaccine ; s'il l'a trouvée sans la chercher, je ne veux pas le savoir, le service est trop grand pour lui marchander notre reconnaissance ; il nous a fait connaître la maladie d'où M. Bouley a tiré la vaccine par inoculation. L'observateur et l'expérimentateur se complètent.

En résumé, Jenner a pressenti l'origine de la vaccine sur le cheval ; MM. Pichot et Maunoury l'ont accréditée ; M. Lafosse l'a démontrée ; MM. Depaul et Bouley en ont marqué la source.

Quant à moi, je ne réclame que le faible avantage d'avoir apprécié le mérite des travaux sur la matière qui ont été transmis à l'Académie et de lui avoir fait partager le jugement dont je mettais les éléments sous ses yeux. Je lui propose aujourd'hui d'inscrire sur les tables de la science :

1° Que la vache, regardée jusqu'ici comme l'unique source de la vaccine, partage cet avantage avec le cheval ;

2° Que la maladie du cheval où s'élabore le virus-vaccin, n'est ni le javart ni les eaux aux jambes, mais une éruption générale, pustuleuse et fébrile ;

3° Et par une conséquence nécessaire, qu'au lieu d'une source, il en est deux où l'art peut aller puiser pour renouveler le vaccin.

Trois vérités désormais acquises et qui composent comme le produit net de cette longue mais utile discussion.

M. BRIQUET. M. Devergie vous a parfaitement démontré les différences qui existent entre l'éruption équine ou la vaccine et la variole au double point de vue des apparences extérieures et des phénomènes généraux. Je veux essayer, après mon collègue, de compléter sa démonstration en montrant un caractère distinctif de plus, dont on n'a pas jusqu'ici tenu compte. Les apparences extérieures pourraient, j'en conviens, ne pas paraître suffisantes peut-être aux yeux de tout le monde pour démontrer la différence qui existe entre ces deux éruptions ; mais il y a un autre caractère tout anatomique qui ne peut laisser à cet égard le moindre doute, c'est l'existence du disque varioleux. Ce disque auquel s'insère le filament cellulaire qui produit la dépression centrale et d'où part la fausse membrane qui recouvre toute la face interne de l'épiderme qui constitue la pustule, est le caractère anatomique distinctif de la pustule variolique. Je l'ai constamment trouvé dans toutes les recherches que j'ai faites. Dans la varicelle, il n'y a rien de semblable. C'est donc bien là un caractère inhérent à la pustule de la variole. Ce disque existe-t-il dans la pustule du cheval ? On n'en sait rien ; on ne l'a probablement pas cherché ; mais d'après les différences indiquées par M. Devergie entre la pustule de l'homme et celle du cheval, il ne me paraît pas probable qu'elle existe chez ce dernier. La pustule du cheval se vide complétement et s'affaisse dès qu'on la pique, il n'en est pas ainsi de celle de l'homme. Ce fait seul me paraît constituer une différence essentielle entre ces deux éruptions. Je voulais ajouter ce nouveau caractère distinctif à ceux qu'a déjà si bien décrits M. Devergie.

M. LE PRÉSIDENT. Personne ne demande plus la parole ? (Personne ne répond.)

En conséquence, je déclare la discussion sur la vaccine close.

La commission de vaccine, dont font partie la plupart des membres qui ont pris part à cette discussion, restera chargée d'étudier toutes les questions qui s'y rattachent et d'en faire plus tard l'objet d'un rapport à l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 1er avril, ont été promus dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Ditz, médecin-major de 1re classe, et Goux, vétérinaire principal.

— Lundi dernier, M. le professeur Pajot a ouvert son cours d'accouchements. Les anciens élèves de ce brillant maître ne seront pas surpris de l'ovation qui lui a été faite. La présence du doyen et de plusieurs professeurs ajoutait à l'éclat de cette belle inauguration.

La Faculté doit être fière de sa nouvelle acquisition, et nous sommes heureux de constater l'accueil fait au nouveau professeur d'accouchements dont nous avions soutenu la candidature.

— Par suite de la non-acceptation de MM. Barth et Laugier, le jury pour deux places de médecin au Bureau central a été modifié de la manière suivante :

Juges : MM. Bouchut, Bouley, Hillairet, Piorry, Follin.

Juges suppléants : MM. X. Richard et Depaul.

Les épreuves du concours ont commencé lundi dernier. Le sujet de la composition écrite était ainsi formulé : « Du vertige, valeur séméiotique et indications thérapeutiques. »

— L'inauguration du cours de médecine légale a eu lieu ce soir dans des conditions exceptionnelles. C'est la première fois que M. le professeur Tardieu se présentait devant les élèves depuis qu'il est investi des hautes fonctions de doyen.

L'accueil le plus enthousiaste lui a été fait, et, dans une longue et spirituelle causerie, M. Tardieu a entretenu les étudiants de ses intentions, de ses projets, et il leur a donné d'excellents conseils, que la jeunesse de notre Faculté a reçus avec les plus chaleureuses marques de sympathie.

— L'hôpital Cochin va être le théâtre d'un essai qui montre que nos dernières discussions académiques ne sont pas restées lettre morte pour l'administration de l'Assistance publique.

On sait combien nos services d'accouchements sont cruellement frappés par la fièvre puerpérale. Le séjour ininterrompu des femmes en couches dans les mêmes salles n'est-il pas une des causes de cette production de foyers d'épidémie ? Pour répondre à cette question posée par plusieurs accoucheurs, un service d'accouchements sera institué à l'hôpital Cochin.

Dans les vastes terrains qui bordent la rue Méchain, de nouvelles constructions présenteront quatre salles consacrées aux accouchements. De ces quatre salles, trois seront seulement en activité ; la quatrième restera vacante à tour de rôle. Cette disposition permettra de soumettre à une très-sérieuse aération la salle qui aura servi quelque temps aux accouchées.

— M. Pasteur, de l'Institut, consacrera la *soirée scientifique de la Sorbonne* du jeudi 7 avril à l'étude des générations dites spontanées.

Ne serait-il pas de toute justice qu'après avoir entendu l'adversaire des générations spontanées, on entendît, dans le même amphithéâtre, exposer par MM. Pouchet ou Joly les arguments que ces savants soutiennent avec tant d'habileté et de persévérance ?

— Le professeur Owen a eu l'honneur de consacrer une conférence à l'histoire naturelle devant la reine d'Angleterre et les membres de la famille royale. Cette conférence, qui a eu lieu le 29 mars, a été assez goûtée pour que la reine ait demandé au célèbre professeur trois autres entretiens du même genre.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les médicaments topiques, les bandages, les appareils de fractures et des affections articulaires, l'application des bandages herniaires et des pessaires, les pansements des plaies, des hémorrhagies, de la gangrène, des brûlures, des ulcères, la rubéfaction, la vésication, la cautérisation, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc. 1860, 4e édition, refondue. Un volume grand in-18 de 716 pages, avec 307 figures ; par M. A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux, etc. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 42. — SAMEDI 9 AVRIL 1864. (37e ANNÉE.) N° 42. — SAMEDI 9 AVRIL 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Thérapeutique de quelques accidents dans les maladies du cœur.

Il s'est présenté dans le service de M. le professeur Trousseau, pendant la dernière période de l'exercice clinique qui vient d'être clos, plusieurs cas d'affections graves du cœur. A l'occasion de l'un de ces cas, dans lequel une lésion très-avancée des orifices cardiaques avait amené une perturbation considérable dans tout le système circulatoire et des désordres consécutifs graves qui menaçaient immédiatement la vie du malade, M. Trousseau a exposé devant ses élèves l'ensemble des moyens thérapeutiques qui peuvent être utilement employés pour combattre ces accidents et éloigner le danger de mort, alors même que l'intensité de l'affection principale rend cette issue tôt ou tard inévitable. Bien qu'aucun de ces moyens ne soit nouveau et qu'il ne s'agisse seulement que d'en faire ressortir l'utilité et d'en poser les indications, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans quelque intérêt de les rappeler ici, ainsi que les quelques considérations cliniques dont M. Trousseau en a fait précéder l'exposé.

Lorsque le cœur fonctionne mal, il arrive des engorgements dans les gros vaisseaux, et si la force motrice est exagérée, on sait que ces vaisseaux se dilatent ou se rompent. Si la circulation cardiaque se fait mal, si le sang est retenu, par exemple, dans l'oreillette gauche par une insuffisance auriculo-ventriculaire, si à chaque impulsion le sang enfile à la fois et le ventricule et l'oreillette, faisant retour vers celle-ci, elle se distend, et il y a du trouble dans les cavités gauches et du côté du poumon. On sait que quand un obstacle se produit dans la circulation des veines, celles-ci se dilatent d'abord, et que si l'obstacle s'exagère et persiste longtemps, il survient de l'œdème. Il se produit de même, dans ce cas, un engorgement œdémateux dans le poumon; alors le sang qui traverse cet organe s'y modifie mal, s'y artérialise incomplétement, et toute la masse sanguine est troublée dans sa composition. Le poumon, inhabile à bien remplir sa fonction d'hématopoyèse, laisse le sang s'altérer, de sorte que dorénavant la maladie affecte l'organisme tout entier. D'autre part, le cœur droit se trouble à son tour lorsque le cœur gauche et le poumon sont altérés, d'où suit un engorgement dans le système veineux général, dans les veines hépatiques, et on voit se produire alors les effets de l'engorgement veineux général et de l'engorgement veineux particulier du foie. L'obstacle est partout, et l'œdème se forme partout. On a de l'œdème pulmonaire, de l'œdème hépatique, de l'œdème cutané, des épanchements dans les cavités, dans le péritoine, dans les plèvres, dans le péricarde, comme dans les mailles du tissu cellulaire, et cette accumulation de liquide dans le voisinage des principaux organes apporte un nouveau contingent de gêne pour le diaphragme, pour le cœur et pour les poumons.

Si l'on ne peut rien contre la maladie du cœur, on peut du moins quelque chose contre les effets généraux mécaniques qu'elle suscite, contre les infiltrations et les hydropisies. Comme leur présence est une cause secondaire de troubles mécaniques ajoutés aux premiers, on comprend que si on peut, dans certaines circonstances, obvier à l'œdème général, résoudre les hydropisies locales, on rendra un grand service au malheureux qui est obsédé par cet engorgement de tout le système circulatoire, par la compression de tous les grands appareils.

Parmi les médecins et les élèves qui suivent habituellement les visites de M. Trousseau, quelques-uns peuvent se rappeler un homme qui était atteint d'insuffisance auriculo-ventriculaire gauche; il lui survint une apoplexie pulmonaire, comme cela est si commun dans les maladies du cœur; un gros noyau apoplectique se forma dans le poumon gauche, et ce poumon s'enflamma, comme cela se voit quelquefois à la suite des grandes hémorrhagies; il se développa une pleurésie locale, qui fut à peu de jours de là suivie à son tour d'un épanchement séreux très-abondant dans la cavité pleurale. Le malheureux étouffait. On pratiqua aussitôt la ponction de la poitrine, et il fut immédiatement soulagé; la respiration et la circulation générale reprirent leur cours. Reproduction de l'épanchement huit ou dix jours après; nouvelle ponction; et comme l'inflammation de la plèvre était dissipée à ce moment, il ne se forma plus de nouvel épanchement.

Il est manifeste que par cette pratique on a prolongé dans ce cas la vie de ce malade, qui était immédiatement menacée. Il n'a succombé, en effet, que beaucoup plus tard aux progrès de la maladie principale, contre laquelle l'art était tout à fait impuissant.

Pour les œdèmes généraux, voici ce qui se passe : quand une anasarque, effet de la maladie du cœur, survient, elle devient la cause d'un accroissement considérable de l'obstacle qui existait déjà pour la circulation générale et la respiration. Or peut-on quelque chose contre cette anasarque? Oui, on peut faire que des malheureux qui étaient gonflés jusqu'aux yeux, qui étouffaient, étaient mourants, perdent cette enflure, et reviennent à un état de santé relative après huit, quinze, vingt jours de traitement.

M. Trousseau nous a rappelé à cette occasion que quand il était médecin à l'hôpital Saint-Antoine, en 1837, on apporta dans ses salles un homme atteint d'une maladie du cœur très-grave; il avait une infiltration énorme et était presque expirant. Il fut mis aussitôt à l'usage des purgatifs drastiques les plus violents, et notamment de l'eau-de-vie allemande; il eut de quinze à vingt garde-robes par jour; il se dessécha peu à peu, et se réduisit à ses proportions habituelles sous l'influence de ce puissant parenchymagogue. Il sortit guéri de cet effroyable accident. Il en fut repris l'année suivante, mais cette fois la maladie du cœur était si avancée qu'il succomba.

Lorsque les purgatifs et les diurétiques n'ont pas prise sur les malades et qu'ils n'arrêtent pas les progrès de l'infiltration, c'est le cas de recourir à l'acupuncture. On fait avec la pointe d'une aiguille 80, 100, 150 piqûres depuis le haut des cuisses jusqu'aux pieds. Il sort de ces piqûres pendant plusieurs jours une quantité énorme de liquide, d'où il résulte un grand soulagement pour les malades.

Il est un autre moyen encore, ressource ultime que recommande M. Trousseau lorsque les autres viennent à trahir notre espérance; il a été tenté sur le malade qui a été le sujet de ces observations : c'est l'emploi de l'huile de croton-tiglium sur les jambes.

Cette médication consiste à établir sur les membres inférieurs une irritation violente à l'aide de l'huile de croton répandue depuis les genoux jusqu'aux pieds. Avec 10 ou 15 grammes de cette huile, qu'on étend sur un morceau de peau, on fait cinq ou six fois par jour une friction tout autour de la jambe. On répète ces opérations pendant deux ou trois jours, jusqu'à ce qu'il survienne une abondante éruption vésiculeuse. Ces boutons se rompent, et l'on voit de suite se faire par chacun d'eux un écoulement énorme de sérosité. Le malade qui a été soumis à cette médication a dû changer six fois d'alèze dans une seule nuit. La face, les mains, le scrotum, se sont d'abord détendus, puis affaissés; les membres à leur tour ont diminué de volume. Mais pour retirer de ce moyen un résultat avantageux, il faut une condition essentielle, c'est que le malade ne garde pas le lit, qu'il se tienne nuit et jour sur un fauteuil, ce à quoi il s'habitue d'autant plus facilement qu'il y respire mieux. Cette situation déclive oblige la sérosité à descendre, à tomber vers les jambes où elle trouve une multitude de portes ouvertes pour se perdre au dehors. Il ne faut pas chercher à fermer ces issues bienfaisantes dès que l'anasarque a disparu; on doit les laisser subsister de huit à quinze jours encore, sans quoi l'infiltration ne tarderait pas à se reproduire.

Par ce moyen on ne guérit pas l'affection du cœur, pas plus que par les autres, mais on supprime du moins momentanément un accident redoutable et qui aurait pu précipiter l'issue funeste.

Spina-bifida de la région lombaire.

Un cas singulier de spina-bifida s'observe en ce moment à l'hôpital des Enfants assistés, dans le service de M. Dolbeau.

Un enfant de deux jours, dont le cordon n'était pas encore tombé, a été amené à l'hôpital portant sur la région sacrée une plaie ou plutôt une cicatrice ayant la forme régulière d'un cœur de carte à jouer et siégeant sur la ligne médiane, dans l'espace qui correspond aux deux dernières vertèbres lombaires et aux premières vertèbres sacrées.

Un bourrelet rouge, peu saillant, existait tout autour de cette cicatrice, qui était recouverte par une pellicule fine soulevée,

---

CHRONIQUE SCIENTIFIQUE.

UNE ANNÉE EN COCHINCHINE.

Nous extrayons ce qui suit d'un travail publié dans le *Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, par M. Linquette, médecin-major de 1re classe :

La contrée occupée par les Français en Cochinchine est bornée au nord et à l'ouest par le royaume de Kambodje, au nord-est par la Cochinchine proprement dite, au sud-ouest par le pays de Vinh-Luong et le Hong-Ghian, qui forme l'extrémité de la péninsule indo-chinoise; au sud-est par la mer de Chine. Cette zone, comprise entre le 10e et le 12e degré de latitude nord, a une longueur, du nord au sud, de 129 kilomètres environ, et une largeur moyenne de 75. Sa configuration est celle d'un delta parcouru par deux grands fleuves qui communiquent entre eux par une foule de branches ou *arroyos*, de sorte que des cours d'eau de diverse importance sillonnent le pays en tout sens.

Le sol de la Cochinchine est en général composé de terres basses où se rencontrent partout des alluvions marines que recouvrent des matières argileuses mélangées de débris végétaux. Après les pluies abondantes, la terre exhale une forte odeur de marécages. Les rizières couvrent la majeure partie du terrain, et là, comme ailleurs, elles sont une source de richesse et d'insalubrité.

Le climat est presque uniformément chaud; la plus basse température moyenne de l'année est 26°,56 (janvier), la plus haute est de 33°,83 (juin). Comme dans toutes les régions intertropicales, il n'y a que deux saisons : la saison sèche et la saison des pluies. Cette dernière, qui commence en avril et finit en septembre, est remarquable par l'énorme quantité d'eau qui tombe à peu près chaque jour. Le pays se trouvant alors inondé, les communications par terre deviennent très-difficiles. La pluie s'accompagne habituellement d'orages et d'une forte tension électrique. Les orages sont fort rares dans la saison sèche, mais les nuits sont illuminées par de nombreux éclairs.

La basse Cochinchine est habitée par une population d'origine variée : on y rencontre des Chinois, des naturels de toutes les parties de l'empire d'Annam, des Kambodjiens, des Fankinois, etc.

La population primitive existe encore; elle a sa physionomie propre, outre les caractères communs à toutes les races de l'Indo-Chine. La forme générale de la tête est cylindrique, à sommet aplati; son diamètre antéro-postérieur est plus petit que chez les Européens; le trou occipital est placé très en arrière de la ligne médiane. La face est plate et large; les pommettes, saillantes, ont des contours arrondis; le front est large et bombé, le nez écrasé à la racine, la bouche grande, la mâchoire inférieure forte; les yeux sont très-petits et les lèvres très-grosses. La barbe est rare, clair-semée, et la chevelure d'un noir de jais.

Les Annamites n'ont point de taille. Le tronc est tout d'une venue, carré, pour ainsi dire, du haut en bas. Le bassin offre une grande largeur, et cette conformation donne à la démarche quelque chose de théâtral. Chez les femmes, l'ampleur du bassin est tellement exagérée que les axes de rotation des cuisses sont assez écartés pour que chaque pas s'accompagne d'un double mouvement en demi-cercle à droite et à gauche.

Les membres pelviens présentent un développement fort convenable; mais si les muscles sont volumineux, ils manquent généralement de vigueur. Le gros orteil prend à chaque pied une disposition singulière : ce doigt s'écarte des autres suivant une direction oblique en dedans, de sorte que les pieds étant rapprochés, les deux orteils se croisent. Ainsi placé, il devient susceptible d'une certaine éducation. Quelques Annamites, en effet, se servent assez bien du pied comme organe de préhension.

Le peu d'élévation de la stature, l'absence de barbe, l'aspect glabre de la peau, donnent aux Cochinchinois une apparence de juvénilité perpétuelle; les centenaires ne sont pas rares parmi eux. Les Cochinchinois ont moins de tendance à l'obésité que les peuples limitrophes; toutefois, l'embonpoint passe chez eux, comme chez tous les Indo-Chinois, pour l'un des attributs de la beauté.

L'Annamite est d'un caractère gai et bruyant, intelligent et adroit, mais menteur et paresseux. Dominé par la peur, il devient humble; rampant et d'une soumission sans égale.

Chez ce peuple, l'organe noble n'est pas le cœur, c'est le foie; on dit d'un brave *qu'il a du foie*.

La Cochinchine répète les maladies les plus communes dans les régions chaudes et à fond palustre. Ces maladies sont la fièvre intermittente, la dyssenterie, la diarrhée, l'hépatite. Le choléra et la syphilis occupent aussi un rang élevé dans la pathogénie du pays; l'ulcère dit *annamite* ou de *Cochinchine*, est, comme on le sait, un produit local.

En 1862, l'effectif des troupes employées à l'expédition de Cochinchine s'élevait à 7,589 hommes de toutes armes. Le total des entrées à l'hôpital a été de 24,220 : ce qui donne un peu plus de trois entrées par homme. La mortalité cependant n'a été que de 697, c'est-à-dire environ 90 pour 1,000.

Sur les 697 décès relevés par M. Linquette, 309 cas se rapportent

par des plaques de la couleur et de la consistance des plaques pseudo-membraneuses qui doublent d'ordinaire la membrane d'enveloppe de certains spina-bifida et des exomphales. Au centre, on distinguait une surface violacée constituée par un tissu vasculaire présentant un aspect intermédiaire entre la peau et les muqueuses des orifices cutanés. Cette partie était un peu saillante et pourvue d'un petit pertuis à son sommet et qui laissait écouler un liquide clair citrin en petite quantité.

Au toucher, on sentait sur cette partie un écartement des os, une absence des apophyses épineuses et d'une partie des lames des vertèbres ; il existait des battements doubles, isochrones au mouvement de la respiration et aux pulsations du cœur, battements correspondant au double reflux du liquide céphalo-rachidien dans le canal vertébral à chaque expiration et à chaque systole artérielle, et tels que les ont décrits M. Longet, pour ce qui a trait à la respiration, et M. Cruveilhier, pour ce qui a rapport aux pulsations des artères.

Il n'y avait pas de paralysie des membres inférieurs, et aucun autre vice de conformation n'existait, si ce n'est une imperforation incomplète ou une atrésie du rectum un peu au-dessus du sphincter.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est l'absence de peau recouvrant le spina-bifida, ou au moins l'existence d'une cicatrice solide sur la tumeur, malgré l'absence d'une enveloppe cutanée. Dans le spina-bifida ordinairement, ou bien il y a une tumeur formée par une distension de la peau, ou bien la tumeur est circonscrite par une membrane mince, transparente, peu vasculaire, que l'on appelle de la peau amincie, et qui ressemble aux membranes d'enveloppe du cordon ou à la membrane amniotique. Dans le premier cas, qui est en général le plus favorable, il n'y a rien à noter, si ce n'est que ce sont les faits de cette nature qui permettent le plus longtemps l'exercice des fonctions. Dans le second cas, lorsque les communications de la tumeur avec le canal vertébral n'ont pas été détruites, ce qu'il y a de plus fréquent est une déchirure ou une perforation de la tumeur, qui s'affaisse et se transforme en une fistule vertébrale si l'on peut ainsi dire ; et à la suite de cette rupture, une inflammation de la tumeur se propage à la moelle et entraîne la mort des enfants, ou bien la tumeur se reproduit, et c'est en général à une époque peu rapprochée de la naissance que ce phénomène se produit.

On connaît des faits dans lesquels, au moment de la naissance, la tumeur a été trouvé vide, largement ouverte, et laissant à découvert le canal vertébral. Bérard et M. Cruvelhier en ont fourni chacun un exemple (1). M. Depaul a observé un fait du même ordre (2). Mais dans ce cas il y avait au moment de l'accouchement une tumeur encore évidente, tandis que chez le petit malade de M. Dolbeau il n'y avait pas trace de tumeur.

Est-ce à dire que la membrane transparente, doublée d'un produit pseudo-membraneux, a été primitivement l'enveloppe d'une tumeur, et que celle-ci pouvait être représentée à l'esprit avec la forme qu'a aujourd'hui la cicatrice? C'est ce que l'on ne saurait affirmer. Toutefois, comme les tissus qui recouvrent la solution de continuité des os sont bien organisés et très-vasculaires, on serait en droit de supposer que le spina-bifida a suivi son évolution régulière, qu'il s'est rompu et qu'il s'est cicatrisé pendant la vie intra-utérine. On comprendrait alors l'existence et la solidité de ce tissu de nouvelle formation recouvrant la fissure du canal vertébral, en l'attribuant à la vitalité connue des diverses parties du fœtus pendant la vie intra-utérine. Les caractères du bourrelet qui circonscrit la cicatrice justifieraient l'idée d'une rupture et d'une cicatrisation entre le sixième et le huitième mois de la vie fœtale. La perforation extrêmement petite qui existait au niveau de la saillie formée par la cicatrice au-devant du canal rachidien et qui s'oblitère en ce moment, est encore une raison pour admettre qu'il s'agit ici d'une cicatrisation progressive d'un spina-bifida.

Comme il n'y a aucune tumeur et comme le simple soulèvement du tégument n'exige pas un traitement immédiat, ainsi que l'ont observé Bidloo, Valsalva et Richter, M. Dolbeau se propose d'attendre. Un sclérème et l'affaiblissement de l'enfant, du reste, semblent contre-indiquer ici toute espèce de tentative.

M. Dolbeau, se plaçant à un autre point de vue, nous faisait remarquer que l'état où se trouvait ce spina-bifida au moment de la naissance prêtait à des considérations médico-légales. La régularité et l'aspect de la lésion avaient les plus grandes analogies avec une brûlure au deuxième et au troisième degré, en voie de cicatrisation, produite par un corps incandescent, c'est-à-dire, avec une brûlure présentant, suivant la remarque de M. Velpeau, le même degré dans toute son étendue. On aurait pu penser qu'il s'agissait d'une marque ou d'une manœuvre criminelle, et, comme le disait très-justement le chirurgien, ce cas nouveau doit être signalé à l'attention des médecins et des légistes.

(1) Malgaigne, *Sur la nature et le traitement du spina-bifida* (*Journal de chirurgie*), février 1845.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 13.

FRACTURE DE LA PARTIE GAUCHE DU FRONTAL.

Issue de la matière cérébrale. — Aphémie.

Par M. Ange Duval.

(Observation communiquée à la Société de chirurgie, séance du 30 mars.)

Georges L..., âgé de treize ans, employé aux travaux hydrauliques, est porté le 6 mai 1863 à la salle de Clinique. Il a fait une chute du haut des rochers qui dominent les bassins du Salou (16 à 18 mètres).

Le côté gauche du corps et la tête ont porté sur le sol.

On constate : 1° une plaie contuse à la cuisse gauche ; 2° une fracture du radius du même côté ; 3° une large plaie à la partie supérieure du frontal, siégeant sur la bosse frontale gauche et se prolongeant en dehors et en haut dans l'étendue de 6 centimètres.

Cette plaie laisse à découvert une fracture avec enfoncement *évalué à 4 ou 5 millimètres;* la pulpe du doigt suit facilement les inégalités des fragments. J'enlève à l'aide d'une pince une esquille longue de 1 centimètre sur 3 ou 4 millimètres de largeur.

D'autres plaies insignifiantes se remarquent au-dessus du pavillon de l'oreille et de l'apophyse mastoïde gauches. Toutes ces lésions ont été suivies d'hémorrhagie ; une certaine quantité de sang s'est écoulée aussi de la narine et du conduit auditif gauche.

Perte absolue de connaissance ; peau et extrémités froides ; pouls à 64, à peine perceptible, pupilles contractées ; résolution des membres ; pas de selles, pas d'urines.

Les moyens de révulsion et de calorification employés amènent le lendemain une réaction sensible. Pouls à 75, peau chaude, pupilles contractées, coma, pas de réponse aux questions adressées ; cris très-aigus lorsqu'une pression est exercée en arrière de la fracture du frontal.

Par la plaie du front que je n'ai pas réunie et qui n'a été recouverte que d'un linge fin fenêtré et d'un plumasseau de charpie, est sortie une assez grande quantité de pulpe cérébrale qu'on évalue à au moins 12 grammes (presque une cuillerée à bouche); mon doigt pénètre facilement entre les fragments, et j'extrais une petite esquille o ngue de quelques millimètres.

Les jours suivants, les symptômes sont les mêmes : coma, mutisme ; cris d'une acuité extrême lors de la pression sur le point que j'ai indiqué.

Ce n'est que le 15 mai que l'intelligence paraît renaître. Les pupilles sont sensibles à la lumière ; le malade essaye, mais sans résultat, de prononcer quelques mots ; il boit volontiers et a pris lui-même sa tasse de tisane.

A partir de ce jour, une amélioration évidente se montre ; mais elle est si lente que je trouve inutile de copier mes notes, qui, tenues matin et soir, relatent trop scrupuleusement les progrès intellectuels de notre jeune blessé.

Il ne profère d'abord qu'un nombre restreint de mots (*maman, père, maison, revenir*), et encore souvent la syllabe terminale du mot manque.

La plaie laisse toujours écouler une petite quantité de pus mêlé à une grande quantité de sérosité tantôt trouble, le plus souvent presque citrine. A divers intervalles, on rencontre sur la compresse fenêtrée des parcelles reconnaissables de matière cérébrale.

Cette sérosité, dont il est impossible d'apprécier la quantité, mouille ordinairement les compresses dans l'intervalle des pansements, et le 31 mai, un œdème qui était survenu aux paupières depuis plusieurs jours envahit toute la région frontale. Les lèvres de la plaie, que j'avais bien recommandé de laisser béantes, étaient presque réunies.

Je les séparais à l'aide d'un stylet, et il s'échappa aussitôt *au moins* 60 grammes de ce liquide séreux.

Son écoulement a été continu ; constaté pour la première fois le 18 mai, il a duré jusqu'au 10 juin. Il est difficile d'évaluer sa quantité au-dessous de 350 à 400 grammes. Quoique l'analyse n'en ait pas été faite, je regarde comme sa source unique le liquide sous-arachnoïdien.

Ce même jour, 31 mai, L... put articuler des mots nouveaux, et après quelques jours, vers le 10 juin, il commença à faire des phrases, toujours incomplètes mais assez intelligibles. Il a conservé la mémoire de tous les faits antérieurs, même celle de son ascension sur les rochers. Il n'a perdu le souvenir que des dix ou douze premiers jours de son entrée à l'hôpital.

Ce n'est également que ce jour même, le 31 mai, que je puis constater l'existence d'une hémiplégie du côté droit, à peine prononcée dans le membre inférieur, très-marquée dans le bras et l'avant-bras droits.

Sur la demande réitérée de ses parents, le malade sort de l'hôpital le 26 juin ; les plaies sont fermées depuis le 22.

L'intelligence est très-nette, la parole est embarrassée ; il ne peut prononcer une seule phrase sans que plusieurs mots, quelquefois essentiels, manquent.

Il y a un peu de faiblesse dans le côté droit. La plupart des mouvements du membre supérieur sont très-peu étendus ; ainsi l'enfant ne peut porter la main à la bouche qu'avec l'aide du bras gauche.

J'ai revu cet enfant bon nombre de fois depuis sa sortie, et je l'ai encore examiné aujourd'hui même, 28 mars 1864. J'ai interrogé souvent ses parents. Ceux-ci m'ont toujours déclaré que L... s'exprimait bien avant sa chute, que la parole était même assez facile ; qu'il lisait couramment depuis deux ans et savait un peu écrire.

Or, voici le résumé de mes observations faites plus de dix mois après la fracture :

Sur et près la bosse frontale gauche se trouve un enfoncement assez considérable pouvant loger la pulpe du doigt. Cet enfoncement est recouvert par le cuir chevelu adhérent à l'os. Une cicatrice étoilée et irrégulière en ce point se prolonge obliquement en dehors et en haut dans l'étendue de 3 centimètres.

L'extrémité interne de la fracture est à 47 millimètres de la ligne médiane, ou mieux de la suture frontale proprement dite.

Si de cette même extrémité on fait tomber une ligne perpendiculaire sur l'arcade sourcilière, celle-ci coupe le sourcil à la réunion de ses trois quarts internes et de son quart externe. La cicatrice est située à 4 centimètres au-dessus de l'arcade sourcilière.

Il n'existe plus de paralysie ; l'enfant est robuste, un peu petit, mais à musculature fortement développée ; l'œil est très-intelligent. La parole est lente ; plusieurs syllabes sont mal articulées, et, malgré les progrès que nous sommes obligé de reconnaître, il est certain pour nous, et ses parents le déclarent, qu'il n'a pas encore recouvré la possibilité de prononcer tous les mots qu'il savait il y a un an. Quoique d'un naturel doux, il s'impatiente dans ces moments et dit : *Je sais, mais je ne puis pas.*

Avant l'accident, il lisait très-convenablement et allait à l'école ; aujourd'hui il a épelé devant nous et d'une manière médiocre les titres d'un journal, et cependant il m'a prouvé qu'il comprenait les lignes placées sous ses yeux.

Je crois devoir rattacher ce fait aux deux autres observations d'aphémie traumatique que j'ai déjà eu l'honneur de communiquer à la Société.

DU TRAITEMENT DE LA GRIPPE.

Par M. le docteur Joseph Truauld.

L'état sanitaire de Paris laisse beaucoup à désirer depuis deux ou trois mois. Les phlegmasies des voies respiratoires ont sévi d'une façon tout à fait inusitée, et l'hiver si long et si rigoureux que nous venons de traverser et qui a tant de peine à nous quitter a déterminé les accidents les plus variés du côté

à la dyssenterie, 124 au choléra, 95 à la fièvre pernicieuse, 38 à la fièvre typhoïde, 18 à la congestion cérébrale, 13 à la pneumonie, 13 à l'ulcère annamite, etc. Une remarque qu'il peut être utile de consigner, c'est que la mortalité a sévi avec plus de rigueur sur les hommes déjà fatigués par la campagne de Chine et dans les rangs des troupes surmenées par le service ou logées d'une façon insalubre. Ainsi, tandis que la moyenne des décès, sur l'ensemble du corps expéditionnaire, fut de 9,50 pour 100, elle a été pour la gendarmerie de plus de 17 pour 100, et pour la cavalerie française et tagale de 2,55 seulement. Pour comprendre cette différence, il faut savoir qu'en expédition le gendarme fait un service très-rude, et que, par égard pour leur monture, il échoit presque toujours aux cavaliers des gîtes à couvert.

La chaleur humide, dissolvante, l'ivrognerie commune chez les Européens, contribuent autant que les fatigues aux affections endémiques de la Cochinchine. Du reste, toutes les causes d'affaiblissement, quelle qu'en soit l'origine, prédisposent fatalement l'organisme aux maladies infectieuses. C'est ainsi qu'au début de la campagne les vieux soldats furent ceux qui succombèrent les premiers à la dyssenterie, puis vint le tour des ivrognes et des sujets devenus anémiques à la suite des fièvres intermittentes.

Dans le relevé statistique des décès, M. Linquette nous montre le bataillon des tirailleurs algériens (turcos), composé de 901 hommes, frappé de 43 morts pour cause de flux dyssentérique. On est surpris d'un chiffre pareil, quand il s'agit d'individus originaires d'un pays où les influences morbides sont à peu de chose près identiques avec celles qui s'exercent en Cochinchine : ce serait à douter de la stabilité et des bénéfices de l'acclimatement.

M. Linquette attribue cette mortalité inattendue au séjour prolongé que firent les tirailleurs algériens dans la province de Mytho, pays malsain où les fatigues d'un service déjà écrasant par lui-même ont été augmentées par des courses incessantes à travers une contrée toute marécageuse, et par l'emploi que l'on fit de ces hommes pour l'assainissement des marais.

Lors de l'arrivée des Français en Cochinchine, la syphilis y était déjà très-répandue ; elle s'est promptement propagée parmi nos soldats, particulièrement sous forme d'uréthrite. Intensité dans les phénomènes de la première période ; adénites arrivant promptement à la suppuration ; tendance des plaies qui en résultent au décollement et à l'état phagédénique ; rapidité dans l'apparition des symptômes secondaires et tertiaires : tels sont les principaux caractères de la vérole en Cochinchine. La cachexie mercurielle se manifeste de très-bonne heure ; le sujet tombe facilement dans l'anémie et dans une sorte d'affaiblissement qui l'expose à contracter plus que tout autre les affections actuellement endémiques dans la contrée.

Le choléra se développe et se propage souvent parmi les colonnes expéditionnaires, surtout quand la troupe séjourne dans un fort ou dans un village annamite, toujours encombrés d'immondices, de cadavres d'hommes ou d'animaux. En pareil cas, les accès pernicieux cholériformes sont fréquents.

Lors de notre arrivée à Go-Cong, ajoute M. Linquette, nous trouvâmes les troupes de l'amiral entassées dans un espace étroit, établies en dedans et autour du fort dans de petites cases en paille. Une odeur infecte régnait dans le camp. Nous pûmes camper en deçà, séparés par un petit arroyo. Nos hommes furent installés dans de vastes cases en bois, très-propres et convenablement espacées. Tandis que le choléra sévissait de l'autre côté de l'eau, il ne fit pas une seule victime parmi nous.

Au camp dit des Lettrés, on avait construit, dans le voisinage de vieilles latrines imparfaitement bouchées, deux cases en bois très-grandes et très-élevées, où furent logés environ 300 hommes arrivant presque tous de France. Le choléra se déclara presque aussitôt, mais resta confiné dans ces deux cases. Les fosses furent bouchées avec soin, et l'endémie ne tarda point à s'éteindre.

On a remarqué, à Saïgon, que le choléra attaquait surtout la population qui habite les quais. Cette particularité tient probablement à ce qu'à marée basse les berges restent à nu, couvertes de vase et des immondices provenant des barques annamites qui séjournent en grand nombre sur ce point.

La maladie nommée *ulcère annamite* ou de *Cochinchine*, probablement à cause de sa fréquence chez les indigènes, a été observée très-fréquemment chez les tirailleurs algériens : 92 ont été traités dans les hôpitaux ; quant au nombre des exemptés, il a été énorme. Trois décès ont eu lieu, par suite de l'abondance de la suppuration. Un des malades a conservé une vaste cicatrice adhérente, rétractée, occupant plus des deux tiers du côté externe de la jambe gauche ; cette infirmité entraînera probablement la perte de l'usage du membre qui en est le siége.

Ce mal débute toujours par un gonflement circonscrit, des taches rouges accompagnées de cuisson ou de démangeaison légères ; au milieu de ces taches se forme un point dur qui se développe jusqu'à prendre le diamètre d'une pièce d'un franc. Arrive bientôt la période de suppuration ; elle s'annonce par des pustules comparables à celles de l'ecthyma. Chacune de ces pustules s'affaisse, se recouvre d'une croûte épaisse et brunâtre qui en se détachant laisse à nu une ulcération à bords irréguliers, d'un rouge foncé, et qui passent promptement à l'induration sous forme de bourrelets livides ou blafards. L'ulcération s'étend en cercle ou en ovale plus ou moins déchiquetés, et intéressant toute l'épaisseur de la peau, elle envahit quelquefois le contour entier d'un membre ; on l'a vue atteindre jusqu'aux os,

des conduits aériens, mais principalement des bronchites graves et tenaces, des enrouements et des aphonies.

On a observé quelques cas de *grippe* qui n'étaient autre chose que des pleuro-pneumonies méconnues; puis on a rencontré dans les hôpitaux un certain nombre de phthisies galopantes et enfin des hémoptysies. Tout Paris a toussé, tout Paris tousse encore. Chacun se traite à sa manière, d'autres ne se traitent pas du tout; et cependant Celse n'a-t-il pas dit : Un rhume négligé est une phthisie commencée?

Lorsque le médecin est consulté en pareil cas, nous pensons qu'il n'a rien de mieux à faire que de prescrire celui des médicaments qui lui a toujours donné le plus de succès dans sa pratique. A quoi bon frapper à des portes inconnues, courir des chances si faciles à éviter et s'exposer bénévolement à des mécomptes? Nous avons, pour notre part, donné des soins depuis trois mois à une douzaine de personnes atteintes de bronchites rebelles, avec dyspnée et mouvement fébrile, et nous les avons toutes guéries dans l'espace de huit ou quinze jours avec le *sirop de Pierre Lamouroux*. Or ce résultat est peu surprenant, lorsqu'on connaît l'action en quelque sorte spécifique de ce médicament contre la toux en général et les irritations de poitrine.

Le sirop béchique et calmant dont nous parlons a été expérimenté un très-grand nombre de fois par nos maîtres et savants confrères Chomel, Louis, Gendrin et Bouchardat, et dans leurs ouvrages comme dans leurs leçons cliniques ou leur pratique particulière, ces médecins éminents ne cessent de s'applaudir de ses effets sûrs et prompts.

D'après ce que nous avons été à même d'observer, nous sommes convaincu, surtout après les nombreux essais que nous avons fait des médicaments dits pectoraux ou réputés tels, que le *sirop de Pierre Lamouroux* réunit en lui des qualités précieuses : au début des lésions inflammatoires de l'appareil respiratoire, pendant les périodes de tension, de sécheresse, de chaleur et de douleur, par exemple, il agit activement au moyen des émollients qui entrent dans sa composition et qui s'associent avantageusement aux tisanes ou infusions adoucissantes. Vient le moment où, par suite d'une excitation prolongée, il se produit un éréthisme nerveux particulier, sur lequel les simples émollients n'auraient plus de prise, et les éléments sédatifs de ce sirop entrant alors en jeu, déterminent une réaction salutaire et conduisent aux résultats que nous venons de signaler.

La constitution médicale régnante donne aux considérations thérapeutiques qui précèdent le mérite de l'à-propos, et c'est afin d'être utile à nos confrères, si souvent embarrassés en face d'une toux réfractaire, que nous avons désiré les publier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 mars 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Aphémie traumatique. — M. BROCA communique une observation adressée à la Société par M. Ange Duval, membre correspondant à Brest, et intitulée : *Fracture de la partie gauche du frontal; issue de la matière cérébrale; aphémie. Oubli pendant longtemps de l'articulation d'un grand nombre de mots. Guérison.* (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

Thérapeutique des polypes du larynx.

M. EHRMANN (de Strasbourg) adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

Je lis dans un compte rendu de la dernière séance de la Société de chirurgie, à laquelle je me félicite d'appartenir, ce qui suit :

« M. Verneuil a été appelé à la tribune pour lire une observation » de *Polype du larynx*, due à M. le docteur Debrou (d'Orléans), » et je trouve comme conclusion de cette communication les assertions suivantes : « Dans les remarques pleines d'intérêt et empreintes » d'une rare franchise, l'auteur de l'observation n'hésite pas à attribuer » l'insuccès de l'opération et la mort du malade à la *trachéotomie*, » qui a provoqué une bronchite catarrhale grave, source des lésions » mortelles qui se sont produites. M. Debrou regrette de s'être laissé » *entraîner*, par l'exemple de M. Ehrmann (de Strasbourg), à pratiquer cette trachéotomie, qui n'était pas nécessaire, dit-il, puisque » le malade ne présentait pas d'accident de suffocation. Instruit par » l'expérience, M. Debrou, contrairement à l'opinion de M. Ehrmann » et *d'accord avec l'opinion émise par M. Verneuil*, dans un travail » sur ce sujet, M. Debrou pense que la trachéotomie ne doit *pas entrer* dans le plan de l'opération et compliquer la laryngotomie, sauf » les cas dans lesquels il y a menace de suffocation et d'asphyxie. »

Ce que ces assertions ont d'étrange, Monsieur le président, c'est que dans l'observation que j'ai publiée en 1844, et qui est la seule encore aujourd'hui qui fasse mention d'un succès non contesté, c'est précisément au procédé que j'ai adopté qu'a été dû le salut de mon opérée (c'était une femme de 34 ans); mais j'ai *commencé* par où M. Debrou, d'accord avec M. Verneuil, a malheureusement *fini*, c'est-à-dire que faisant l'opération en deux temps, j'ai cherché d'abord à faire respirer la malade (car elle n'avait peut-être plus un quart d'heure à vivre) par la trachéotomie et le placement d'une canule, et j'ai remis au lendemain, quand le calme était rétabli, l'incision du larynx pour enlever le polype fixé au ligament inférieur de la glotte. De cette façon, j'ai pu très-commodément extirper le corps étranger, comme s'il n'avait pas appartenu aux voies respiratoires; la canule placée à demeure m'a singulièrement favorisé, car pas une goutte de sang n'a pu s'introduire dans le canal aérien lors de l'opération. M. Debrou, au contraire, après avoir pendant 45 minutes fait des efforts pour enlever la tumeur, et craignant une inflammation consécutive du larynx, incise encore, pour la prévenir, les deux premiers anneaux de la trachée, et le malade succombe le septième jour.

Je ne vois donc aucune raison, Monsieur le président, qui milite en faveur des regrets que l'honorable chirurgien orléanais exprime de s'être laissé entraîner par mon exemple, car je n'hésiterais pas un seul instant, et j'aime à croire que mes honorables confrères de la Société partageront mon avis, je n'hésiterais pas, dis-je, si l'occasion se présentait, de procéder ainsi que je l'ai fait une première fois, avec l'approbation de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine.

Veuillez agréer, etc. EHRMANN.

28 mars 1864.

M. FOLLIN. Les membres de la Société peuvent se rappeler que j'ai opéré, il y a environ un an, un malade atteint de polype du larynx. Je fis la laryngotomie sous-hyoïdienne; il n'y eut aucun accident, et la guérison fut très-rapide. Le malade est revenu me voir il y a une huitaine de jours, il se plaignait d'étouffements qui me faisaient craindre une récidive du polype. L'examen laryngoscopique me montra que les voies respiratoires étaient parfaitement saines. Mon opéré venait de tirer à la conscription un mauvais numéro, et il désirait obtenir de moi un certificat motivant son exemption. C'était la cause de ses étouffements.

Je n'ai eu, pendant le cours de l'opération, qu'une seule petite difficulté provenant du suintement sanguin des lèvres de la plaie cutanée, suintement qui pendant quelque temps nous empêcha de bien voir la cavité du larynx. Aussi, dans le cas où j'aurais à pratiquer de nouveau la laryngotomie sous-hyoïdienne, ferais-je l'opération en deux temps. Je commencerais par diviser toutes les parties molles jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne; puis, quand au bout d'une heure ou deux l'hémorrhagie serait complétement arrêtée, j'ouvrirais le larynx, bien sûr alors d'achever l'opération à sec et sans aucune gêne.

M. TRÉLAT. Bien qu'il soit délicat d'émettre un avis sur un malade que nous n'avons pas vu et sur une opération à laquelle nous n'avons pas assisté, les détails circonstanciés fournis par M. Debrou dans son travail permettent une appréciation raisonnée.

Je ne suivrai pas notre confrère d'Orléans dans la longue discussion qu'il a instituée pour savoir si la trachéotomie est un accompagnement obligé de l'extirpation des polypes laryngiens par la voie sanglante. Sur ce point, d'ailleurs, il se prononce catégoriquement. La trachéotomie, dit-il, n'était pas nécessaire chez mon malade; elle ajoute un grand danger à l'opération; c'est elle qui a fait mourir mon opéré.

Mais je me suis demandé si l'opération principale ou mieux si la double opération, puisqu'il a fallu faire successivement la laryngotomie sous-hyoïdienne, puis la laryngotomie thyroïdienne, était ellemême nécessaire.

M. Debrou me semble avoir passé bien rapidement sur cette question capitale; après avoir indiqué quelques différences au moins insuffisantes entre les polypes muqueux et les polypes fibreux, à la variété desquels appartient celui qu'il a enlevé, il dit qu'on ne pourra presque jamais opérer ces derniers par les voies naturelles, soit à cause de la largeur de leur base, soit à cause de la fermeté de leur tissu, et il demande s'il eût été possible d'opérer ainsi son malade.

Non-seulement je crois que c'était possible, mais il me semble que l'indication était formelle.

La tumeur réunissait les deux conditions que M. Verneuil et moi, chacun de notre côté, nous avons indiquées comme favorables à l'extirpation par la bouche. Elle était située au-dessus de la glotte; elle était accessible directement à la vue et aux instruments. La symptomatologie suffisait presque à établir que le polype n'occupait pas, n'avait jamais occupé l'ouverture de la glotte. Le malade ne toussait pas, n'avait pas d'accès de suffocation; c'est surtout la déglutition qui était gênée chez lui; donc la tumeur était plutôt saillante vers l'isthme du gosier que vers le larynx.

Mais puisque l'examen laryngoscopique n'apprenait rien sur l'insertion du polype, puisque celui-ci pouvait être saisi par une pince de Museux, quelle raison a empêché M. Debrou de suivre le bon conseil que M. Verneuil donnait, dans la *Gazette hebdomadaire*, à M. Thomas (de Reims), de rechercher soit avec une anse métallique ouverte, soit avec un crochet mousse, les limites inférieures de l'insertion, et de s'assurer ainsi de la possibilité qu'il y aurait à porter sur cette insertion un fil simple, un fil métallique, une chaîne d'écraseur ou tout autre moyen de section?

Si M. Debrou avait insisté sur ce genre d'explorations, je ne doute pas qu'il fût arrivé à reconnaître que la tumeur était dure, résistante, très-probablement fibreuse, par conséquent peu vasculaire, ainsi que l'événement l'a prouvé; qu'elle était facile à atteindre et à fixer solidement; que le contact prolongé des instruments sur sa base n'entraînerait pas d'accidents, puisque des tractions énergiques exercées avec la pince de Museux n'avaient amené que des mouvements de régurgitation peu énergiques.

Peut-être ces recherches ont-elles été faites par notre collègue; peut-être, à l'exemple de M. Prat et de M. Follin, n'est-il arrivé à l'idée d'une opération sanglante qu'après des essais infructueux par les voies naturelles. Cependant l'observation, qui est très-complète, ne mentionne aucune tentative de ce genre, et on peut croire, à la façon dont M. Debrou pose la question, que la réponse n'a pas été douteuse un seul instant pour lui, et qu'il a dès l'abord écarté la possibilité d'opérer par la bouche.

Et cependant, en face des conditions si favorables que je viens d'énumérer, qu'y avait-il à craindre? L'hémorrhagie, si on employait le bistouri ou les ciseaux; la résistance des tissus, si on avait recours à l'écrasement linéaire.

Cette double crainte semble légitimée par l'opération qui a été faite, puisqu'il n'a pas fallu moins de trois quarts d'heure pour séparer le polype. Je suis surpris de cette longueur de temps, et je ne puis me l'expliquer que par une lenteur volontaire de la part de l'opérateur ou parce que l'instrument était mauvais.

J'admets, quoique les faits de H. Green (de New-York), de Langenbeck, celui que j'ai communiqué l'année dernière à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, ne déposent pas dans ce sens, qu'il fallût redouter l'hémorrhagie si on faisait une section rapide. J'admets encore que la solidité des tissus dût entraîner une longue manœuvre avec l'écraseur; n'y avait-il donc aucun moyen de parer à ce double inconvénient? Est-ce que l'anse coupante du galvanocautère ne devait pas donner une plaie sèche et une section rapide? Il suffisait de suivre l'exemple connu de M. Middeldorpf, qui enleva par ce procédé une *tumeur du volume d'une noix, qui semblait naître de la région sus-glottique du larynx*; analogie, on pourrait dire similitude de lésions qui aurait dû conduire à la similitude de traitement.

Je termine par une dernière remarque : le volume de la tumeur paraît avoir confirmé M. Debrou dans la nécessité d'opérer par une voie artificielle. Une de ses phrases permet de le croire. Au contraire, j'estime que le volume, outre qu'il rend la tumeur apparente et saisissable, indique d'opérer par la bouche, car il est bien difficile d'ouvrir avec le bistouri une voie plus large que le conduit buccopharyngien, et la preuve, c'est que notre collègue reconnaissant l'insuffisance de ses premières incisions, a dû recourir de suite à un large complément opératoire. Si on se reporte aux motifs qui ont guidé les autres opérateurs, M. Ehrmann, M. Prat, M. Follin, on voit que par-dessus tout c'est l'impossibilité d'atteindre les polypes qui a dicté leur conduite.

---

qu'elle frappe de carie. Ces ulcères ont un fond pâle ou grisâtre, recouvert de matières pultacées ou de fausses membranes très-adhérentes; ils fournissent une sanie ichoreuse, abondante et fétide; exceptionnellement, ils se compliquent de gangrène ou de pourriture d'hôpital.

Après une période d'induration et de suppuration généralement fort longue, l'ulcère guérit en laissant des cicatrices déprimées, indélébiles, comparables à celles qui résultent des plaies par armes à feu.

L'ulcère annamite, rare sur le tronc, s'observe fréquemment au contraire sur les jambes, autour des malléoles, et aussi sur le dos du pied.

L'étiologie de l'ulcère de Cochinchine n'est point encore parfaitement établie. Néanmoins, en rapprochant les faits observés par M. Linquette et par son collègue de Saïgon M. Armand, il paraît démontré qu'une constitution appauvrie par les fatigues et par la misère devient une prédisposition favorable à la maladie. Toutefois, l'ulcère reste un mal local, une plaie accidentellement développée par la piqûre des moustiques, le contact irritant de la vase, de l'eau de mer ou de la poussière, par la facilité enfin avec laquelle s'enveniment les moindres excoriations chez les individus qui ont l'habitude de laisser à découvert le tronc, les bras et les jambes.

Le séjour en basse Cochinchine est plein de dangers pour l'Européen, même pendant la saison d'hivernage, préférable cependant à la saison sèche. Pendant le temps des pluies, la chaleur du jour est suffocante, mais elle baisse considérablement la nuit, et brusquement aussitôt que l'eau commence à tomber. Il résulte de cette constante humidité et de ces brusques variations de température des impressions qui se manifestent ensuite sous forme de maladies de poitrine. En effet, un grand nombre d'individus, même parmi les indigènes, sont atteints de bronchite catarrhale. Lorsqu'on passe la nuit dans les camps ou dans les tribus, on entend tousser de tous côtés.

Il n'en coûterait guère alors pour se croire au milieu des habitants de nos côtes de l'Océan.

La marche des pleurésies observées par M. Linquette s'est fait remarquer par le peu de vivacité du pouls, la rapidité des épanchements et la promptitude des guérisons.

Trois cas de pneumonie sur treize se sont terminés par la mort en passant par l'état typhoïde, au milieu duquel les malades ont succombé.

La tuberculisation pulmonaire d'importation exotique est très-défavorablement influencée par le climat de la basse Cochinchine. Quelques cas s'étaient déjà montrés parmi les tirailleurs dès leur entrée dans la mer Rouge; plus tard, six hommes de ce bataillon succombaient avec une rapidité surprenante.

M. Linquette fixe à quinze jours environ la durée moyenne de la phthisie sous la latitude de Saïgon. La peste n'est pas plus expéditive.

Ce que je retiens surtout de cette communication, c'est le développement de la phthisie dans une localité où la température diurne est élevée en toutes saisons. Il y a dans ce fait de quoi étonner ceux qui perdent de vue que la tuberculisation pulmonaire est principalement subordonnée sous toutes les latitudes à la fréquence et à l'ampleur des mouvements thermométriques; que ces variations très-communes et très-étendues en basse Cochinchine s'exercent sur des hommes dépourvus souvent des moyens de protection nécessaires pour se garantir de pareilles impressions ou pour en atténuer les effets. Mais si la tuberculisation s'observe dans les pays chauds, elle ne doit guère y être comptée que comme un accident : rien ne prouve qu'elle ne puisse y être prévenue.

Les nombreuses informations dont nous sommes redevables aux médecins de la marine ont depuis longtemps déjà démontré le cosmopolitisme de la phthisie. Les observations recueillies par M. Linquette ne sont pas néanmoins sans utilité et sans à-propos, car il est nécessaire de tenir ou de remettre l'opinion dans le droit chemin.

CHAMPOUILLON.

M. Beyran commencera son cours sur les maladies des voies urinaires et des organes génitaux le jeudi 14 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— M. Giraldès commencera, à l'hôpital des Enfants malades, ses conférences de clinique chirurgicale et ophthalmologique, le jeudi 14, et les continuera tous les jeudis à huit heures. Leçons opératoires à neuf heures et demi.

Je regrette en somme que notre collègue n'ait pas accordé plus d'attention à une méthode opératoire, l'extirpation par les voies naturelles, qui, suivant moi, était indiquée dans le cas actuel et offrait infiniment moins de dangers que la laryngotomie.

LECTURES.

M. PÉTREQUIN, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de la même ville, donne lecture d'un travail intitulé *Vues nouvelles sur l'interprétation chirurgicale d'Hippocrate et sur la détermination des doctrines hippocratiques touchant les luxations du coude.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bauchet, Richard et Morel-Lavallée.

— M. BOECKEL, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques à la Faculté de Strasbourg, communique un mémoire sur la *laryngotomie thyroïdienne et ses indications.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Verneuil et Trélat.

COMMUNICATIONS.

Ostéogénie périostique. — M. OLLIER. J'avais l'intention de présenter à la Société l'exposé de tous les faits relatifs aux fonctions du périoste; mais, pressé par l'heure, je me bornerai à indiquer les faits nouveaux, renvoyant aux mémoires que j'ai publiés dans le *Journal de physiologie* et dans la *Gazette hebdomadaire* en 1858, ce dernier touchant plus directement aux applications pratiques.

Le périoste ne se comporte pas de la même façon dans les os longs, larges et courts. Ses fonctions reproductrices, la rapidité de ces fonctions, ne sont pas les mêmes dans ces différents cas.

Je regarde comme démontré que toute régénération osseuse, dans le sens propre du mot, c'est-à-dire régénération d'un os analogue de forme et de volume à l'os primitif, est impossible sans conservation du périoste. Cependant, tous les tissus conjonctifs sont susceptibles d'être envahis par l'ossification; mais c'est là un fait accidentel, pathologique en quelque sorte, et toujours insuffisant à établir une véritable régénération.

Voici des pièces — ce sont les radius d'un lapin sacrifié huit mois après l'expérience — qui montrent combien les résultats sont différents suivant qu'on a enlevé ou conservé le périoste; d'un côté, il n'y a rien, de l'autre l'os est régénéré.

Le seul fait contradictoire est celui de Médici; une portion de côte de mouton s'était reproduite au bout de plusieurs années après destruction de tout le périoste correspondant. Je n'ai pu consulter le texte original, mais il est fort possible qu'il y ait eu réunion par une sorte de cal des deux extrémités réséquées sans régénération de la partie enlevée.

Quant aux faits de Charmeil, ils montrent seulement la possibilité de végétations osseuses en l'absence du périoste, mais non la reproduction des os.

Dans les discussions qui ont eu lieu au sein de la Société, on a nié la régénération des épiphyses. Voici des pièces provenant de chats et de lapins qui prouvent cette régénération. J'avais enlevé l'épiphyse inférieure du radius et une petite portion de la diaphyse en gardant l'étui périostique. La reproduction est faite, mais l'épiphyse est séparée du corps de l'os par un cartilage intermédiaire; sur d'autres animaux tués plus tardivement, ce cartilage intermédiaire a disparu; l'ossification est complète, l'accroissement de l'os en longueur achevé.

Les différents périostes des os plats ne possèdent pas la même activité, et tandis que l'un reproduira l'os au bout d'un certain temps, l'autre en demandera le double; il faut donc envisager séparément le péricrâne, la dure-mère, le périoste palatin.

Sur ce crâne de chat j'ai déplacé un lambeau médian de périoste frontal; ce lambeau a produit une sorte de longue apophyse solide et plus épaisse que les os normaux.

Deux fois déjà j'ai eu occasion de reconnaître chez l'homme cette reproduction de l'os par le périoste frontal. Sur ces opérés, au bout de trois mois, on pouvait déprimer les parties et y enfoncer des épingles; mais au bout de dix ou quinze mois ce n'était plus possible, quelque effort que l'on fît. Je ne saurais affirmer qu'il y eût un véritable plan osseux, n'ayant pas pu m'en assurer par la dissection, puisque ces opérés sont vivants, mais c'est infiniment probable.

Le périoste palatin reproduit l'os avec une grande lenteur: il faut huit et dix mois. Dans une observation que j'ai publiée dans un des derniers fascicules du *Journal de physiologie*, on peut voir qu'après six mois la régénération était nulle; aussi ne suis-je nullement surpris que M. Sédillot n'ait pas trouvé de substance osseuse chez un chien au bout de quarante-trois jours. Ce délai est trop court.

Pour ce qui est des os courts, voici deux pièces parfaitement probantes. Vous pouvez voir sur la première un calcanéum régénéré. On a dit que le calcanéum pouvait, sous certains rapports, être assimilé aux os longs; il n'en est pas de même du cuboïde. Chez ce lapin, le cuboïde sain pesait 15 centigrammes; le cuboïde nouveau en pèse 14; c'est donc une reproduction aussi complète que possible.

La séparation du périoste a été signalée comme une difficulté; celle-ci n'existe pas dès que l'os ou le périoste sont enflammés; elle est d'ailleurs bien moins grande sur le vivant que sur le cadavre, et on peut toujours en triompher. Voici un maxillaire supérieur que j'ai enlevé pour un polype naso-pharyngien. Le périoste et l'os étaient parfaitement sains, et ce dernier est rigoureusement dépouillé de sa membrane nourricière. Ce malade a déjà, à la place de la tubérosité maxillaire, une masse dure, de forme arquée, impossible à déprimer. Si ce n'est pas de l'os, au moins cela en tient-il la place et la fonction.

Depuis que je suis chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, j'ai fait une trentaine d'opérations dans lesquelles j'ai conservé le périoste. Les résultats tantôt satisfaisants, tantôt nuls ou insuffisants, m'ont paru obéir à des influences générales que je dois indiquer.

Quand l'individu est épuisé, cachectique, que le blastème sous-périostique, dont le rôle est si important, est mal organisé, la reproduction fait défaut.

Quand le malade est jeune et vigoureux, que le périoste est sain, on obtient de bonnes reproductions. Si le périoste est épais et se détache avec facilité, la reproduction se fait bien, et l'os régénéré est quelquefois plus épais que l'os normal.

L'érysipèle, les fièvres éruptives ont sur l'ostéogénie périostique la même influence fâcheuse que sur le cal; elles la suspendent pour un temps ou l'arrêtent définitivement.

Dans peu de temps, je soumettrai à la Société des faits de régénération osseuse (clavicule, métacarpien) qui établiront que cette régénération est bien une réalité chez l'homme.

— M. AUBRY, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rennes, communique des observations de tumeur de l'orbite, de fracture du crâne suivie de trépan et de corps étranger de la vessie. (Nous publierons ces travaux dans un prochain numéro.)

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. MARJOLIN montre un enfant qui a dû subir l'amputation immédiate pour un arrachement du bras. La guérison est presque achevée. M. Marjolin remettra l'observation complète.

— A cinq heures et demie, la Société entre en comité secret.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons signalé à l'attention de nos confrères l'essai dont l'hôpital Cochin va être le théâtre. Nous sommes heureux d'applaudir encore aujourd'hui à une excellente mesure de l'Assistance publique.

Des salles de réunion où les malades qui ne gardent pas le lit tout le jour pourront se réunir, causer, se livrer à des récréations autorisées, vont être instituées dans tous nos hôpitaux.

Cette mesure sera bien accueillie et des malades qui peuvent prendre un peu de distraction, et de ceux qui trouveront plus de calme et de tranquillité à l'absence complète des malades non alités.

Les médecins qui ont visité le magnifique hôpital maritime de Brest savent tout le bénéfice que retirent les malades de cette disposition. Les divers pavillons de cet hôpital sont, en effet, réunis par des galeries qui présentent ces salles de réunion.

— Nous avons le regret d'annoncer la perte de M. le docteur Jan de La Gillardaie, mort subitement à Vannes le 27 mars dernier, à l'âge de soixante-quatorze ans.

Cet honorable confrère était président de l'Association des médecins du Morbihan.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope, de la dissection, préparation et conservation des objets, par M. Arthur CHEVALLIER, opticien. Ouvrage enrichi de 100 dessins sur bois et d'un atlas de 300 infusoires. Prix: 5 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs, par le docteur C. E. BROWN-SÉQUARD, traduites de l'anglais par le docteur Richard Gordon. Edition revue et annotée par l'auteur, avec une introduction sur la physiologie des actions réflexes, empruntée aux leçons de M. le professeur Ch. Rouget (cours de 1862-1863). In-8° de 146 pages. Paris, Victor Masson et fils. Prix: 3 fr.

Recueil de questions posées aux examens de médecine sur les accouchements; première série comprenant 500 questions. 1 vol. in-12. Prix: 1 fr. 50 *franco*. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 11 AVRIL 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Trois mémoires lus par des savants étrangers à l'Académie et vingt-cinq communications ou présentations d'ouvrages imprimés ou manuscrits, tous relatifs à des questions de physiologie ou de médecine, tel est le contingent que nous apporte aujourd'hui le *Compte rendu* de l'Académie des sciences. Défalcation faite des travaux destinés aux concours pour les prix et qui figurent pour un chiffre considérable, il nous reste encore un nombre fort respectable de communications à mentionner ici.

L'ordre des lectures comme le droit de préséance appellent tout d'abord le Mémoire de M. Gintrac sur l'atélencéphalie. L'honorable et savant directeur de l'École de médecine de Bordeaux a groupé sous ce titre toutes les *atélies*, c'est-à-dire les lésions congénitales ou malformations, par insuffisance ou par irrégularité, des principales parties de l'appareil encéphalo-rachidien. Dire ce qu'il a fallu de recherches et de travail pour réunir dans les divers groupes toutes les anomalies de ce genre, connues et inconnues, ce serait à étonner si l'auteur ne nous y avait pas habitués depuis longtemps. C'est un nouveau chapitre à joindre à l'ouvrage vraiment monumental que M. Gintrac poursuit depuis longtemps avec une si louable persévérance.

M. le docteur Pécholier, de Montpellier, dont nous avons signalé tout récemment une communication sur une question d'hygiène professionnelle, a lu dans cette même séance un travail sur le traitement des tumeurs blanches au moyen de l'appareil de Scott, auquel il a fait subir quelques modifications.

Le sujet de la troisième lecture est relatif aux transformations de l'homme sous l'influence des climats. On se rappelle que dans une première communication, M. Trémaux a soutenu devant l'Académie cette thèse très-discutable que l'homme se transforme du type blanc au type nègre et *vice versa* par l'action des milieux. Dans une seconde partie de ce même travail, l'auteur a apporté de nouveaux faits qu'il croit de nature à confirmer la réalité de cette influence. Il pense que les divergences considérables qui séparent les naturalistes à cet égard trouveraient une voie de conciliation dans ce fait, que la race ne change pas tant qu'elle demeure sur le même sol, dans le même milieu, tandis qu'elle se transforme peu à peu par l'effet seul du déplacement. C'est une question qui demanderait à être examinée avec plus d'attention qu'il n'est possible d'en apporter ici. Espérons que la commission désignée pour l'examen de ce travail voudra bien nous en faire connaître son sentiment.

Parmi les présentations d'ouvrages manuscrits (nous renvoyons à un autre jour l'énumération des nombreux travaux destinés aux prix), nous devons une mention à la nouvelle note de M. Schiff, relative à l'influence du nerf spinal sur les mouvements du cœur; au deuxième mémoire de M. Balbiani, sur la constitution du germe dans l'œuf animal avant la fécondation; aux recherches expérimentales de MM. A. Estor et C. Saintpierre, sur la cause de la coloration rouge dans l'inflammation, et à une note de M. Marcé, sur l'action toxique de l'essence d'absinthe.

Nous reviendrons sur quelques-unes de ces communications, dont nous n'avons pu donner l'analyse ou le résumé aujourd'hui. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES.

Des tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, principalement au point de vue de certains phénomènes non encore signalés qui en obscurcissent le diagnostic.

Par M. le docteur GUÉNIOT, chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

L'étude des lésions organiques était trop négligée des anciens pour que les tumeurs fibreuses de l'utérus, affection essentiellement anatomique, pussent leur être même imparfaitement connues. Aussi tous les faits d'origine ancienne qui semblent se rapporter à ces dernières sont-ils fort incomplets, plus ou moins obscurs et susceptibles d'interprétations diverses. Amb. Paré, Guillemeau, Fabrice de Hilden, qui nous en fournissent les premières observations incontestables, ne parlent cependant du sujet que d'une manière incidente et sans paraître en avoir des notions bien précises. Il en est de même de leurs successeurs, jusqu'à Levret, qui le premier, en 1749, traite magistralement des *polypes de l'utérus et du vagin* (*Mém. de l'Acad. de chirur.*, édit. in-4°, t. III, p. 518), et encore ce mémoire de l'illustre accoucheur ne comprend-il que l'étude des tumeurs sous-muqueuses pédiculées.

Il était réservé aux chirurgiens de ce siècle d'embrasser pour la première fois la question dans son ensemble et d'élucider la plupart des problèmes qui s'y rattachent. C'est ce qu'entreprirent d'abord Ph. Roux, Bayle et Dupuytren, et ce que continuèrent, en complétant l'œuvre de leurs devanciers, les hommes les plus éminents de la chirurgie française contemporaine. De cette succession nombreuse de travaux, il est résulté que l'origine et la constitution anatomique des tumeurs fibreuses, leurs divers modes d'évolution, les altérations pathologiques dont ils sont susceptibles, leurs variétés de forme et de siége, leurs symptômes, leur diagnostic, et les diverses méthodes opératoires qui leur sont applicables, constituent autant de particularités de leur histoire qui sont aujourd'hui bien connues et définitivement acquises à la science.

Mais si l'on peut ainsi considérer comme presque complète l'étude de ces productions pathologiques de la matrice pendant l'état de vacuité, il n'en est pas absolument de même de la connaissance de ces tumeurs envisagées dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. Les travaux relatifs à cette dernière question, tous de date assez récente, si l'on excepte un chapitre du Mémoire de Levret, sont peu nombreux encore, et les observations qui leur servent de base souvent insuffisantes pour résoudre toutes les difficultés du sujet. Sans vouloir faire ici un historique complet, il ne sera peut-être pas sans utilité de rappeler au moins les principales publications qui ont trait à la matière, et d'exposer les résultats qui en dérivent.

Dans le troisième chapitre de son mémoire, Levret s'attache à démontrer la possibilité de la grossesse chez une femme atteinte d'un polype utérin « même considérable ». Trois observations servent à établir ce fait important, que Louis, quelques années auparavant, ne pouvait encore considérer comme « vraisemblable », attendu, disait-il, que « la stérilité est un effet nécessaire de la présence d'un corps étranger dans l'utérus ». (*Mém. de l'Acad. de chirur.*, édit. in-4°, t. II, p. 137.)

Un certain nombre d'observations isolées, en particulier l'une de Chaussier, une autre de Béclard, une troisième de Mme Lachapelle, si tant est qu'elle soit autre que la précédente, une quatrième de Deneux, une cinquième très-intéressante d'Outrepont, etc. (1), observations généralement publiées sans aucun commentaire, servent d'unique transition entre le chapitre de Levret et un mémoire d'Oldham (*Guy's Hospital Reports*, avril 1844), analysé par M. Danyau dans le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne (2).

En 1846, paraissent dans le même journal les recherches de M. Danyau « sur les polypes fibreux de l'utérus qui compliquent la grossesse et l'accouchement, et sur le traitement qu'ils réclament. »

Dans le cours de la même année, M. Am. Forget publie un travail « sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et l'accouchement. » (*Bull. gén. de thérap.*, t. XXX, p. 261).

En 1858, s'ouvre, au sein de la Société de chirurgie, une discussion sur le sujet qui nous occupe, discussion conrte mais substantielle, à laquelle prennent part trois chirurgiens des plus

(1) Chaussier, *Bull. de la Faculté de méd.*; 1813, t. III, p. 300. — Béclard, même recueil, 1820, p. 169. — Mme Lachapelle, *Mémoires*, t. III, p. 381. — Deneux, *Lancette française*, 1829, n° 3. — D'Outrepont, *Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXIII; 1re série, p. 121.

(2). « Des accidents produits, après l'accouchement, par la présence d'un polype dans l'utérus; » *Journ. de chirurg.*, 1844, p. 184.

LETTRES OBSTÉTRICALES.

DE LA POSITION DE LA FEMME PENDANT L'ACCOUCHEMENT (1).

X.

Dans le monument impérissable que le *divin vieillard* nous léguait, il y a vingt-trois siècles, la science obstétricale occupe une place importante. Toutefois, dans les traités qui se rapportent aux accouchements, il me semble que le génie hippocratique est pris de quelques défaillances. Ainsi qu'on l'a remarqué pour Homère, *aliquando bonus dormitat Hippocrates* : j'en veux pour preuves les bizarres prescriptions destinées à favoriser le travail, à faire rendre l'arrière-faix, etc. Il est vrai que certains commentateurs les attribuent à l'école de Gnide.

Pour accélérer l'accouchement, Hippocrate conseille des moyens dont l'énumération serait fatigante; mais il n'est pas hors de propos de parler des *fumigations*. Le médecin de Cos fait jouer un grand rôle à cette médication externe. Dans le *Traité de la superfétation*, il recommande les fumigations aromatiques en cas de présentation d'un bras ou des pieds, ou même quand la tête avance lentement. Si vous voulez connaître la manière de les pratiquer, il faut vous reporter au passage où l'auteur indique les moyens de procurer les règles; à cet effet, il conseille les applications de peau d'agneau sur le ventre, et des fumigations aux parties sexuelles, en mettant dans un vase à col étroit de la myrrhe gros comme une feve et deux fois plus d'encens, le tout pilé et mêlé; on place le vase sur de la braise pour en faire exhaler la fumée. La fille à jeun se plaçait par-dessus la fumée, après s'être bien lavée avec de l'eau chaude. Dans le *Traité des maladies des femmes*, on décrit un autre mode de fumigations : on met une décoction chaude dans un pot dont le couvercle est percé, pour en recevoir la vapeur au moyen d'un tube qui la dirige vers les parties, la femme se tenant assise.

De nos jours, on emploie assez fréquemment des fumigations d'armoise pour favoriser le flux menstruel; mais je ne sache pas que des accoucheurs perdent leur temps à fumiger les parties sexuelles dans un cas de dystocie. Les grands bains sont plus usités : on les préfère généralement aux bains de siége, que je vois déjà indiqués dans les livres hippocratiques. Hippocrate parle souvent de la présentation de l'épaule comme cause de dystocie; la version céphalique lui paraît alors le meilleur remède. Vous connaissez la comparaison fort pittoresque et fort juste que le médecin de Cos a établie entre l'enfant et le noyau d'olive. Dans le *Traité des maladies des femmes*, il dit que le retard de l'accouchement peut venir de la présentation de travers : « Ce cas est difficile; il en est comme s'il était tombé un » noyau d'olive dans une fiole dont le cou serait étroit. La manière » naturelle de le faire sortir ne sera point de le tirer à soi, quand il » se présentera de côté sur le col de la fiole. C'est de même une » situation fâcheuse pour la mère et pour l'enfant que celui-ci arrive » de côté. Comment sortirait-il? » (1) Dans un autre passage du même traité, le médecin de Cos insiste sur la position à donner à la femme pendant la version céphalique. Pour changer la direction de l'enfant, dit-il, l'accoucheuse doit placer la femme sur le lit, mettant vers les pieds quelque chose qui tienne les extrémités inférieures élevées, en sorte que les cuisses montent plus que la tête, sous laquelle il ne faut point de carreau. Cette attention est nécessaire, afin de pouvoir tourner commodément autour de l'orifice de l'utérus, et amener l'enfant à la position naturelle. Après quoi on retire ce qu'on a mis sous les cuisses de la femme en travail, et les pierres placées sous les pieds du lit : on met des carreaux sous la tête, et on procède pour l'accouchement en la manière ordinaire (*loco citato*, § 81).

XI.

Une lecture attentive des livres hippocratiques prouve qu'avant les opérations obstétricales on agissait sur les parties sexuelles par des applications émollientes qui consistaient en onctions cératées, en lotions avec l'eau de mauve, etc.; d'autres fois, on avait recours aux fumigations; ou bien on faisait asseoir la femme sur un bain d'eau chaude, jusqu'à ce que ses organes fussent bien humectés. Tout cela est assurément fort inoffensif; mais il est bien rare que le défaut d'humidité des parties génitales soit un obstacle à l'accouchement naturel ou artificiel; la nature pourvoit à ce que les organes sexuels soient suffisamment lubrifiés. On sait que la sécrétion muqueuse vaginale est alors augmentée, et que le col fournit dans les derniers jours un mucus albumineux dont l'abondance est telle qu'on l'a pris parfois pour du liquide amniotique. Néanmoins, pour passer les longues heures qui précèdent le moment où l'orifice est dilaté ou dilatable, où l'intervention active est par conséquent possible, maint accoucheur moderne pratique des injections avec de l'huile d'amandes douces, avec un mucilage de graine de lin, etc. Dans quelques circonstances, particulièrement dans le cas de rigidité spasmodique du col, on fait des onctions avec l'extrait de belladone : deux fois j'en ai obtenu un effet prompt et satisfaisant. Il ne faut pas oublier

(1) Voir les numéros des 22 et 31 mars.

(1) Livre I, chapitre II, traduction Gardeil.

autorisés, MM. Huguier, Danyau et Cazeaux. (Voir *Bull. de la Société*, t. VIII, p. 94).

Deux années plus tard, M. F. Guyon consacre à la question un chapitre important de sa thèse d'agrégation. (*Des tumeurs fibreuses de l'utérus*; Paris, 1860).

Dans une autre thèse du même concours, M. Tarnier aborde également ce sujet, et produit une observation nouvelle très-intéressante que lui a communiquée M. Blot.

Parmi les auteurs de nos traités classiques d'accouchements, M. Velpeau fait allusion, en plusieurs endroits, aux difficultés que les tumeurs fibreuses de la matrice peuvent apporter à la parturition, et MM. Jacquemier, Cazeaux et Chailly-Honoré traitent de ces dernières d'une manière spéciale au chapitre *Dystocie*.

Enfin, deux thèses récemment soutenues à la Faculté de Paris résument assez bien les travaux antérieurs et complètent à peu près, si l'on y joint quelques recherches ou observations propres à des auteurs étrangers, la série des publications relatives à notre sujet.

La première, due au docteur Etcheverry, traite *des corps fibreux de l'utérus au point de vue de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches* (11 janvier 1864); et la seconde, du docteur Dubar, *des tumeurs fibreuses de l'utérus qui compliquent la grossesse* (11 mars 1864). Cette dernière renferme, en particulier, l'analyse de quelques observations puisées dans les ouvrages anglais (Simpson, *Obstetric works.* — Waller, *Medical Times*, 1853, vol. I).

De la comparaison de ces divers travaux et de l'étude des observations jusqu'ici consignées dans la science, il est permis de déduire les conséquences suivantes :

1° Les tumeurs fibreuses de l'utérus, qu'elles soient pédiculées ou sessiles, sous-péritonéales, interstitielles ou sous-muqueuses, siégeant sur le col ou sur le corps de l'organe, ne constituent pas un obstacle absolu à la conception, et permettent même assez souvent à la grossesse d'arriver heureusement à terme.

2° Il est bien vrai, cependant, ainsi que l'a démontré le docteur West (*Diseases of women.* London, 1856, p. 283), que l'affection dont il s'agit diminue, chez la femme qui en est atteinte, le nombre des conceptions et augmente celui des avortements.

3° Le degré d'influence exercée par les corps fibreux sur le travail de l'accouchement est extrêmement variable, depuis la simple gêne apportée aux contractions utérines jusqu'à la formation d'un obstacle absolu à l'expulsion de l'œuf, et même à son extraction par les voies naturelles après mutilation du fœtus. A la différence de ce que l'on observe pour la grossesse, cette influence dépend essentiellement des conditions de nombre et de volume des corps fibreux, de leur état pédiculé, sessile ou interstitiel, de leur siége, de la longueur et du point d'implantation de leur pédicule, de leur mobilité ou de leurs adhérences accidentelles; enfin de l'état d'intégrité ou d'altération de leur tissu. Si les tumeurs sont en petit nombre et peu volumineuses, ou si, quoique multiples et d'un volume considérable, elles sont dépourvues de pédicule et occupent le segment supérieur de la matrice; ou bien encore, si étant tout à la fois pédiculées, mobiles et plongées dans l'excavation pelvienne, elles sont susceptibles d'être refoulées au-dessus du détroit supérieur, ou dans quelques cas, au contraire, entraînées jusqu'au dehors des parties génitales; si enfin, quoique fixées dans la cavité du petit bassin et opposant à la progression du fœtus un obstacle infranchissable, elles ont subi une profonde altération de leur tissu et se trouvent transformées en une sorte de kyste sanguin, séreux ou purulent, qu'une simple ponction permet d'évacuer dans tous ces cas, le canal pelvien pouvant être maintenu libre ou du moins en grande partie affranchi de la tumeur qui l'obstruait, l'accouchement pourra s'effectuer spontanément par les voies naturelles et se terminer heureusement pour la mère et pour l'enfant.

Mais dans les conditions opposées, les tumeurs fibreuses de l'utérus rendent au contraire la parturition difficile, dangereuse ou même impossible. Il existe dans la science au moins huit exemples d'opération césarienne pratiquée pour des cas de ce genre.

4° Pendant les efforts du travail, les *polypes* fibreux du col utérin étant entraînés au-devant du fœtus, sont susceptibles d'être expulsés spontanément et d'une manière complète, après la rupture de leur pédicule.

Un fait de cette nature, observé par M. P. Dubois, a été rapporté par M. Marchal (de Calvi), dans son *Mémoire sur la cure spontanée des polypes* (1), et M. Depaul, dans une de ses leçons cliniques, en a cité un autre exemple dû à M. Tarnier. Quand le *polype* s'insère sur le segment supérieur de la matrice, sa cure spontanée par rupture du pédicule s'observe surtout après l'accouchement, et à la suite d'un nouveau travail d'expulsion.

5° Mais l'utérus parvient rarement à se délivrer d'une manière aussi heureuse du corps qu'il renferme, et alors, indépendamment de l'infection putride, de l'élimination par gangrène et du renversement partiel ou complet de la matrice, il peut se présenter trois éventualités dont il existe aujourd'hui des exemples : ou bien, en effet, l'utérus conservant après l'accouchement la même tolérance pour le produit morbide que pendant la grossesse, se referme sur lui sans qu'il survienne d'accident; ou bien une hémorrhagie grave se produit, soit immédiatement après la délivrance, soit au contraire seulement dix ou quinze jours plus tard; ou bien enfin il se manifeste des tranchées violentes suivies d'inflammation des organes pelviens ou d'un état complet d'épuisement. Si l'art n'intervient efficacement, la mort peut être la conséquence de l'une ou l'autre de ces deux dernières séries d'accidents.

6° Quant aux corps fibreux *sous-péritonéaux* et *interstitiels*, ils exposent moins à l'hémorrhagie, aux tranchées et au renversement de l'utérus; mais en revanche ils ne s'éliminent pas spontanément et semblent prédisposer d'une manière plus marquée aux inflammations graves de l'abdomen.

7° Les tumeurs fibreuses qui compliquent la grossesse ou l'accouchement sont en général faciles à reconnaître, quand elles occupent un point de l'utérus accessible à nos moyens d'exploration.

Toutefois, des circonstances particulières peuvent en rendre le diagnostic très-obscur, et le plus souvent, pour celles de ces tumeurs qui sont pédiculées et indépendantes du col utérin, la longueur, la résistance et le point d'implantation du pédicule, l'existence même de ce dernier, sont autant de caractères jusqu'ici difficiles ou impossibles à déterminer.

Les fibromes de l'utérus, ne trahissant parfois leur existence pendant la grossesse par aucun symptôme important, ne sont trop souvent reconnus qu'au moment même de la parturition à terme, et dans des conditions telles alors que la provocation de l'accouchement prématuré eût-elle été indiquée, il n'est plus possible de recourir à ce précieux moyen.

9° Relativement au pronostic, on peut dire qu'indépendamment du volume, de la consistance et du nombre, les tumeurs pédiculées du col, qui peuvent être entraînées au-devant du fœtus, sont moins graves que les tumeurs sessiles ou interstitielles qui sont fixes et obstruent le canal pelvien. Pour des raisons opposées, les corps fibreux du segment supérieur de la matrice sont moins redoutables quand ils présentent ces derniers caractères que lorsqu'ils sont pédiculés et peuvent ainsi s'engager audessous de la partie fœtale.

10° Au point de vue obstétrical, les indications que présentent les corps fibreux utérins sont très-variables et entièrement subordonnées à la combinaison, si variable elle-même, des caractères de siége, de volume, de consistance, etc., du produit pathologique.

Pendant la grossesse. — Il conviendra tantôt de calmer l'irritation de la matrice et d'en apaiser les contractions prématurées; tantôt, au contraire, il sera prudent ou nécessaire de provoquer l'accouchement avant terme; d'autres fois, enfin, on devra, si l'opération est possible, pratiquer l'ablation de la tumeur (polype du col déterminant des hémorrhagies qui mettent la vie en péril).

Pendant le travail. — On s'efforcera, si le corps fibreux est pédiculé, de le repousser au-dessus du détroit supérieur, ou bien, au contraire, de l'entraîner vers la vulve, afin de livrer passage au fœtus; s'il s'agit d'un polype du col, on pourra même en sectionner le pédicule et délivrer ainsi d'une manière définitive la femme de cette affection. Si la tumeur est volumineuse, fixe et interstitielle, il sera nécessaire de recourir tantôt à l'emploi du forceps ou de la version, tantôt à l'ablation partielle ou complète du produit morbide, tantôt enfin à la mutilation du fœtus ou à l'opération césarienne.

Après l'accouchement. — Si des accidents inflammatoires, hémorrhagiques ou autres se manifestent, on emploiera contre eux les moyens ordinaires de la thérapeutique de ces affections. Mais, dans le cas où l'extraction de la tumeur serait praticable, il conviendrait, à l'exemple de Guiot et de M. Danyau, d'y recourir immédiatement, ou, comme l'a fait Ramsbotham, de n'y procéder qu'après le retour de l'utérus à son volume ordinaire. La nature et le degré de gravité de l'accident sont, avec la plus ou moins grande facilité de l'opération, les circonstances qui doivent influer sur la détermination du chirurgien.

11° « On peut lier, puis exciser ou même tordre tout de suite un *polype*, soit pendant, soit immédiatement ou plus ou moins longtemps après l'accouchement, sans déterminer nécessairement des accidents. La ligature seule ou suivie de l'excision est le meilleur mode de traitement.

12° » L'opération n'est pas suivie de récidive; elle ne produit pas nécessairement la stérilité, et ne prédispose à aucun accident particulier dans les accouchements subséquents. » (Danyau.)

13° Il convient de se rappeler, non-seulement au point de vue du pronostic, mais encore afin de mieux préciser les indications thérapeutiques, que les tumeurs fibreuses *sessiles* ou *interstitielles* de l'utérus sont susceptibles, d'une part, d'acquérir sous l'influence de la grossesse un développement rapide et considérable, et d'autre part, de perdre promptement, après la déplétion de l'organe, l'excès de volume acquis pendant la gestation. Plusieurs faits cités par MM. Depaul, Cazeaux et Danyau tendent à prouver l'existence de cette particularité singulière des fibromes utérins. — Les tumeurs *pédiculées* ne paraissent pas subir, du moins au même degré, ce travail successif d'hypertrophie et d'atrophie qui, pour M. Huguier, n'intéresserait que certaines variétés de corps fibreux.

14° Il est encore douteux que ces produits morbides prédisposent d'une manière spéciale la matrice aux déchirures, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement; car, jusqu'ici, à l'exception d'un fait de Fabrice de Hilden (1), dans lequel un fibrome volumineux du col obstruait le canal pelvien, cet accident n'a pas été mentionné comme la conséquence d'une tumeur fibreuse de l'utérus; et encore ne semble-t-il pas que la rupture ait été produite, dans le cas dont il s'agit, par suite d'un affaiblissement des parois de l'organe.

15° Il serait sans doute plus vrai de dire qu'en vertu du développement anormal de la matrice et de l'irrégularité de sa cavité, les fibromes de l'utérus prédisposent aux présentations défectueuses du fœtus ainsi qu'à l'insertion vicieuse du placenta sur le col ou dans son voisinage. Toutefois, malgré quelques exemples de telles complications, cette proposition comme la précédente, attend encore sa démonstration.

Tel me paraît être, dans son exposé le plus exact et sa formule la plus sommaire, l'état actuel de nos connaissances sur l'importante question *des tumeurs fibreuses de l'utérus, envisagées dans leurs rapports avec la grossesse, la parturition et les suites*

(1) *Annales de chir. franç. et étrang.*; t. VIII, p. 385.

(1) *Observationes chirurg.*, cent. I, obs. LXVII, p. 189; Basileæ, 1606

---

que la belladone ne favorise la dilatation qu'en agissant sur l'élément spasmodique; la diminution des contractions du corps de l'utérus est l'écueil des onctions belladonées, écueil signalé par Blackett (1), et trop peu connu des accoucheurs et des sages-femmes qui abusent de la solanée vireuse.

Je vous ai dit que les lotions émollientes, les fumigations, etc., mentionnées dans les livres hippocratiques, étaient inoffensives; mais en parcourant ces livres où la science apparaît à son berceau, nous sommes étonné de trouver une manœuvre blâmable qui est encore usitée dans nos campagnes; j'aurai bientôt l'occasion de vous en fournir un exemple tiré de ma pratique: je parle des secousses violentes imprimées à la femme pendant qu'elle est renversée sur le dos, ou même pendant l'inversion du corps, la tête en bas et les jambes en haut. Vous verrez au chapitre III du *Traité des maladies des femmes* la manière de disposer le lit de travail et de pratiquer la succussion : il est pénible de lire les détails de ce procédé, et je n'aurai pas le courage de les reproduire. D'ailleurs, nous savons que l'auteur du *Traité des Articles* blâme sévèrement la saccade sur l'échelle; il est peu probable que l'auteur des traités où la succussion obstétricale est recommandée soit le même chirurgien qui flétrissait de l'épithète de *charlatans* les partisans de la saccade sur l'échelle pour redresser l'épine.

XII.

Dans le *Traité de l'extraction de l'enfant mort*, on lit un autre procédé de succussion, moins compliqué et moins révoltant que celui dont la description figure au chapitre III du *Traité des maladies des femmes*, mais aussi inefficace. « On met un drap de lit sous la femme, » un autre sur les cuisses pour couvrir ses parties. On roule ces draps » autour des cuisses et des bras; puis, deux femmes vigoureuses prendront celle qui est en travail, une de chaque côté par les bras, et » deux autres par les cuisses. Elles la saccadent ainsi, dix fois au » moins, en la tenant fortement. Ensuite, si cela n'a pas suffi, elles la » mettent la tête en bas et les jambes en haut, la tenant par les cuis» ses et la secouant vers les épaules, cherchant à faire passer ains[i] » le fœtus dans une place vide, pour qu'il prenne une situation plu[s] » favorable à sa sortie (1). »

Le traducteur a bien raison de dire que ce petit Traité est choquant en plus d'un endroit; il commence néanmoins par une recommandation bien louable et qui témoigne une touchante sollicitude pour la sensibilité de la femme en travail. Pour que la pauvre mère ne voie pas la mutilation du fœtus, l'auteur conseille d'attacher au-dessus des mamelles un linge qu'on relève sur sa tête.

Le *Traité des épidémies* mentionne deux femmes qui avaient reçu la secousse pour accoucher; la première est citée au livre V, et la seconde, la femme de Sime, au livre VII. Isolées l'une de l'autre dans l'ouvrage, ces deux observations offrent cependant la plus frappante analogie. Lisez-les, et vous verrez que les deux maladies sont précédées de la même manœuvre, accompagnées des mêmes symptômes, suivies du même résultat funeste. Chose singulière, la mort arriva dans les deux cas sept jours juste après que la diarrhée se fut arrêtée.

XIII.

On éprouve une pénible surprise en voyant que les livres hippocratiques conseillent la succussion non-seulement comme agent obstétrical, mais encore comme agent *abortif*. Vous savez que dans l'édition de 1573, Ambroise Paré, décrivant les premiers phénomènes du développement de l'œuf, ajoutait ces mots : « *C'est ce que Hippocrate afferme avoir veu à sa chambrière.* » Laissons parler Hippocrate lui-même : « Je vais raconter comment j'ai pu voir de la se» mence sortie de la femme après y avoir demeuré six jours. Une » femme avec qui j'étais lié avait une esclave, musicienne habile, qui » voyait des hommes et qui aurait beaucoup perdu de son prix si » elle était devenue grosse. Elle avait ouï dire, comme le disent les » femmes entre elles, que si la semence reste dans la matrice, il y a » grossesse. Elle comprit cela, et elle l'observait exactement. S'étant » aperçue un jour que la semence n'était pas sortie, elle le dit à sa » maîtresse. J'en fus informé. Je conseillai que cette esclave fît plu» sieurs sauts sur la terre. Au septième saut, la semence tomba en » faisant quelque bruit, etc. (1). »

Parcourez maintenant le magnifique *Serment hippocratique* : « *Je jure de ne jamais procurer l'avortement.* » D'où vient donc cette violation manifeste d'un serment solennel, où l'honneur médical est enseigné avec toute la splendeur du juste et du beau? Ne me dites pas, pour excuser cette inconséquence, que les mœurs antiques permettaient les outrages à la nature humaine dans la personne des esclaves; ne me dites pas que l'esclavage était considéré par tout le monde comme une dégradation de l'espèce. C'est la gloire de l'auteur du *Serment* d'avoir exprimé des idées plus saines, et d'avoir repoussé depuis vingt-trois siècles la doctrine des deux morales. Voyez plutôt : « *Je serai pur de toute injustice et de toute corruption avec les hom*» *mes et les femmes*, ESCLAVES OU LIBRES. » Médecins, revendiquons

(1) Roques, *Phytographie*, tome I, page 505.

(1) Édition de l'*Encyclopédie des sciences médicales*, t. II, p. 527.

(1) *De la nature de l'enfant*, traduction Gardeil.

de couches. Comme on peut le voir, tous les résultats mentionnés sont loin de présenter une précision également sévère ou une rigueur même satisfaisante; plusieurs ont besoin encore d'une sanction ultérieure, tandis que d'autres réclament l'appui de nouvelles données. Ceux mêmes qui sont le mieux acquis ne reposent que sur un nombre de faits très-restreint, de sorte qu'on peut légitimement désirer des observations nouvelles, soit pour éclairer les points encore obscurs, soit pour confirmer ou modifier les notions actuellement courantes.

Ce qui reste aujourd'hui particulièrement à recherche, ce sont les moyens de préciser le diagnostic et les indications thérapeutiques; c'est de savoir reconnaître avec exactitude si la tumeur est ou non pédiculée; quels sont, dans la première hypothèse, le point d'implantation, la longueur et la résistance du pédicule, etc., etc.; c'est de savoir ensuite s'il convient ou non de pratiquer l'ablation, la ponction ou le refoulement du corps fibreux; à quel moment et suivant quel procédé ces opérations doivent être exécutées, etc.

Malgré l'intérêt pratique que pourrait présenter une semblable étude, mon intention n'est pas d'aborder ce sujet dans toute sa complexité; car, sous plus d'un rapport, les éléments d'une solution définitive me semblent encore insuffisants.

Les points particuliers sur lesquels je me propose d'insister sont surtout relatifs au diagnostic et dérivent de deux faits que j'ai récemment observés, avec M. le professeur Depaul, à la Clinique d'accouchements. Ces deux faits sont remarquables en ce qu'ils ont présenté certaines particularités insolites et (si je ne me trompe) non encore signalées jusqu'ici, qui rendaient le diagnostic obscur et eussent pu, dans quelques cas, induire facilement en erreur; je veux parler :

1° De l'*impression* d'une polype fibreux de la matrice dans l'épaisseur de la paroi œdématiée du col de cet organe, impression qui eut pour principale conséquence de dissimuler, pendant le travail, le caractère pédiculé de la tumeur et de donner à cette dernière la fausse apparence d'un corps fibreux interstitiel;

2° et 3° De la *mobilité* et de l'*aplatissement* en large gâteau (phénomène dû à la pression excentrique de l'œuf) d'une tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus, tumeur sphérique et volumineuse, mais notablement altérée dans son tissu;

4° De la *descente* et de l'*ascension alternatives* d'un polype sous-péritonéal de la matrice, lequel s'engagea pendant la grossesse, à diverses reprises, dans l'excavation pelvienne, pour remonter ensuite spontanément au-dessus du détroit supérieur.

HOTEL-DIEU DE RENNES. — M. Aubry.

Tumeur de l'orbite; pulsations; bruit de souffle. — Erreur de diagnostic. — Dilatation de la veine ophthalmique.

(Observation lue à la Société de chirurgie.)

Le 10 mars 1853, entrait à l'Hôtel-Dieu de Rennes la nommée Jeanne L..., âgée de trente-deux ans. Cette fille, douée d'une intelligence très-bornée, habite la campagne. Elle n'a pas souvenance d'avoir été frappée à la tête, et la lésion qu'elle présente se serait développée, sans cause connue, à la suite d'une fièvre typhoïde qu'elle a eue quatre ans avant son entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — Face congestionnée, bouffie, exprimant une sorte de stupeur.

Le globe de l'œil du côté droit est atteint d'exophthalmie, mais il a conservé ses fonctions.

A la partie interne de la paupière supérieure se voit une tumeur grosse comme une noisette, offrant en largeur 20 millimètres et en hauteur 17 millimètres; elle est sous-cutanée et sans changement de couleur à la peau. Plus en dedans, dans la rainure qui sépare le nez des paupières, existe une autre tumeur divisée en deux portions par le tendon de l'orbiculaire. Le lobe supérieur a 13 millimètres dans le sens vertical sur 5 millimètres de largeur. Le lobe inférieur est situé au-devant du sac lacrymal, et simule une tumeur lacrymale. Ces tumeurs sont molles, fluctuantes, disparaissent sous la moindre pression et reparaissent immédiatement après.

En appliquant sur ces tumeurs très-légèrement et très-superficiellement la pulpe des doigts, on y *sent des pulsations isochrones aux battements artériels, et un frémissement, un frôlement très-manifestes.*

L'oreille appliquée sur la région palpébrale perçoit un bruit de souffle très-distinct, intermittent, isochrone à la systole ventriculaire; ce souffle est doux, prolongé, et il serait peut-être plus exact de le décrire comme un souffle continu renforcé au moment de la contraction du cœur (cette appréciation ne s'est présentée à mon esprit qu'après l'autopsie).

Ces phénomènes, savoir, les battements reconnus par le toucher et le souffle, furent constatés par le chef de service, M. Guyot, M. Pinault et plusieurs confrères qui comme moi suivaient la visite.

La nature de la lésion parut à tous les observateurs être très-évidente. Nous admîmes une tumeur anévrysmale siégeant dans l'orbite, et développée dans l'artère ophthalmique.

La malade est sujette à des étourdissements, des vertiges.

Le 17 mars, après deux jours de malaise, elle succombe presque subitement.

Autopsie. — Tous les organes sont sains, excepté l'encéphale et la boîte crânienne. Toute la portion des deux hémisphères qui est logée dans les fosses latérales moyennes de la base du crâne, est le siége d'un ramollissement très-notable. Les parois du crâne sont beaucoup moins épaisses que dans l'état normal; sillons vasculaires profonds, larges; grande vascularité des parois crâniennes. Le crâne est le siége d'une altération de forme singulière; dans toute la partie située en arrière des bords postérieurs des petites ailes du sphénoïde, il offre une synéchie ordinaire; mais au-devant de la ligne indiquée, il est le siége d'une différence très-sensible entre la partie droite et la partie gauche; il semble que l'os frontal a subi un mouvement de bascule par suite duquel la partie gauche s'est portée en avant, tandis que la droite s'est portée en arrière.

La partie véritablement intéressante de l'autopsie consistait dans l'examen de la tumeur de l'orbite. J'ai poussé une injection solidifiable dans la carotide primitive droite, afin de distinguer plus nettement la branche de l'artère ophthalmique qui était le siége de l'anévrysme; l'injection ayant réussi, je pus disséquer les rameaux les plus ténus de ce vaisseau, et je constatai qu'il n'y avait pas la moindre lésion artérielle. La tumeur était constituée non par un anévrysme, mais par la dilatation et l'amincissement de la veine ophthalmique. Je préparai cette veine avec une attention minutieuse, je la suivis dans ses contours dans l'orbite, et je vis distinctement que les bosselures observées à la paupière supérieure étaient constituées par cette veine.

Elle offre le volume du petit doigt; ses parois sont tellement minces qu'on pourrait les comparer à une séreuse ouverte en arrière dans le sinus caverneux, qui est lui-même trois fois plus large que celui du côté gauche. Elle parcourt l'orbite du sommet à sa base en décrivant des flexuosités; au niveau de l'échancrure sus-orbitaire, elle reçoit la veine de ce nom, qui présente elle-même en ce point une dilatation notable.

La veine nasale et la veine faciale sont aussi dilatées et amincies dans leurs points rapprochés de l'angle interne de l'œil.

Le sinus caverneux du même côté est largement dilaté, il communique librement avec la veine ophthalmique variqueuse; mais il se termine en arrière par un cul-de-sac, au lieu de communiquer avec le sinus pétreux inférieur, du moins ne me fut-il pas possible de trouver de communication entre ces deux sinus.

En présence du résultat fourni par l'autopsie, quelle pouvait être l'explication des battements isochrones à la systole observés dans la tumeur? Nous en voyons deux différentes :

1° Les pulsations étaient dues aux battements de la carotide interne dans le sinus caverneux dilaté, et à la transmission de ces battements au sang contenu dans la veine; M. le professeur Bérard aîné se trouvant de passage à Rennes, et ayant bien voulu examiner la pièce, penchait pour cette explication.

2° Par suite du développement vasculaire des parois crâniennes, les capillaires, plus dilatées, établissaient entre les artères et les veines une communication si libre, que l'action du cœur sur le sang veineux se faisait sentir plus librement qu'à l'ordinaire.

Ce qui me porterait à accepter de préférence cette théorie, c'est que sur le cadavre, avant de pousser mon injection solidifiable, ayant adapté aux deux carotides primitives les tubes d'une seringue à injection et y ayant à plusieurs reprises lancé de l'eau, je vis, à chaque coup de piston (soit que l'injection fût faite par la carotide droite ou par la gauche), je vis la tumeur se *gonfler*, se *remplir*, et je pus ainsi reproduire et les pulsations et le bruit de souffle qu'on avait notés pendant la vie; il était évident que le battement, la distension, le souffle qui accompagnaient la projection de l'eau par la seringue étaient dus à l'arrivée du fluide dans la veine, absolument comme pendant la vie les mêmes phénomènes dépendaient de l'entrée du sang lancé avec force par le cœur à travers les capillaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 avril 1864. — Présidence de M. Decaisne.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination de trois commissions chargées d'examiner les pièces de concours pour trois prix à décerner en 1864, savoir :

Prix de physiologie expérimentale. — Commissaires : MM. Bernard, Flourens, Coste, Longet, Brongniart.

Prix de médecine (question de la pellagre). — Commissaires : MM. Andral, Rayer, Bernard, Velpeau, Cloquet, Serres.

M. Andral, qui dans la précédente séance avait été nommé membre de la commission des prix de médecine et de chirurgie, prie l'Académie de vouloir bien accepter sa démission, les circonstances qui l'avaient déterminé l'an dernier à faire une semblable démarche le mettant toujours dans l'impossibilité de remplir les devoirs qui lui seraient imposés.

M. Milne-Edwards, qui avait obtenu, après les neuf membres désignés, le plus grand nombre de suffrages, fera partie de la commission.

Mémoire sur l'atélencéphalie, par M. Gintrac. (Extrait par l'auteur.)

Je réunis sous le nom d'*atélencéphalie* les lésions congénitales qui résultent d'une formation insuffisante, incomplète ou irrégulière de l'appareil encéphalo-rachidien. Ces vices primitifs d'organisation ont été appelés *atrophies, agénésies;* on peut les nommer *atélies* en spécifiant les parties affectées.

Les *atélies méningiennes* consistent en des absences de la faux du cerveau (observations de Carlisle, Shaw), de la dure-mère sur la base du crâne (Coles), accompagnées de circonstances diverses.

Une deuxième série présente les *atélies cérébrales générales* ou *multiples*, c'est-à-dire affectant les deux hémisphères cérébraux, offrant des altérations de volume, de forme, de consistance, de couleur et entraînant l'idiotisme et des imperfections sensoriales et locomotrices très-notables. Ici se trouvent 19 observations (Cruveilhier, Andral, Calmeil, Deschamps, Peacock, etc.), parmi lesquelles j'en ai placé une très-détaillée.

La troisième série comprend les *atélies cérébrales centrales*. Ce sont celles qui portent sur le corps calleux, le septum, la voûte à trois piliers (observations de Duncan, Reil, Parchappe, Mitchell Henry, Paget, etc.); ces anomalies n'ont pas toujours eu sur l'intelligence, sur la sensibilité et la motilité, l'influence qu'on pouvait leur supposer.

L'*atélie cérébrale latérale* forme une série considérable, se composant de 30 observations (Cazauvieilh, Scipion Pinel, Dugès, Breschet, Tbiaudière, Saint-Yves, Turner, Schrœder, Van der Kolk, Ogle, etc.). J'ai recueilli l'une des observations de cette série. Tantôt c'est tout un hémisphère qui est amoindri, tantôt c'est un lobe qui est mal conformé, une ou plusieurs circonvolutions qui sont atrophiées. De là des atteintes qui sont portées, à des degrés très-divers, à l'intelligence et à la motilité musculaire; celle-ci est ordinairement affaiblie dans les membres du côté opposé au siége de la lésion.

L'*atélie cérébrale antérieure* consiste dans l'imperfection ou l'absence des deux lobes antérieurs du cerveau (13 observations : Breschet, Cruveilhier, Billard, Sylvestri, Blizard Curling, etc.). Il en est résulté un manque presque absolu d'intelligence et de parole, tandis que le mouvement des membres était assez libre.

L'*atélie cérébelleuse* a offert l'absence totale ou partielle du cervelet (observations de Combette, Hyde Salter, Albers, Greene, Puellurf, Crisp). Neuf exemples ont permis d'étudier cette sorte d'agénésie, qui est accompagnée tantôt d'une grande exaltation, tantôt d'une complète nullité de l'appétit génital.

L'*atélie mésocéphalique*, constituée par des anomalies de forme ou de volume de la protubérance annulaire des tubercules quadrijumeaux, a produit des phénomènes spasmodiques, quelques lésions sensoriales, et la paralysie du côté opposé à la lésion (observations de Degaille, Magendie, Durand-Fardel).

L'*atélie rachidienne* n'a été observée que dans des cas de monstruosité prématurément fatale.

---

les droits du *Père de la médecine* à la promulgation de ce grand principe qui devance la civilisation de plusieurs siècles et semble un premier rayon du christianisme. Quant à la contradiction dont nous parlons plus haut, elle n'est qu'apparente heureusement, car rien ne serait plus affligeant pour notre conscience. On attribue généralement le *Traité de la nature de l'enfant*, non pas à Hippocrate lui-même, mais à quelqu'un de ses disciples.

Je sortirais de mon sujet si je parlais de l'inefficacité de la succussion abortive : la prédisposition domine l'étiologie de l'avortement. Une jeune fille se précipite du haut d'un pont dans la Seine et n'avorte pas; une autre se précipite du haut en bas d'un escalier pour éviter l'opération césarienne, et meurt de ses blessures sans avorter. Vous avez lu dans le beau travail d'un avocat distingué de Nantes, M. Brillaud-Laujardière (1), l'histoire de ce paysan qui prenait sa domestique avec lui sur un cheval fougueux, partait au galop à travers champs et lançait à terre cette malheureuse au plus fort de sa course. Malgré d'autres tentatives aussi violentes, la pauvre martyre accoucha à terme d'un enfant vivant et bien constitué.

XIV.

Dans les *Aphorismes* (2), Hippocrate conseille un sternutatoire pour faire rendre l'arrière-faix; mais le *Traité de la superfétation* indique d'autres moyens de délivrance. La mère se place sur un siége percé et élevé, et l'enfant, tenant encore à l'arrière-faix, attire l'annexe fœtale par son poids. L'auteur recommande beaucoup de précautions dans ce cas. Il faut agir doucement, sans tiraillement, placer l'enfant sur de la laine mollette, gonflée, qui cède graduellement à la pression; ou bien on met deux outres pleines d'eau sous cette laine. On perce chacune de ces outres pour en faire sortir l'eau peu à peu. A mesure qu'elles se vident, elles s'affaissent; en même temps, l'enfant descend et entraîne le délivre. Quelquefois on tenait la femme suspendue dans le lit par-dessous les aisselles, avec des bandes ou une large courroie, pendant que le poids du fœtus faisait sortir le placenta. Enfin, si le cordon était rompu, la gravité intervenait encore pour la délivrance : on remplaçait le fœtus par des poids attachés au cordon. En ajoutant que cette méthode est très-bonne et nullement nuisible, l'auteur prouve que sa pratique ne lui avait pas offert beaucoup de cas de délivrance difficile et périlleuse.

Parmi les suites de couches, Hippocrate mentionne en divers endroits la descente de matrice complète ou incomplète. Pour y remédier, la position est recommandée par-dessus tout. Ainsi, dans le *Traité de la nature de la femme*, il conseille d'abord de faire coucher la malade dans un lit dont les pieds soient élevés, et de repousser l'utérus qu'on maintient avec une éponge et un bandage. Si ce moyen échoue, le médecin de Cos propose de nouveau la succussion : « On » donne la saccade de l'échelle, la tête en bas; » mais il n'insiste pas et revient bien vite, dans son exposé thérapeutique, à l'emploi de la main, qui est plus rationnel : « Après avoir remonté l'utérus avec la » main, on attache les deux jambes croisées, qui restent en cet état » pendant vingt-quatre heures; quand la malade aura besoin d'aller » à la garde-robe, elle rendra ses selles couchée jusqu'à ce que les » quarante jours soient passés; elle pourra se lever alors, mais marcher peu. » Dans le *Traité des maladies des femmes*, il interdit la cohabitation jusqu'à ce que l'utérus soit bien fixé; il défend aussi de parler et de faire des mouvements. Enfin, dans le *Traité de l'extraction de l'enfant mort*, il dit qu'on peut entreprendre la guérison du prolapsus si la femme est jeune, mais qu'il vaut mieux n'y rien faire si elle est âgée.

La position de la femme joue donc un certain rôle dans les livres hippocratiques, seule ou combinée avec la succussion, les fumigations, etc., pour procurer l'avortement, pour faciliter l'accouchement et la délivrance, et pour remédier aux suites de couches. Nous pourrions multiplier les citations; mais nous nous sommes déjà quelque peu attardé dans ces doctes sentiers de l'antiquité et de l'érudition pure. Désormais, nous suivrons une marche plus rapide en vous entretenant de la position à donner à la femme selon les phases que l'accouchement parcourt, selon les particularités et les accidents qu'il présente, et selon les opérations qu'il réclame.

Dr Legros.

(1) *De l'avortement provoqué*, 1862, p. 279.

(2) Liv. V, aph. 49.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses; par M. le docteur A. Padioleau, lauréat de l'Académie impériale de médecine (ouvrage couronné). 1 vol. in-8° de 265 pages. Prix : 4 fr. 50. Chez Germer Baillière, rue de l'École de médecine, 17.

Etude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde, par M. le docteur Fritz, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit.

Anatomie descriptive et dissection, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur particulier d'anatomie. — 1er fascicule : Ostéologie : 2e fascicule : Myologie et aponévrologie. — Prix de chaque fascicule : 2 fr. 25 c. *franco*.

Traité élémentaire d'histologie, par le docteur Fort, etc. 1 vol, in-8°. Prix : 5 fr. 50 c. *franco*.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye.

Considérant dans leur ensemble les 85 faits qui ont servi de base à ce travail, on peut remarquer :

1° Que le sexe noté chez 76 sujets était masculin chez 33, et féminin chez 43.

2° Que la vie a pu se prolonger, de la naissance à 10 ans.	22 fois.
De 11 à 20 ans.	15 »
De 21 à 30 ans.	11 »
De 31 à 40 ans.	2 »
De 41 à 50 ans.	8 »
De 51 à 60 ans.	4 »
De 71 à 80 ans.	2 »
	64 fois.

3° Que l'atélencéphalie a été souvent le résultat d'une maladie du fœtus, phlegmasie cérébrale, hémorrhagie, etc., et qu'à la place des parties absentes se sont trouvées des collections séreuses renfermées dans des espèces de kystes.

4° Que les atrophies cérébrales ont exercé une influence notable sur la forme du crâne, sur les méninges, sur le volume respectif du cervelet.

5° Que la conséquence la plus générale de l'atélencéphalie a été l'obstacle mis au développement de l'intelligence et à l'exercice des sens et de la parole.

6° Que l'épilepsie et les convulsions en ont été des résultats assez fréquents.

7° Que la paralysie musculaire en est l'un des symptômes les plus ordinaires. Croisée quand elle était unilatérale, elle s'est très-souvent accompagnée de contracture, d'atrophie et de difformité des membres affectés. (Commissaires. MM. Flourens, Serres, Rayer.)

Traitement des tumeurs blanches au moyen de l'appareil de Scott modifié, par M. PÉCHOLIER. — L'appareil de Scott est trop peu connu en France, malgré les louables tentatives de R. Broussonnet et de M. le docteur Boileau de Castelnau. Convaincu par des faits de sa grande importance thérapeutique, j'ai voulu le modifier et le rationaliser, et j'en ai obtenu alors de si beaux résultats contre les tumeurs blanches, que je ne crains pas de le recommander vivement à mes confrères. Voici les circonstances dans lesquelles je l'ai employé pour la première fois, et les modifications que je lui ai fait subir.

Une femme de quarante ans avait au genou gauche une tumeur blanche datant de deux ans, Le genou malade avait 8 centimètres de circonférence de plus que l'autre; une fistule s'était ouverte au-dessous de la rotule et laissait écouler une sanie purulente; les douleurs étaient vives; la malade ne pouvait ni se lever ni dormir; l'appétit était nul; une fièvre hectique grave s'était déclarée. Un chirurgien distingué proposa l'amputation, et se retira sur le refus de la malade de laisser pratiquer cette opération. C'est alors que consulté moi-même, je combinai l'appareil que je vais décrire :

1° Application autour du genou malade (le membre étant dans l'extension) de compresses longuettes enduites de l'emplâtre suivant : onguent napolitain, 40 grammes; savon médicinal, 20 grammes; extrait de belladone, 10 grammes.

2° Au-dessus des compresses, bandelettes de sparadrap disposées circulairement, enveloppant toute l'articulation.

3° Bandage dextriné épais et solide autour du genou.

4° Bandage roulé du membre inférieur.

L'appareil fut renouvelé tous les huit jours, puis tous les douze jours, et enfin tous les quinze jours pendant huit mois. Un traitement général approprié fut prescrit. J'observai un dégonflement rapide de la tumeur, la cessation des douleurs, le retour de l'appétit, du sommeil et de l'embonpoint; la fistule se ferma. La malade put se lever et marcher. Au bout des huit mois, le genou était moins volumineux que celui du côté opposé, la guérison était achevée, mais il reste une ankylose incomplète.

Frappé de ce succès, j'ai employé dans d'autres cas le même appareil, et j'ai guéri ainsi plusieurs tumeurs blanches très-graves, dont deux siégeaient au genou et une au coude. D'autres tumeurs blanches et spécialement une coxalgie ont été améliorées.

L'appareil que je viens de décrire me paraît avoir trois avantages fort sérieux :

1° Action résolutoire et calmante du topique, qui est placé dans les meilleures conditions possibles pour être absorbé ;

2° Action de la compression ;

3° Immobilité de l'articulation.

L'inconvénient, c'est l'ankylose qui se produit toujours à un certain degré quand l'appareil est porté pendant longtemps. Mais il est une période des tumeurs blanches où l'ankylose est le moindre mal qu'on puisse redouter. D'ailleurs, quand l'amélioration est en bonne voie, on lutte avantageusement contre l'ankylose en imprimant à l'articulation des mouvements ménagés chaque fois qu'on renouvelle l'appareil.

Je termine en disant que l'appareil que je préconise m'a encore réussi contre des hydarthroses rebelles. C'est enfin en beaucoup de cas le meilleur moyen résolutif que je connaisse.

(Commissaires, MM. Velpeau et Jobert).

Transformation de l'homme à notre époque et conditions qui amènent cette transformation. Deuxième partie du mémoire de M. TREMAUX. (Extrait.)

Dans un précédent mémoire lu à la séance du 21 mars dernier, l'auteur a montré que l'homme se transforme du type blanc au type nègre, et *vice versâ*, par l'action des milieux ; qu'en Afrique, des fractions des trois principales classes de populations d'origine asiatique ont conservé le type blanc au nord des déserts, tandis que celles répandues dans les régions de la Nigritie sont transformées en proportion du temps qu'elles y ont vécu ; que dans la transformation on reconnaît la marche de l'action des milieux, qui est différente de celle du croisement. Dans ce deuxième mémoire, il cite quelques faits propres à confirmer l'action des milieux.

L'auteur est conduit, par les faits exposés dans cette note, à penser que peut-être les divergences considérables qui séparent les naturalistes trouveront un motif de conciliation dans ce fait que la race ne change pas tant qu'elle demeure sur le même sol, dans le même milieu ; tandis qu'elle se transforme peu à peu, selon le nouveau milieu, lorsqu'il y a déplacement. (Commissaires précédemment nommés : MM. Serres, Flourens et de Quatrefages.)

— MM. JOLY, MUSSET et POUCHET annoncent qu'ils seront, à dater du 15 juin prochain, à la disposition de l'Académie pour répéter, en présence de la commission qu'elle a désignée, leurs expériences sur l'hétérogénie.

Influence du nerf spinal sur les mouvements du cœur. (Note de M. SCHIFF.) — Des expériences que rapporte l'auteur dans cette note, il résulte :

Que dans le spinal les racines qui agissent sur le larynx et celles qui agissent sur le cœur ne sont pas les mêmes et ne tirent pas leur origine de la même portion de la moelle. Les racines qui président au mouvement du cœur naissent plus en arrière.

Il paraît que l'influence très-réelle de la moelle allongée sur le cœur est due à des filets nerveux qui ne sortent pas du bulbe proprement dit, mais qui, dans l'intérieur de la substance médullaire, descendent vers la moelle cervicale pour quitter le centre avec les racines cervicales du spinal.

L'auteur fait remarquer enfin que si l'on arrache la partie médullaire du spinal selon la méthode de M. Bernard, on réussit, dans la majorité des cas, à détruire l'origine des nerfs cardiaques du pneumogastrique et du spinal ; mais il y a des cas exceptionnels, plus rares chez les lapins que chez les chiens, où ces filets supérieurs de la portion médullaire restent intacts et adhérents au fascicule qui préside aux mouvements du larynx et en partie du pharynx.

Sur la constitution du germe dans l'œuf animal avant la fécondation; comparaison de ce dernier avec l'ovule végétal. Deuxième mémoire de M. BALBIANI, présenté par M. Bernard. — Dans sa communication précédente (*Compte rendu* du 28 mars), l'auteur a cherché à montrer que l'élément germinatif de l'œuf des myriapodes se constitue sous la forme d'une cellule qui se développe graduellement autour d'un noyau vésiculeux apparu spontanément à la surface du protoplasma homogène qui remplit d'abord le jeune ovule, et il a signalé, en terminant, l'analogie qui existe entre ce mode de formation du germe animal avec celui des vésicules embryonnaires dans l'organe femelle des végétaux.

Le but de ce deuxième mémoire est de montrer, par l'application des résultats les plus essentiels des travaux récents des botanistes sur l'origine des éléments reproducteurs mâle et femelle des plantes, comment cette assertion se justifie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 6 avril, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Brault, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Galand, médecin aide-major de 1re classe; Puig, pharmacien aide-major de 1re classe; et Souvigny, vétérinaire en 2e.

— M. le docteur Baudisson, maire de la ville d'Aubigny, vient de mourir dans cette ville, à l'âge de soixante-treize ans.

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours public de pathologie interne le mardi 19 avril, à une heure, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. Fort recommencera son cours d'histologie le lundi 18 avril à midi, dans son amphithéâtre, 46, boulevard Sébastopol, rive gauche, et le continuera tous les jours à la même heure. Il durera un mois, et comprendra les matières des examens.

Traité élémentaire de pathologie interne, par M. Ed. MONNERET, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu. Tome Ier, 2e livraison. — Ce Traité formera trois forts volumes grand in-8° raisin, équivalant chacun à 1,280 pages d'un volume ordinaire, divisés en 12 livraisons de 10 feuilles, qui paraîtront régulièrement de trois mois en trois mois, à partir du 1er janvier 1864. Le prix de chaque livraison est fixé à 3 fr. pour les souscripteurs, et 3 fr. 50 pour les non-souscripteurs. — On souscrit, à Paris, chez M. Béchet jeune, libr.-édit., rue Monsieur-le-Prince, 22, et chez tous les libraires des départements et de l'étranger.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 44. — JEUDI 14 AVRIL 1864. (37e ANNÉE.) N° 44. — JEUDI 14 AVRIL 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 13 AVRIL 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Il y a un an, à quelques jours près, le 21 avril 1863, M. Gavarret faisait un rapport à l'Académie sur les appareils et expériences cardiographiques de MM. Chauveau et Marey. Le rapporteur concluait en déclarant que MM. Chauveau et Marey donnaient une démonstration rigoureuse de faits déjà généralement admis. Ces expériences, disait-il, prouvaient d'une manière évidente : 1° qu'il y a synchronisme absolu, d'une part, entre les mouvements actifs et passifs des deux ventricules, d'autre part, entre les mouvements actifs et passifs de la masse ventriculaire et les augmentations et diminutions de pression du cœur entre les parois thoraciques ; 2° qu'il y a alternance constante entre les mouvements des oreillettes et ceux des ventricules ; en d'autres termes, que les mouvements actifs des oreillettes s'exécutent tout entiers pendant les mouvements passifs des ventricules, et réciproquement ; elles établissaient, enfin, d'une manière indubitable que le choc du cœur contre les parois thoraciques est indépendant de la systole auriculaire, et qu'il faut en chercher la cause dans la contraction brusque des ventricules.

M. Beau, dont les opinions à cet égard sont bien connues de tous les lecteurs de la *Gazette*, ne pouvait rester sous le coup de conclusions aussi explicites et qui infirment d'une manière aussi manifeste sa propre théorie. Aussi avait-il réclamé la parole aussitôt après l'énoncé de ces propositions. Mais le nombre et l'importance des questions à l'ordre du jour durent faire ajourner sa réponse. On sait le temps qu'ont pris les discussions sur la fièvre jaune, sur la rage, sur les vivisections, sur la vaccine ; si bien, que ce n'est qu'hier seulement qu'il a pu monter à la tribune.

Il a été aisé de voir, à la vigueur de son argumentation, que M. Beau n'a rien perdu de la fermeté de ses convictions et qu'il n'entend rien céder au procédé nouveau d'expérimentation.

M. Beau n'admet point ce mode de démonstration comme probant, par la raison que les trois tracés successifs qu'ont faits les auteurs sont dissemblables entre eux, et que le premier de ces tracés, s'il prouvait quelque chose, prouverait beaucoup plus en faveur de sa théorie qu'en faveur de celle qu'il a pour objet de soutenir. Quant à la théorie dite ancienne, elle n'est ni une ni invariable, et il en est jusqu'à quatre différentes que l'on pourrait compter.

Telle est la base de l'argumentation de M. Beau. Nous le disons par avance, nous ne croyons pas qu'elle résiste à la discussion qui va s'engager.

M. Béclard, inscrit le premier, prendra la parole mardi prochain; après lui M. Bouillaud, et puis M. Gavarret.

Parmi les présentations qui ont été faites à l'occasion de la correspondance, nous devons une mention spéciale à la lettre de M. le docteur Collin, dont M. Mélier a lu quelques extraits à l'Académie. Il y a, en effet, dans ce rapide exposé un fait pathologique d'une grande importance et dont il est vivement à désirer qu'on poursuive l'étude. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Traitement des hydarthroses par la ponction et les injections iodées.

(Observations recueillies par M. H. de LIGNEROLLES, interne du service.)

Dans le courant du mois de février, un article de *Revue clinique*, inséré au n° 16 de la *Gazette des Hôpitaux*, appelait l'attention sur l'origine des *injections dans les articulations et les cavités séreuses*. Ce sont ces documents historiques que nous nous proposons de développer un peu, avant de les appuyer de deux observations d'hydarthroses traitées par ce même procédé.

Le traitement des hydarthroses par évacuation de liquide a été de tout temps parmi les chirurgiens un objet de discussion et de méthodes opératoires les plus diverses.

Sans rappeler l'incision de la capsule articulaire avec ou sans développement des téguments, opération que ses dangers ont justement fait tomber dans l'oubli, nous ne parlerons que de la ponction à l'aide du trocart.

Celle-ci fut d'abord pratiquée par Camper, Larrey et Boyer, qui se bornaient à une évacuation pure et simple du liquide épanché. Cette opération, comme le fait observer M. le professeur Nélaton, devait être seulement palliative ; car en faisant disparaître le liquide, on ne s'attaquait pas à la cause de l'épanchement, on ne modifiait pas la membrane synoviale. (Nélaton, *Traité de path. chir.*, p. 177, t. II.) Des récidives fréquentes inspirèrent donc bientôt aux chirurgiens l'idée de joindre à la ponction l'injection d'un liquide irritant. Cette méthode de traitement fut tentée dès 1830, et dans les années qui suivirent, on compta presque autant de procédés que de chirurgiens. Cependant nous devons dire que trente-trois ans auparavant, Gay, chirurgien du Cap, avait pratiqué des injections avec de l'eau de Goulard, additionnée d'un douzième de tafia camphré (*Gazette des Hôpitaux*, n° 16), mais c'était pour une arthrite suppurée et non pour une hydarthrose ; il n'avait eu du reste d'autre but que de nettoyer la cavité synoviale (Velpeau, *Annales de la chirurgie française*, 1843).

Une semblable méthode thérapeutique fut appliquée aux hydarthroses par Boyer, Lassus et Warner, qui renouvelèrent les injections plusieurs jours de suite (Velpeau, *loc. cit.*).

Enfin, les observations relatées par M. le professeur Jobert (de Lamballe), et qui datent de 1830, ne se rapprocheraient-elles pas sensiblement de celles que nous venons d'indiquer? Les renseignements nous manquent pour répondre sans réserves; mais ce que nous sommes en droit d'établir, c'est que les accidents survenus à la suite de ces opérations ne tardaient pas à paralyser les tentatives des chirurgiens, tellement même que Boyer, vers la fin de sa carrière, s'exprimait en ces termes :

« Cette opération n'est pas toujours couronnée de succès, et quelquefois elle est accompagnée d'accidents graves qui font périr le malade, ou conduisent à la nécessité de l'amputation du membre (Velpeau, *loc. cit.*).

On en était là, lorsqu'en 1839 M. le professeur Velpeau ne craignit pas de décider la question en faveur de la ponction suivie d'injection, en modifiant toutefois le procédé opératoire. Il appliqua aux hydarthroses les injections iodées, qui depuis plus de dix ans lui réussissaient si bien dans l'hydrocèle et les bourses séreuses accidentelles; mais ce fut, ainsi que le rapporte ce professeur, par une sorte de hasard qu'il constata les avantages d'une méthode que depuis quelques années il se promettait bien de mettre en pratique.

M. Velpeau soignait en effet depuis longtemps déjà une jeune femme atteinte d'un kyste du jarret; il avait tout essayé pour la disparition de ce kyste, lorsque l'idée lui vint d'y faire une injection iodée; mais pendant qu'un aide poussait cette injection, M. Velpeau s'aperçut qu'il ne s'agissait pas d'un kyste simple, mais bien d'une poche kystique communiquant avec l'articulation. Néanmoins, malgré cette circonstance inattendue, l'injection n'amena aucun des accidents si redoutés par Boyer, et quelques jours après la malade sortait de l'hôpital complétement guérie. (Velpeau, *loc. cit.*).

Il n'en fallait pas davantage pour rassurer les chirurgiens sur l'innocuité des injections iodées, et peu de temps après M. Velpeau d'abord, puis Bonnet (de Lyon), les employèrent avec un égal succès dans les hydarthroses du genou. Du reste, la bénignité de ce traitement, opposée aux accidents si formidables mentionnés par Boyer et les autres chirurgiens, n'a rien qui doive surprendre, si l'on remarque toute la différence qui existe entre ce procédé, préconisé par M. Velpeau, et ceux qu'employaient Boyer et ses contemporains. Que fait en effet le professeur de la Charité? Au lieu de faire plusieurs injections simplement détersives dans une articulation qui, par cela même qu'elle restait ouverte, était presque sûrement vouée à une suppuration si souvent mortelle, M. Velpeau fait une seule ponction, puis une seule injection iodée irritante, et referme aussitôt la plaie articulaire. Il se propose par là de produire le même travail que dans l'hydrocèle, et si quelques adhérences se forment, elles disparaissent bientôt pour laisser à la jointure sa mobilité naturelle. C'est là une conduite chirurgicale bien différente, et dont la priorité ne saurait être contestée à M. le professeur Velpeau. Bonnet l'avait bien entrevue, et se proposait de l'appliquer aux hydarthroses; mais il ne le fit qu'en 1841, c'est-à-dire deux ans après la guérison de ce kyste synovial, dont nous avons rapporté l'observation.

Depuis cette époque, les chirurgiens, même les plus prudents, ont, eux aussi, obtenu des guérisons d'hydarthroses rebelles à tous les traitements, et tout dernièrement un nouveau succès vient d'avoir lieu dans nos salles, chez un jeune garçon atteint depuis plus de six mois d'une hydarthrose du genou droit.

Voici l'observation qui le 1er mars fit le sujet de la clinique de M. Velpeau, et dont nous allons rapporter les principaux détails.

Couché au n° 1 de la salle Sainte-Vierge, R... (Joseph), âgé de seize ans, garçon coiffeur, d'une constitution lymphatique, s'était toujours bien porté, lorsqu'il s'aperçut, il y a six mois, d'un peu de gonflement au genou droit. Ce gonflement était tout à fait indolent, de sorte que le malade n'y fit pas grande attention et le laissa augmenter, sans consulter aucun médecin, jusqu'au 25 février, jour de son entrée dans notre service. Les symptômes qu'il présentait alors étaient ceux d'une hydarthrose des plus manifestes : gonflement du genou avec les trois bosselures fluctuantes et presque pathognomoniques de tout épanchement dans cette articulation, indolence, coloration normale de la peau, choc de la rotule sur les condyles; mouvements gênés, mais peu douloureux.

Dès l'entrée du malade, la compression fut ordonnée et continuée pendant quelques jours ; mais M. Velpeau ne voyant aucune amélioration, se décida à traiter cette hydarthrose par l'injection iodée.

Le 1er mars, la ponction fut pratiquée à l'aide d'un trocart ordinaire, un peu au-dessous de la partie moyenne du bord externe de la rotule. Elle donna écoulement à une certaine quantité de synovie légèrement jaunâtre et sans grumeaux ; puis une injection contenant *deux parties d'eau et une partie de teinture d'iode* fut faite et laissée pendant quelques minutes dans la cavité articulaire, que M. Velpeau eut soin de presser dans tous les sens, afin de mieux assurer le contact du mélange avec tous les points de la membrane synoviale. Il laissa ensuite s'écouler la plus grande partie de l'injection, et la canule retirée, le malade fut reporté à son lit. Pendant l'opération, il n'avait accusé que peu de douleur ; il n'en fut pas de même après son retour dans la salle. Il se plaignit tout le jour et toute la nuit de douleurs vives dans le genou, qui présentait une élévation de température très-notable, de la rougeur, du gonflement, une excessive sensibilité et une impossibilité des moindres mouvements. Tous ces signes d'une réaction inflammatoire si violente, auraient pu nous inquiéter, si M. Velpeau ne nous les avait pas annoncés comme devant arriver, mais aussi, comme ne devant être que de courte durée. En effet, dès le surlendemain 4 mars, il ne restait de tous ces symptômes que du gonflement, une douleur supportable, une rougeur moins vive et un état général des plus satisfaisants. A partir de ce moment, l'amélioration de tous les phénomènes locaux n'a cessé de se remarquer chaque jour : peu à peu l'épanchement s'est résorbé comme cela arrive à la suite d'une opération d'hydrocèle, et pour qui a suivi la marche de la résorption de cet épanchement, l'analogie a été frappante aussi bien pour la succession des phénomènes qui se sont passés que pour la durée que le liquide a mis à se résorber.

Nous passons rapidement sur les détails de la convalescence de cette hydarthrose ; qu'il nous suffise de dire que dès le 12 mars le malade se levait et marchait sans éprouver la moindre douleur. Son genou ne présentait plus qu'un peu d'empâtement. Quelques frictions mercurielles l'ont fait disparaître, et aujourd'hui, 27 mars, ce malade est complétement guéri.

Ainsi, son hydarthrose, qui avait résisté à tous les moyens thérapeutiques, a cédé à une seule injection iodée, sans que celle-ci ait amené d'accidents graves. Mais peut-être objectera-t-on contre ce mode si rapide et si inoffensif de curabilité la vitalité si grande de tous les tissus à l'âge que présente notre malade. Pour réfuter cette objection, il nous suffirait d'invoquer les cas de guérison obtenus par M. Velpeau de 1839 à 1863 ; ceux qu'ont obtenus depuis la plupart des chirurgiens modernes, et qui sont tous consignés dans une thèse récente de M. L. P. Bodin, ancien interne des hôpitaux, *sur les injections iodées dans les hydarthroses*. Mais puisque, par une heureuse coïncidence, une autre guérison d'hydarthrose a eu lieu dans notre service presque en même temps que la première, chez un adulte, nous préférons en rapporter les détails les plus importants, que nous devons à l'obligeance de notre collègue M. de Montfumat.

Le nommé S... (Joseph), âgé de cinquante-trois ans, terrassier, est entré le 29 février à la Charité ; il est couché au n° 39 de la salle Sainte-Vierge.

Ce malade est atteint d'une hydarthrose au genou gauche. D'après les renseignements qu'il nous donne, le début de son mal remonterait à une dizaine d'années environ, et aucune cause locale ne serait intervenue.

D'un autre côté, constitution des plus robustes : aucune influence rhumatismale, goutteuse, scrofuleuse ou syphilitique.

Malgré l'ancienneté de l'affection, l'hydropisie articulaire ne paraît s'accompagner d'aucune des lésions spéciales à la tumeur blanche. Ce malade est donc, sauf son âge, dans d'excellentes conditions pour

subir le traitement par l'injection iodée, et c'est là une circonstance sur laquelle insiste particulièrement M. Velpeau ; car, dit ce professeur, si une injection iodée dans une articulation atteinte *simplement* d'hydarthrose n'est pas sensiblement plus dangereuse qu'une injection semblable dans la tunique vaginale, il n'en est plus de même d'une articulation présentant ces lésions variées du squelette qui caractérisent la tumeur blanche.

Le 29 février, genou très-gros ; fluctuation évidente. Le malade ne peut étendre complétement le membre abdominal gauche.

Le 9 mars, ponction avec un trocart et injection iodée au tiers. La ponction donna issue à environ un demi-verre de liquide onctueux, filant, jaunâtre et transparent.

Le 10, gonflement considérable du genou ; douleur assez forte ; rougeur vive.

Les 11 et 12, les mêmes phénomènes persistent ; la douleur est cependant diminuée.

Le 13, tuméfaction moindre, rougeur moins vive ; le malade ne souffre plus.

Les 14, 15 et 16, la tuméfaction diminue de plus en plus ; on ne perçoit aucune fluctuation.

Du 16 au 22, on constate encore un peu d'empâtement.

Le 22 mars, frictions mercurielles.

Quant aux phénomènes réactionnels généraux, ils ont été peu sensibles.

Les 10, 11 et 12 mars, le pouls s'est élevé de 68 à 76 pulsations.

Le 14, le pouls est redevenu normal.

Du 22 au 26 mars, le malade se lève et marche toute la journée sans éprouver la moindre douleur.

Le 27, on constate encore un peu de gonflement indolent du genou, lequel est surtout dû à une hypertrophie des condyles du fémur ; il reste aussi un peu d'empâtement, que le repos fera probablement disparaître ; mais ce qu'il y a d'incontestable, c'est que si ce malade n'est pas aussi complétement guéri que celui qui est couché au nº 1, il est du moins en état de pouvoir reprendre ses travaux ; et d'ici à quelque temps il sera très-probablement débarrassé des symptômes que nous voyons encore persister aujourd'hui.

Voilà donc, en définitive, deux cas d'hydarthrose qui, traités par l'injection iodée, dans des conditions différentes, n'en ont pas moins été suivis tous deux d'un succès à peu près égal. Ces guérisons, qui mériteraient de figurer dans la statistique dressée avec tant de soin par M. L. Bodin, nous permettent de résumer ainsi la pensée de M. Velpeau sur les injections iodées dans les hydropisies articulaires :

1° Contrairement à l'opinion de Boyer et des chirurgiens de son temps, l'injection iodée dans les hydarthroses n'est pas une opération dangereuse.

2° On pourra la pratiquer avec des chances de succès toutes les fois qu'il s'agira d'une hydarthrose rebelle aux autres traitements, chez un adulte et mieux encore chez un jeune homme, pourvu qu'ils soient d'une bonne constitution, et que surtout aucune phlegmasie ne complique l'hydarthrose ; car, dans ces cas, une injection irritante amènerait presque à coup sûr une suppuration qui se terminerait le plus souvent par la mort, ou tout au moins par l'ankylose de l'articulation. Mais à part ces cas malheureux, auxquels il faut peut-être rapporter toutes les craintes qu'inspirèrent à Boyer les injections articulaires, *la ponction suivie de l'injection iodée au tiers* restera un moyen de guérison le plus souvent inoffensif et presque toujours sûr d'hydarthroses les plus rebelles.

HOTEL-DIEU DE NARBONNE. — M. DE MARTIN fils.

Compte rendu du service médical de l'Hôtel-Dieu en 1863.

Les fièvres intermittentes, qui ont été les maladies les plus fréquentes chez les civils et les plus communes chez les militaires après les cas de dyssenterie, ont été plus nombreuses cette année que d'habitude à cause du curage du canal de la Robine, qui a eu lieu du 24 août au 24 septembre. L'expérience a prouvé chaque fois la funeste influence de ce dessèchement. Cette influence est d'autant plus dangereuse à Narbonne que le canal traversant la ville et ses promenades, les habitants en respirent alors à pleins poumons les exhalaisons fétides qui s'en échappent et qui rendent la ville très-malsaine à cette époque. Ainsi, sur 194 cas de fièvres intermittentes chez les civils, 181 ont été observés à la fin de l'été et surtout au commencement de l'automne, et 13 seulement dans le premier quadrimestre.

D'un autre côté, pendant les chaleurs de l'été, le fossé d'enceinte de la ville appelé la Cunette, s'est trouvé fort mal entretenu, encombré de matières végétales et animales en putréfaction, rempli d'eaux bourbeuses, stagnantes, exhalant des émanations pernicieuses et couvert d'un dépôt considérable de vase infecte.

Malgré le grand nombre de fièvres intermittentes observées à l'hôpital, aucun décès n'a eu lieu à leur suite chez les civils. Ces fièvres ne présentent plus à Narbonne les caractères de gravité et de ténacité qu'elles offraient autrefois, alors que la ville était entourée de marais et d'étangs en voie de transformation par suite des atterrissements et des travaux qu'on leur faisait subir pour les convertir à l'agriculture.

Les fièvres pernicieuses sont très-rares, et si 2 cas de mort ont été observés chez les militaires, il faut les rapporter à des fièvres de mauvaise nature contractées en Afrique et ayant récidivé d'une manière brusque et tout à fait inattendue.

Quant aux fièvres intermittentes observées chez ces derniers, il faudrait se garder, en effet, de les attribuer toutes à l'insalubrité locale. Plusieurs ont été contractées en Afrique et quelques-unes en Chine, et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'elles sont quelquefois très-rebelles.

Un cas intéressant d'épistaxis intermittente a été observé chez un de ces militaires et guéri par l'usage du tannate de quinine.

Dans toutes ces fièvres, l'emploi préventif de l'antipériodique a évité bien des récidives. Plusieurs n'ont été guéris que par l'usage longtemps continué du fer associé aux fébrifuges. Le quinquina purgatif a aussi rendu de grands services chez les fiévreux présentant des engorgements dans les viscères abdominaux et saturés, pour ainsi dire, de sulfate de quinine.

La fièvre typhoïde n'a pas été aussi fréquente que d'habitude ; mais elle a présenté le plus souvent, comme on l'observe communément à Narbonne, la forme rémittente, qui a exigé l'emploi du sulfate de quinine. L'association de ce fébrifuge à l'extrait de quinquina est une véritable ancre de salut. Enrayée ainsi dans sa marche, la maladie simplifiée et amoindrie parcourt ses périodes avec plus de rapidité et moins de danger.

En hiver, les maladies inflammatoires les plus communes ont été les pleuro-pneumonies et les rhumatismes. Au printemps, la constitution atmosphérique variable qui a régné a fait prédominer l'affection catarrhale. En été, les maladies les plus fréquentes ont été les diarrhées, les embarras gastriques et les entérites. En automne, les vicissitudes atmosphériques ont engendré les rhumatismes, les érysipèles, et ont aggravé l'état des phthisiques. Cette dernière saison a été celle des fièvres typhoïdes, des fièvres intermittentes et rémittentes. De toutes les saisons, c'est celle qui compte le plus de morts (22 sur 69).

Les mois d'avril et d'octobre ont offert le plus de décès. On en a compté 11 en avril, 9 en octobre. Ceux qui en ont présenté le moins sont les mois de février et de mars. On a compté 2 décès dans chacun de ces mois.

— Une petite épidémie de variole a été observée à l'hôpital à la fin du dernier quadrimestre. L'origine de la maladie remonte à un civil venu du côté de Leucate, non vacciné, âgé de quarante-deux ans, et entré le 24 novembre pour une variole confluente arrivée déjà à la période de suppuration. Cet homme fut isolé immédiatement dans une salle particulière, mais tout près des latrines communes. Quelques jours après sa mort, arrivée le 5 décembre, 3 militaires convalescents (2 dans les salles de médecine et 1 dans les salles de chirurgie) furent saisis de petite vérole. Successivement 3 autres militaires et 6 civils contractèrent la maladie soit dans les salles, soit au dehors de l'hôpital.

Un seul militaire est mort à la suite de variole hémorrhagique, mais un deuxième a succombé, quoiqu'il n'ait eu qu'une varioloïde. Ce dernier était soigné dans les salles pour une phthisie au premier degré, lorsque, sous l'influence de la varioloïde dont il fut saisi, sa maladie de poitrine fit des progrès si rapides qu'il mourut en très-peu de jours par suite de phthisie galopante.

— Chez les civils, on a observé 3 varioloïdes et 3 varioles confluentes, dont 1 chez un individu vacciné. Il n'est mort que celui venu de Leucate, à qui nous attribuons l'origine de la maladie. Mais ces 3 varioles confluentes ont été fort graves : l'une d'elles a été accompagnée de délire aigu prolongé et a exigé l'emploi de la camisole de force.

Ces quelques cas de variole auraient certainement pris un caractère épidémique bien plus sérieux si l'administration des hospices, qui veille incessamment aux soins les plus minutieux des malades, n'eût interdit sur notre demande l'entrée des salles de l'Hôtel-Dieu aux parents et amis, et n'eût isolé les varioleux dans une salle spéciale.

— Chez les militaires a régné une épidémie grave de dyssenterie. 51 soldats sur 277 entrants en ont été atteints ; 5 ont succombé, c'est-à-dire 1 sur 10 dyssentériques. Nous avons attribué cette dyssenterie :

1° A l'usage de farines avariées, qui ont été saisies et vendues par ordre de l'intendance ;

2° A l'usage de l'eau d'un puits situé dans la caserne, et dont se sont abreuvés les militaires à l'époque du chômage du canal, malgré les recommandations qui leur étaient faites de ne pas en user ;

3° A l'usage de raisins non mûrs que les soldats allaient grappiller dans les vignes, et qu'ils mangeaient souvent à jeun en grande quantité.

— La preuve que cette dyssenterie avait des causes tout à fait locales et spéciales aux militaires de la garnison et en dehors par conséquent de toute constitution médicale régnante, c'est que la ville en a été complétement préservée, et que deux cas seulement en ont été observés à l'hôpital dans les salles des civils.

— Parmi les opérations faites dans l'année, nous citerons une opération de fistule vésico-vaginale, deux opérations de cataracte et une opération de cancroïde des lèvres.

— Parmi les maladies observées dans les salles des civils, les plus communes ont été les suivantes, par ordre de fréquence :

1°	Fièvres intermittentes	194 cas.
2°	Embarras gastrique	30 »
3°	Bronchite	26 »
4°	Pleuro-pneumonie	23 »
5°	Rhumatisme	19 »
6°	Tubercules pulmonaires	14 »
	Diarrhée	14 »
7°	Fièvres rémittentes	12 »

— Parmi les maladies observées dans les salles militaires, les plus communes ont été les suivantes :

1°	Dyssenterie	51 cas.
2°	Fièvres intermittentes	42 »
3°	Diarrhée	25 »
4°	Embarras gastrique	19 »
5°	Bronchite	17 »
6°	Syphilis primitive	14 »
7°	Pleuro-pneumonie	10 »
	Rhumatisme	10 »
8°	Fièvre typhoïde	8 »
	Érysipèle à la face	8 »
9°	Ophthalmie	7 »
10°	Fièvres rémittentes	6 »
	Gale	6 »

— Les maladies qui ont offert le plus de décès dans les salles des civils sont rangées dans l'ordre suivant :

1°	Tubercules pulmonaires	8
2°	Pleuro-pneumonie	7
	Entérite	7
3°	Vieillesse	4
4°	Altérations organiques du cœur	3
	Catarrhe bronchique chronique	3
	Anasarque	3
5°	Dyssenterie	2
6°	Étranglement interne	1
	Péritonite	1
	Érysipèle phlegmoneux	1
	Érysipèle gangréneux	1
	Hémoptysie	1
	Anus contre nature	1
	Apoplexie	1
	Congestion cérébrale	1
	Méningite	1
	Commotion cérébrale	1
	Cancer de l'utérus	1
	Carie du maxillaire inférieur	1
	Scrofules	1
	Fracture du bras	1
	Variole confluente	1
	Brûlure générale	1
		53

— Sur 16 décès militaires, on en compte :

5	suite de dyssenterie.
2	— de fièvre typhoïde.
2	— de fièvre pernicieuse.
1	— d'hémoptysie.
1	— d'apoplexie.
1	— de méningite.
1	— de phthisie galopante.
1	— de variole hémorrhagique.
1	— d'angine couenneuse.
1	— d'embolies du cœur.
16	

— Plusieurs autopsies ont été faites à l'hôpital, entre autres celle d'un militaire couché au nº 31 et entré depuis huit jours pour une fièvre intermittente accompagnée de diarrhée. Ce jeune soldat est mort subitement par suite d'embolies du cœur, en se soulevant dans son lit pour avaler une tasse de tisane. A l'autopsie, nous avons trouvé flottant dans le cœur droit des dépôts fibrineux plastiques et des caillots décolorés organisés qui obstruaient l'artère pulmonaire dans laquelle ils se prolongeaient.

L'Hôtel-Dieu de Narbonne a reçu, dans le courant de l'année 1863, 1,159 malades : 882 civils, 277 militaires. Il y est mort 69 malades : 53 civils, 16 militaires.

La moyenne de la mortalité comparée aux entrées est comme 1 est à 17 à peu près ; celle des civils comme 1 est à 17, celle des militaires comme 1 est à 18 environ.

On voit d'après ces chiffres que les civils ont une mortalité à peu près égale à celle des militaires, ce qui n'est pas ordinaire. On compte en effet en moyenne, dans l'hôpital de Narbonne, 1 décès sur 14 civils au lieu de 17 (1). D'un autre côté, les militaires ont, cette année, une mortalité bien plus grande que celle observée habituellement, qui est de 1 sur 27. Mais cette augmentation de la mortalité est un des résultats de l'épidémie grave de dyssenterie qui a régné dans le dernier quadrimestre et a enlevé 5 militaires sur 51 dyssentériques, c'est-à-dire 1 sur 10.

Néanmoins, les chiffres précédents viennent confirmer ce que j'affirmais de l'hôpital de Narbonne en 1859 (2), en disant qu'il est très-salubre, puisque le rapport des morts au nombre des malades démontre que les affections morbides y sont relativement beaucoup moins meurtrières non-seulement que dans les autres hôpitaux du département, mais encore que dans les hôpitaux des principales villes de France. Cet avantage inappréciable, nous nous plaisons à le répéter, tient certainement surtout à la salubrité générale du pays, mais encore au bon état de l'hôpital, à la direction bien entendue des administrateurs, et aux soins dévoués des sœurs de Saint-Vincent.

DE L'EMPLOI DU FUCUS VESICULOSUS

contre l'obésité ;

Par M. le Dr MENVILLE, médecin du ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

L'année dernière, à pareille époque, je signalais dans la *Gazette des Hôpitaux* les inconvénients résultant de l'embonpoint arrivé à un certain degré, et l'efficacité de l'élixir de fucus vesiculosus pour combattre la polysarcie. Parmi les faits que j'invoquais à l'appui de mon opinion, figurait l'bservation

(1) Voir notre *Topographie de Narbonne*, p. 236.
(2) Idem.

d'une jeune dame dont l'obésité, sous l'influence de l'agent médicamenteux, avait diminué de 5 kilogrammes en cinq semaines. J'ai continué à donner des soins à cette même dame, et après un traitement qui pendant six mois a été suivi avec une ponctualité sévère, j'ai noté un amaigrissement de 15 kilogrammes. Depuis lors, les palpitations de cœur ont disparu, les actes abdominaux se sont régularisés, l'animation de la face s'est éteinte, la santé générale est devenue excellente, et le succès de la médication a été complet.

L'obésité n'est pas toujours, on le voit, un simple effet de l'âge, de l'oisiveté et d'une alimentation abondante et succulente. Souvent, en effet, l'embonpoint — surtout lorsqu'il est précoce — est la conséquence d'une disposition générale de la santé, laquelle est également susceptible de déterminer des lésions graves, rebelles et d'une durée très-longue. Le fucus vesiculosus a cela de bon, qu'il réduit une difformité gênante et qu'il améliore l'état général qui a été la cause première du développement du tissu graisseux.

L'embonpoint a souvent pour les jeunes femmes des effets plus pénibles que la disparition des proportions gracieuses du corps. Hippocrate lui attribuait la stérilité, et les auteurs qui ont écrit à des époques postérieures ont pensé comme le père de la médecine et ont propagé cette opinion, que l'obésité entraînait très-fréquemment l'infécondité.

Voici, à ce sujet, ce que notre expérience personnelle nous suggère : une dame âgée de trente-deux ans, mariée depuis dix années, se croyant dans les meilleures conditions possibles pour concevoir, n'avait cependant pas encore été mère, et elle s'en affectait très-vivement. Lorsque je fus consulté, je constatai par le toucher et par un examen bien circonstancié, que cette dame, d'ailleurs bien portante, éprouvait une légère déviation utérine, et je pensai que cette circonstance devait tenir à une surcharge de tissu adipeux et à la pression exercée par l'épiploon et l'intestin, l'embonpoint de cette dame étant très-marqué. Je résolus de la soumettre à l'usage de l'*élixir de fucus vesiculosus*, tel que le prépare M. Etienne, pharmacien à Paris, et après trois mois de traitement, l'obésité diminuait dans de notables proportions, puis bientôt après survint une grossesse très-heureuse. Cette dame a maintenant un enfant âgé de quatre mois, dont la constitution et la santé sont parfaites.

Au fur et à mesure que l'emploi du fucus vesiculosus se propagera, et que son efficacité directe ou indirecte deviendra de plus en plus manifeste, je croirai de mon devoir de signaler les résultats obtenus.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 avril 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Czernichowski, sur une épidémie de coqueluche qui a régné en 1862 à Auneau (Eure-et-Loir).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements des Basses-Pyrénées et de Seine-et-Marne. (Commission des épidémies).

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Dinan (Côtes-du-Nord), par le docteur Piedvache ; de Vichy (Allier), par M. le docteur Alquié ; d'Enghien (Seine-et-Oise), par M. le docteur de Puisaye ; de Saint-Christian (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Tillot. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une notice sur un moyen préventif du développement de la rage canine, par M. le docteur L. Senn (de Genève. (Commission de la rage).

2° Une deuxième note de M. le docteur Johert de Guyonvelle, sur les résultats comparatifs obtenus par l'inoculation du virus-vaccin ordinaire et du virus cowpox. (Commission de vaccine).

3° Un mémoire sur le café au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, par M. le docteur Rith, de Besançon. (Commissaires, MM. Bouchardat et Delpech).

4° M. Mathieu présente un nouvel instrument qu'il appelle *abraseur multiple des polypes et des végétations du larynx.*

Cet instrument, dit l'auteur, fonctionne à l'instar de mon polypotome simple ; il diffère de celui-ci en ce qu'il est armé d'une plaque double A, cintrée de manière à s'adapter à la circonférence interne du larynx. Ces deux plaques sont percées de trous multiples possédant chacun une petite lame destinée à sectionner le polype lorsqu'il s'engage dans l'un de ces trous.

Ces petits couteaux, demi-circulaires, agissent par la rencontre produite par l'une des deux plaques glissant sur l'autre qui lui sert de point d'appui.

Une fois l'instrument armé, on tourne la partie convexe de la plaque A du côté du polype à exciser, on l'introduit dans le larynx en s'aidant du laryngoscope ; une fois arrivé au niveau de la tumeur, on applique l'instrument. Dans ce moment, il se produit un spasme du larynx qui cause à cet organe des mouvements d'ascension et de descente qui font qu'avec le polypotome simple il est facile de laisser échapper la tumeur ; tandis qu'au contraire, avec le nouvel instrument, le polype finit par s'engager dans l'un des trous, et saisissant le moment où le malade respire, on lâche la détente C, et l'excision a lieu.

La figure de droite représente la partie tranchante de l'instrument, grandeur naturelle.

— M. Larrey fait hommage à l'Académie, au nom de M. Castano, de l'ouvrage que ce médecin vient de publier sur l'expédition de Chine en 1860 et 1861.

— M. Tardieu présente, au nom de M. le docteur Gallard : 1° Le compte rendu du service médical du chemin de fer d'Orléans pour l'année 1863 ; 2° une brochure intitulée : *De l'influence des chemins de fer sur l'hygiène publique.*

— M. Tardieu présente ensuite un ouvrage intitulé : *Leçons sur la paralysie des membres inférieurs,* par M. Brown-Séquard, traduit par M. le docteur Richard Gordon, avec une introduction de M. le professeur Rouget (de Montpellier).

— M. Mélier communique à l'Académie quelques extraits d'une lettre de M. Collin, inspecteur de l'établissement thermal de Saint-Honoré, sur l'inoculation présumée de l'oïdium à l'homme.

Voici les faits dont cette lettre contient l'exposé :

Premier fait. — Un malade atteint de fièvre survenant le soir, avec langue sèche et peau brûlante, déclare s'être fait en taillant sa vigne une petite blessure dont il souffre beaucoup. La plaie paraît insignifiante et correspond à la partie moyenne de la face antérieure du tibia ; il existe cependant une légère auréole inflammatoire. Trois jours après, toute la jambe est énormément gonflée et couverte de larges phlyctènes pareilles à celles de la brûlure, mais noirâtres et remplies de sérosité. M. Collin pratique un large débridement. Voici, à dater de ce moment, la succession des symptômes : légère stupeur, éruption générale pareille à celle de la scarlatine ; *muguet ;* phlegmon diffus occupant la jambe et la cuisse. Aujourd'hui, toutes les parties situées au-dessous des phlyctènes sont mortifiées, la gangrène est limitée, mais le malade est en grand danger.

Deuxième fait. — Le curé de la même localité, atteint de fièvre rémittente comme le précédent, porte à la main gauche une petite plaie qu'il s'est faite la veille au niveau de l'articulation du métacarpe avec la phalange du petit doigt. Le lendemain, phlyctènes noirâtres surtout occupant toutes les parties postérieures de la main, au-dessous de laquelle les tissus sont mortifiés. On apprend alors que cette plaie a été faite en *taillant un cep de vigne.* Dans la pensée que l'oïdium pourrait être pour quelque chose dans cet empoisonnement, M. Collin a visité la vigne et l'a trouvée couverte de ce cryptogame, et depuis ce jour tous les accidents par lesquels est passé le premier malade se renouvellent chez le curé : fièvre, stupeur, exanthème, *muguet,* phlegmon diffus occupant chez ce sujet le bras et l'avant-bras, les tissus se mortifient rapidement, la gangrène n'est point encore limitée.

Troisième fait. — Six semaines environ avant, M. D..., pharmacien, s'est fait au médius droit une légère écorchure en taillant une vigne couverte d'oïdium : le doigt tout entier s'est couvert de petites vésicules laissant suinter de la sérosité blanchâtre et au-dessous desquelles les tissus étaient mortifiés. Chaque vésicule est représentée aujourd'hui par un tissu cicatriciel. L'inflammation s'est étendue sur tout l'avant-bras et le bras, mais heureusement sans phlegmon.

M. Collin a cherché à inoculer ce virus à un lapin ; il attend le résultat.

Des faits nombreux, ajoute M. Mélier, ont démontré la transmission de maladies des animaux à l'homme. Voilà des faits nouveaux qui tendraient à démontrer que les maladies des végétaux peuvent aussi lui être transmises. Il est une circonstance à remarquer dans ces faits, c'est l'existence du *muguet,* qu'il est intéressant de rapprocher des observations de quelques micrographes modernes qui ont constaté l'existence d'un oïdium dans le muguet et d'un cryptogame dans la teigne. Il y aurait là une singulière et belle confirmation de leurs vues. On remarquera d'ailleurs la circonspection de l'auteur de la lettre, qui s'est borné à présenter cette explication comme probable, sans rien affirmer encore à cet égard.

M. le Président demande si l'auteur désire que sa communication soit renvoyée à une commission.

M. Mélier répond que l'auteur se propose de poursuivre ses observations et d'envoyer prochainement un travail plus complet sur ce sujet. Il pense qu'il serait plus opportun d'ajourner à cette époque la nomination d'une commission.

— M. Mélier présente : 1° au nom de M. le docteur Benedetto Trompeo (de Trin), correspondant étranger de l'Académie, quatre opuscules imprimés : le premier, sur la culture du riz ; le deuxième, sur les eaux minérales ; le troisième, sur l'hôpital de Sainte-Lucie de Florence et sur l'enseignement des maladies de la peau ; le quatrième, sur l'opportunité de conserver les traditions médicales ;

2° Au nom de M. le professeur Ascagno Sobrero (de Turin), sept brochures : sur l'eau thermale de Valdieri ; sur le chromate de quinine ; sur l'action de l'acide nitrique sur les corps organiques non azotés ; sur la purification de la soie ; sur quelques nouveaux composés fulminants ; sur la glycérine fulminante, ou pyroglycérine ; sur le guano indigène de Sardaigne ;

3° Au nom de M. le docteur Bruzza (de Gênes), un ensemble de travaux sur l'hygiène navale ;

4° Au nom de M. le docteur Giovanni Gazelli, médecin des eaux de Valdieri, un ensemble de brochures sur ces eaux ;

5° Enfin, au nom de M. Pietro Marchiandi, médecin divisionnaire au corps de santé militaire d'Italie, l'Eloge historique de Riberi.

— M. le Président annonce à l'Académie qu'elle se formera en comité à quatre heures et demie, pour entendre un rapport de M. Bouley sur les candidats au titre de correspondant dans la section de médecine vétérinaire.

— La parole est à M. Beau.

LECTURE.

Mouvements physiologiques du cœur. — M. Beau donne lecture d'un travail sur les théories des mouvements physiologiques du cœur, à l'occasion du rapport fait par M. Gavarret, dans la séance du 21 avril 1863, sur les expériences de MM. Chauveau et Marey, ayant pour but de démontrer la réalité de la théorie ancienne des mouvements du cœur.

Après avoir rappelé les circonstances qui l'ont obligé à ajourner jusqu'à ce jour la réponse qu'il se proposait de faire au rapport de M. Gavarret, M. Beau commence par déclarer que son intention est moins de répondre au rapport lui-même que de présenter quelques réflexions au sujet d'une nouvelle démonstration de ses adversaires, sur lequel porte ce rapport.

On connaît l'appareil mécanique à l'aide duquel MM. Chauveau et Marey ont essayé pour la première fois, en 1861, de démontrer la succession des mouvements du cœur. M. Beau reconnaît que l'idée de cet instrument était nouvelle et ingénieuse, mais que son emploi avait des difficultés de plusieurs genres qui en ont rendu l'application et surtout son interprétation illusoire. A une première objection qu'il leur a faite sur ce que le tracé de cet instrument montre l'oreillette se contractant sans déterminer un mouvement diastolique dans le cœur, MM. Chauveau et Marey ont répondu par un second tracé : d'où deux tracés communiqués à l'Académie des sciences, l'un le 7 octobre 1861, le deuxième le 6 janvier 1862. Or, de ces deux tracés, dit M. Beau, le premier ne peut être interprété qu'au seul point de vue de sa propre théorie ; le deuxième donne immédiatement l'idée d'une perturbation asystolique du cœur et est par conséquent récusable.

Mais MM. Chauveau et Marey, voyant que leur interprétation ne cadrait ni avec le premier ni avec le deuxième tracé, et voulant mettre plus sûrement leur œuvre à l'abri des objections, ont publié depuis un nouveau tracé, accompagné d'un texte explicatif : c'est celui qu'on trouve dans le mémoire sur lequel porte le rapport. Eh bien, ce troisième tracé, différent du second comme celui-ci différait du premier, apparaît comme s'il était la première, l'unique et l'invariable manifestation de l'instrument enregistreur. M. Beau s'attache à montrer ces différences et à réfuter l'interprétation de ce troisième tracé.

Quant à moi, dit-il, je suis et je serai toujours pour le premier tracé : 1° parce qu'il cadre admirablement avec tous les faits ; 2° parce qu'il est l'expression sphygmographique très-précise ; 3° parce qu'une telle précision n'est pas le résultat d'un hasard expérimental ; 4° parce que ce tracé est apparu comme la manifestation spontanée du cardiographe, et que c'est par lui que s'est faite l'inauguration de l'instrument ; 5° parce qu'il s'est produit à l'insu des expérimentateurs, qui le croyaient d'abord destiné à renverser des idées qu'il corrobore.

D'un autre côté, je repousse formellement le troisième tracé, parce qu'il ne formule pas une série de mouvements qui se comprennent et qui s'enchaînent.

C'est ce que M. Beau s'applique à démontrer dans l'argumentation qui suit cet exposé, et dans laquelle il nous est impossible de le suivre ici.

Après cet examen critique des interprétations du troisième tracé de MM. Chauveau et Marey, M. Beau passe à l'examen de la théorie ancienne, que beaucoup de personnes, dit-il, s'imaginent être une et invariable, tandis qu'en réalité il y en a quatre différentes comprises sous cette dénomination commune.

Voici en quels termes il résume cette seconde partie de son argumentation.

En résumé, nous venons d'examiner successivement quatre théories anciennes. Deux de ces théories, celles de MM. Chauveau et Marey, ont été, dit-on, enregistrées ; et les deux autres, celles de Harvey et de M. Bouillaud, ne le sont pas encore. Ces quatre théories diffèrent beaucoup entre elles. Quelle est celle qui est la plus pure, la plus légitime, la plus orthodoxe, ou, si l'on aime mieux, la plus acceptable et la plus séduisante? Il serait difficile de le dire, et l'on donnerait beaucoup d'embarras à celui qui serait forcé d'opter pour l'une d'elles.

Quant à moi, s'il m'était enjoint de subir l'embarras de ce choix difficile, je pencherais, je crois, vers celle de M. Bouillaud. Il est vrai que cette théorie pèche, comme l'on sait, par la suppression complète des mouvements auriculaires ; mais, une fois qu'on a fait ce douloureux sacrifice, on n'a plus, comme dans les trois autres, le supplice de voir à chaque révolution du cœur l'oreillette se contracter vivement sans but, et chasser hors de sa cavité une ondée complète dont on ne sait que faire.

MM. Chauveau et Marey ont obtenu une systole auriculaire si petite, si brève, qu'elle touche presque à la suppression de l'oreillette. Ils se sont donc rapprochés aussi par là de la doctrine de M. Bouillaud, qu'ils confirment pour ainsi dire par ce rapetissement excessif de la systole auriculaire. Il n'y a pas loin de là à la faire disparaître.

Ces quatre théories anciennes diffèrent beaucoup entre elles, c'est vrai, mais elles s'accordent toutes en un point, en ce que le mouvement si apparent qu'on appelle *battement ventriculaire,* par lequel la partie inférieure du cœur ou le ventricule va choquer la paroi thoracique, est affecté à la seule fonction de systole ventriculaire. Or, c'est cette interprétation si naturelle en apparence qui est le point de départ de la confusion et du désordre que nous venons de signaler dans les théories anciennes précédemment exposées ; car le battement ventriculaire étant expliqué par la seule systole du ventricule, il faut bien mettre la diastole ventriculaire quelque part ; plusieurs la placent au second temps et font remplir le ventricule au même moment que l'oreillette ; de sorte que quand la révolution du cœur recommence avec la systole auriculaire, on n'a plus besoin de cette systole pour remplir le ventricule, puisque le ventricule est déjà plein.

Il n'est pas étonnant dès lors qu'au milieu de ce conflit anarchique des actes systoliques et diastoliques, chaque théoricien colloque, rapetisse ou supprime les différentes fonctions cardiaques, comme il le juge le plus convenable pour la plus parfaite intelligence de la théorie qu'il veut formuler.

Si, au contraire, on reconnaît que le battement du ventricule est un mouvement composé de la diastole et de la systole ventriculaires se succédant rapidement, de la diasto-systole en un mot, il ne reste plus que les deux fonctions de l'oreillette, qui s'enchaîneront tout naturellement avec le battement du ventricule. Après ce battement, le sang pénètre dans l'oreillette sans aller jusque dans le ventricule, qui reste vide et rétracté par tonicité ; il la remplit pendant tout le second temps jusqu'à ce que l'oreillette, devenue pleine, opère sa systole et envoie son ondée dans le ventricule vide qui recommence son mouvement composé de diasto-systole.

De cette manière, on comprend certains faits expérimentaux qui sont niés, dénaturés ou passés sous silence, à savoir : 1° l'ampliation des diamètres ventriculaires dans la partie diastolique du battement ventriculaire, ampliation rapidement suivie du retrait et des rides contractiles survenant dans la partie systolique du même battement ; 2° le vide de la cavité ventriculaire au second temps, démontré par la section du ventricule, qui, largement ouvert à l'aide d'une incision, ne donne pas de sang pendant tout le temps que l'oreillette est en diastole.

Une dernière difficulté. M. Gavarret, dans son rapport, accepte complétement et sans la moindre restriction l'ensemble de tous les

détails compris dans les deux communications de MM. Chauveau et Marey. Or M. Gavarret a-t-il parlé en son nom propre, ou bien a-t-il été l'organe de la commission? Dans le premier cas, M. Bouillaud, qui est de la commission, peut conserver sa théorie. Dans le cas contraire, on doit en conclure qu'il a abjuré ses opinions pour adopter celles de MM. Chauveau et Marey.

Enfin M. Béclard, qui a consacré plusieurs pages de son *Traité de physiologie* à la question des mouvements du cœur et qui est aussi membre de la commission, adopte et défend une théorie qui n'a pas varié dans ses éditions successives; il professe que lorsqu'on examine l'animal vivant, on voit que la contraction des ventricules suit immédiatement la contraction des oreillettes. Quant aux diastoles, il les place au second temps pendant lequel le sang pénètre dans l'oreillette, va au même moment remplir le ventricule. On voit que la théorie de M. Béclard est la même que celle qui se trouve dans la première communication de MM. Chauveau et Marey. Mais comme la commission adopte par l'organe de son rapporteur la seconde théorie de ces Messieurs, il serait nécessaire de savoir si M. Béclard conserve son ancienne théorie, ou s'il accepte la théorie défendue dans le rapport de la commission.

Quoi qu'il en soit des explications qu'on donnera à ce sujet, il n'en est pas moins vrai que sur quatre membres dont se compose la commission, trois ont chacun une théorie dite ancienne qui a été exposée ou professée. Preuve donc que la théorie ancienne n'est ni une ni invariable, et qu'il est permis, surtout dans cette question scientifique, de chercher la vérité en dehors de la tradition.

MM. BOUILLAUD et BÉCLARD demandent la parole. Vu l'heure avancée, la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance publique est levée à quatre heures et demie. L'Académie se forme en comité secret.

ORIGINE DU VACCIN;

identité de son principe avec celui de la variole et des affections vaccinogènes.

Par M. le docteur G. DE LAPLAGNE (1).

Dans la séance du 5 avril, à l'Académie de médecine, la question des origines du vaccin s'est épuisée sans se résoudre. Il en est seulement ressorti que le virus-vaccin proviendrait également du cheval et de la vache, sans qu'il en résultât identité de principe entre les sources du vaccin et la vaccine elle-même, pas plus qu'entre les maladies vaccinogènes et la variole, dont elles sont également les préservatifs, au moins temporaires.

Pour nous, ces affections ne sont pas seulement juxtaposées par la nature et rapprochées par un lien imaginaire. C'est chez toutes le même principe de la fermentation du sang dont nous croyons avoir indiqué les causes. Le siége ou l'habitacle en est le même, c'est le système sanguin, et, quand on le voudra bien, il ne sera difficile ni d'en suivre la filiation ni de les faire naître à volonté.

Mais il va sans dire qu'il ne faudra point chercher l'unité des symptômes dans des milieux si différents tant comme espèces que comme organisations, surtout à la peau, où se produit chez l'homme la manifestation principale externe.

(1) Voir notre numéro du 24 mars dernier.

On doit encore plus s'abstenir de confondre, ainsi qu'on le fait obstinément, l'inhalation, le contact et l'inoculation, voies de communication entièrement différentes, en ce qu'elles décident de l'incubation et du développement local ou général d'une affection qui s'étend, du dedans au dehors, par la *circulation* après une incubation suffisante ou bien qui pénètre à l'intérieur par *inoculation* ou par absorption directe de son produit morbide.

Nous ne suivrons donc pas les honorables MM. Briquet et Devergie sur le terrain entièrement secondaire des prodromes plus ou moins accentués chez telle ou telle espèce, de la physionomie des symptômes extérieurs et de l'anatomie pathologique des boutons ou pustules.

Tout cela nous paraît dominé par le principe identique de l'affection mère, par la génération et la contagion de cette maladie spéciale et surtout par la préservation de la variole au moyen d'une inoculation imparfaite en elle-même comme moyen de reproduction, l'inhalation en étant la voie naturelle.

Ajoutons que cette inoculation ne saurait être efficace par son action purement locale et qu'elle est seulement préservatrice, non par des éruptions généralisées dues à d'autres causes que nous avons dites ailleurs, mais par une fièvre ou fermentation générale qui peut seule modifier l'état du sang et le rendre pour un certain temps impropre au développement de la variole.

Or, l'affection mère n'est pas autre, malgré ses différences obligées chez le cheval, chez la vache ou chez l'homme infecté par eux, et peu importe que les manifestations en aient lieu par le *javart*, par des *pustules* ou par les *eaux aux jambes*, suivant la nature des téguments et l'usage des parties intéressées.

Quant à l'honorable M. Bousquet, il admet que l'éruption chevaline, le cowpox, la variole et la vaccine sont autant d'affections généralisées dans le sang, où la cause domine les symptômes et l'anatomie pathologique elle-même, ce qui est parfaitement exact, mais tout à fait contradictoire avec les assertions de MM. Briquet et Devergie, s'attachant à ces considérations d'ordre évidemment secondaire sans aucun rapport avec le principe originel.

Du reste, M. Bousquet se trompe à son tour. Après avoir confondu l'éruption du cheval avec le *cowpox* de la vache, il affirme que la première n'a jamais produit la variole, ce qui est contraire aux dernières expériences d'Alfort, où un élève a contracté la variole. D'autre part, il pense que la variole elle-même, qui remonte au dixième siècle, n'a aucune autre origine avérée, n'ayant dû, suivant nous, dans le principe, être contractée que par inhalation du *grease*, — comme le vaccin par inoculation du *cowpox*, — avant de s'implanter dans l'espèce humaine.

Relativement au vide que M. Bousquet trouve entre la variole et la vaccine, il ne saurait y avoir d'analogie complète entre une maladie due à l'inhalation (ou à l'hérédité favorisée par d'autres causes) et l'inoculation ou l'introduction directe dans le sang du produit de l'affection d'une autre espèce animale. C'est en forcer les différences outre mesure que d'en conclure à un second virus dont rien ne justifie l'hypothèse, en présence de milieux tout à fait distincts, et d'analogies multiples de même espèce.

Mais ce serait aussi dépasser les hornes en l'autre sens que d'étendre l'identité de principe entre les affections varioleuses de cause interne par inhalation jusqu'à les identifier entre elles, malgré les différences de terrain ou d'espèces, et surtout avec l'inoculation directe d'un de leurs produits chez l'espèce humaine. L'inoculation varie nécessairement avec la source à laquelle on puise et dans le choix de laquelle une longue expérience enseigne à préférer le *cowpox*, c'est-à-dire la variole de la vache, dont l'innocuité plus grande est démontrée, sans qu'on ait besoin pour cela de proscrire l'inoculation, si calomniée, de la variole elle-même, inoculation confondue dans ses résultats avec les épidémies régnantes.

Reste à découvrir la véritable origine de ces diverses maladies varioleuses, et, nous refusant à y voir autant de virus, nous n'en acceptons qu'un seul, lequel est tout simplement, à nos yeux, un ferment sanguin que nous persistons à attribuer à l'usage de foins fermentés, d'herbes échauffées et de graines avariées dont on entoure et l'on nourrit souvent la vache et surtout le cheval.

Le foin, même à l'état sec et bien conservé, dont les animaux se nourrissent et dont ils respirent constamment les émanations, est tellement rempli de parasites, que c'est la substance dont on se sert pour en charger l'eau de la manière la plus frappante. C'est l'expérience, déjà vulgaire, à laquelle M. Pasteur a généralement recours et qu'il a renouvelée dans sa dernière leçon à la Sorbonne sur les générations spontanées. N'y a-t-il point là, pour la question qui nous occupe, un trait de lumière, un grand sujet de méditations, un champ fécond de recherches ?

Nous terminons en appelant sur ce point la sérieuse attention des médecins et des vétérinaires, persuadé que là se trouvent la cause et la filiation de toutes les maladies de cette espèce.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 11 avril 1864, il est ouvert un concours pour cinq places d'agrégé des écoles supérieures de pharmacie (section d'histoire naturelle, médicale et de pharmacie) à répartir dans les trois écoles de l'Empire ainsi qu'il suit :

École supérieure de pharmacie de Paris : 3 places.
École supérieure de pharmacie de Strasbourg : 1 place.
École supérieure de pharmacie de Montpellier : 1 place.
Le concours s'ouvrira à Paris le 15 octobre 1864.

— Aujourd'hui jeudi 14 avril, M. Martins, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, consacrera la *soirée scientifique de la Sorbonne* à l'étude du climat et de la constitution physique de l'Algérie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort des docteurs Gourlet (d'Isigny) et Lacroix (de Monsols).

— M. le docteur Ch. Pouthier (du XIV[e] arrondissement de Paris) vient de succomber aux atteintes d'une maladie qui le tenait éloigné de sa clientèle depuis près de six mois.

— M. Daremberg ouvrira son cours d'*histoire de la médecine*, au Collége de France, le lundi 18 avril, à une heure et demie, et le continuera les jeudis et les lundis, à la même heure.

— M. le docteur Mandl commencera un cours public sur les affections chroniques des hronches et des poumons, le jeudi 14 avril, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La grippe et son véritable caractère.

M. le docteur Carrière nous adresse de Venise, sous ce titre, quelques considérations sur la nature et le traitement de la grippe qui nous paraissent dignes de la plus sérieuse attention de la part des praticiens. Aussi nous empressons-nous de les mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« Vous m'excuserez, si je reviens sur la grippe, dont j'ai traité ailleurs et dont vous avez vous-même parlé dans votre journal. C'est précisément des maladies communes qu'il faut s'occuper; elles sont d'un intérêt populaire.

» Quant aux autres, aux maladies rares, elles servent moins l'art en lui-même que la réputation et les intérêts de ceux qui en font l'objet de leurs travaux. Voilà pourquoi vous avez sagement fait d'insister dans vos colonnes sur la nécessité d'étudier, de mettre en lumière le véritable caractère des épidémies et en particulier de celle qui cette année a fait à Paris le fond de la constitution pathologique de l'hiver.

» Je suis heureux à cette occasion d'avoir appris que vous partagez l'opinion que j'ai cherché à faire prévaloir sur la grippe épidémique et celui de tous les remèdes qui convient le mieux à son traitement. Je considère votre suffrage comme un signe favorable à ma cause et vous en remercie.

» Vous avez eu raison de dire, comme je l'ai déclaré d'ailleurs moi-même, que l'intermittence ou la rémittence avait été observée depuis longtemps avant moi dans la grippe. Ce trait de caractère ne pouvait pas avoir échappé à des praticiens de ce siècle comme du dernier dans les différentes et nombreuses épidémies qui se sont succédé depuis une époque dont j'avoue que j'ignore le commencement. Mais à quoi cela a-t-il servi? Combien de praticiens, soit dans la ville, soit dans les hôpitaux de Paris, pensent à donner le traitement quinique dans la grippe? Je ne peux pas dire qu'on les compte, car je crois qu'il n'y en a pas. Il est bon d'inventer; il est mieux de faire accepter.

» M. Blache disait dernièrement devant l'Académie, à l'occasion d'un travail du docteur Castex, que ce n'était pas l'idée seule qui constituait le mérite d'un travail qui avait un but pratique, mais la poursuite de cette idée dans les faits. C'est ce résultat que j'ai voulu chercher, en même temps que j'ai essayé de donner une plus claire et plus complète étiologie d'une épidémie aussi fréquente.

» Je crois que jusqu'à présent c'est ce qui a manqué, je ne dis pas les faits, il y en a eu, mais l'étiologie. L'observation s'est poursuivie sur un petit théâtre. Dans telle localité, on a pensé que l'intermittence se mêlait à la grippe, parce que la région était de nature fébrigène. Dans telle autre, on a attribué le caractère de l'épidémie à des influences passagères et qui ne se retrouveraient pas ailleurs. A mon avis, partout et toujours, ce qui fait la véritable physionomie de la grippe et produit aussi son danger, c'est ce caractère rémittent ou intermittent, parfois latent, parfois plus visible, mais existant sans exception, que je sache, à la suite d'une constitution météorologique connue. La quinine, sans doute, n'est pas toujours indiquée; car les formes des maladies varient, et il faut compter avec les complications. Mais si on veut guérir vite et bien, et éviter en quelques cas les événements graves, il faut trouver le moment de la donner. C'est surtout quand le mal a quelque chose d'incertain et qu'il résiste aux moyens ordinaires, qu'il faut se hâter; car l'occasion est fugitive, *occasio præceps*, et échappe souvent à la main la mieux exercée.

» Voici deux faits qui le prouvent outre mesure: l'un, qui appartient au passé, l'autre qui ne date que d'hier, et n'a pas suscité, que je sache, de commentaires, ce qui, à mon avis, n'aurait pas été sans utilité.

» A. Il y a deux ans passés, je crois que si mes souvenirs ne sont pas infidèles c'était dans l'épidémie de 1861 à 1862, j'étais à Paris, où j'avais rencontré plusieurs fois le docteur Ménière. Un jour il disparut; il payait son tribut, lui aussi, à la maladie régnante. Les bulletins de son état n'offraient tout d'abord rien d'inquiétant. On ne le croyait pas plus dangereusement malade qu'il ne le croyait lui-même, lorsqu'une nuit, peu de jours après l'invasion, il fut pris de symptômes si graves, qu'au bout de peu d'heures il était mort. Des cas de cette nature sont nombreux dans les épidémies de grippe. Celui-là ressemble trait pour trait à l'un de ceux que j'ai cités dans mon travail.

» B. Voici le fait d'hier, qui s'est aussi passé au milieu de Paris, qui a eu un grand retentissement, à cause du personnage, et qui doit donner, ce me semble, à réfléchir. Il s'agit de la mort du procureur général C..., qui flétrissait le crime il y a peu de semaines, avec cette honnête éloquence de l'éminent magistrat et de l'homme de bien. Je n'ai qu'à rapporter mot pour mot la narration de la maladie donnée par le journal *le Droit*, reproduite par les grands organes de la publicité, et qu'on peut considérer comme officielle:

« M. C... était venu à son parquet samedi dernier, dit le journal; lundi matin une forte grippe a contraint M. C... à garder le lit. M. le docteur Tardieu a été appelé; il a prescrit les remèdes ordinaires pour une indisposition qui semblait sans gravité. Le malade s'est levé mardi; mais le mal a fait de nouveaux progrès, et M. Rayer, qui est venu se joindre à M. Tardieu, a prescrit les remèdes les plus énergiques pour combattre l'irritation des intestins, qui avait compliqué celle de la poitrine. La position s'est aggravée dans la journée du mercredi, mais rien ne faisait présager une situation périlleuse. Dans la soirée, une amélioration s'était manifestée; mais dans la nuit, vers onze heures, des flots de sang se sont échappés de la bouche du malade. M. Tardieu a été appelé; il a immédiatement constaté une congestion pulmonaire..... A une heure du matin, M. C... expirait. »

« Que d'enseignements à tirer de ce tableau! Les rémittences y sont bien marquées comme les exacerbations. Elles présentent un type de fièvre tierce et non de fièvre quotidienne, comme à l'ordinaire. Enfin, c'était bien la grippe et non une autre maladie, et même ce que l'on pourrait appeler la grippe généralisée, à cause de la complication gastro-intestinale. N'était-elle pas aussi, par la manière dont elle s'est terminée, une sorte de fièvre pernicieuse avec caractère larvé, dont le dernier accès a été jugé, comme on le disait autrefois, par une violente hémorrhagie? Je suppose que la médication par le quinine eût été employée à temps, croit-on que la maladie eût suivi la même marche et donné la même fin? Je ne puis dire qu'une chose, que peut-être bien d'autres diront avec moi, je ne le pense pas.

Quand des hommes éminents comme MM. Rayer et Tardieu n'ont pas cru devoir agir, à ce qu'il semble, par les antipériodiques, il faut bien s'avouer que le traitement de la grippe tel que je le comprends manque complétement de crédit à Paris. S'il n'en a pas dans ce centre, où le prendra-t-il? Le crédit viendra par l'insistance, qui ne doit pas se lasser lorsqu'il faut faire prévaloir quelque chose de bon et d'utile. Je le répète, il ne s'agit pas d'une maladie rare, mais d'une épidémie qui a pris ses habitudes chez nous par ces temps d'intempérie morale et physique, et qui ne nous quittera pas de sitôt. *Civitatem non virum curabis*, comme l'écrivaient les habitants d'Abdère à Hippocrate. Dans les épidémies, en effet, bénignes ou dangereuses, il ne s'agit pas d'un homme, mais de la cité et même de tout un pays. Jugez donc de l'importance de ce genre d'études. »

Plaie contuse de la main. — Écrasement des doigts. Résection des trois derniers métacarpiens.

Mardi matin, M. Velpeau a opéré à la Clinique un malade âgé de cinquante-sept ans, qui avait eu la veille la main pressée dans un laminoir.

La peau décollée du dos de la main était violacée et froide, et présentait des traces évidentes de gangrène; les tendons extenseurs étaient à nu; le cinquième métacarpien était fracturé; les doigts médius, annulaire et auriculaire étaient également fracturés; la peau de la paume de la main, décollée, était encore un peu adhérente au bord radial du carpe. Les muscles de la main et les tendons fléchisseurs, déchirés et contus, étaient détachés des os, mais le pouce et l'indicateur étaient conservés intacts. Une hémorrhagie abondante avait eu lieu au moment de l'accident et s'était spontanément arrêtée. Un pansement à l'eau froide par l'irrigation continue avait été placé immédiatement.

M. Velpeau, en présence de désordres aussi graves, établissait

---

SOCIÉTÉ DES AMIS DES SCIENCES.

COMPTE RENDU DE LA GESTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION PENDANT L'EXERCICE 1863-1864.

Par M. Félix BOUDET, secrétaire.

Messieurs,

Lorsque l'illustre Thénard a fait appel aux amis des sciences, lorsqu'il a voulu les réunir en une grande famille, associer leurs sentiments généreux, et constituer pour les savants un patrimoine commun, il connaissait bien toutes les vicissitudes de la vie des savants, il avait calculé le nombre et mesuré l'étendue des infortunes qui peuvent les frapper dans le cours de leur existence laborieuse, son bienfaisant génie avait embrassé, dans toute sa grandeur, la mission qu'il voulait accomplir; et, s'il a imposé lui-même des limites rigoureuses à son ardente sympathie, c'est que, voulant créer une institution puissante et durable, il devait lui laisser le temps de pousser dans le sol des racines profondes, avant de songer à étendre au loin ses rameaux. Sept ans se sont écoulés depuis que, rassemblant autour de lui ses amis, ses collègues, ses élèves, il leur dévoilait sa pensée et proposait à leurs suffrages les statuts qu'il avait préparés pour notre Société.

Le sentiment qui dominait en lui dans cette séance solennelle, à laquelle il devait survivre à peine quelques mois, c'était de déterminer la sphère dans laquelle la Société devait d'abord renfermer son action; c'était de décider à quels caractères elle pourrait reconnaître le véritable savant, et à quels titres devrait appartenir le droit de revendiquer ses bienfaits; c'était enfin de faire bien comprendre que ces bienfaits eux-mêmes étant le prix de services rendus à la science, la conséquence d'un droit attaché désormais au titre de savant, ils ne pourraient être considérés que comme un honneur pour les familles qui en seraient l'objet.

« L'un des points les plus importants à résoudre, disait-il, c'était » de savoir distinguer le véritable savant; nous avons pris pour juge » l'Académie des sciences, qui est le tribunal suprême en cette matière, et nous avons dit que pour avoir droit à cet honorable titre, » il faudrait avoir présenté à l'Académie des sciences un mémoire » jugé digne d'être imprimé parmi ceux des savants étrangers ou » digne au moins de recevoir son approbation. »

Cette définition du savant a paru trop absolue, on lui a reproché de restreindre à un trop petit nombre de personnes le droit d'être secourues par la Société: on aurait voulu étendre ce droit à tous ceux qui, dans des conditions diverses, auraient donné des gages sérieux à la science; mais ce vœu n'était-il pas dans le cœur de Thénard? Qui donc pouvait mieux que le fondateur de notre œuvre, comprendre ce que réclamaient la sécurité et la dignité de tant de familles qui ont placé dans le culte de la science toutes les espérances de leur avenir? Mais devait-il, avec les faibles ressources d'une Société naissante, embrasser un aussi vaste horizon, et ne faut-il pas admirer avec quelle prudence il a su résister aux entraînements de son cœur et aux sollicitations pressantes de quelques amis généreux, et se maintenir dans les conditions pratiques dont sa haute expérience lui faisait un impérieux devoir?

En effet, Messieurs, après sept années d'épreuves, au milieu d'une prospérité incessamment croissante, malgré la plus haute ambition pour l'avenir de notre Société, votre conseil d'administration est obligé de reconnaître qu'il ne peut pas songer encore à élargir la sphère de notre action.

Et cependant, il a été entendu le chaleureux appel qu'ici même, l'année dernière, nous adressions à la sympathie nationale pour les infortunes des savants: l'état de nos services comparé à la faiblesse de nos ressources a ému bien des cœurs, des correspondants nouveaux nous ont prêté leur concours, nos anciens et fidèles représentants dans les départements, suppléant à l'insuffisance de leur nombre, par l'ardeur de leur dévouement, ont propagé autour d'eux leur vive sympathie pour notre œuvre, et obtenu de nouvelles adhésions; un grand nombre d'officiers de l'artillerie et du génie ont tenu à honneur d'appartenir à une Société qui venait d'adopter la veuve du savant et vénérable Terquem, ces jeunes élèves de l'Ecole normale supérieure que vous avez reconnus ici l'année dernière, au milieu de vous, ces nombreux délégués de l'Ecole polytechnique, dont l'uniforme représentait dans cette enceinte tant de services rendus à la patrie, tant d'espérances pour sa grandeur et sa gloire, ont raconté à leurs camarades les bienfaits de la Société des Amis des Sciences, et tous ont voulu, par une souscription collective, coopérer à l'œuvre de Thénard; le génie civil s'y est associé à son tour, et l'éminent ingénieur qui dirige l'Ecole centrale, M. Perdonnet, a pris une souscription de 500 francs.

La liste de nos souscripteurs s'est ainsi considérablement accrue, et plus de 300 membres nouveaux sont entrés dans la grande famille des Amis des Sciences.

Grâce à ces précieuses conquêtes, nous avons consacré 22,492 fr. à des secours pendant le dernier exercice, et notre capital augmenté de 48,364 fr. a pu atteindre le chiffre de 242,362 fr. 90 c. au 31 décembre 1863.

Depuis cette époque ce mouvement progressif s'est accéléré de la

devant les élèves les indications chirurgicales auxquelles prêtaient les lésions. Deux opérations, disait-il, sont proposables : ou bien enlever les métacarpiens des doigts écrasés, ou bien amputer le poignet. Il est contre-indiqué, disait-il, de pratiquer la dernière opération, et de sacrifier deux doigts sains qui seront plus tard d'un grand service pour le malade. Mieux vaut, quelles que soient les difficultés, n'enlever que les parties vouées à une destruction certaine. Mieux vaut désarticuler les métacarpiens.

Mais enlever trois métacarpiens est une opération qui présente des difficultés ; les surfaces articulaires ne sont pas facilement rencontrées, puis les lambeaux qu'il est indiqué de tailler pour les amputations des trois métacarpiens ne peuvent être pris sur des parties molles en voie de gangrène. Il n'est pas possible de pratiquer une opération régulière telles que celles que l'on fait dans les amphithéâtres ; ce qu'il faut dans le cas actuel, c'est une extraction des parties altérées et une régularisation de la plaie, et le rôle du chirurgien sera ensuite de conjurer les phénomènes inflammatoires.

M. Velpeau a fait l'opération de la façon suivante : une incision sur la face dorsale du métacarpe a divisé les parties molles jusqu'aux os au niveau du tiers supérieur des métacarpiens ; puis, à l'aide d'une cisaille de Liston, ces os ont été coupés à 1 centimètre environ en avant des articulations carpo-métacarpiennes. Les os réséqués ont été disséqués ensuite par leur face palmaire, et un lambeau de peau pris aux dépens du tégument décollé sur le bord cubital de la main a été laissé.

Après l'opération, le métacarpien de l'indicateur était recouvert dans les trois quarts de son étendue par la peau saine. Le lambeau palmaire recouvrait la surface de section des métacarpiens, mais il restait encore un large espace dénudé. La peau a été rapprochée autant que possible avec des bandelettes de diachylon.

Un pansement simple a été fait.

Dans cette résection, qui est plus une régularisation de plaie qu'une résection telle que la décrivent les livres, il n'y a pas de réunion possible des lèvres de la plaie. Il y aura une large surface de suppuration ; mais on sait qu'aux mains l'absence de lambeaux n'empêche pas la cicatrisation. La peau de l'avant-bras viendra recouvrir le carpe. Le métacarpien est couvert d'une assez grande quantité de peau pour que la cicatrice ne gêne point plus tard les mouvements.

La section des métacarpiens, au lieu de leur désarticulation, a singulièrement abrégé l'opération ; elle a eu encore un autre avantage : aucune articulation n'a été ouverte, et c'est là une chance de moins en faveur de l'inflammation, comme le remarquait M. Velpeau.

Cette simplification a son utilité, et à défaut de raisonnements l'expérience a appris que les désarticulations des métacarpiens, qui ont eu autrefois une certaine vogue dans des cas semblables, ont justement perdu la confiance qu'on leur avait accordée *a priori*.

Pustule maligne; traitement par l'extirpation et la cautérisation.

MM. les docteurs Mauvezin viennent de publier, dans les *Archives de médecine* (mars 1864), un mémoire sur les divers traitements de la pustule maligne, et l'exposé d'une nouvelle méthode de traitement de cette affection. Quatorze observations ont été rapportées, et témoignent de l'efficacité de l'extirpation suivie de la cautérisation avec le fer rouge. Le succès a été complet, même dans un cas où la pustule maligne datait de six jours. Dans une observation de pustule située sur le pli du coude, au-devant de l'artère humérale, cette méthode a été mise en usage sans danger et avec le même succès.

Telle qu'elle est présentée, la proposition de l'extirpation suivie de cautérisation au fer rouge mérite attention. C'est dans le premier et le deuxième degré de la maladie qu'elle convient, alors qu'il y a seulement l'auréole inflammatoire et les vésicules. On peut enlever tout le mal sans laisser une plaie considérable suivie fatalement à la face au moins d'une cicatrice plus ou moins vicieuse.

Ce traitement, qui reparaît sous une forme nouvelle, n'est pas inconnu. La pustule maligne, au moment où l'on commençait à la décrire à part, et qui avait été vue par Duhamel en 1737 et décrite à Paris par Morand en 1766 (1), était traitée dans les provinces par l'extirpation. Maret (de Dijon) et Fournier ont extirpé des pustules malignes et les ont cautérisées avec le fer rouge. Il y a même lieu de croire que cette tentative, à laquelle s'était déjà opposé Thomassin, était assez vulgarisée, puisque Enaux et Chaussier ont consacré plusieurs pages à démontrer les inconvénients d'une semblable façon d'agir, à laquelle ils avaient préféré une méthode mixte, les scarifications et les cautérisations.

On a bien raison de dire que les formules thérapeutiques absolues, posées à un moment donné, ont quelque chose de fâcheux pour la science. Le traitement de la pustule maligne en fournit une nouvelle preuve. Maret, qui avait réussi, à l'aide de l'extirpation, à guérir des pustules malignes, a échoué dans d'autres cas, et on a condamné cette opération ; un exemple d'insuccès cité par Thomassin (2), n'était pourtant pas une raison pour faire rejeter l'extirpation ; la pustule maligne était arrivée à la période grangréneuse et s'était considérablement étendue. Les faits de MM. Mauvezin le démontrent : le cas où Thomassin avait vu le mal récidiver malgré les efforts du chirurgien, ne réclamait plus l'extirpation ; il était trop tard, comme il serait trop tard d'appliquer des sangsues sur un phlegmon suppuré. La cautérisation étaut généralement efficace à toute la période de la pustule maligne, on avait fait de ce traitement la règle, et l'on n'avait pas saisi que dans les diverses phases de son évolution la pustule maligne se prête à des traitements divers.

Aujourd'hui, il résulte des travaux modernes qu'au début, l'extirpation, ou un moyen plus douloureux, la cautérisation profonde avec le fer rouge, sont des agents puissants ; et si la plaie laissée par l'extirpation de la pustule à son début ne donne pas lieu à une cicatrice plus défectueuse que la cautérisation au fer rouge, il est certain que la première opération est préférable. Il résulte aussi que, lorsque le mal s'est étendu, les scarifications et la cautérisation avec les caustiques liquides, tels que le beurre d'antimoine et le sublimé corrosif, ou avec la potasse, sont les meilleurs moyens.

De l'exploration de l'état de la rate.

Personne n'a jamais contesté l'utilité de l'exploration de la rate, dont il importe souvent de connaître avec précision les limites, qu'il s'agisse de diagnostiquer une lésion de cet organe ou de déduire de son volume un signe propre à éclairer le diagnostic obscur de certaines cachexies. Sans accepter toutes les idées professées par M. le professeur Piorry sur le rôle de la rate dans les fièvres intermittentes, on ne peut nier toutefois qu'elle n'y prenne une part importante, dont il faut toujours tenir compte. L'exploration de la rate ne doit donc pas plus être négligée que celle de tous les autres organes.

Ce point établi, quel est le meilleur mode d'exploration ?

La simple palpation ne pouvant faire juger que du volume et de l'extension du rebord inférieur de la rate par delà le rebord costal, est évidemment insuffisante ; et comme il arrive d'ailleurs quelquefois que des rates volumineuses ne dépassent point ce rebord, il est impossible par le toucher d'en déterminer le siége, la forme et les dimensions.

L'examen plessimétrique, d'après la méthode de M. Piorry, est incontestablement le meilleur moyen.

Mais pour bien étudier plessimétriquement la rate, il faut suivre certaines règles. C'est faute de s'être astreint à leur observation qu'on a varié sur les limites physiologiques que l'on donne à cet organe. La rate présente à l'état normal, d'après M. Piorry, 4 centimètres dans le diamètre vertical et 8 centimètres d'un côté à l'autre.

M. le docteur Fleury, qui a publié récemment le résultat de ses recherches sur ce sujet, donne à cet organe des limites plus étendues. M. Piorry a saisi cette occasion de répéter, devant les élèves qui suivent sa clinique, l'étude plessimétrique de la rate sur un grand nombre de malades pris indistinctement. Sur 20 malades soumis à cet examen, la rate a présenté invariablement, sauf les exceptions que nous allons faire connaître, 4 centimètres dans le diamètre vertical et 8 centimètres d'un côté à l'autre.

Sur ce nombre de 20 malades, il s'en est trouvé 4 chez lesquels la rate avait 6 et 5 centimètres. Tous les quatre ont déclaré être atteints le soir et la nuit de l'un des deux stades qui caractérisent les accès fébriles. Quelques-uns se plaignaient de céphalalgie frontale périodique, et l'un d'entre eux, qui était affecté d'une fièvre tierce, avait une rate de 7 centimètres sur 14.

La rate présenterait donc en santé, dans son diamètre vertical, 4 centimètres, et quand elle dépasse cette mesure, on serait fondé à en conclure l'existence d'un état morbide.

La position la plus commode pour la recherche du volume de la rate consiste à faire placer le sujet que l'on explore dans l'attitude horizontale, couché sur le côté droit, afin d'éloigner l'estomac de la rate et de dégager ainsi la limite supérieure de cet organe. M. Piorry insiste beaucoup sur la nécessité de cette position. Dans toute autre, on pourrait se méprendre aisément sur les vraies dimensions de la rate. C'est ainsi, dit-il, que M. le docteur Fleury, qui a l'habitude de limiter cet organe les malades étant debout, est arrivé à lui donner une dimension plus grande. Dans cette dernière position, en effet, l'organe basculant en avant, son diamètre vertical augmente et présente quelques centimètres en plus que dans la position horizontale. C'est donc, suivant M. Piorry, la mesure de 4 centimètres sur 8, le malade étant horizontalement placé, qui doit servir de point de départ pour l'étude des modifications de volume que peut subir cet organe.

Le malade atteint d'un anévrysme de l'artère ischiatique, dont nous avons parlé dans une des dernières *Revues cliniques*, et qui avait été opéré, il y a un mois, par M. Nélaton, est actuellement en voie de guérison. A la suite d'une seule injection de perchlorure de fer dans la tumeur, les battements ont complétement cessé.

La poche anévrysmale, qui a diminué déjà de plus de moitié, revient peu à peu sur elle-même, et il n'y a eu aucune trace d'inflammation pendant cette période de décroissance. Tout fait espérer que le malade, radicalement guéri, pourra quitter prochainement l'hôpital.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. MARJOLIN.

Plaie pénétrante de poitrine, réunion immédiate de la plaie, pansement par ocolusion : fracture oomminutive des deux os de l'avant-bras et de l'humérus du côté gauohe, aveo écrasement des muscles, amputation immédiate. Guérison rapide.

(Observation recueillie par M. MEURIO, interne des hôpitaux, et présentée à la Société de chirurgie).

Dans la matinée du 5 février, on amenait à l'hôpital Sainte-Eugénie le nommé D... (Auguste), âgé de douze ans, très-gravement blessé.

Trois heures auparavant, ce garçon, qui est grand pour son âge et d'une très-bonne constitution, en voulant replacer sur l'arbre de mouvement d'une mécanique une courroie détachée, fut saisi et entraîné par la courroie enroulée autour de son bras gauche, et, ainsi sus-

(1) *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1766.
(2) *In* Thomassin, *Mémoire et prix de l'Académie de Dijon*, 1780.

manière la plus satisfaisante ; les souscriptions perpétuelles, cette source assurée de nos revenus, se sont multipliées rapidement, et de riches offrandes sont venues grossir notre capital et encourager nos efforts.

M. Dubrunfaut a voulu ajouter un nouveau don de 10,000 francs à celui qu'il avait déjà fait en 1861.

M. Paul Christofle, jaloux d'associer plus intimement encore à notre œuvre, par une fondation nouvelle, la mémoire de notre regretté collègue Charles Christofle, a remis, à cette intention, une somme de 2,000 fr. entre les mains de notre trésorier, et en même temps il a déclaré qu'il prenait en son nom la souscription annuelle de 1,000 fr., pour laquelle son père s'était fait inscrire dès l'origine de la Société.

Enfin Mme Millière Biot de Morinval, la fille de l'illustre Biot, revendiquant, avec l'illustration du nom qu'elle porte si dignement, l'héritage de la sympathie de son père pour la Société des Amis des sciences, a pris une souscription de 500 fr.

Ainsi, Messieurs, chaque année nous avons à constater des progrès considérables, et nous voyons s'augmenter les ressources dont nous pouvons disposer pour répondre à de nouveaux besoins, mais ces besoins eux-mêmes se multiplient si rapidement, que nous avons peine à y suffire, et que toujours menacés d'être débordés, nous ne pouvons pas espérer sortir de cette situation précaire, si quelques dons extraordinaires ne viennent pas rompre un si inquiétant équilibre et nous créer une importante réserve.

Ici l'orateur expose avec une exquise délicatesse les honorables détresses secourues par la Société. Puis il continue :

Voilà, Messieurs, le compte que nous avons à vous rendre de notre administration ; voilà ce que nous avons pu faire avec les moyens si bornés encore dont nous pouvons disposer ; et dans ces étroites limites de nos statuts que nous sommes si impatients de franchir, dès que nous serons assez riches pour l'oser sans imprudence. N'hésitons pas cependant à nous féliciter du bien que nous avons pu accomplir, car il montre à quel point notre institution était nécessaire, et combien elle est déjà puissante.

Mais que nous sommes loin encore de remplir tout entière la grande mission qui appartient à la Société de secours des Amis des sciences, d'avoir constitué réellement l'assurance des savants et de leurs familles contre tous les risques de leur vie de labeurs, de sacrifices et d'espérances trop souvent déçus. Et nous ne comprenons pas seulement sous le nom de savants les lauréats de l'Institut ou ceux dont les travaux ont obtenu sa haute approbation, mais tous ces hommes généreux qui ont concouru aux progrès de la science, tous ceux qui, par de longues et pénibles études, ont conquis leurs grades dans le génie civil ou militaire, ou qui instruisent la jeunesse dans nos facultés, dans nos écoles, dans nos lycées, et qui chacun dans sa sphère travaillent à répandre les lumières de la science et les bienfaits de ses grandes découvertes.

Ah ! je vous en prends à témoin, avec quel infatigable dévouement, avec quel zèle désintéressé ils prodiguent leur enseignement aux gens du monde, aux artisans, aux ouvriers !

Avec quel chaleureux empressement ils répondent aux nobles aspirations de la population parisienne, avide d'entendre la parole des maîtres de la science, de comprendre et d'admirer avec eux les grands phénomènes de la nature, ses lois harmonieuses et ses merveilles infinies !

En présence de tant de services rendus et d'un si noble apostolat, pourrions-nous hésiter à redoubler d'efforts pour attirer à nous tous les cœurs généreux, pour accroître rapidement nos ressources et hâter le moment où, élargissant les bases de notre institution, nous pourrons épargner désormais à tous les vrais serviteurs de la science la cruelle inquiétude ou la poignante douleur de laisser leurs familles sans protection et sans appui.

Un dernier adieu à MM. Moquin-Tandon et Charles Christofle, que la Société a perdus dans le cours de l'année, termine ce discours, que nous avons voulu placer sous les yeux de nos lecteurs pour montrer tout le bien que l'on peut faire avec une modeste cotisation. E. L.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la formation du type dans les variétés dégénérées, ou Nouveaux éléments d'anthropologie morbide, pour faire suite à la théorie des dégénérescences dans l'espèce humaine ; par M. le docteur A. MOREL, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon. Premier fascicule, In-4° de 40 pages, avec 5 planches représentant 17 figures ou types. Prix : 4 fr. 50. — Paris, chez Victor Masson et fils.

Annuaire de médeoine et de chirurgie pratiques pour 1864, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1863, par M. le docteur GARNIER, collaborateur de l'*Union médicale*, et M. A. WAHU, médecin principal des hôpitaux militaires. 19e année. Un vol. in-32. Prix : 1 fr. 25. — Paris, chez Germer Baillière.

Trattato teorioo-pratico sulle malattie veneree, del dottore J. GALLIGO. Troisième édition. Prix : 8 fr. — Firenze, 1864.

Essai sur l'histoire des ferments ; de leur rapprochement avec les miasmes et les virus, par M. le docteur Ch. de JEANNEL DE VAURÉAL. Thèse inaugurale. Prix : 3 fr. Paris, 1864. — Parent, imprimeur.

pendu, il fit cinq ou six tours de roue. Pendant ces quelques secondes seulement, l'enfant perdit connaissance; les témoins de l'accident constatèrent qu'il s'écoulait d'abord une assez grande quantité de sang par les plaies du bras, et que cette hémorrhagie s'arrêta bientôt; en même temps ils remarquèrent qu'à chaque mouvement respiratoire il se produisait du côté gauche de la poitrine une sorte de sifflement très-bruyant.

Au moment de l'admission du blessé, ce bruit était encore très-marqué, et les personnes placées à quelque distance du lit pouvaient parfaitement le percevoir. L'état du malade étant des plus graves, M. Marjolin examina de suite quelle était la nature de la plaie de poitrine, et si elle ne serait pas une contre-indication à l'amputation du bras.

Au niveau des dixième et onzième côtes du côté gauche, un peu en dehors d'une ligne verticale abaissée du mamelon, existait une plaie contuse de forme triangulaire, assez large pour permettre facilement l'introduction de trois doigts dans la cavité de la plèvre.

Aucune hernie du poumon, aucune fracture de côtes n'existant, M. Marjolin ayant affronté autant que possible les lèvres de la plaie, la ferma avec deux larges morceaux de diachylon, et l'occlusion fut assez heureusement faite pour qu'à partir de ce moment toute communication de la cavité thoracique fût interrompue avec le dehors, aussi, à dater de cet instant, tout bruit de souffle cessa. Un pansement simple fut maintenu avec un bandage de corps, et la respiration sembla se faire comme avant l'accident.

Nous noterons que le malade n'avait pas craché de sang et qu'au pourtour de la plaie il n'existait pas la moindre trace d'emphysème.

Outre cette plaie, le blessé présentait encore des lésions fort graves; le bras et l'avant-bras gauche ne formaient plus que des lambeaux informes, tous les os étaient fracturés, et les extrémités des fragments faisaient hernie à travers les plaies; l'artère radiale ne battait plus, on ne retrouvait de battements qu'au niveau de la naissance de l'humérale.

Quel parti prendre en pareil cas? Bien que le malade eût encore la connaissance, il était dans un état de prostration des plus marqués; à chaque instant il fallait le ranimer avec du vin, et l'exciter pour le tirer de son assoupissement; le visage était pâle, les pupilles dilatées, le pouls lent, très-faible. En présence de semblables complications, bien que l'amputation du bras ne présentât pas beaucoup de chances de succès, M. Marjolin, prenant en considération l'âge et la bonne constitution du blessé, n'hésita pas à y recourir de suite. Elle fut pratiquée au niveau de l'insertion du deltoïde.

L'opération fut seulement une régularisation de la plaie; dans plusieurs points les muscles étaient très-meurtris et le bras n'adhérait plus que par quelques lambeaux de peau. La section de l'os fut faite à 8 centimètres au-dessus de la fracture, mais comme le périoste était décollé bien au delà, il fallait réséquer encore 1 centimètre de l'humérus. Le malade ne perdit que très-peu de sang; les lèvres de la plaie furent rapprochées doucement avec des bandelettes de diachylon fénêtrées.

Pendant la journée, on tint le malade éveillé, et de temps à autre on lui fit prendre du bouillon, du vin, et même un peu de potage. Le soir, l'état général était très-bon, la réaction modérée, le pouls, qui donnait 110, avait repris un peu de force; la respiration semblait normale, en ce sens que l'oreille, appliquée sur la partie antérieure du côté gauche du thorax, fait reconnaître que la respiration s'effectue de ce côté d'une manière aussi naturelle qu'à droite.

L'état de faiblesse du malade ne permit pas de pousser plus loin les recherches. La nuit fut très-calme, et le lendemain, à la visite, le malade semblait remis de toutes les émotions par le sommeil. Pas la moindre toux, pas de douleur de côté, pas d'expectoration sanguine. L'appareil du bras ne fut changé que le surlendemain. La plaie était très-belle.

Quant à l'appareil placé sur la plaie de poitrine, craignant de voir l'air pénétrer de nouveau dans la poitrine, aucune indication de le relever n'existait, M. Marjolin ne le leva que le huitième jour. A ce moment, les bords de la plaie avaient contracté des adhérences solides et étaient recouverts de bourgeons charnus de bonne nature. La forme de la plaie était triangulaire comme la piqûre d'une sangsue: dans son plus grand diamètre, le transversal, elle avait 5 centimètres, et 4 dans le vertical.

Comme état général, le blessé était dans les meilleures conditions: peu inquiet de l'avenir, malgré son intelligence, il se trouvait très-heureux de voir la guérison avancer, et les progrès furent si rapides qu'en moins de quatre semaines tout était entièrement cicatrisé.

Maintenant, s'il nous est permis d'ajouter quelques réflexions, nous dirons:

1° Au point de vue du pronostic, les amputations pratiquées chez les enfants pour des lésions traumatiques très-graves présentent bien plus de chances de succès que chez les adultes; il serait facile d'en avoir la preuve en comparant les relevés faits dans nos hôpitaux.

2° Bien que l'amputation ait été faite dans un point contigu à la lésion des parties molles, non-seulement il n'y a pas eu de sphacèle, mais le périoste, qui était décollé dans plus de 1 centimètre d'étendue, s'est recollé très-rapidement, et il n'y a pas eu de nécrose. Ne pourrait-on pas trouver l'explication de ces derniers faits dans la cause même de l'accident? En effet, le bras ne fut pas meurtri, comme cela a lieu dans les plaies par écrasement, mais il y eut plusieurs arrachements.

3° Enfin, malgré la violence de l'action qui a déterminé des fractures multiples, il n'y a eu aucune luxation ni arrachement d'épiphyses. Ce dernier genre d'accidents est, du reste, tellement rare que depuis dix ans je ne crois pas l'avoir encore rencontré sur plusieurs centaines de fractures.

HOTEL-DIEU DE RENNES. — M. Aubry.

Corps étranger (morceau de bois) de la vessie. Extraction; guérison.

Le 3 février 1864, je reçus dans mon service une fille de vingt-deux ans, venue de la campagne pour se faire traiter (d'après le certificat du médecin qui me l'adressait) pour une incontinence d'urine datant de plusieurs années.

Les renseignements que me fournit la malade étaient fort peu précis; les réponses lentes, obscures, rendirent l'interrogatoire laborieux; il en résultait qu'à la suite d'une fièvre typhoïde elle avait été prise, trois ans avant son entrée, d'une rétention d'urine qui avait nécessité le cathétérisme, que depuis ce temps elle avait toujours éprouvé de la gêne à rendre ses urines, qu'elle sentait des besoins continuels, que la miction était douloureuse, et que de temps à autre elle rendait du sang par l'urèthre; enfin, elle ajoute que trois semaines avant son entrée à l'hôpital, étant montée dans un arbre pour cueillir du lierre, elle était tombée les cuisses écartées sur une branche, un piquet que des enfants avaient enfoncé en terre sous l'arbre, qu'il en était résulté une blessure aux parties génitales et un écoulement de sang considérable.

Ces renseignements étaient assez bizarres, et je n'y vis qu'une chose, c'est que cette fille offrait les symptômes rationnels de la pierre. Je me hâtai donc d'introduire dans la vessie une sonde d'argent, et je trouvai en effet au col un corps dur, mobile, que je pris pour un calcul.

L'examen du vagin fut fait avec soin, et je m'assurai qu'il n'existait pas de fistule vésico-vaginale, pas de trace de plaie; l'incontinence d'urine me parut être due à ce que le calcul siégeait habituellement au col.

Les jours suivants, on sonde la malade deux fois par jour, et l'on rencontre chaque fois le corps étranger vers le col.

Le 8, dans le but de mesurer le calcul, j'introduis dans la vessie un lithoclaste à mors plats, à l'aide duquel je le saisis facilement. L'écartement des branches est de 15 millimètres.

Le 10, je cherche inutilement le calcul; je promène les mors du lithoclaste dans toutes les parties déclives de la vessie, et après des tentatives qui ne durent pas moins de six à huit minutes, je retire l'instrument sans avoir rien trouvé.

Le 14, nouvelles recherches, suivies du même insuccès. Quelques accidents inflammatoires forcent à suspendre les manœuvres jusqu'au 19.

Ce jour-là, en introduisant une sonde dans l'urèthre, on rencontre ce qu'on croit être un calcul, à 3 centimètres du méat, et on le repousse dans la vessie. Je cherche alors à le saisir dans ce réservoir avec le litboclaste; je ne suis pas plus heureux que le 10 et le 14.

Le 21, au moment où j'écartais les petites lèvres pour introduire une sonde dans la vessie, j'aperçois au méat urinaire une tache brune, et en regardant plus attentivement, je constate que cette tache est due à ce que l'orifice du méat est distendu par un corps étranger. Saisissant alors les pinces à pansement, je porte un doigt de la main gauche dans le vagin pour empêcher le recul du prétendu calcul, et je parviens à serrer exactement ce qui se présente au méat avec les pinces, et j'amène à l'extérieur, non un calcul, mais un morceau de bois long de 65 millimètres, épais de 11, irrégulièrement arrondi. L'une de ses extrémités est assez nettement taillée, l'autre, plus rugueuse, semble avoir été produite par rupture. La surface du fragment de bois est recouverte dans les trois quarts de son étendue d'une très-légère couche de concrétions urineuses.

A partir de ce moment, l'incontinence disparaît; il n'y a plus de douleur pendant la miction, et bientôt les urines reprennent leur limpidité. Plusieurs jours après, on s'assure par un cathétérisme minutieux que la vessie ne renferme plus aucun corps étranger.

— Les renseignements fournis par la malade sont difficiles à concilier avec le résultat que nous venons de faire connaître. Et d'abord, il est évident que cette prétendue incontinence, qui datait de trois ans, était imaginaire, puisqu'elle a cessé avec l'extraction du corps étranger, ainsi que les autres troubles de la miction.

Tout porte à croire que le fragment de bois n'était dans la vessie que depuis peu de temps, autrement il eût été recouvert d'une couche de sels plus épaisse. Mais y avait-il pénétré par le mécanisme indiqué par la malade? Il est permis d'en douter.

Je ne terminerai pas cette note sans faire une remarque pratique relative aux deux recherches que j'ai faites sans pouvoir saisir le corps étranger. Croyant avoir affaire à un calcul, je le cherchai dans les parties déclives, tandis qu'il eût fallu chercher à la partie supérieure de la vessie ce corps, qui s'y maintenait en vertu de sa légèreté spécifique.

Fracture du crâne. — Trépan. Corps étranger du cerveau sorti spontanément. — Guérison.

En 1845, une jeune femme, demeurant dans un village situé à 16 kilomètres de Rennes, vint à pied de chez elle à l'Hôtel-Dieu de cette ville, pour y consulter le chirurgien en chef, M. Guyot, à propos d'une blessure qu'elle portait à la tempe gauche. Elle raconte que la veille elle avait fait une chute dans laquelle la tempe gauche avait porté sur l'angle d'une planche.

Le médecin du pays avait reconnu une plaie contuse, et il adressait sa cliente à l'hôpital de Rennes, parce qu'il avait cru reconnaître qu'un fragment de bois, fixé au fond de la plaie, nécessitait des soins particuliers.

On ne crut pas à l'existence de cette complication, et la malade retourna le même jour dans son village, de sorte qu'elle fit à pied environ 32 kilomètres.

Six ou huit jours plus tard, on m'appelait pour donner mes soins à cette femme, et je la trouvai dans l'état suivant:

Depuis trois jours elle a été prise de malaise, de perte d'appétit; il y a eu des vomissements, la fièvre est survenue, et elle est maintenant dans un état fort grave.

A la tempe gauche existe une plaie de 1 centimètre ou 2 en voie de suppuration. Un stylet engagé au fond de cette plaie rencontre du tissu osseux à nu et une dépression considérable (fracture avec enfoncement); pas de mobilité. J'étais bien persuadé à ce moment-là que cette fracture avec enfoncement avait été prise pour un corps étranger, et que le médecin appelé en premier lieu avait, à tort, cru reconnaître un morceau de bois.

La malade présentait, en outre, des symptômes généraux des plus graves: perte absolue de connaissance; somnolence; réponses nulles; quelques plaintes mal articulées; peu de déviation des traits; pas d'hémiplégie, mais bien une résolution générale des membres. Ces symptômes n'étaient apparus que quatre jours après l'accident et quatre jours après que la malade eut fait à pied le trajet de 32 kilomètres.

Constatant qu'une portion de l'enveloppe osseuse du crâne était déprimée à plus de 1 centimètre de profondeur, je crus devoir remédier à cet état de choses. L'opération du trépan fut proposée et pratiquée séance tenante.

1° Incision cruciale de la petite plaie; 2° dissection des lambeaux et mise à nu de la fracture.

On peut alors distinguer qu'une pièce osseuse, à peu près de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, est déprimée vers le cerveau, tout en restant très-solidement fixée au reste de la boîte crânienne par une de ses extrémités.

Une couronne de trépan un peu plus petite que cette pièce y est appliquée *directement* et sert à la détacher. La pièce osseuse reste dans la couronne, et quand on la retire, le fond de la plaie présente dans la perte de substance une certaine quantité de matière cérébrale.

Je m'empresse d'appliquer sur la plaie les pièces ordinaires d'un pansement simple; et après avoir constaté que les symptômes persistent, je quitte mon opérée bien convaincu que la terminaison sera fatale.

Trois semaines après, à ma grande surprise, M. Fily, le médecin du pays, m'apprend qu'un fragment de bois est sorti spontanément par l'ouverture que j'ai faite aux parois du crâne, et (cela quinze jours après l'opération) qu'à partir de ce moment la convalescence a marché à grands pas. Le fragment de bois, qui sans doute était masqué par de la substance cérébrale, est quadrilatère. Il offre 1 centimètre sur chaque bord; son épaisseur est de 5 à 8 millimètres.

Aujourd'hui, l'opérée est encore vivante; elle a recouvré ses facultés, mais depuis l'opération elle est sujette à des accès épileptiformes qui reviennent tous les mois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 avril 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le secrétaire général donne lecture d'une note *sur la pronation douloureuse de l'avant-bras chez les jeunes enfants*, communiquée à la Société par M. Bourguet (d'Aix).

— M. Marjolin remet, à l'occasion du procès-verbal, l'observation du malade qu'il a présenté dans la dernière séance. (Voir plus haut).

Corps étrangers de la vessie. — M. Marjolin. Le fait que M. Aubry nous a communiqué me rappelle quelques observations qui se sont présentées à moi.

Dernièrement, j'ai extrait du vagin d'une petite fille une double épingle à cheveux qui, disait-on, était engagée dans la vessie depuis deux ans. Si ce corps étranger eût séjourné tout ce temps dans l'épaisseur des organes, il eût été couvert de concrétions calcaires et de rouille. Son état d'intégrité prouvait que son introduction était de date récente.

Il y a quelques années, je fus consulté à l'hôpital Bon-Secours par une femme qui avait une hémorrhagie considérable de la vessie et éprouvait des douleurs atroces. Son mari lui avait, disait-elle, introduit un crayon dans la vessie. Après avoir enlevé le sang et les caillots par une injection, je fus assez heureux pour pouvoir dilater l'urèthre et introduire une pince jusque dans le réservoir urinaire. Les deux branches du crayon s'étaient séparées par leur long séjour (un mois) dans la vessie, et étaient croisées l'une sur l'autre. Je pus les extraire successivement et mettre ainsi un terme à tous les accidents.

RAPPORT.

M. Guyon lit un rapport sur le travail de M. Panas, intitulé *Compression par tumeur de la portion cervicale du grand sympathique, et sur les signes qui caractérisent cette compression.*

Le rapport conclut à l'inscription de M. Panas sur la liste des candidats au titre de membre titulaire, au renvoi de son travail au comité de publication. Ces conclusions sont votées.

M. Verneuil. Je viens apporter un nouveau fait à l'appui des recherches de M. Panas. Il s'agit d'un malade dont j'ai plusiurs fois entretenu la Société, celui auquel j'ai pratiqué la ligature préalable de la carotide primitive pour enlever une volumineuse tumeur de la région parotidienne. En l'examinant de nouveau il y a quelque temps, j'ai pu reconnaître chez lui les phénomènes qu'on attribue à la lésion du cordon limitrophe du grand sympathique: chaleur avec congestion vasculaire à la tempe et aux gencives, sueurs localisées dans la même région et sur la moitié correspondante de la face, contraction permanente de la pupille. Ai-je blessé le grand sympathique pendant la ligature ou en faisant la dissection délicate de la tumeur, je ne saurais le dire; toujours est-il que les phénomènes indiqués semblent bien se rapporter à la lésion du nerf.

COMMUNICATION.

Ostéomyélite. — M. Chassaignac. J'avais autrefois communiqué à la Société un travail sur l'ostéomyélite, et je m'étais surtout occupé de la maladie à l'état aigu. Depuis cette époque, j'ai recueilli quelques faits nouveaux que je désire présenter à la Société.

Lorsque l'ostéomyélite est aiguë et rapide, on n'observe aucune production osseuse nouvelle; mais il n'en est plus de même si l'affection est lente et limitée dans son étendue. Alors on voit naître des lames osseuses sous le périoste; un bouchon éburné se forme dans le canal médullaire à chaque extrémité de la portion enflammée; la substance osseuse devient le siége d'une hyperostose interstitielle; le pus emprisonné peut alors se faire jour par un orifice creusé à travers la paroi osseuse. Sur ce fémur, il y avait un petit séquestre au niveau de la fistule osseuse.

J'ai rencontré une autre variété dont j'ai pu suivre toutes les phases, ayant eu le malade longtemps dans mon service. Ici, il y a eu une ostéomyélite plastique non purulente; puis, sous l'influence de nouvelles causes d'irritation, du pus s'est formé et s'est fait jour à l'extérieur par une perforation survenue seulement une vingtaine de jours avant la mort, et traversant à la fois l'os ancien et les productions nouvelles. Je ne saurais expliquer autrement ce qu'on observe sur cette pièce.

M. Broca. Les faits que nous communique M. Chassaignac me paraissent différer notablement de ce à quoi on donne généralement le nom d'ostéomyélite. Celle-ci est une affection diffuse qui se termine soit par la mortification plus ou moins étendue de l'os, et alors c'est à la nécrose qu'on a affaire, soit par la formation d'un foyer purulent circonscrit, d'un abcès des os.

Jusqu'ici ces abcès ont été trouvés à l'union des diaphyses avec les épiphyses, au fémur, au tibia, à l'humérus. Une fois sir Benj. Brodie crut trouver les signes d'un abcès de l'os sur la diaphyse d'un humérus; il trépana, et ne trouva pas de pus. Est-ce à dire que la moelle

des diaphyses ne puisse suppurer? Nullement; mais la substance osseuse des diaphyses, moins vasculaire, se mortifie, tandis qu'elle peut résister davantage au niveau des épiphyses, et alors on n'observe qu'un abcès sans nécrose.

Le fémur que nous a montré M. Chassaignac me paraît atteint de nécrose, parce qu'un abcès de la diaphyse du fémur serait une chose bien exceptionnelle, parce qu'il existe un cloaque, parce qu'enfin M. Chassaignac a constaté lui-même qu'il y avait un séquestre.

Quant à la seconde variété que nous a présentée notre collègue, j'y vois les caractères de la suppuration de la moelle; il y a eu un abcès de l'os, dont le pus s'est fait jour à l'extérieur, fait très-exceptionnel, car deux fois seulement, dans les cas de Benz et de M. Azam, il a été noté, tandis que dans toutes les autres observations, au nombre de dix-huit, le pus est resté emprisonné pendant douze, quinze, vingt-cinq ans dans la profondeur des productions osseuses nouvelles. Je pense donc, contrairement à notre collègue, que dans ce dernier cas le fait primitif a été l'inflammation et la suppuration de la moelle, et que les productions plastiques sont postérieures.

M. CHASSAIGNAC. Je ne conçois pas qu'on puisse se refuser à considérer comme une ostéomyélite circonscrite cette pièce où on trouve un foyer de suppuration dans le canal médullaire et des productions osseuses lui assignant une limite des plus marquées. Bien qu'on trouve ici quelques caractères différents de ceux qui appartiennent aux abcès des os, je ne puis séparer cette lésion de celles qu'on observe dans l'ostéomyélite.

Quant à la seconde pièce, si je me reporte aux symptômes présentés par le malade, chute sur le fémur, amélioration, excès de marche et de travail, retour des douleurs, je me crois autorisé à conclure que les phénomènes pathologiques ont dû suivre l'ordre que j'ai indiqué.

M. BROCA. J'accorde à M. Chassaignac qu'il peut y avoir plusieurs espèces de nécrose, comme il peut y avoir plusieurs espèces de gangrène; mais de ce que la cause et le mode varient, il ne s'ensuit pas que le résultat soit différent.

Pour la seconde variété, le point de départ est bien dans l'inflammation de la moelle, personne ne le conteste; mais la conséquence, c'est l'abcès des os bien connu et bien décrit sous ce nom.

En résumé, ce qui est nouveau dans les faits présentés par M. Chassaignac, c'est bien plus le titre qu'il leur donne que la chose en elle-même.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ET D'INSTRUMENTS.

M. RICHET présente un polype fibreux de l'utérus qu'il a enlevé dans les circonstances que voici : Une dame de quarante-huit ans éprouvait depuis un an des pertes sanguines reparaissant assez souvent. Elle était pâle, anémiée. Un médecin, qui l'avait examinée, avait diagnostiqué un cancer de l'utérus et porté un pronostic fâcheux. M. Richet procéda à une nouvelle exploration, et reconnut une tumeur molle, mais dont il parvint à circonscrire la périphérie; c'était donc une tumeur pédiculée régulière, un corps fibreux.

La malade était très-affaiblie par les hémorrhagies, il était essentiel d'opérer sans s'exposer à une nouvelle perte de sang; d'autre part, le col était peu dilaté, et on ne pouvait temporiser ni débrider pour obtenir une plus complète dilatation.

M. Richet fit fabriquer deux pinces analogues à de très-forts ciseaux, dont les mors mousses, munis de dentelures fines, peuvent être pressés l'un contre l'autre, et, grâce à la laxité de l'articulation, être animés d'un mouvement de latéralité, une sorte de mâchonnement, de manière à écraser en mâchant. L'une des pinces était courbée sur le bord, l'autre fortement courbée sur le plat pour pouvoir atteindre le fond de l'utérus.

La première pince fut seule nécessaire; guidée sur l'indicateur de la main gauche, elle put être placée sur le pédicule du polype, qui fut coupé très-aisément sans la plus légère hémorrhagie.

Jusqu'ici la malade va bien, et quoique les traces de l'anémie persistent encore, tout porte à croire que cette opération aura la plus heureuse issue.

Le corps fibreux a environ 4 centimètres dans chaque sens.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

Le mercredi 18 mai 1864, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central d'admission aux hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui sont dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le jeudi 14 avril jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le Sénat, dans sa séance du 12 avril, a entendu un rapport de M. le premier président Bonjean, sur deux séries de pétitions relatives à l'exercice de la médecine. Les unes, signées par des officiers de santé qui réclament l'abrogation de la disposition légale qui circonscrit leur droit d'exercice dans les limites d'un département déterminé; les autres, adressées par des docteurs en médecine, qui demandent la suppression du grade d'officier de santé. L'exposé de ces deux séries de pétitions, qui bien que diamétralement opposées dans leur objet, sembleraient tendre, en définitive, au même résultat, en aboutissant toutes deux par des moyens différents au rétablissement d'un ordre unique de praticiens, a fourni à M. le président Bonjean le texte d'une longue et savante dissertation concluant au renvoi des pétitions aux ministres de l'instruction publique et du commerce.

Sur la proposition de M. Dumas, appuyée par MM. de Beaumont et Le Verrier, la question a été réservée pour une discussion ultérieure. Le rapport sera imprimé et la délibération portée à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

— La Société de secours des Amis des sciences a tenu le mardi 5 avril sa septième séance publique annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres à la Sorbonne, sous la présidence du maréchal Vaillant, membre de l'Institut.

Un nombreux auditoire remplissait cette vaste enceinte.

M. Félix Boudet, secrétaire général de la Société, a rendu compte de la gestion du conseil d'administration pendant l'exercice 1863.

M. Gratiolet, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, a pris la parole après M. Boudet et a lu une Notice historique sur la vie et les travaux de Félix Dujardin, membre correspondant de l'Académie des sciences, professeur de zoologie et de botanique, mort à Rennes le 8 avril 1860.

Cette notice offrait un résumé brillant et fidèle des beaux travaux de Dujardin sur les infusoires, les helminthes et les échinodermes; les détails scientifiques y étaient rehaussés par des considérations de l'ordre le plus élevé et par un sentiment général d'admiration religieuse pour les merveilles de la création.

La séance a été terminée par M. Lissajous, professeur de physique au lycée Saint-Louis, qui s'est fait un nom distingué dans la science en substituant l'œil à l'oreille dans l'étude et la comparaison des sons musicaux. Ce sont ces applications de l'optique à l'acoustique qui ont fait le sujet de sa leçon; il les a exposées avec toute la clarté qu'on pouvait attendre de leur auteur, et ses expériences aussi brillantes qu'ingénieuses ont excité à plusieurs reprises les applaudissements de l'assemblée.

La Société des Amis des siences, dont la bienfaisante action s'est étendue déjà plusieurs fois sur des membres du corps médical, ne se borne pas seulement, comme on le voit, à faire le bien; elle relève encore le prix de ses services par l'éclat et l'attrait scientifique de ses séances.

Pour devenir membre de la Société, il suffit de verser une cotisation annuelle de 10 francs au siége de la Société, place Saint-Sulpice, 6.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Murat père, médecin en chef honoraire de l'asile de Leyme.

Cet honorable confrère, si connu par de nombreux travaux, empreints d'un caractère abstrait et mystique, avait débuté sous l'Empire dans la médecine militaire. Appelé en 1835 à la direction de l'asile de Leyme, il sut bientôt le porter à un haut degré de prospérité. Aussi, lorsque, affaibli par l'âge, M. Murat crut devoir résigner ses fonctions, on lui offrit de résider dans cet établissement, où il s'est éteint le 10 de ce mois, à l'âge de quatre-vingts ans, entouré du respect et de l'estime de tous ceux qui l'avaient connu.

— M. Costé, membre de l'Institut, ouvrira son cours d'embryogénie comparée, au Collége de France, aujourd'hui 16 avril, à une heure.

Dans ses premières leçons, il traitera de la variabilité des espèces au point de vue de l'espèce humaine.

— M. le docteur Laboulbène, professeur agrégé, chargé du cours d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, commencera, à partir du samedi 16 avril 1864, les leçons à une heure trois quarts au lieu de deux heures, et les continuera à la même heure les mardis, jeudis et samedis. Cette mesure, prise sur la demande de MM. les élèves, et autorisée par M. le doyen, permettra aux auditeurs d'examiner à loisir les pièces du musée Dupuytren et autres préparations d'anatomie pathologique servant aux démonstrations.

— M. le docteur Laurent-Préfontaines commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le mardi 19 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Il s'occupera, dans le semestre d'été, des maladies de la vessie et de l'affection calculeuse.

— M. le docteur Edouard Meyer commencera un cours public d'ophthalmologie le lundi 18 avril, à sept heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Meyer recommencera son cours d'opérations pour les yeux le lundi 18 avril, à une heure, dans sa clinique, rue de l'Ecole de Médecine, 41, et le continuera tous les jours, à la même heure.

— M. Tavignot commencera son cours sur les maladies des yeux lundi 25 avril à midi, au dispensaire Saint-Côme, 8, rue Grégoire de Tours.

Erratum. — Au numéro 44, page 176, *Origine du vaccin* ligne 36, lisez *que ces affections n'ont jamais produit la variole*; et ligne 38, *on sait*, au lieu de : *il pense*.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 46. — MARDI 19 AVRIL 1864. (37e ANNÉE.) N° 46. — MARDI 19 AVRIL 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Projet d'une association fraternelle entre les élèves de la Faculté de médecine de Paris. — HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS (M. Debrou). Opération de laryngo-trachéotomie pour un polype volumineux du larynx. — ASILE D'ALIÉNÉS DE POITIERS (M. Brunet). Défaut de coordination des mouvements et amaurose correspondant à des lésions du cervelet produites par des épanchements sanguins. — De l'association du tannin et de l'acide arsénieux dans les fièvres intermittentes. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 11 avril. — Nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

PARIS, 18 AVRIL 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a entendu dans cette séance qu'une seule lecture concernant les sciences médicales, c'est un mémoire de M. le docteur Ed. Fournié sur la physiologie de la voix, dont on trouvera un extrait dans le Compte rendu. On verra par cet extrait que l'auteur a cherché à éclairer à l'aide d'un mécanisme ingénieux et avec le concours de la laryngoscopie la théorie des divers phénomènes de la voix et à formuler les principes d'après lesquels se fait son émission dans les différentes conditions de ton et d'intensité.

Une réclamation de M. Belhomme relative à la part qu'il croit lui revenir dans la détermination du point anatomique de la moelle allongée désigné sous le nom de nœud vital, a provoqué de la part de M. Flourens un de ces jugements sommaires qu'on serait tenté de croire sans réplique. Mais nous doutons que M. Belhomme l'accueille sans appel. Nous n'avons pas en ce moment présents à l'esprit les titres sur lesquels notre confrère peut fonder ses prétentions; il est probable qu'il mettra la commission désignée pour en faire l'examen en mesure de les faire valoir. — Dr Brochin.

PROJET D'UNE ASSOCIATION FRATERNELLE

ENTRE LES ÉLÈVES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

« Venir en aide aux moins riches par le moyen des plus riches, assurer partout secours et protection, et préparer les origines d'un corps qui prenne une puissance d'opinion et de morale sur les médecins pour les élever, sur le public pour élever la médecine, tel est, disait M. Rayer dans la première assemblée générale de l'Association des médecins de France, le but que se sont proposé ses fondateurs. »

Ce que l'Association générale est en voie de réaliser pour les médecins, il s'agirait d'en assurer les bénéfices à ceux qui ne le sont pas encore, mais qui le seront demain; il s'agirait, en fondant une association fraternelle entre les étudiants en médecine, de subvenir aussi, à l'occasion, aux besoins que peuvent faire naître des circonstances imprévues, de les prémunir contre les éventualités malheureuses qui viendraient à les entraver dans le cours de leurs études, de resserrer enfin plus étroitement encore les liens d'une douce et facile camaraderie, en les faisant tourner au profit de la mutualité.

Cette idée heureuse jetée au milieu de l'allocution paternelle adressée par le nouveau doyen le jour de la réouverture de son cours, ne devait pas seulement rencontrer un sympathique accueil au sein de son jeune auditoire. Le corps médical lui-même y a applaudi et s'est associé par d'éloquentes adhésions à cette pensée généreuse. Le projet n'a pas été plutôt connu, que le doyen a reçu d'un anonyme la somme de 1,000 fr., et de M. le docteur H. Roger la somme de 500 fr. M. le docteur Diday (de Lyon) s'est inscrit pour une somme de 500 fr., M. Ricord pour 600 fr., et M. Brierre de Boismont pour 500 fr.

Le germe tombé du haut de la chaire n'aura pas rencontré, comme on le voit, un terrain stérile. Enfin, nous recevons aujourd'hui, avec prière de l'insérer, l'avis suivant, qui montre avec quelle activité l'idée dont M. Tardieu a eu l'heureuse initiative, tend à entrer dans les voies de la réalisation.

MM. les étudiants qui veulent faire acte d'adhésion au principe d'une *Association fraternelle entre les élèves de la Faculté de médecine de Paris* et qui sont disposés à en faire partie comme membres fondateurs, sont invités à s'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Le registre d'inscriptions sera ouvert tous les jours, de onze heures à une heure, du lundi 18 avril courant au samedi 23 inclusivement. Les étudiants inscrits seront seuls admis à élire la commission chargée de préparer les statuts qui sera nommée dans la séance générale fixée au dimanche 24, à onze heures, dans le grand amphithéâtre.

Toutes les sympathies et le concours actif de la *Gazette des Hôpitaux* sont acquis d'avance à cette bienfaisante entreprise destinée à réaliser pour la jeunesse de nos écoles le programme proposé à ses devanciers : assistance, protection, moralisation.

Dr B.

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS. — M. DEBROU.

Opération de laryngo-trachéotomie pour un polype volumineux du larynx.

(Observation lue à la Société de chirurgie.)

Le 27 octobre 1863 entra dans mon service, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le nommé Isidore V....., âgé de cinquante-deux ans, demeurant à Messas, près de Beaugency (Loiret).

Il nous dit lui-même qu'il avait une grosseur dans la gorge, où il éprouvait de la gêne depuis six mois; que depuis ce moment la gêne était croissante pour parler, pour avaler, et même en marchant un peu vite. Sa voix était couverte et voilée; il ne toussait pas, ne s'enrhumait jamais, mais il ne pouvait ni crier ni parler haut ni courir. La nuit, dans son sommeil, il était réveillé par de la gêne pour respirer, sans cependant avoir de crise d'étouffement. Nous lui fîmes manger plusieurs fois devant nous des potages très-liquides, les seuls qu'il pouvait prendre, et nous vîmes qu'il mettait beaucoup de temps pour avaler chaque gorgée, qu'après le troisième temps de la déglutition une partie même était restée en avant de l'isthme du gosier et revenait dans la bouche. Les liquides passaient plus facilement, c'est-à-dire franchissaient l'isthme; mais le malade les avalait lentement, avec des précautions infinies.

Il était résulté de ces circonstances que le malade, se nourrissant mal, était maigre, sec et assez faible. Bien qu'on ne vît pas respirer difficilement ou péniblement, il avait un teint bleuâtre.

A l'extérieur du cou, que l'on pouvait examiner facilement, à cause de la maigreur, on ne découvrait aucune saillie, aucun renflement pouvant faire soupçonner la présence d'une tumeur.

En abaissant fortement la langue pour voir le fond du gosier, d'abord on n'apercevait rien; mais en restant en observation, si l'on attendait que le larynx montât par le fait d'un mouvement de déglutition, on voyait se montrer une tumeur arrondie, d'un rose grisâtre, qui paraissait bilobée et avoir le volume d'une grosse noix. Pour la mieux étudier, je la saisis avec une érigne, remplacée elle-même par une pince de Museux, et pendant que je l'attirais ainsi d'une main, au fond du gosier, au-dessus de la base de la langue, avec le doigt indicateur de l'autre main, j'essayai de la contourner et de reconnaître son implantation.

Je constatai ainsi que la tumeur était dure (la pince de Museux, fortement tirée, ne la déchirait pas); qu'elle avait au moins le volume d'une grosse noix; que sa grosse partie était appuyée sur l'épiglotte; qu'une petite portion, située à droite, dépassait l'épiglotte en ce sens; que sa base d'implantation était large, mais ne pouvait pas être exactement déterminée; que cette implantation avait lieu à droite, très-probablement sur un des cartilages du larynx, peut-être cependant sur l'os hyoïde. Je voulus vérifier ce dernier point, par l'ascension du larynx dans les mouvements de traction de la tumeur en haut; mais je ne sus pas distinguer si le larynx montait par la traction que j'exerçais ou par des mouvements de vomissement qui étaient produits par la manœuvre.

Je voulus m'éclairer à l'aide du laryngoscope, et je me servis de celui de M. Moura-Bourouillou; mais le volume de la tumeur m'empêcha de retirer un grand secours de ce moyen. Je ne pus constater qu'à peu près les dimensions et la situation du polype; il me fut impossible de reconnaître son point d'insertion ni d'explorer même la cavité du larynx, qui était masquée par le gros renflement de la tumeur.

J'admis que V... portait un polype du larynx, qui remontait d'un point de sa cavité vers la base de la langue en haut; que ce polype s'implantait par une base large, à droite, et que, n'étant que très-peu mobile et n'occupant pas tout l'évasement qui forme la cavité sus-glottique du larynx, il n'avait point donné lieu à des accès de suffocation; mais que la mort était inévitable si on ne parvenait à l'extraire.

Le malade lui-même avait cette dernière conviction, et me demandait chaque matin à être opéré. Après l'avoir averti du danger pos-

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, par M. FALRET, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine (1).

J'ai toujours ouvert avec intérêt, respect et émotion l'ouvrage d'un homme qui, au déclin d'une longue, laborieuse et honorable carrière, a senti qu'il devait se recueillir, résumer ses travaux et déposer dans une œuvre durable le vaste tribut d'une pratique de presque un demi-siècle. Il y a là tant de conditions qui commandent l'attention, qui appellent la déférence ! J'ai sous les yeux le testament scientifique de M. Falret; je l'ai lu et ne veux pas avoir l'égoïsme de garder pour moi seul les enseignements dont il est émaillé.

M. Falret a publié en 1822 un livre sur *l'hypochondrie et le suicide*. Il se promettait alors d'écrire un traité complet de pathologie mentale, mais il comptait sans les exigences multipliées de la profession, et il dut, bon gré mal gré, se résigner à ne faire paraître que des mémoires embrassant successivement l'universalité des doctrines psychiatriques. Ce sont ces mêmes mémoires qu'il vient de reprendre, de rajeunir et de coordonner, mais en les faisant toutefois précéder d'une introduction magistrale dans laquelle se trouve historiquement exposé le mouvement des idées depuis la réforme de Pinel jusqu'à nos jours.

L'histoire des tâtonnements de la science est curieuse à étudier, et M. Falret, qui a nécessairement pris part aux événements et aux controverses de son époque, nous montre dans son ouvrage comment il a d'abord attribué une extrême importance aux lésions trouvées à l'autopsie des aliénés, dans le cerveau et dans ses membranes, et comment il a recherché dans l'anatomie pathologique la base inébranlable des affections de l'intelligence. Le doute s'est fait jour, et l'on voit l'auteur, aux prises avec l'insuffisance des signes cadavériques, s'adresser à la psychologie normale pour expliquer et classer rationnellement les symptômes psychiques et tous ces phénomènes multiples que présente l'observation des malades. Pénétré enfin des lacunes et même des périls de la méthode psychologique importée dans la médecine mentale, M. Falret est arrivé à la phase dernière de ses louables efforts et de ses oscillations scientifiques, et il a résolûment arboré le drapeau de la clinique. Pour lui, l'examen clinique doit être le point de départ de toutes les recherches à entreprendre chez les aliénés, et il ne faut pas s'attacher à la considération exclusive des idées délirantes, des sentiments prédominants ou des facultés lésées isolément : pour apprécier exactement l'ensemble des phénomènes morbides, on doit étudier le fond de l'état maladif et non pas quelques-uns de ses reliefs apparents ou accessoires. Assurément, notre savant confrère accorde encore à l'anatomie pathologique et à la psychologie normale une valeur réelle, mais, au lieu de placer ces deux sciences au premier rang, il les subordonne à l'examen clinique des faits, tels que les produit la maladie.

Cette théorie mixte, qui est si séduisante, et cette méthode d'observation qui est si logique, doivent, d'après M. Falret, réagir sur toutes les parties de la pathologie spéciale.

Dans la *pathogénie*, par exemple, le délire ne partira plus de l'erreur ou de la passion, pour arriver jusqu'à la folie confirmée; il y aura un fond maladif préexistant, et les idées prédominantes aussi bien que les sentiments exclusifs surgiront et se développeront ensuite.

Dans la *symptomatologie*, on ne fragmentera plus la scène morbide, en fixant isolément son attention sur l'un ou sur quelques-uns des points de la question, mais on décrira l'ensemble des symptômes physiques et moraux qui caractérisent la folie en général, sa marche, ses différentes périodes et ses variétés.

Dans la *nosologie*, les formes que nous possédons sous les dénominations de manie, de mélancolie, de monomanie ou de démence, ne suffiront plus; on recherchera dans une étude plus sérieuse et plus complète des fous des espèces plus vraies, plus naturelles. Ces espèces nouvelles pourront seules fournir un appui solide à l'étiologie, au diagnostic et au pronostic des lésions de l'entendement.

Enfin, dans la *thérapeutique*, on ne dirigera plus les moyens physiques et moraux contre la folie en général, mais on les adaptera à ses différentes espèces. Au lieu de faire consister le traitement moral dans la lutte directe de l'idée saine contre l'idée pathologique ou dans la simple substitution d'un sentiment à un autre, on mettra en œuvre des agents thérapeutiques susceptibles d'agir sur l'homme malade tout entier et sur les dispositions morbides de l'esprit et du cœur.

Tel est le programme de M. Falret, et l'auteur ajoute avec modestie : « Nous n'avons pas eu la prétention d'exposer une doctrine complète et définitive. A une époque de transition comme la nôtre, toute tentative de généralisation de la pathologie mentale serait prématurée. Elle ne peut être que le produit du travail lent et successif de plusieurs générations. Dans le moment actuel, on doit se borner à exposer les recherches à entreprendre pour l'avenir et chercher à engager la science dans des voies nouvelles. »

En poursuivant la lecture très-attachante de l'ouvrage, on retrouve avec plaisir les leçons didactiques qu'a professées M. Falret à la Salpêtrière, et l'on relit avec fruit les travaux qu'a publiés à différentes époques ce praticien distingué sur la pathologie générale de l'aliénation mentale. Il n'est pas jusqu'aux considérations administratives et légales relatives aux aliénés que l'on ne revoie volontiers, car elles ont été inspirées par une sollicitude ardente et une philanthropie sincère.

N'ayant point eu l'honneur d'être l'élève de M. Falret, n'étant

(1) Un vol. in-8° de LXX-796 pages, chez J. B. Baillière et fils. Paris, 1864.

sible et des chances heureuses que nous avions en notre faveur, je procédai à l'opération, le 7 novembre, en présence des élèves de l'hôpital et de plusieurs médecins.

Je commençai par passer un gros fil de soie, au moyen d'une aiguille courbe, à travers la portion de polype que l'on pouvait saisir au fond du gosier, et j'attirai les chefs hors de la bouche, pour m'en servir au besoin.

Ensuite et en premier lieu, je pratiquai la laryngotomie sous-hyoïdienne, me disant que je tomberais ainsi sur le polype, soit qu'il s'insérât sur le larynx, soit qu'il s'insérât sur l'os hyoïde. Je fis mon incision transversale et divisai la membrane thyro-hyoïdienne au milieu, mais j'incisai la muqueuse et le pharynx sur le côté de l'épiglotte, en ménageant celle-ci. Cette opération fut simple et n'offrit rien de remarquable ; j'eus seulement une artériole à lier.

Alors, avec mon doigt introduit dans le pharynx et le larynx par son ouverture supérieure, je cherchai à constater le point où s'insérait le polype. Je reconnus qu'il s'insérait par une base large dans la cavité du larynx même, dans son ventricule droit.

J'essayai d'attirer la tumeur au dehors. Pour cela, je me servis de l'anse de fil que j'avais passée dans la base du polype, au fond du gosier, et dont les chefs étaient restés hors de la bouche. J'introduisis une sonde de caoutchouc de bas en haut à travers la plaie du cou jusque dans la bouche ; je passai les chefs de mon anse de fil dans les yeux de la sonde, et ramenant celle-ci par un mouvement inverse, j'attirai les chefs de fil au cou, au dehors de la plaie. Je n'eus donc qu'à faire une traction graduée avec le fil, comme celle que l'on exerce avec le forceps pour faire sortir la tête du fœtus dans un accouchement. J'espérais ainsi amener la tumeur au dehors par la plaie du cou, et appliquer un écraseur à son point d'adhérence; mais aux premiers efforts de traction, il y eut des menaces d'asphyxie, par suite de la déformation que cela amenait dans le larynx, et je me trouvai obligé de renoncer à cette manière d'opérer.

En second lieu donc, je fus amené à pratiquer la laryngotomie thyroïdienne. J'incisai verticalement la peau en partant du milieu de ma première incision transversale, et j'arrivai sur le cartilage thyroïde en écartant les muscles. Ce cartilage était ossifié. Avec une pince de Liston, je le divisai d'un coup sur la ligne médiane dans toute sa hauteur, et je pus voir enfin l'intérieur du larynx et aussi l'implantation de la tumeur.

Elle s'insérait au côté droit, comme je l'avais prévu, depuis le ligament aryténo-épiglottique droit jusqu'à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la corde vocale inférieure du même côté, par conséquent remplissant le ventricule et ayant envahi la corde vocale supérieure. La tumeur était grosse à peu près comme un petit œuf de poule, de couleur grisâtre. Elle n'avait point de pédicule. Sa base, très-large, s'insérait dans l'étendue et dans le lieu ci-dessus indiqués. Elle semblait remplir presque la cavité du larynx ; mais cependant, comme elle s'insérait sur l'un de ses côtés et remontait en haut vers l'épiglotte en refoulant le ligament aryténo-épiglottique pour s'appuyer sur l'attache de la langue, il restait encore une place suffisante pour le passage de l'air.

Je passai autour de sa base l'anse d'un écraseur linéaire, afin de la séparer à son insertion. La section fut longue et ne dura pas moins de quarante-cinq minutes. A la fin, je liai une artériole vers le sommet du cartilage aryténoïde. Quoique très-longue, cette manœuvre fut supportée par le malade avec une grande facilité, sans un seul mouvement de toux. Un aide avait soin d'écarter avec le doigt la moitié gauche du cartilage thyroïde, tandis que la tumeur, saisie par l'écraseur, renversait la moitié droite, et, comme le cartilage cricoïde était intact, l'air entrait et sortait librement. Pendant tout le temps de l'écrasement, il n'y eut pas la moindre gêne dans la respiration, et il ne tomba pas une goutte de sang dans la trachée.

La tumeur une fois enlevée et le malade respirant bien, tout était fini. Mais dans la crainte de voir des accidents de suffocation survenir par suite de l'inflammation et du gonflement de l'intérieur du larynx, je me décidai à placer une canule dans la trachée.

En troisième lieu enfin, j'agrandis par en bas l'incision verticale, j'écartai le bord supérieur du corps thyroïde avec une sonde cannelée, et après avoir lié une branche de l'artère thyroïdienne supérieure qui donnait assez fort, j'ouvris les deux premiers anneaux de la trachée, en ne touchant pas au cartilage cricoïde, qui resta intact, et je plaçai une canule à trachéotomie.

Je réunis à l'aide de points de suture les deux plaies transversale et verticale. Le cartilage thyroïde étant ossifié, je ne pus rapprocher qu'indirectement les deux lames, ce que je fis autant que possible en passant des fils dans les muscles thyro-cricoïdiens de chaque côté.

Immédiatement après l'opération, le malade put boire et avala assez bien, sans que le liquide revînt par la plaie inférieure ni n'excitât la toux.

Il fut reporté dans son lit, et je fis placer près de lui un interne chargé d'entretenir une flanelle imbibée d'eau tiède au-devant du cou, et de désobstruer la canule quand il en serait besoin.

La tumeur examinée pesait 22 grammes. Elle avait le volume et la forme d'un œuf de poule avec un renflement comme une noisette situé à droite.

Voici ses diamètres :

Longueur.	4 centimètres.
Largeur.	3 —

Et en y joignant le petit renflement qui est dans ce sens, on trouve aussi. . . . . 4 centimètres.

Circonférence.	11 —
Surface de l'implantation. . .	3 —

La surface d'implantation était moins lisse, rugueuse et saignante. On reconnaissait que c'était par là que la tumeur adhérait au cartilage aryténoïde, dont elle couvrait toute la face interne. Son tissu était ferme, fibreux, peu vasculaire, blanc sous la coupe. On distinguait autour de sa base la membrane muqueuse, qui faisait un bourrelet et se continuait sans doute avec la surface du polype, mais y était tellement adhérente ou mince qu'on ne pouvait l'en détacher.

Pendant les deux premiers jours, tout alla bien. Le malade avait peu de fièvre; il buvait du bouillon ou de l'eau vineuse, mais ne voulut pas manger de potages disant qu'il souffrait trop en avalant. A plusieurs reprises, en ôtant la canule et fermant la plaie, je reconnus que l'air traversait aisément le larynx; le malade pouvait souffler par la bouche et parlait distinctement, mais à voix très-basse.

Le troisième jour, la toux devint très-fréquente et les crachats très-épais, très-abondants. A partir de ce moment, on fut occupé à chaque instant à nettoyer la canule intérieure et à enlever les crachats que la toux poussait à son orifice.

Le cinquième jour, j'enlevai tous les fils de suture; la peau avait pris incomplétement. J'ôai la canule pendant deux heures. Le malade avait moins dormi et avait été agité pendant la nuit. Il se plaignit d'une douleur à l'hypocondre droit. Son pouls était à 110. Il était découragé. Les crachats toujours très-épais, très-abondants.

Le sixième jour, même état que la veille; un peu de délire dans la nuit. La canule, ôtée pendant quelque temps, est replacée parce que les crachats sortent plus facilement par son ouverture que par la plaie abandonnée à elle-même.

Le septième jour, le malade est affaissé, tousse et crache moins. On entend des râles nombreux dans le dos et des sifflements dans la trachée. La toux et les crachats diminuent.

Mort à dix heures du soir.

Autopsie faite seize heures après la mort. — Aucune des plaies du cou n'est cicatrisée, et elles sont toutes en suppuration. Les deux moitiés du cartilage thyroïde sont juxtaposées, sans aucune réunion. L'épiglotte est à sa place et est entière, à l'exception d'une très-petite partie de sa base, qui manque et doit avoir été coupée dans la laryngotomie sous-hyoïdienne. Toutes les surfaces des plaies sont couvertes d'une suppuration fétide.

Les trois premiers anneaux de la trachée sont ouverts sur le milieu par une incision verticale. Le cartilage cricoïde est intact; il es ossifié.

La face interne du larynx est d'un gris pâle. A droite se voit une surface rugueuse, privée de muqueuse et couverte de pus, s'étendant depuis la corde vocale inférieure (la supérieure a disparu) jusqu'au ligament aryténo-épiglottique. C'était en ce point que s'insérait le polype et de là qu'il a été séparé. Le toucher montre exactement qu'il n'en reste aucune partie. On voit à nu les muscles et la face interne dénudée du cartilage aryténoïde. Le reste de la muqueuse du larynx paraît intact. Elle n'est ni épaissie, ni ramollie, ni boursouflée; elle est adhérente au tissu sous-jacent. Sa couleur est d'un gris uniforme sans injection. Il y a seulement une ecchymose claire dans le ventricule gauche.

Au côté droit du larynx et en dehors, on trouve une traînée de pus qui, en bas, s'arrête au commencement du corps thyroïde; en haut, remonte jusqu'au niveau de la grande corne de l'os thyroïde. Ce sillon purulent est appuyé sur le devant de la colonne vertérale, en dehors de la gaîne des vaisseaux cervicaux. Le corps thyroïde n'offre pas de suppuration.

Dans la poitrine, au premier aspect, les poumons sont d'un gris clair et n'ont pas la teinte bleu veineux qui accompagne l'asphyxie. Dans la cavité pleurale droite, il y a un verre de liquide séreux épanché et quelques fausses membranes molles, récentes, qui sont situées tout à fait à la base du poumon, surtout au niveau du diaphragme. Les lobes supérieurs des deux poumons sont peu engorgés. Les lobes inférieurs le sont beaucoup plus, surtout dans le poumon droit.

La trachée-artère est injectée à sa face interne, depuis le niveau de la plaie jusque dans les divisions bronchiques, et de plus en plus à mesure qu'on pénètre loin dans celles-ci. La muqueuse ainsi injectée est d'un brun grisâtre, mais elle ne paraît pas sensiblement épaissie ni ramollie.

A mesure qu'on pénètre dans les divisions bronchiques, on les trouve de plus en plus remplies de pus et de mucus, et il en sort comme des flocons de mille points, à toute la surface des coupes faites dans le tissu. Cela a lieu surtout à la base, et plus dans le poumon droit. Dans le lobe inférieur de ce même poumon, il y a des ecchymoses lenticulaires d'un brun foncé au sein du tissu engorgé, et en d'autres points, de véritables petits foyers purulents. On trouve même trois foyers plus gros, dont l'un capable de loger une petite noix, qui sont situés sous la plèvre et sont placés au niveau des fausses membranes pleurétiques. Ces foyers de pus sont en tout semblables à ceux qu'on rencontre dans les infections purulentes, et qu'on désigne sous le nom d'abcès métastatiques.

Il n'y avait de suppuration ni dans le foie, ni dans la rate, ni ailleurs.

Remarques. — Je pense que cette observation intéressera les chirurgiens, assez nombreux aujourd'hui, qui s'occupent des polypes du larynx.

I. Si je ne me trompe, le polype de mon malade est le plus gros de tous ceux qu'on a vus dans le larynx. Le mémoire si important de M. Ehrmann n'en mentionne pas un seul de cette dimension, et celui qu'il a enlevé par une opération très-habile était comparativement beaucoup plus petit. En outre, la tumeur de V... était fibreuse et mériterait plutôt le nom de *fibrôme* que celui de polype proprement dit. Sous ce nom de *polypes* on a confondu, au larynx comme ailleurs, des excroissances diverses. Mais il y a lieu dès aujourd'hui de les diviser en deux groupes : les polypes muqueux et les polypes fibreux. Or, les premiers, plus nombreux et plus fréquents, insérés par un pédicule, et par là même mobiles dans la cavité du larynx, sont ceux dont on voit des exemples récemment produits dans les académies. C'est pour eux que le laryngoscope peut rendre de grands services, parce que leur mobilité, qui a lieu presque dès le début, donnant lieu à des accidents qui éveillent l'attention, on les recherchera de bonne heure. Et même le chirurgien peut, guidé par le laryngoscope et aidé par des instruments spéciaux, attaquer le polype sur place et par les voies naturelles, à l'exemple de M. le docteur Bruns (de Tubingen). Mais il est probable que les polypes fibreux, qui naissent de l'un des cartilages du larynx, ont une base plus large et ne donnent lieu à des accidents remarqués que quand leur volume gêne le passage de l'air. Et quand bien même on arriverait à les soupçonner et à les apercevoir avant qu'ils eussent acquis un grand volume, il est infiniment probable encore qu'on ne pourra presque jamais les opérer par les voies naturelles, soit à cause de la largeur de leur base, soit à cause de la fermeté de leur tissu. Je demande par exemple s'il eût été possible d'opérer ainsi la tumeur de V..., dans le cas même où elle n'eût présenté que la moitié de son volume.

II. Il résulte de cette remarque qu'il y a des polypes qui seront toujours du ressort de la chirurgie proprement dite, et qu'on devra opérer autrement qu'en les allant pêcher en quelque sorte avec une pince ou un bameçon à travers l'ouverture naturelle du larynx. Desault, Dupuytren et Roux avaient déjà indiqué la convenance de la laryngotomie pour ces cas, et M. le docteur Brauers a eu l'honneur,

---

même pas connu de lui, j'ai pu apprécier impartialement son livre, dans lequel chacun remarquera des aperçus élevés, des vues neuves et originales, et des doctrines pleines d'avenir. Que cette expression, *testament scientifique*, dont je me suis servi, n'effraye personne : l'auteur possède heureusement encore toute l'activité voulue pour doter notre art de nombreux codicilles.

L'année médicale. Annuaire général des sciences médicales, par M. le docteur Cavasse (1).

De nos jours, on simplifie tout. Les travailleurs, il y a peu d'années encore, allaient faire des recherches dans les bibliothèques publiques et consacraient là un temps énorme à parcourir les vieux livres, les thèses, les recueils de mémoires et les journaux. Ce procédé traditionnel et classique tombe en désuétude, et bientôt il sera abandonné. Depuis 1857, en effet, M. Cavasse publie chaque année un annuaire dans lequel sont enregistrés et sommairement analysés tous les écrits concernant la médecine et ses branches accessoires. En moins de cinq minutes, on sait tout ce qui a paru pendant un an sur la question que l'on désire étudier, on voit où tout pose, et l'on se met à la besogne sans autres préliminaires. L'auteur a malheureusement oublié que dans une entreprise comme la sienne la régularité était la condition fondamentale du succès, et il n'est pas toujours arrivé à l'heure ; c'est ainsi qu'il a fait paraître, il y a trois mois seulement, le compte rendu médical du premier semestre de l'année 1862. Mais passons vite condamnation, et voyons ce que renferme cet important fascicule.

M. Cavasse, qui va désormais publier deux volumes par an, présente au lecteur le titre et le compte rendu très-bref de toutes les publications médicales de la France et d'un assez grand nombre de celles qui paraissent à l'étranger : livres, mémoires, articles de journaux, thèses des trois Facultés, exposé des travaux des Académies et des Sociétés savantes de Paris et de la province, tout s'y trouve. L'analyse est plus ou moins longue, suivant l'importance du sujet : notre laborieux confrère s'efforce toujours de faire connaître l'idée de l'auteur, et il donne le résumé de ses expériences et de ses preuves. De grandes divisions sont établies ; dans chacune d'elles, les sujets analogues sont rapprochés, en suivant invariablement le même ordre. On a ainsi sous les yeux, en quelques pages ou en quelques lignes, l'ensemble de tout ce qui s'est fait ou dit sur la même maladie ou sur les affections d'un même organe.

L'Annuaire général des sciences médicales est, pour ainsi dire, le journal des journaux. Les véritables amis du progrès et de la science ne sauraient trop encourager M. le docteur Cavasse dans son œuvre de vulgarisation : sa tâche, si difficile et si ingrate, il l'accomplit avec une rare impartialité, et ce n'est pas trop que de l'honorer de sa sympathie et..... d'une souscription.

(1) Un volume grand in-8° de 479 pages. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye.

Traité du rhumatisme musculaire ou névro-myalgie, par M. le docteur Dupuy, de Frenelle (1).

Affection simple dans sa nature et pourtant assez complexe dans ses phases et dans ses diverses manifestations, le rhumatisme musculaire ou névro-myalgie atteint un grand nombre d'individus, mais non pas « le tiers de l'humanité », comme l'affirme M. Dupuy (de Frenelle). Si, effectivement, on comptait, seulement pour la France, quelque chose comme douze ou treize millions de rhumatisants, notre beau pays ne serait plus qu'un vaste hôpital d'écloppés; et la partie saine de la population consacrerait tout son temps à soigner l'autre! Heureusement il n'en est pas ainsi; erreur ne fait pas compte, et l'auteur en sera quitte pour refaire sa statistique.

A cela près, M. Dupuy a abordé et développé son sujet avec méthode et discernement. Il soutient, entre autres choses, ces deux opinions, à savoir : que le rhumatisme musculaire doit rentrer dans le cadre des névralgies, et que les applications topiques de chloroforme constituent en pareil cas le moyen thérapeutique le plus efficace.

Ce mot *rhumatisme* nous rappelle toujours une leçon clinique très-originale de M. Piorry à laquelle nous avons assisté un jour. Le savant professeur de la Charité avait pris pour sujet de conférence la *non-existence* du rhumatisme, et pendant une heure il dirigea contre le rhumatisme ses traits les plus acérés : jamais il ne fut plus convaincu, et jamais il ne déploya plus de verve et d'esprit. Sa conclusion fut celle-ci : « Le rhumatisme n'existe pas, c'est un mythe. » Que va dire maintenant M. Dupuy ?

Nous faisons, quant à nous, œuvre d'éclectisme, et nous nous plaçons entre ces deux honorables champions sur un terrain neutre. Nous croyons un peu au rhumatisme, n'en déplaise à notre savant maître et ami M. Piorry; mais nous n'en voyons pas partout, comme M. Dupuy. Que ce dernier, dont le travail est d'ailleurs très-recommandable, modère à l'avenir ses élans d'enthousiasme, et nous promettons le succès à sa doctrine et à sa médication.

Dr Legrand du Saulle.

(1) Paris, 1864, à la librairie Asselin.

Des incidents du traitement thermo-minéral de Vichy, par M. le docteur Aug. Durand (de Lunel), médecin en chef de l'hôpital thermal de Vichy. In-8° de 90 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, chez F. Savy, libraire, rue Hautefeuille, 24.

en 1834 ou 1833, d'appliquer le premier cette opération à des excroissances du larynx.

Dix ans plus tard, le professeur Ehrmann (de Strasbourg) a pratiqué en 1844 la même opération avec un succès complet ; et, depuis lors, son exemple et sa conduite ont été proposés pour modèle à tous ceux qui auront à opérer des polypes volumineux du larynx. Je m'associe à tous les éloges si justement accordés au professeur de Strasbourg, et j'avoue que j'ai voulu l'imiter et marcher sur ses traces; mais je crois aujourd'hui qu'il y a lieu d'examiner s'il faut suivre ses conseils en tout; *si la trachéotomie doit nécessairement entrer dans le plan de l'opération et doit être jointe toujours à la laryngotomie.*

III. Pour être exact, je ferai remarquer d'abord que le chirurgien de Strasbourg ne pouvait pas se dispenser de faire la trachéotomie. Sa malade ayant été prise tout à coup d'une suffocation extrême, l'ouverture de la trachée devint obligatoire avant tout, pour empêcher la mort; et deux jours après, la respiration étant ainsi établie, la laryngotomie fut pratiquée pour extraire le polype, qui s'insérait dans l'un des ventricules. Il n'y a que des éloges à donner à une telle conduite, qui fut récompensée par un succès complet. Mais il doit se présenter des cas différents, et c'est pour ce qui les concerne que je veux examiner la question. Chez mon malade, par exemple, j'avais reconnu une tumeur telle que la laryngotomie seule pouvait en permettre l'extraction. Et la suffocation n'existant pas, la trachéotomie devenait une chose facultative, sur l'utilité de laquelle on pouvait et on peut avoir des avis partagés. M. Ehrmann semble lui attribuer des avantages qui la rendent utile, même si elle n'est pas indispensable. Voici comment il s'exprime à cet égard :

« Ce fut surtout dans cette seconde opération (laryngotomie faite » deux jours après la trachéotomie) que j'eus à me féliciter d'avoir » agi comme je l'avais fait. J'ai retiré un avantage immense de la » présence de la canule dans la trachée pendant tout le temps que » j'opérai. D'abord, l'air continua à y entrer et à en sortir avec la » plus grande facilité; de plus, en la faisant abaisser ou déprimer légèrement par un aide, elle servait à tendre si parfaitement l'ouverture faite à la trachée, qu'elle préserva complétement ce canal de » l'entrée de tout corps étranger, et que pas une goutte de sang ne » put s'y introduire pendant l'incision du larynx. L'exploration de » ce dernier organe et l'extirpation du polype purent se faire sans la » moindre difficulté, sans aucune appréhension d'accidents, avec le » calme et le temps nécessaires à une si délicate opération. En un » mot, je pus agir comme si j'avais eu affaire à un organe placé tout » à fait en dehors des voies respiratoires. Pratiquée ainsi en deux » temps, cette laryngo-trachéotomie me semble avoir eu le double » avantage de donner à la malade le temps de se remettre des angoisses d'une mort menaçante et de fournir au chirurgien l'occasion » d'opérer *tuto et jucunde*. — Un dernier avantage, et ce n'est pas le » moindre, que j'attribue à la canule, laissée même après l'opération, » c'est de soustraire pendant quelques jours les surfaces dénudées au » passage alternatif de l'air, dont l'action irritante sur les tissus saignants ne peut qu'être préjudiciable en s'opposant à une prompte » cicatrisation. » (*Histoire des polypes du larynx*, 1850, page 34.)

Il ressort clairement de ce passage de M. Ehrmann, que la laryngotomie pratiquée pour extraire un polype du larynx est plus facile et réussit mieux quand on la fait précéder de la trachéotomie. Et il est évident qu'il généralise sa conduite et qu'il en fait un précepte applicable à tous les cas.

IV. Dans un travail savant et judicieux sur les polypes du larynx (*Gazette hebdomadaire*, 13 mars 1863), M. Verneuil a donné un extrait d'une opération pratiquée par M. Gurdon Buck, chirurgien de l'hôpital de New-York, et dans laquelle la trachéotomie a été faite aussi, mais dans des conditions différentes de celles où se trouvait la malade de Strasbourg. Voici le résumé de cette observation très-remarquable et beaucoup moins connue que celle de M. Ehrmann :

« Tumeurs fongueuses multiples dans le larynx, chez une dame de » cinquante et un ans. Le 3 mai, incision sur la ligne médiane ; ouverture de la membrane crico-thyroïdienne, puis section à l'aide » de forts ciseaux du cartilage thyroïde ossifié, du cartilage cricoïde » et des premiers anneaux de la trachée. Le larynx est rempli de » végétations solides ; on en extirpe une partie, et l'ablation complète étant jugée impossible, on ajourne la fin de l'opération. Excision partielle des deux premiers anneaux de la trachée, pour placer » une canule à demeure. Le lendemain, seconde séance d'excision, » qui reste encore incomplète ; cautérisation du reste de la tumeur » avec le nitrate acide de mercure ; il en résulte un gonflement considérable qui masque tout à fait la cavité du larynx. On se décide » à attendre la guérison de la plaie pour agir de nouveau.

» Le 20 septembre (quatre mois et demi après), seconde opération. On incise depuis l'ouverture trachéale occupée par la canule » jusqu'à un pouce et demi du menton, divisant ainsi sur la ligne » médiane les deux cartilages et les membranes jusqu'à l'os hyoïde, » puis on prolonge d'un pouce en bas l'ouverture permanente de la » trachée. On arrache et on excise quelques portions pédiculées, » mais on reconnaît alors que la tumeur est trop étendue pour qu'on » puisse l'enlever en entier ; on retranche ce qu'on peut pour désobstruer la glotte. Réunion partielle de la plaie. Canule remise en » place. Cette cruelle opération est bien supportée ; elle ne provoque pas d'accidents sérieux ; mais bientôt les accidents d'obstruction reparaissent ; la canule se déplace à chaque instant. Pour » prolonger la vie, trois mois et demi plus tard, on plaça une canule » dans la partie la plus inférieure de la trachée, au-dessus de la fourchette du sternum. Enfin, sept mois plus tard, une suffocation » mortelle arriva en retirant la canule, qui ne put être remise en » place par la malade. »

Cette observation est assurément très-remarquable, et on ne sait ce qui surprend le plus en elle, des ressources ingénieuses du chirurgien, du courage de la malade ou de la résistance du mal. La trachéotomie y a joué un rôle utile comme adjuvant de la laryngotomie, et en sens inverse de ce qui s'est présenté dans le cas de M. Ehrmann; mais cette utilité, qui était encore ici une nécessité, a tenu, comme chez la malade de Strasbourg, à une circonstance purement accidentelle. Elle a tenu à la forme, au volume et à l'implantation des tumeurs du larynx, qui n'ont pas pu être extirpées en une seule ni même en deux séances. Cela rentre donc dans les modifications pour lesquelles le chirurgien doit varier ou approprier sa conduite, suivant les nécessités qui se présentent ; mais il n'en ressort pas une règle qui doive être généralisée. Comme l'a établi M. Gurdon Buck lui-même, au rapport de M. Verneuil, on devra l'imiter « toutes les fois » que l'on sera forcé d'effectuer en plusieurs temps la destruction de » la tumeur » ; de même que M. Ehrmann doit être imité aussi toutes les fois que le malade, avant d'être opéré de son polype, est en proie à une suffocation menaçante.

V. Les deux malades de MM. Ehrmann et Gurdon Buck étaient donc dans des conditions exceptionnelles, et ne peuvent pas servir pour établir une règle générale de conduite. L'observation que je publie est plus concluante sous ce rapport, et je vais rechercher si elle démontre que la trachéotomie est un adjuvant obligé de la laryngotomie dans les cas de polypes volumineux du larynx.

Evidemment d'abord la trachéotomie préliminaire n'était pas exigée chez mon malade par la crainte d'une suffocation possible pendant l'opération. Il respirait un peu incomplétement, de manière à être dans un état habituel d'asphyxie lente, mais il n'avait eu aucune crise de suffocation, et la marche de l'opération a prouvé que pendant tout le long temps qu'elle a duré il a respiré parfaitement bien. Il a suffi pour cela de tenir les deux lames du cartilage thyroïde écartées et d'empêcher le sang de tomber dans la trachée. Or avec l'écraseur (que M. Ehrmann ne pouvait pas employer en 1844) on évite ce dernier accident. On a même l'avantage d'agir complétement à sec, et bien que cet avantage soit un peu acheté par le temps que l'on met à opérer, je n'ai pas hésité à recourir à l'écraseur, tout en reconnaissant que celui dont je me suis servi n'était pas aussi bon que possible. Il ne reste donc plus parmi les motifs invoqués par le chirurgien de Strasbourg que celui qu'il donne en dernier lieu. « Un dernier » avantage, et ce n'est pas le moindre, que j'attribue à la canule » laissée même après l'opération, c'est de soustraire pendant quelques jours les surfaces dénudées au passage alternatif de l'air, dont » l'action irritante sur des tissus saignants ne peut qu'être préjudiciable en s'opposant à une prompte cicatrisation. »

ASILE D'ALIÉNÉS DE POITIERS. — M. Brunet.

Défaut de coordination des mouvements et amaurose correspondant à des lésions du cervelet produites par des épanchements sanguins.

Transformation fibreuse des nerfs optiques, avec ramollissement des tubercules quadrijumeaux.

Le nommé G... (Vincent), né à Savigny en 1822, a été transféré de l'asile des aliénés de Poitiers à celui de Niort le 4 juillet 1861.

Au moment de son entrée, nous constatons que cet aliéné est atteint de mouvements choréiques de tous les membres et de la langue. Il marche comme un homme tout à fait ivre et peut à peine faire quelques pas, même avec l'appui de sa canne. Le défaut de coordination des mouvements des bras est moins marqué que celui des membres inférieurs. Les mains ont conservé toute leur force, et il nous serre avec assez de vigueur pour nous causer une vive douleur. La parole est tellement embarrassée, qu'il peut à peine prononcer quelques syllabes d'une manière intelligible.

L'ouïe est dure et la vue très-affaiblie.

Il n'a pas d'idées délirantes, et son intelligence n'est pas notablement affaiblie. Il comprend tout ce qu'on lui demande et répond avec assez de précision aux questions qu'on lui fait, quand il n'y a que quelques mots à prononcer.

D'après les renseignements que nous avons recueillis sur les antécédents de cet aliéné, il résulte que l'état cérébral qu'il présente aujourd'hui remonte à huit ans, et a succédé à une fièvre typhoïde de forme ataxo-adynamique.

Il succombe le 18 octobre 1861 à une diphthérite maligne.

Autopsie vingt-huit heures après la mort. — Le liquide de la cavité arachnoïdienne est peu abondant. La masse encéphalique est bien développée et remplit toute la capacité de la boîte crânienne.

La pie-mère paraît injectée, mais elle se détache facilement et n'entraîne avec elle aucune parcelle de la couche corticale. La substance grise est un peu plus colorée qu'à l'état normal, la blanche ne présente pas d'injection notable.

Les parties qui limitent les deux ventricules latéraux paraissent saines. La toile choroïdienne, la glande pinéale, l'aqueduc de Sylvius, le bulbe rachidien, la protubérance annulaire, les pédoncules cérébraux, les tubercules quadrijumeaux et la face inférieure du cervelet présentent une coloration jaune d'ocre. La même teinte s'observe sur les nerfs olfactifs. Les nerfs optiques sont d'un gris rosé et ont une consistance fibreuse, tandis que les tubercules quadrijumeaux sont ramollis.

L'hémisphère gauche du cervelet présente un kyste pouvant contenir un petit œuf de pigeon. Ses parois sont teintes en jaune, et il contient un peu de sérosité transparente.

La partie médiane et supérieure du cervelet forme une tumeur du volume d'une noisette remplie de petites concrétions hématiques, les unes jaunâtres, les autres noirâtres, ce qui indique des extravasations sanguines de date récente et de date ancienne.

Le microscope montre que la coloration jaunâtre de la base de l'encéphale est due à de nombreux granules d'hématosine.

Le nez, la langue et les bronches sont tapissés par des concrétions pseudo-membraneuses.

Toutes les lésions encéphaliques que nous venons de décrire ont été évidemment produites par des extravasations sanguines du cervelet. Le sang épanché par cet organe a fusé ensuite par l'aqueduc de Sylvius dans les ventricules latéraux et par les espaces sous-arachnoïdiens à la base de l'encéphale.

DE L'ASSOCIATION DU TANNIN ET DE L'ACIDE ARSÉNIEUX

dans les fièvres intermittentes.

Par M. le docteur Blaise, de Gespunsart (Ardennes).

Les anciens ont fait abus de l'association des médicaments en les réunissant en trop grand nombre dans ces fameuses compositions galéniques, dont deux ou trois à peine sont restées dans le domaine de la pratique. Il est des cas néanmoins où une association rationnelle de médicaments actifs et similaires peut avoir un puissant effet et un résultat que n'aurait pas chaque médicament isolé. L'exemple suivant en est, je pense, une preuve confirmative par le changement manifeste survenu par l'action d'une association indiquée.

Une sœur institutrice, âgée de vingt-cinq ans, d'une assez bonne constitution et d'une santé habituellement bonne, fut atteinte au mois d'octobre dernier d'une fièvre intermittente quotidienne, caractérisée par de longs stades de frissons, de chaleur intense, de sueurs durant très-longtemps, et d'une céphalalgie violente avec des symptômes gastralgiques ne laissant aucun intervalle d'apyrexie.

Après l'administration préalable d'évacuants suivie du sulfate de quinine à doses progressives, le frisson disparut, mais le stade de sueur et la céphalalgie augmentèrent notablement ; le sulfate de quinine fut continué sans effet à la dose d'un gramme par jour. Le vin de Séguin sembla arrêter la fièvre, et pendant huit jours les accès disparurent ; la malade se croyait guérie, mais les accès revinrent de nouveau malgré la continuation de cette excellente préparation. La liqueur de Pearson fut administrée, puis la solution du docteur Boudin ; le frisson et la chaleur diminuaient, mais la sueur et la céphalalgie persistaient avec débilitation consécutive de l'économie.

Plusieurs praticiens ont déjà obtenu des succès marqués dans des fièvres intermittentes rebelles, par l'emploi du tannin. J'associai le tannin pur de Pelouze à l'acide arsénieux en composant des pilules d'un décigramme de tannin et de cinq milligrammes d'acide arsénieux, en commençant par deux pilules et augmentant d'une pilule chaque jour.

La fièvre céda promptement, et l'état de la malade fut considérablement amélioré en quelques jours.

L'association du tannin et de l'acide arsénieux a eu dans ce cas un succès que n'avaient pu avoir ni le sulfate de quinine ni l'acide arsénieux administrés isolément. Elle m'a paru mériter d'être signalée à l'attention des praticiens, qui pourront l'expérimenter dans certaines fièvres intermittentes rebelles.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 avril 1864. — Présidence de M. Decaisne.

Étude sur la voix; par **M. ED. FOURNIÉ.** (Extrait par l'auteur.) — En déterminant tous les phénomènes de la voix, soit avec des anches de caoutchouc, soit avec des larynx de cadavre, et en s'aidant aussi de l'examen laryngoscopique, l'auteur de ce travail a cherché à démontrer :

1° Que la glotte est une anche membraneuse fonctionnant d'après des principes méconnus jusqu'ici ;

2° Que la production des tons de la voix est le résultat de l'action combinée d'une tension en longueur, d'une tension latérale et de la diminution ou de l'agrandissement de la partie vibrante de l'anche ;

3° Que la voix de poitrine est caractérisée surtout par l'affrontement des rubans vocaux, selon toute leur profondeur possible ;

4° Que dans la voix mixte, les cordes vocales sont séparées légèrement d'avant en arrière, et que la muqueuse qui les recouvre vibre dans cet intervalle : ici la tension latérale est plus faible que la tension en longueur ; aussi les rubans vocaux sont-ils très-minces.

5° Que la voix de fausset est produite par une anche très-petite qui occupe environ le tiers antérieur des cordes vocales. Les deux tiers postérieurs sont maintenus solidement au contact par l'action des constricteurs moyen et inférieur du pharynx et par la contraction du faisceau latéral du muscle thyro-arytenoïdien. Les tons sont formés par la variation d'étendue de l'anche et par la tension longitudinale.

L'auteur a appuyé ses preuves par la présentation d'un larynx artificiel composé d'une anche de caoutchouc à l'extrémité d'un tube et surmontée d'un tuyau qui imite plus ou moins bien le tuyau vocal. Le mécanisme de la production du son dans cet instrument est établi d'après les principes mentionnés plus haut : une clef pour produire les tensions longitudinale et latérale ; trois pédales pour diminuer progressivement les dimensions de l'anche.

(Commissaires : MM. Pouillet, Milne Edwards et Longet).

— **M. Rayer** présente deux mémoires manuscrits de M. Picard. L'un, qui se rattache à une précédente communication, et qui a pour titre : *Nouvelles études sur les accidents produits par les courroies et arbres de transmission*, est adressé comme pièce de concours pour le prix dit des arts insalubres. L'autre mémoire, intitulé *Examen de l'influence attribuée à l'alcoolisme sur les monstruosités de l'axe cérébro-rachidien*, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rayer, Bernard et Longet.

— **M. Belhomme** prie l'Académie de vouloir bien se prononcer sur la part qui lui revient dans les résultats obtenus relativement à la détermination du nœud vital. Il ajoute que « ses travaux ne contredisent en rien ce qu'a pu faire M. Flourens. »

— **M. Flourens** fait remarquer que des faits de cet ordre ne devraient pas être ainsi avancés sans preuve. L'auteur de la Lettre n'a rien fait sur le système nerveux qui ait fixé l'attention. Ses assertions sont sans aucun fondement et ses prétentions purement gratuites.

— La Lettre de M. Belhomme est renvoyée à une commission composée de MM. Coste, Bernard et Longet, qui jugera s'il y a lieu de demander à l'auteur de préciser sa demande.

— **M. Avrard** prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours pour le prix de médecine un instrument de chirurgie qu'il a inventé et appliqué depuis près d'une année, mais dont la présentation n'a pu, par des causes indépendantes de sa volonté, avoir lieu avant le jour fixé pour la clôture du concours. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 AVRIL.

Recherches expérimentales sur la cause de la coloration rouge dans l'inflammation. (Note de **MM. A. ESTOR** et **SAINTPIERRE**, présentée par M. Bernard.) — On s'est borné à constater la rougeur comme un symptôme constant de l'inflammation, mais on n'a jusqu'ici présenté aucune explication satisfaisante du phénomène. Frappés de l'analogie qui existe entre les phénomènes qui se passent dans les glandes au moment de leur activité fonctionnelle (*Recherches de*

M. Claude Bernard) et ceux que présentent les tissus enflammés, nous avons pensé qu'une même théorie devait répondre à leur explication. Nous avons appliqué à l'étude de ce problème la méthode indiquée par M. Bernard lui-même.

Nous avons opéré sur des chiens. Nous commençons par déterminer sur un des membres postérieurs du chien une inflammation vive, à l'aide de cautérisations transcurrentes énergiques ou de l'action de l'eau bouillante. Après un temps qui peut varier de trente à cinquante heures, une fois l'inflammation bien établie, nous étudions comparativement le sang veineux pris sur la même veine du membre sain et du membre malade. A cet effet, nous plaçons une canule à robinet dans la veine crurale, et à l'aide d'une seringue graduée, préalablement chauffée de 35 à 40 degrés, nous soutirons 15 centimètres cubes de sang. Nous faisons ensuite passer rapidement ce sang dans une cloche renversée sur le mercure et contenant de 20 à 25 centimètres cubes de gaz oxyde de carbone pur; nous plaçons le tout dans une étuve dont la température est maintenue environ deux heures entre 30 et 40 degrés, et nous agitons de temps et temps.

On sait, d'après les travaux de M. Bernard, que l'oxyde de carbone déplace, volume à volume, l'oxygène du sang; il ne reste donc plus qu'à doser cet oxygène, ce que nous avons fait dans les premières expériences à l'aide de l'acide pyrogallique, et dans les dernières par le phosphore. Nous nous sommes de plus préalablement débarrassés de l'acide carbonique dans les expériences où nous avons employé l'acide pyrogallique.

Quant à l'acide carbonique, nous l'avons dosé dans deux expériences.

Nous concluons des expériences précédentes que :

1° A la simple vue, quand l'inflammation est vive, le sang veineux du côté enflammé est plus rouge que celui du côté sain.

2° Le sang veineux du côté enflammé renferme constamment une proportion plus grande d'oxygène, qui, étant égale à 1 pour le membre sain, varie de 1,50 à 2,50 pour le membre enflammé.

3° Le sang veineux du côté enflammé a donné aussi plus d'acide carbonique.

4° Comme à une plus grande quantité d'oxygène correspond, on le sait, une coloration plus ou moins rutilante du sang veineux, nous concluons que c'est à l'état rutilant du sang veineux qu'il faut attribuer la couleur rouge des parties enflammées.

— L'Académie a reçu depuis sa dernière séance, mais encore en temps utile, diverses pièces destinées à des concours dont la clôture aura lieu au 1[er] avril, savoir :

Prix de physiologie expérimentale. — 1° Premier mémoire. « Sur la constitution du germe dans l'œuf avant la fécondation. Comparaison de ce dernier avec l'ovule végétal » ; par M. Balbiani. Ce mémoire est accompagné de figures.

2° Analyse de deux mémoires imprimés de M. F. Cohn, intitulés : l'un, « Tissus contractiles des végétaux » ; l'autre, « Filaments contractiles des cynarées ».

Prix de médecine et de chirurgie. — 1° Mémoire sur l'absorption par la peau de l'eau et des substances solubles ; par M. Willemin (avec indication des parties que l'auteur considère comme neuves dans son travail).

2° « Mémoire sur la valeur de l'existence de l'os *épactal* ou partie supérieure de l'occipital restée distincte, comme caractère de races » ; par M. Jacquart.

Ce mémoire est accompagné de planches représentant des crânes d'adultes et de fœtus humains et de quelques animaux.

3° Analyse donnée par M. Delioux de Savignac de son *Traité de la dyssenterie,* publié en 1863.

4° Lettre de M. Casper, de Berlin, accompagnant l'envoi d'une traduction française de son *Traité de médecine légale.*

5° Lettre de M. Pétrequin jointe à l'envoi de huit mémoires renfermant l'ensemble de ses recherches sur *la guérison des anévrysmes au moyen de la galvanopuncture.*

L'auteur rappelle que cette méthode de traitement, dont il est l'inventeur, et qui a déjà été signalée dans de précédents concours comme très-digne d'attention, semble aujourd'hui suffisamment recommandée par une longue expérience.

6° Lettre de M. Gaillard accompagnant l'envoi d'un opuscule concernant l'*influence exercée par les chemins de fer sur l'hygiène publique*, et de la collection des « Comptes rendus du service médical de la Compagnie d'Orléans » depuis 1858 jusqu'à 1863.

7° Lettre de M. Liebreich destinée à faire ressortir ce qu'il y a de neuf dans l'*Atlas d'ophthalmoscopie* précédemment présenté en son nom à l'Académie par M. Velpeau.

8° Note de M. Charrière accompagnant l'envoi d'un « arsenal de chirurgie réduit » de son invention.

9° Lettre de M. Millet demandant que son *Traité de la diphthérie du larynx,* présenté à la séance du 21 mars dernier, soit compris dans le nombre des pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

Prix relatif à la pellagre. — 1° Ouvrage manuscrit par M. Billod, médecin en chef de l'hospice des aliénés de Sainte-Gemmes, près Angers. Ce mémoire est accompagné d'une analyse indiquant les parties de ce travail sur lesquelles l'auteur croit devoir appeler plus particulièrement l'attention de la commission.

2° « Histoire de la pellagre » ; par M. Théoph. Roussel.

3° Analyse envoyée, par M. Brunet, du mémoire présenté à la précédente séance (Effets de l'insolation chez les aliénés : pellagre), mémoire qui a été à tort inscrit sous le nom de *Brunner.*

4° Lettre de M. Bouchard, accompagnant l'envoi d'un exemplaire de ses « Recherches nouvelles sur la pellagre ».

Prix du legs Bréant. — 1° « Considérations nouvelles sur l'anatomie pathologique, l'étiologie et le traitement rationnel du choléra-morbus épidémique », par M. Holbé-Legrand.

2° « Des causes du choléra-morbus », avec le nom de l'auteur sous pli cacheté, et avec cette épigraphe : *Nulla est ignoti curatio morbi.*

3° Un mémoire sur le traitement du choléra asiatique, ayant de même le nom de l'auteur sous pli cacheté, et portant pour devise : *Prüfet Alles und das beste behaltet.*

Prix du legs Barbier. — 1° « Etudes chimiques et médicales sur les champignons comestibles et vénéneux », avec le nom de l'auteur sous pli cacheté, et pour devise : « La prudence est mère de la sûreté. »

2° « Nouvelle préparation thérapeutique au fer et à l'ergot de seigle » ; par M. Grimaud aîné.

Prix dit des arts insalubres. — « Mémoire sur un nouveau procédé mécanique et chimique pour la fabrication salubre de la céruse » ; par M. H. Ozouf.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 9 avril 1864, M. Chéramboust, médecin aide-major de 1[re] classe, est nommé médecin-major de 2[e] classe.

— Par décret en date du 6 avril 1864, M. Logeay, aide vétérinaire, est nommé vétérinaire en 2[e].

— Par divers décrets, ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

De Saint-Charles-Borromée, établie à Nîmes (Gard), M. le docteur Tribes, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville; de Sainte-Barbe aux Cabanes (Tarn), M. le docteur Dupuis-Dutemps; de la commune de Veilla (Gers), M. Marquis, officier de santé, maire.

— MM. les docteurs Lobgeois (de Saint-Quentin), Pénant (de Vervins), et Geoffroy (de la Fère), viennent d'être nommés membres titulaires de la Société centrale de médecine du département du Nord.

— Un concours pour deux places de prosecteur à la Faculté de médecine sera ouvert le lundi 2 mai. Les anciens élèves de l'Ecole pratique peuvent prendre part au concours.

— Un concours pour deux places d'aide d'anatomie sera ouvert le lundi 2 mai. Tout élève en médecine est admis à prendre part à ce concours.

— Une indisposition subite a empêché M. Daremberg d'ouvrir aujourd'hui son cours d'histoire de la médecine au Collége de France. L'ouverture aura lieu le lundi 25 avril.

— M. le docteur Joseph Bord, médecin à Meulan (Seine-et-Oise), ex-médecin auxiliaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, vient de mourir subitement à l'âge de trente-quatre ans. Le zèle de notre jeune confrère lui avait mérité une médaille d'argent dans le choléra de 1854.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité le mercredi 20 avril, à neuf heures, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Visite des malades, tous les jours à huit heures trois quarts.

— M. le docteur Constantin James ouvrira son cours le mardi 19 avril, à huit heures du soir, au *Cercle des sociétés savantes*, quai Malaquais, 3. Le professeur fera l'histoire des maladies pour lesquelles on se rend aux eaux, indiquant tout spécialement les sources les mieux appropriées au traitement de chacune. Le cours est public.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tons les onvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Brnxelles, che. A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies anx mêmes conditions qn'à Paris.

Traité de la stérilité chez la femme, considérée particulièrement sous le rapport de ses causes et de son traitement, suivi de nombreuses observations de guérison; par M. le docteur H. D. Maheux. Un vol. grand in-18 de 216 pages. Prix ; 2 fr. 50. — Paris, chez G. Baillière.

Éloge d'Alph. Robert, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, professeur d'anatomie, membre de l'Académie de médecine de Paris, etc.; par M. le docteur A. Verneuil. In-8° de 96 pages. Prix : 2 fr. *franco.* — Paris, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur.

De l'opération de la cataracte et du procédé opératoire de réclinaison par la cornée, ou kératonyxis ; par M. le docteur Emile Martin, médecin oculiste des dispensaires du bureau de bienfaisance de Marseille. Une brochure in-8° de 38 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, chez J. B. Baillière et fils.

Recherches sur la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, d'après des documents entièrement inédits, suivies d'une Notice sur les manuscrits qui y sont conservés ; par M. Alfred Franklin, de la bibliothèque Mazarine. Un vol. in-8°, tiré à 347 exemplaires : papier vélin, 300 exemplaires, 5 fr. ; papier vergé, 28 exemplaires, 8 fr. ; papier chamois, 10 exemplaires, 12 fr. ; papier de Chine, 6 exemplaires, 15 fr. ; peau de vélin, 3 exemplaires (ne seront pas vendus). — Paris, 1864, chez Aubry, libraire, rue Dauphine, 16.

Notice sur les travaux originaux, spécialement ceux de physiologie, du docteur Brown-Séquard. Brochure grand in-8° de 28 pages. Prix : 1 fr. — Paris, chez Victor Masson et fils.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 47. — JEUDI 21 AVRIL 1864. (37e ANNÉE.) N° 47. — JEUDI 21 AVRIL 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Beau). Gangrène du poumon; mort; autopsie. — HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS (M. Debrou). Opération de laryngo-trachéotomie pour un polype volumineux du larynx. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 avril. — Nouvelles. — FEUILLETON. Lettres obstétricales.

PARIS, 20 AVRIL 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Nous pensions avoir à rendre compte aujourd'hui de la suite de la discussion engagée par M. Beau sur la théorie des bruits du cœur. Mais un sentiment de convenance que tout le monde appréciera a fait changer l'ordre du jour. L'Académie avait à élire un correspondant dans la section de médecine vétérinaire, et l'un des candidats, celui même qui figurait le premier sur la liste, était précisément l'un des auteurs du travail qui fait le sujet de la discussion. Il était de bon goût, le jour où son nom devait sortir victorieux de l'urne, de ne point le livrer aux vicissitudes d'un débat. Une belle majorité, comme on pourra le voir dans le Compte rendu, a élevé M. Chauveau sur le premier échelon, qui devra le conduire certainement un jour à l'entière possession du fauteuil (style académique).

Après cette élection, l'Académie a entendu trois rapports sur des mémoires qui ont eu des fortunes diverses. Un mémoire de M. le docteur Decaisne (d'Anvers), sur la gangrène du cerveau, à l'occasion d'une observation de ce genre de lésion encéphalique, dont les exemples sont rares dans la science, a mérité les éloges de son rapporteur, M. Ch. Robin, et les honneurs du renvoi au comité de publication.

Moins heureux, l'auteur du travail rapporté par M. Bouillaud a dû se contenter d'un simple encouragement. M. le docteur Danet avait envoyé à l'Académie un exposé d'une théorie nouvelle de l'accès et de l'intermittence. M. le rapporteur, tout en louant, comme ils méritaient de l'être d'ailleurs, les efforts de l'auteur pour jeter quelque lumière sur ce point si obscur de pathologie générale, a été obligé de reconnaître qu'il n'avait point atteint son but.

Enfin, l'Académie a cru devoir suspendre son jugement sur une communication de M. le docteur Jobert de Guyonvelle, relative à un cas d'expulsion du tænia par l'urèthre. Quand il s'agit d'un fait insolite et sans précédent dans la science, sinon même contraire aux faits connus et aux lois physiologiques admises, on ne saurait trop s'entourer des témoignages de la certitude et se prémunir contre toutes les causes possibles d'erreur ou d'illusion. Sans doute il ne serait pas impossible qu'un tænia primitivement contenu dans l'intestin se fût fourvoyé dans la vessie par une voie de communication anormale ou accidentelle. On ne voit pas non plus, à la rigueur, ainsi que l'a dit M. Ségalas, pourquoi un tænia ne pourrait pas prendre naissance dans la vessie. Mais avant de disserter sur ce qui est possible ou ne l'est pas, le premier devoir de la science est de se demander : « Le fait est-il? » Or, d'après M. le rapporteur, le fait de l'expulsion du tænia par l'urèthre n'aurait point été vu par M. Jobert ni par aucun autre médecin. Ce n'est que par le rapport d'un tiers n'ayant point qualité pour l'observation rigoureuse d'un fait scientifique contestable, que l'auteur du mémoire en aurait eu connaissance. Nous croyons que, dans de pareilles conditions, l'Académie a bien fait de suspendre son jugement; d'autant plus qu'une pareille décision, qui n'est que l'expression du doute scientifique, ne porte nullement atteinte ni à la réputation de savoir ni au caractère de véracité de notre confrère.

M. Ségalas l'a si bien entendu lui-même ainsi, qu'il n'a fait aucune opposition au renvoi du rapport à la commission pour plus ample informé. M. Jobert, s'il est en possession de preuves plus certaines que celles que paraît contenir son travail, en fera certainement part à l'Académie, et la commission sera alors en mesure de se prononcer d'une manière plus explicite et en pleine connaissance de cause. Dans le cas contraire, le fait restera dans la catégorie si nombreuse des faits douteux ou incomplets.

Il a été fait, après la lecture de ces rapports, deux présentations, l'une d'une tumeur ovarique récemment opérée par un chirurgien anglais dont nous n'avons pas retenu le nom; la seconde, de l'ingénieux appareil mécanique destiné à démontrer la théorie de la voix, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs dans notre numéro précédent, par M. le docteur Edouard Fournié, qui en a fait l'expérience devant l'assemblée.

Enfin, nous signalerons parmi les ouvrages présentés au commencement de la séance, les nouvelles micro-photographiques du système nerveux de M. le docteur Duchenne (de Boulogne). — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

Gangrène du poumon. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. Victor DUHAMEL.)

Le 15 mars 1864, est reçu dans notre service le nommé J. D..., chauffeur de machines à vapeur. Cet homme, âgé de quarante-huit ans, d'une assez faible constitution, s'est livré depuis l'âge de vingt-cinq ans à des excès alcooliques souvent répétés et entraînant de temps en temps quelques malaises qui ne l'ont jamais forcé à suspendre son travail. Il est employé depuis un grand nombre d'années dans une usine où il reste exposé douze à quatorze heures par jour à une température qui oscille entre 35 et 40°. Sauf les indispositions légères dont il vient d'être parlé, cet homme ne se rappelle pas avoir jamais été malade.

Le 6 mars dernier, à huit heures du matin, un tuyau de vapeur fit explosion non loin de l'endroit où D... travaillait. Celui-ci ne fut atteint par aucun éclat; mais il tomba suffoqué par une atmosphère de vapeur dont il fut aussitôt enveloppé, et qui lui fit une assez forte brûlure aux deux joues. Jusqu'à deux heures de l'après-midi, il resta les pieds et les mains dans l'eau, occupé au nettoyage de la machine. De retour chez lui, il se sentit mal à son aise. Le même soir, saignée.

Le 7, augmentation du malaise; céphalalgie, frissons erratiques, aphonie, sensation de douleur cuisante s'étendant du pharynx à l'épigastre, déglutition difficile. — Purgation.

Le 8, toux sèche et quinteuse, soif vive, inappétence. — Repos absolu au lit jusqu'au 11; potion calmante pour la toux qui allait croissant.

Le 12, il veut se rendre à son atelier, mais il lui est impossible de reprendre son travail.

Le 15, il est amené à l'hôpital sur un brancard.

Le 16, on constate l'état suivant : Décubitus dorsal; face pâle, expression d'abattement; mémoire sûre; sens intacts; peau moyennement chaude et sèche; pouls fort, à 84. Rien à noter du côté des organes digestifs, si ce n'est la perte de l'appétit, une soif intense; la pâleur de la muqueuse buccale et de la douleur pendant la déglutition.

La percussion de la poitrine en avant donne un son normal; en arrière, sonorité normale à gauche. Du côté droit, matité étendue de haut en bas.

A l'auscultation, on entend dans toute la hauteur, à droite, un mélange de râles sibilants et de râles muqueux à bulles grosses et inégales; retentissement de la voix. A gauche, il n'existe que des râles sibilants rares et disséminés. Toux fréquente et quinteuse, déterminant une douleur vive dans le côté droit. Expectoration de quelques crachats blancs, opaques et épais.

En pratiquant l'examen de ce malade, on est frappé de l'odeur fade et extrêmement désagréable qui existe autour de lui. Plus tard, son voisin avait fait la même remarque, et s'en était plaint.

Le 25, diarrhée datant déjà de deux ou trois jours (2 grammes de diascordium). Persistance de la toux et de l'expectoration (emplâtre révulsif au-devant de la poitrine). — Ce même jour, on constate une odeur toute particulière de matière fécale, qui paraît se dégager des oreillers du malade, et l'on n'en trouve la raison dans aucune négligence des soins de propreté. Même remarque le jour suivant.

Le 30, le malade devient l'objet d'un examen plus attentif. Décubitus dorsal et abandonné; pâleur jaunâtre de la face; amaigrissement notable; pouls régulier et assez fort, à 120; peau sèche et chaude.

La muqueuse des lèvres, de la bouche et de la langue est décolorée. La langue est souple, humide. Aucun enduit des dents ni des gencives. Déglutition gênée quand les boissons sont abondantes. Soif intense, anorexie, nausées. Ventre souple et indolore. Selles diarrhéiques, nombreuses et d'une grande fétidité, accompagnées de quelques coliques. Respiration anxieuse, 40 par minute.

En avant, sonorité normale dans toute la hauteur de la poitrine, un peu moindre à droite qu'à gauche. Des deux côtés, on perçoit une respiration forte, plus sensible à gauche qu'à droite, sans mélange de râles.

En arrière, à gauche, percussion sonore; respiration forte, sans aucun râle. A droite, absence de vibrations thoraciques du sommet à la base, tandis qu'elles sont facilement perceptibles du côté gauche. Matité complète.

A l'auscultation, respiration soufflante entendue seulement dans l'expiration, ayant son maximum d'intensité au niveau de la voussure, mais plus prononcée à la base qu'au sommet. Dans la moitié inférieure, grosses bulles de râle muqueux. Pectoriloquie. Toux fréquente avec retentissement douloureux sur le côté droit. Environ 125 gram-

---

LETTRES OBSTÉTRICALES.

DE LA POSITION DE LA FEMME PENDANT L'ACCOUCHEMENT (1).

XV.

Tandis que nous approchions du terme de notre voyage à travers les livres hippocratiques, nous avons été distrait mais nullement surpris par une bonne nouvelle, notre joie de l'heure présente : l'ovation faite à M. le professeur Pajot, ouvrant le cours d'accouchements de la Faculté de Paris.

Permettez-moi d'user de la liberté du genre épistolaire pour goûter le plaisir d'une digression qui sera un hommage à l'ancien professeur libre devenu professeur titulaire. Cette digression est autorisée par la condition essentielle d'une publication périodique, l'actualité; d'ailleurs, elle se justifie pleinement par le talent vulgarisateur du maître qu'elle concerne, et par les sentiments de reconnaissance qui doivent animer tous ses anciens élèves.

Il y a quelques mois, nous faisions valoir les avantages de la libérale institution du concours avec l'énergie de la conviction. Sans rien modifier au fond de notre article, nous dirons que les succès dans l'enseignement libre, obtenus depuis nombre d'années par M. Pajot, nous paraissent actuellement un des meilleurs titres aux chaires de la Faculté. Ces succès supposent l'étendue des connaissances et surtout le talent professoral. L'instinct des élèves ne les trompe guère; un bon professeur a presque toujours un nombreux auditoire, parce que les premiers venus de cette jeunesse enthousiaste et sympathique forment un noyau d'ardents prosélytes. Ainsi Broussais commença avec trois auditeurs ce cours du Val-de-Grâce qui devait avoir tant de retentissement et inaugurer « *un véritable quatre-vingt-neuf médical.* » (1).

C'est par l'enseignement particulier que Bichat, Boyer, Dupuytren, etc., ont débuté. On a dit que la rétribution entrait pour une bonne part dans le succès de cet enseignement, « *car, en général, même en vue de son instruction, l'homme ne prise bien que ce qu'il paye.* » (2). Soyons plus juste, et disons que l'homme, surtout pour son instruction, ne paye bien que ce qu'il prise. Il faut un grand mérite à un professeur pour que la jeunesse de nos écoles se décide à lui faire le double sacrifice du temps et de la bourse. Ai-je besoin de dire que l'utilité et l'agrément des leçons de M. Pajot compensaient largement ce sacrifice? Sur les registres d'inscription du nouveau professeur de la Faculté, on trouverait la nomenclature presque complète des médecins qui ont terminé leurs études à Paris durant ces vingt-cinq dernières années; d'ailleurs, s'il y avait parfois des parasites parmi ses auditeurs, M. Pajot faisait comme Boyer, il feignait de ne pas les apercevoir.

La réputation de M. Pajot était si bien établie, l'utilité de ses leçons était si bien reconnue, qu'il avait en quelque sorte le monopole de l'enseignement obstétrical. Nous étions presque tentés de croire qu'on ignorait l'art des accouchements quand on ne l'avait pas appris à son cours; et cependant, l'obstétrique était enseignée alors par d'autres professeurs particuliers, recommandables par leur talent et par leur zèle.

XVI.

On peut le dire, jamais succès ne fut plus légitime. Sous une forme claire et brève, M. Pajot savait parfaitement condenser les plus saines doctrines que l'expérience des siècles ait consacrées, et vulgariser les idées des maîtres de l'obstétrique contemporaine, tels que MM. Paul Dubois, Velpeau, Depaul, Stoltz, Simpson, Nægelé, etc.; il déroulait toutes les parties de la science avec le plus remarquable talent d'exposition; il savait surtout faire ressortir les conséquences pratiques de la manière la plus saisissante. « *Celui qui voit tout, abrége tout,* » a dit Montesquieu. Aussi M. Pajot éliminait tous les détails inutiles; il offrait le résumé, le quintessence, l'alpha et l'oméga de ce qu'un praticien doit savoir.

Comme le grand vulgarisateur Orfila, il aime les moyens mnémotechniques. Vous savez avec quel bonheur d'expressions et d'images il fixe dans la mémoire la fréquence relative des diverses positions céphaliques, les règles de l'application du forceps, etc.

(1) Voir les numéros des 22 et 31 mars, et 12 avril.

(1) M. le professeur Bouillaud, *Ouverture du cours de clinique de* 1858.
(2) Roux, *Eloge de Boyer*.

mes de crachats muco-purulents, grisâtres, d'odeur nauséeuse et très-pénétrante; le malade ne sent pas cette odeur, bien que la matière expectorée lui cause du dégoût au passage. L'haleine est d'une fétidité repoussante.

Insomnie; intelligence conservée.

Le 31, même état.

Le 1er avril, pouls à 128, petit et sans résistance; sécheresse et chaleur de la peau; respiration bruyante, à 48; parole entrecoupée, mais forte.

L'examen de la poitrine, fait avec beaucoup de peine, à cause de l'état de faiblesse du malade, ne révèle aucun signe nouveau. Toux pénible, disparition du point de côté. La matière de l'expectoration, d'odeur insupportable, de couleur café au lait clair, ressemble à du sirop pour la densité.

A partir de huit heures du soir, râle trachéal persistant jusqu'à la mort, qui arrive à 4 heure du matin, sans symptômes cérébraux.

Autopsie faite trente heures après la mort par une température de + 10°.

Poitrine. — A gauche, plèvre et poumon parfaitement sains, à l'exception d'un peu d'engouement à la partie postérieure. A droite, environ 150 grammes de liquide pleural rouge et trouble. Au sommet, quelques adhérences faciles à déchirer. En rompant ces adhérences, il s'écoule une certaine quantité de bouillie sanieuse et infecte, d'un blanc grisâtre. Extrait de la poitrine, le poumon présente en avant un aspect grisâtre et ardoisé tout à fait semblable à celui du côté sain. En arrière règne une coloration rouge livide assez intense, plus prononcée à la base qu'au sommet. A 3 ou 4 centimètres de la base de l'organe, on remarque deux petites masses voisines l'une de l'autre, la première ayant le volume d'un noyau de prune, la deuxième beaucoup plus petite, toutes deux de couleur jaunâtre, sans saillie; la plèvre qui les recouvre est transparente. En les divisant, on sent d'abord une certaine résistance, qui ne tarde pas à disparaître, et alors l'instrument rencontre une matière semblable à de la bouillie rougeâtre.

En pratiquant par la face postérieure du poumon une incision profonde qui le divise dans toute sa hauteur, on trouve :

1° Dans le lobe supérieur une cavité capable de loger un gros œuf, d'où s'écoule la matière dont j'ai parlé tout à l'heure. Cette sorte de caverne n'était séparée de la surface du poumon que par la lame mince des pseudo-membranes rompues en les détachant. Les parois, anfractueuses et d'une couleur grisâtre presque noire, présentent sous un filet d'eau des espèces de lambeaux floconneux. Le tissu pulmonaire environnant est semblable à celui du poumon hépatisé : il est d'un gris sale, friable, laissant suinter un liquide sanieux, non aéré. Cette caverne n'est traversée ni par des vaisseaux ni par des ramifications bronchiques; celles-ci sont comme coupées à pic dans le point où elles pénètrent dans l'excavation. J'ouvre quelques-unes de ces ramifications jusqu'à leur origine, et je ne trouve qu'une muqueuse légèrement jaunâtre et lisse, sans trace de ramollissement ni d'ulcérations.

2° Une deuxième caverne, qui ne pourrait loger qu'une petite noix, existe au centre du poumon. Elle occupe un espace creusé aux dépens du lobe supérieur et du lobe moyen. Distante de la plèvre d'environ 2 centimètres, elle est remplie d'un détritus rougeâtre exhalant une odeur gangréneuse. Les parois sont d'un rouge sombre et très-molles; le parenchyme qui les entoure est d'un rouge livide et friable; la pression en fait sourdre une matière rougeâtre et demi-fluide.

3° A 4 centimètres de la base, au centre du lobe inférieur, on trouve une troisième cavité un peu plus grande que la deuxième, contenant un déliquium trouble, épais, teint de sang. Autour de ce foyer, le poumon est induré et gorgé de sang brun, non spumeux.

L'état des bronches dans ces deux dernières excavations est le même que celui que j'ai signalé dans la première.

La muqueuse de la trachée a perdu son aspect lisse et poli; elle est grenue et d'une couleur ardoisée dans toute son étendue. Du reste, aucune trace d'ulcération.

A l'exception d'un peu d'injection de la pie-mère, d'une injection diffuse dans la dernière partie de l'intestin grêle et d'une rougeur générale du mésentère ainsi que du péritoine, tous les autres organes sont sains.

Ce qui donne de l'intérêt à la maladie dont on vient de lire l'histoire, c'est la cause probable qui l'a déterminée. C'est à la suite de la respiration d'une certaine quantité de vapeur d'eau que les accidents se sont manifestés, et depuis le jour où ils ont débuté, ils ont suivi une marche ascendante et continue. Nous n'avons eu, il est vrai, le malade sous nos yeux qu'au dixième jour; mais déjà il présentait des signes bien manifestes d'une gangrène pulmonaire. L'odeur qu'il exhalait alors et dont nous n'avons pas immédiatement reconnu la signification, ne suffisait-elle pas pour établir ce diagnostic? Du reste, à partir de ce moment, les symptômes n'ont pas tardé à se réunir pour corroborer cette opinion, et n'ont offert rien qui n'ait déjà été signalé dans les cas de gangrène de l'organe respiratoire.

Pour le fait qui nous occupe, la lésion est remarquable par son étendue. Les trois lobes du poumon droit étaient en effet atteints dans une partie plus ou moins considérable. La violence des désordres, en expliquant la marche rapide de la maladie, trouve jusqu'à un certain point son explication dans l'action et la nature de la cause qui l'a produite. Dans tous les cas, on ne saurait nier ici le rapport de cause à effet.

Il était curieux de voir dans l'examen des lésions anatomiques l'ordre de succession qu'elles paraissent avoir suivi. C'est de haut en bas que la gangrène s'est développée; l'état plus ou moins avancé des altérations ne laisse aucun doute à cet égard. On a en quelque sorte un tableau presque complet des phases diverses par lesquelles la gangrène du poumon passe en se développant.

On a vu que pour la réunion des symptômes il ne manque rien dans cette observation, ni l'odeur de matière fécale signalée par M. Louis, ni la fétidité de l'haleine, des crachats et des selles, ni la prostration profonde, ni enfin les caractères fournis par la percussion et l'auscultation.

Comme le même fait peut se représenter, cet exemple ne doit pas être perdu pour l'histoire plus complète de la gangrène du poumon.

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS. — M. Debrou.

Opération de laryngo-trachéotomie pour un polype volumineux du larynx (1).

(Observation lue à la Société de chirurgie.)

J'avoue bien que c'est à peu près à un motif de ce genre que j'ai eu égard quand j'ai terminé mon opération; seulement je crois qu'on l'exprime mieux, ou au moins qu'on en fait mieux comprendre la valeur en se servant de termes plus précis. Ce que je craignais en réalité, ce n'était pas de retarder la cicatrisation par le passage répété de l'air sur une surface saignante. C'était le travail d'inflammation tout entier, provoquant de la suppuration, un boursouflement de la muqueuse du ventricule (où s'implantait le polype) et une extension de l'inflammation aux cordes vocales et à toute la cavité du larynx. Je craignais en définitive une suffocation semblable à celle qui arrive dans l'œdème de la glotte. Alors, ayant consulté les médecins qui m'assistaient et qui partageaient mon avis, j'ai ouvert la trachée et placé une canule, afin d'assurer la respiration pendant tout le temps que durerait l'inflammation traumatique du larynx. En n'assurant pas ainsi la respiration à un degré suffisant et permanent, il me semblait que je serais exposé jusqu'au cinquième ou sixième jour à pratiquer à l'improviste une trachéotomie rendue urgente par une suffocation extrême. Et c'est pour échapper à la nécessité soudaine de l'opération dans un moment où le malade ne devait plus demander que du repos, que j'ai préféré la faire immédiatement. Je ne connaissais alors le travail de M. Ehrmann que par les extraits qu'en a donnés M. Verneuil. On voit cependant que dans le moment même, lorsque j'ai eu enlevé la tumeur, j'ai été obsédé par la même réflexion que le chirurgien de Strasbourg. Lui seulement, il ne l'a trouvée que dans son cabinet, en rédigeant son travail, tandis que je l'ai eue devant le malade, ma main n'étant pas encore désarmée, et j'ai agi après une réflexion rapide, comme on le fait en pareil cas. Où était l'expérience pour me guider? L'expérience manque complétement sur ce sujet, et j'ai raisonné pour y suppléer.

Mais je pense aujourd'hui qu'il vaudra mieux à l'avenir ne pas faire ce que j'ai fait. Je crois :

1° Que la trachéotomie n'était pas nécessaire chez mon malade;

2° Qu'elle ajoute un grand danger à l'opération, et que c'est elle qui a fait mourir mon opéré.

VI. 1° *La trachéotomie n'était pas nécessaire chez ce malade.* — J'ai déjà indiqué que pendant tout le temps de l'opération il a respiré de manière à ne donner aucune inquiétude et à ne gêner en rien la manœuvre.

Après l'opération, j'ai vérifié que le malade pouvait parler à voix distincte et respirait librement en ôtant la canule et fermant la plaie, quand j'ai fait cette épreuve pendant un instant les deux premiers jours et les jours suivants. Puis, à l'autopsie, qui a eu lieu le huitième jour, la mort ayant eu lieu le septième, il y avait une couche très-mince de pus à la surface du ventricule droit et au-dessus, dans l'étendue d'où avait été détaché le polype; mais il n'y avait pas de pus ailleurs, et nulle part la muqueuse n'était œdématiée ni même épaissie d'une manière sensible. La glotte proprement dite avait ses dimensions ordinaires, et les cordes vocales inférieures ne paraissaient pas changées de leur état normal. Cette description anéantit les craintes chimériques que j'avais conçues sur l'influence de l'opération, eu égard à l'intérieur du larynx, et démontre *à posteriori* que la suffocation n'a pas de raison d'être, au moins quand l'ablation de la tumeur a permis de ménager les cordes vocales inférieures.

L'observation de M. Brauers, rapportée par M. Ehrmann (*loc. cit.*, p. 12), confirme la même conclusion, et j'avoue même que si j'en avais eu connaissance avant d'opérer mon malade, je n'aurais pas cédé à la tentation de finir par la trachéotomie. Voici un résumé de cette observation :

« Le cartilage thyroïde fut incisé dans toute sa longueur. En écartant les bords de sa division, on aperçut des excroissances verruqueuses qui remplissaient toute la cavité du larynx. On les cautérisa avec le nitrate acide de mercure. Au bout de quelques jours, ces tumeurs avaient acquis une telle dimension, que la respiration devint derechef très-difficile. La plaie, presque fermée, fut agrandie par l'ablation d'une partie du cartilage thyroïde. Les tumeurs repullulèrent avec vigueur à l'endroit où elles furent cautérisées, et cela toujours en raison du nombre direct des cautérisations. On appliqua enfin le fer rouge, qui ne produisit qu'une légère inflammation de la face interne du larynx, tandis que la partie postérieure devint le siége d'un engorgement inflammatoire qui comprima tellement l'œsophage, que pendant trois jours le malade ne put avaler une seule goutte de liquide. Cet état, néanmoins, se dissipa; mais à la suite des irritations successives produites chaque fois par la cautérisation, le larynx passa à l'état d'induration squirrheuse, une fièvre hectique s'alluma; elle devait amener nécessairement la mort, qui n'était pas encore arrivée au moment où le médecin qui rapporte le fait avait visité la malade. »

Voilà un larynx qu'on a cautérisé plusieurs fois avec le nitrate acide de mercure, une fois avec le fer rouge, qui était plein de tumeurs verruqueuses repullulant sans cesse, et le malade a supporté tout cela sans subir la trachéotomie. A la vérité, à un moment le chirurgien a réséqué une partie du cartilage thyroïde, ce que l'on peut regarder comme l'équivalent d'une trachéotomie. Mais cette addition n'a été faite que tard, plusieurs jours après la laryngotomie simple, et après que l'on eut cautérisé une première fois avec le nitrate acide de mercure. Et il paraît même que la plaie « était presque fermée », et qu'on fut obligé de la rouvrir pour faire une seconde opération.

— Peut-être est-il regrettable que ce fait si extraordinaire qui s'est passé à Louvain, et qui fut reproduit de souvenir à un professeur de Bonn, n'ait pas été rapporté et exposé par l'opérateur lui-même.

Si, en conservant des doutes sur son exactitude, on ne voulait pas le faire servir à fortifier l'opinion que j'exprime, il resterait vrai au moins que rien dans l'observation de mon malade ne tend à prouver que la trachéotomie était indispensable chez lui.

VII. 2° *Et pourtant c'est elle qui a amené la mort de mon opéré.* — Les détails de l'autopsie le démontrent assez. C'est la trachéotomie qui a amené la bronchite, puis l'engouement du poumon, l'accumulation des crachats, les abcès si remarquables dans le poumon droit, puis la pleurésie. Sans doute la trachéotomie est souvent suivie de guérison, surtout chez les adultes; mais on aurait tort de croire qu'elle est sans danger, en considérant, par exemple, les cas où on l'a faite pour extraire un corps étranger. Dans cette circonstance, on ferme la plaie aussitôt la sortie du corps, et il ne s'établit pas nécessairement cette bronchite catarrhale grave, accompagnée de crachats qui obstruent la canule laissée à demeure, et qui s'accumulant dans les rameaux bronchiques et les obstruant, amènent l'engorgement et l'asphyxie graduelle. Qu'on lise dans le *Traité de la phthisie laryngée* de MM. Trousseau et Belloc, l'observation de M. de Serry, à qui M. Trousseau fit la laryngotomie cricoïdienne, en laissant une canule dans la plaie. Tout alla bien pendant les cinq premiers jours; puis la toux devint très-fréquente, il y eut un point de côté pleurétique, et la mort arriva le sixième jour. L'autopsie fit voir exactement ce que l'on trouva chez mon opéré, moins les abcès circonscrits.

Puisque je m'étais décidé à ouvrir la trachée et à y laisser une ca-

(1) Voir le numéro précédent.

Sa voix, son geste, son regard, soulignent ce qui est réellement important, ce qu'il faut savoir toute la vie. Il aime à se répéter; comme le forgeron qui frappe et refrappe pour rendre le fer malléable, il reproduit un précepte d'une haute importance sous dix formes différentes, pour que la mémoire la plus rebelle en garde l'ineffaçable empreinte.

Il insiste sur les points obscurs pour les élucider. L'embryogénie elle-même, cet effroi des commençants, n'a plus de profondeurs ténébreuses quand M. Pajot l'a enseignée; il décrit d'abord l'œuf à terme et tous les éléments qui le composent; puis, reprenant l'ovule dans l'ovaire, il fait voir les phases successives du développement embryonnaire et montre comment la membrane vitelline et le vitellus donnent naissance aux éléments de l'œuf à terme.

Son débit lent et pourtant animé rappelle celui d'Orfila. Il sait qu'une parole précipitée ne laisse qu'une fugitive impression et enlève toute valeur didactique aux plus savantes leçons. Il parle donc avec cette lenteur calculée que nous avons déjà signalée dans l'esquisse de M. Nélaton (1); aussi l'intelligence suit sans effort la claire et facile diction du professeur; en même temps, la plume peut fixer les points essentiels de la question examinée. L'enseignement de M. Pajot est si méthodique, ses descriptions si nettes, que la pratique obstétricale vous semble déjà familière; vous sortez du cours avec cette involontaire et immodeste pensée que vous possédez aussi bien que le maître le sujet de la leçon.

(1) *Confidences d'un médecin de province*, 1863.

Si je puis m'exprimer ainsi, M. Pajot verse la science à petite dose. Chaque leçon porte sur un objet bien circonscrit; il faut que tout l'auditoire l'ait bien saisi, avant qu'une autre question soit abordée. C'est ainsi que l'intelligence n'est point surprise par une trop grande abondance d'idées, et n'est pas éblouie par un excès de lumière. Nous étions émerveillé de cette marche sûre et progressive du connu à l'inconnu; et, encore tout plein des souvenirs littéraires de l'antiquité, nous pensions à l'exacte et pittoresque comparaison que faisait le grand instituteur de la jeunesse romaine : « Il en est de l'esprit des élèves comme d'un vase dont l'entrée est étroite, où rien n'entre si l'on y verse l'eau avec abondance et précipitation, au lieu qu'il se remplit insensiblement si l'on y verse cette même liqueur doucement ou goutte à goutte (1). »

XVII.

Vous savez avec quel soin M. Pajot nous exerçait aux manœuvres obstétricales et aux procédés d'exploration qui font reconnaître l'existence et la date de la grossesse, les diverses présentations et positions du fœtus, etc. Il avait le secret de toujours nous intéresser par des exemples qu'il citait à propos, par des faits qu'il racontait d'une manière piquante. Comme il s'attachait à nous initier aux difficultés de la pratique, aux misères de la profession et aux ressources souvent prodigieuses de la nature et de l'art!

(1) Quintilien, livre Ier, ch. III.

La présentation de l'épaule est le nœud d'un véritable drame obstétrical. Selon l'exacte comparaison des livres hippocratiques, il s'agit de savoir comment sortira le noyau d'olive qui se présente de côté sur le col de la fiole. Triste drame qui doit se dénouer par la version podalique ou par l'évolution spontanée, par l'embryotomie ou par l'épuisement mortel! « Orifice dilaté, membranes intactes, présentation du tronc, version podalique, voilà les roses du métier, nous disait M. Pajot; mais les eaux de l'amnios sont écoulées, l'utérus revenu sur lui-même, le bras pendant, gonflé, voilà les épines, et ces épines seront votre lot. »

A ces mots, un frisson de terreur parcourait le jeune auditoire; chacun faisait le vœu de ne pas tirer ce mauvais lot pour son début; mais nous, que la fatalité des cas difficiles semble poursuivre, nous ne devions pas échapper à cette éventualité sinistre. Par une froide nuit d'hiver, je fus appelé à la campagne, à 5 kilomètres d'Aubusson, auprès d'une femme en travail. Elle était accouchée d'un premier enfant depuis le matin, avec l'assistance d'une matrone du voisinage. Ainsi qu'il arrive assez souvent dans l'accouchement gémellaire, le second enfant s'était présenté par l'épaule; un bras était engagé dans le vagin : on avait tiré sur ce bras. Les tractions ayant échoué et devant échouer, on avait suspendu la malheureuse par les pieds, puis on l'avait secouée violemment. Bien entendu, l'enfant ne sortait point. La matrone s'attela de nouveau au bras, et recommença les tractions avec aussi peu de succès que la première fois. De guerre lasse, on m'envoya chercher; disons mieux, je fus appelé après le refus de deux ou trois autres confrères.

nule, à quelle époque aurait-il fallu retirer celle-ci? Comme j'attendais et craignais l'inflammation traumatique, je me trouvais obligé d'aller jusqu'au cinquième ou sixième jour. Dans la journée du cinquième jour j'essayai de l'ôter tout à fait, et je fus obligé de la remettre, parce que les crachats s'échappaient encore mieux à travers elle qu'à travers la plaie. Je fus obligé de la maintenir précisément, à cause de l'accident qu'elle avait amené.

VIII. Je veux en terminant signaler un dernier point touchant l'ossification du cartilage thyroïde. Qu'est-ce qu'il en résulte pour les suites de la laryngotomie? Comment se fait la soudure, et en combien de temps? Mon observation n'apprend rien à cet égard, puisque mon malade a succombé. Je vois dans l'observation de M. Gurdon Buck que chez la malade opérée le 3 mai, on trouva le cartilage ossifié, et que le 20 septembre, quand on fit la seconde opération pour enlever de nouveau les polypes repullulés, « on divisa depuis l'ouverture tra» chéale, occupée par la canule, jusqu'à un pouce et demi du men» ton, incisant ainsi sur la ligne médiane les deux cartilages et les » membranes jusqu'à l'os hyoïde. »

Cela veut-il dire que les deux moitiés du cartilage thyroïde s'étaient réunies? Cela est possible assurément, mais il me paraît difficile que cette réunion ait lieu par l'affrontement exact des bords divisés et sans chevauchement. Pour moi, j'étais très-préoccupé de la coaptation dans un pareil cas. Quand les pièces sont à l'état cartilagineux, on peut les unir avec la suture; mais à l'état osseux on n'a aucun moyen de les tenir en contact, et les mouvements se faisant à chaque instant dans cette partie, on ne comprend pas que leur soudure se fasse régulièrement.

Une dernière question. Que devient la voix après la laryngotomie thyroïdienne? L'observation de M. Ehrmann pourrait seule éclairer ce point. Mais on ne trouve pas de renseignements tout à fait suffisants dans le récit qu'il a donné. La malade opérée le 15 mars partit le 5 avril pour la campagne, d'où elle revint huit jours après, et alors « non-seulement la plaie du cou se trouva complétement fermée, mais » la santé générale ne laissa rien à désirer. *L'aphonie seule persista » encore*, et la cicatrice des téguments, adhérente à celle du larynx » et de la trachée, suit sans occasionner aucune gêne tous les mou» vements du tube aérien. »

Ainsi, un mois après l'opération, l'aphonie persistait. L'auteur ajoute : « Ainsi se passèrent six mois, pendant lesquels, débarrassée » de son polype et de tous les accidents qui en furent la suite, » C. M... jouit d'un bien-être que rien n'est venu troubler; toutes » les fonctions avaient repris leur cours habituel, et la respiration » surtout n'éprouva plus aucune entrave. » Puis, au septième mois après l'opération, en octobre, la malade mourut du choléra. *Toutes les fonctions avaient repris leur cours habituel.* Veut-il dire que la voix était revenue, et revenue comme à une personne ordinaire? Il y a à regretter un peu que l'habile chirurgien n'ait pas par un mot levé tous les doutes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 avril 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, en date du 13 avril courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Pidoux dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Moquin-Tandon.

Après la lecture de la lettre et du décret par M. le secrétaire perpétuel, M. le président invite M. Pidoux à prendre place parmi ses collègues.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements de la Moselle et de la Côte-d'Or.

— Le chef du cabinet de l'Empereur transmet un mémoire sur le traitement du choléra asiatique, adressé à Napoléon III par M. le docteur Mailloux, médecin du roi Radama II, de Madagascar.

(Commission du choléra).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire sur les causes qui déterminent la fièvre jaune et sur les moyens d'y remédier, par M. Herran.

(Commission de la fièvre jaune).

2° Un travail sur l'ataxie locomotrice progressive des centres nerveux, par M. le docteur Boucliard, chirurgien de l'hospice de Saumur. (Commissaires, MM. Trousseau et Pidoux).

— M. Mélier donne lecture d'une nouvelle lettre de M. le docteur Collin, relative aux trois cas d'accidents graves produits par l'inoculation de l'oïdium tuckeri. Un des malades a succombé; un autre est dans une situation très-périlleuse. L'auteur signale la manifestation de trois nouveaux cas qui se sont produits à la suite de blessures semblables. Une première expérience faite sur un lapin est restée sans résultat.

— M. Mélier présente ensuite, de la part de M. le docteur Faget (de la Nouvelle-Orléans), un mémoire sur la fièvre jaune. (Commission de la fièvre jaune.)

— M. Devilliers dépose sur le bureau un travail imprimé intitulé : *Examen comparatif des divers forceps.*

— M. Grisolle, au nom de M. le docteur Blin (de Saint-Quentin), présente un travail sur la contagion de l'érysipèle. (Commissaires : MM. Malgaigne, Jolly et Gosselin.)

— M. Civiale offre en hommage à l'Académie une brochure intitulé : *Principes de l'art de broyer la pierre dans la vessie.*

— M. Béclard présente, au nom de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), des *Recherches sur la microscopie photographique du système nerveux.*

L'auteur s'est proposé de représenter par la photographie l'étude du système nerveux à l'état normal et à l'état pathologique. Pour atteindre ce but, dit M. Béclard, il faut être familiarisé à la fois avec l'usage du microscope et avec les manipulations photographiques. Après bien des essais, qui datent de plusieurs années, M. Duchenne a réussi à obtenir avec une grande netteté, d'après des préparations microscopiques, l'image d'éléments nerveux et de coupes transversales ou longitudinales des différentes parties du système nerveux, à des grossissements divers et considérables (de quelques diamètres à 1,000 et 2,000 diamètres).

Ce travail consiste en deux séries d'études formant un ensemble de trente et une figures photographiques. La première série montre, à des grossissements de 200 à 1,000 diamètres, l'état des racines dilacérées ou coupées transversalement et provenant de plusieurs cas de l'espèce morbide qu'il a décrite sous le nom d'ataxie locomotrice progressive. La seconde représente à l'état normal et à des grossissements de 10 à 200 diamètres, les différentes parties d'une coupe transversale de la moelle d'un homme adulte.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant dans la section de médecine vétérinaire. La section a présenté les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Chauveau, à Lyon; 2° M. Lafosse, à Toulouse; 3° M. Lavocat, de la même ville.

Le nombre des membres présents et ayant droit de voter étant de 67, majorité, 34, les votes ont été répartis comme il suit :

MM. Chauveau a obtenu. . . .	41	suffrages.
Lafosse.	22	—
Lavocat.	4	—

M. Chauveau ayant réuni la majorité des voix, est proclamé élu.

RAPPORTS.

Gangrène du cerveau. — M. Ch. Robin, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Cloquet, Louis et Baillarger, lit un rapport sur un cas de gangrène du cerveau présenté à l'Académie le 3 mars 1863 par M. le docteur Decaisne (d'Anvers). Ce travail est intitulé *Gangrène d'une partie de la base de l'encéphale reconnaissant pour cause une thrombose survenue à la suite d'une phlébite spontanée du sinus latéral droit; considérations relatives à l'histoire clinique et anatomo-pathologique de cette lésion du cerveau.*

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, lymphatique, sans maladies antérieures, occupé à des travaux de fortification. Après quelques accès fébriles intermittents compliqués d'accidents pernicieux du côté du cerveau, de surdité persistante et d'otite à droite, le malade mourut subitement au quinzième jour de la maladie, dans une sorte de syncope. A l'autopsie, faite trente-deux heures après la mort, il s'échappa de la cavité crânienne une odeur d'une extrême fétidité. On trouva du pus dans les fosses occipitales et jusque dans le canal rachidien. Les parois du sinus latéral droit étaient noires, épaissies, friables. La cavité du sinus était distendue et oblitérée par une masse puriforme circonscrite par du sang coagulé; la coagulation s'étendait jusque dans les veines s'abouchant dans ce sinus. A la base de l'encéphale, on remarquait une coloration ardoisée dans les points les moins affectés, bleu noirâtre et même tout à fait noire dans ceux qui étaient le plus fortement atteints, avec ramollissement de la substance nerveuse.

M. le rapporteur ajoute que le travail de M. Decaisne, enrichi de recherches historiques et de considérations sur l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de la gangrène du cerveau, constitue la monographie la plus complète sur ce sujet. La commission propose, par son organe, de remercier M. Decaisne de sa remarquable communication, et de renvoyer son travail au comité de publication.

Tænia solium rendu vivant par l'urèthre. — M. Ségalas lit un rapport sur une observation de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle) relative à un cas de *tænia solium* rendu vivant par l'urèthre.

Il s'agit d'un enfant de neuf ans, atteint d'un certain degré d'hydrocéphalie, ayant éprouvé à plusieurs reprises des vertiges et des accidents épileptiformes. Vers l'âge de sept ans, il se manifesta de nouveaux phénomènes morbides : des accidents vertigineux, avec agitation convulsive et roideur des membres, de la céphalalgie, des vomissements, contraction des pupilles. M. Jobert soupçonnait l'existence d'une affection vermineuse, lorsqu'un jour l'enfant est pris d'une envie pressante d'uriner, et rend, au rapport de sa mère, par les voies urinaires, un *tænia solium* que l'auteur a envoyé à l'Académie et qui est mis sous les yeux des assistants.

M. le rapporteur, après avoir analysé le fait dans tous ses détails, déclare rester dans le doute, ainsi que l'auteur lui-même, sur l'origine de ce tænia et sur les causes de sa présence dans la vessie.

Le rapporteur, rappelant les titres nombreux de M. Jobert (de Guyonvelle), les communications fréquentes qu'il a faites à l'Académie et les médailles qu'il a obtenues à plusieurs reprises soit pour ses rapports d'épidémie, soit pour les vaccinations qu'il a pratiquées, conclut en proposant de le remercier pour cette nouvelle communication, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats à proposer pour le titre de correspondant.

M. Bouillaud demande la parole. Il regrette de ne pouvoir accepter le jugement porté par M. Ségalas dans cette circonstance. L'observation ne lui paraît pas présenter les garanties suffisantes pour être admise dans la science. On prétend que le tænia a été rendu vivant par l'urèthre. Mais qu'est-ce qui le prouve? qui l'a vu? L'auteur ne l'a point vu lui-même; il le tient du rapport de la mère. Rien ne démontre donc la réalité du fait.

D'un autre côté, on insiste beaucoup sur les phénomènes généraux qui ont précédé cette prétendue expulsion du tænia par les voies urinaires. Je ne veux pas examiner en ce moment le rapport qui peut exister en général entre la présence des vers dans l'organisme et les accidents épileptiformes. Mais pour le tænia en particulier, je déclare que je ne connais pas un seul fait qui montre cette relation. Les chiens, chez qui la présence du tænia est si fréquente qu'on ne fait presque pas une autopsie de ces animaux sans en rencontrer, présentent-ils jamais des accidents épileptiques? Je crains bien que cet enfant ne soit un enfant terrible.

On ne doit pas accepter un fait aussi contraire à tout ce qui est établi dans la science, sans en avoir prouvé la réalité de la manière la plus évidente. Je suis donc d'avis qu'il faut attendre avant de l'admettre qu'on ait sur ce fait des renseignements plus précis.

M. Ricord. Ce fait pourrait s'expliquer peut-être par l'existence d'une communication anormale entre l'intestin et la vessie. J'ai vu récemment avec M. le docteur Decbambre un cas de ce genre chez une femme qui rendait des gaz intestinaux par les voies urinaires. Le fait me paraît donc admissible.

M. Bouillaud. Sans doute le fait serait explicable de cette manière, mais il a été dit dans le rapport qu'il n'existait point de communication de ce genre. C'est pour cela que j'ai pris la parole.

M. Ségalas. J'ai eu le soin de faire remarquer que c'était là un fait insolite; j'ai dit, en effet, que rien ne prouvait dans l'observation qu'il y eût une voie de communication entre l'intestin et la vessie. Mais je ne vois pas d'un autre côté qu'il ait jamais été établi comme impossible qu'un tænia pût se développer dans les organes urinaires.

M. Bouillaud propose le renvoi du rapport à la commission.

M. Ségalas déclare ne pas s'opposer à ce renvoi.

Personne n'y faisant opposition, le renvoi est ordonné.

Origine des accès et loi de ses intermittences. — M. Bouillaud donne lecture d'un rapport sur un travail ayant pour titre : *Recherches sur l'origine de l'accès et sur la loi de ses intermittences*, par M. le docteur Danet.

Voici en quels termes se résume la théorie de l'accès et de l'intermittence que M. Danet expose dans son mémoire :

Tous les accès, quelle que soit leur forme ou leur nature, lui semblent produits par un mécanisme toujours le même, savoir : l'arrêt momentané dans la circulation d'une matière à excréter de l'économie.

Qu'il s'agisse d'un accès d'épilepsie, d'hystérie, de chorée, d'éclampsie, de manie, d'hypochondrie, de mélancolie, d'asthme, etc., ou bien d'un accès de fièvre intermittente quotidienne, tierce,

---

Je trouvai le bras pendant, gonflé, violacé, sans pulsations à la radiale : c'était le bras gauche. A l'auscultation, pas le moindre bruit du cœur fœtal. Quant à la mère, épuisée, haletante, elle m'embrassait les mains, me suppliant de la délivrer.

Malgré l'écoulement des eaux de l'amnios et la rétraction utérine, malgré la présence de ce bras gonflé, je résolus de tenter la version pelvienne; je la pratiquai selon le procédé ordinaire, sans rencontrer d'insurmontables difficultés. En quelques minutes l'enfant était extrait, et la délivrance opérée. Les suites de couches furent heureuses.

Je n'oublierai point la stupeur de la matrone, quand je lui dis de ne pas tirer avec le lacs dont j'avais entouré le poignet sorti. Je lui dis à part qu'elle n'avait que trop exercé de tractions, et de ne plus y revenir en pareille occurrence. Depuis lors, je sais qu'elle m'a poursuivi de son injuste hostilité; mais il y a des gens que j'ai toujours trouvés ennemis incorrigibles, les orgueilleux et les ignorants. Je me borne à ce simple et véridique récit.

XVIII.

J'ai toujours pensé que je ne me serais pas tiré d'affaire aussi heureusement pour mon début, si M. Pajot n'avait gravé dans ma mémoire la possibilité de la situation que j'ai décrite, s'il ne m'avait préparé en quelque sorte à l'envisager de sang-froid, et surtout s'il ne m'avait clairement tracé les règles qu'il faut suivre pour exécuter la version podalique. Parmi les manœuvres intempestives que mon accouchée avait subies, j'ai mentionné la succession, la tête en bas et les jambes en haut. Ai-je besoin de vous rappeler l'antique et illustre origine de la succussion? Quant à la position la tête en bas et les jarrets élevés, j'aurai l'occasion de vous en parler de nouveau, à propos du fait curieux que Pleesman nous a transmis.

M. Paul Dubois semblait désigner d'avance M. Pajot pour professeur titulaire de la Faculté en le choisissant pour collaborateur de son *Traité d'accouchements.* Cette œuvre magistrale a pour nous un grand défaut : la publication en est beaucoup trop lente. Espérons que M. Pajot ne s'endormira pas sur le mol oreiller où sommeillent quelques-uns de ses collègues, plus soucieux de vaquer à leurs grandes occupations que d'enrichir la littérature médicale. Ne pouvant plus l'entendre, nous voulons le lire.

S'il nous était permis de nous adresser aux jeunes élèves du temps présent, nous leur dirions : Rendez grâce au ciel d'avoir un professeur d'accouchements tel que M. Pajot; suivez-le assidûment, car, vous pouvez en croire l'expérience de votre aîné, la pratique vous fournira l'occasion de mettre à profit les excellents préceptes qu'il saura vous donner. A deux pas de la Faculté, vous avez la clinique de l'auteur éminent de l'*Auscultation obstétricale*, M. Depaul; puisez à cette source nouvelle de bonnes et saines notions. De même, de notre temps, l'enseignement de M. Pajot était complété par les leçons cliniques d'un maître que la nature avait doué de la plus exquise distinction, M. Paul Dubois. Formez-vous, comme vos devanciers, au double enseignement théorique et pratique, et un jour vous pourrez prendre part à la rude bataille que nous avons à soutenir contre les mauvais cas. Soldats vaillants et bien exercés, vous ferez bravement votre devoir. Si le combat manque d'éclat, il ne manquera pas d'une certaine grandeur. A défaut de la victoire, qui ne vous sera pas toujours fidèle dans cette arène comme dans toutes les autres, vous aurez du moins la valeur d'Ivanhoé recevant de Rebecca le cheval et l'armure de combat; s'il vous arrive de ne pas être *sans peur*, comme le preux de notre histoire nationale, votre conscience vous laissera *sans reproche.*

Dr Legros.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Grand Dictionnaire universel du dix-neuvième siècle, français, historique, géographique, mythologique, bibliographique, littéraire, artistique, scientifique, etc.; par M. Pierre Larousse. Cette œuvre considérable est imprimée sur 4 colonnes de 120 lignes chacune, et présentera la matière de 400 vol. in-8°. Elle paraît par fascicules de 40 pages, au prix de *un franc*. — Pour éviter des frais d'affranchissement, les souscripteurs sont priés d'envoyer des mandats de poste de 5, 10, 15 ou 20 fr., moyennant quoi ils seront inscrits pour recevoir successivement 5, 10, 15 ou 20 fascicules. Les fascicules paraîtront d'abord par mois, puis par quinzaine, et enfin chaque semaine. — Paris, 1864, librairie Larousse et Boyer, rue Saint-André-des-Arts, 49.

Influence de la physiologie moderne sur la médecine pratique, par MM. les docteurs A. Berne et X. Delore. Un volume in-8° de 460 pages. Prix : 7 fr. — Paris, chez Victor Masson et fils.

De la hernie crurale, par M. le docteur A. Després. Prix : 3 fr. — Paris, chez A. Delahaye, éditeur, place de l'École de Médecine.

quarte, etc., ou bien encore d'une simple rémittence, la série de symptômes qui le constitue est le résultat d'un effort de l'organisme contre l'obstacle ci-dessus indiqué.

Tout accès intermittent a son siége, sa cause ou son point de départ dans un organe à fonction intermittente. Tout accès périodique a son siége, sa cause ou son point de départ dans un organe à fonction périodique.

Il y a longtemps, dit M. le rapporteur, qu'après avoir exposé et discuté les principales théories dont l'intermittence pyrétologique avait été l'objet, je terminais ainsi : « Il faut conclure que l'intermittence des fièvres, avec ses types divers, constitue encore aujourd'hui un des plus profonds mystères de la médecine. » Plût à Dieu que la théorie de l'intermittence ne fût plus, après les recherches de M. le docteur Danet, un des plus profonds mystères de la médecine ! Mais, je le demande, dans quel organe à fonction périodique tout accès périodique a-t-il son siége, sa cause, son point de départ ? et quel est l'arrêt momentané dans la circulation d'une matière à excréter de l'économie qui produit tout accès de ce genre ? Que si l'on répondait d'une manière claire, précise, à cette double question, on n'aurait encore satisfait qu'à deux conditions du problème ; étant donnés l'organe à fonction intermittente périodique qui est le point de départ de l'accès, et le mode d'obstruction, d'oblitération, qui s'oppose au cours d'une matière à excréter, il faudra expliquer comment et pourquoi l'accès reviendra tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours, tous les trois jours, etc. Cette explication donnée, il faudra faire voir encore comment le sulfate de quinine se dirigera, se transportera vers l'organe affecté, vaincra l'obstacle qui ne s'y trouve plus, etc.

Toutefois, ajoute M. Bouillaud, ces questions, qui ne trouveraient pas aujourd'hui, même dans cette enceinte, une solution satisfaisante, n'appartiennent pas cependant à l'ordre des questions qui échappent à la portée de l'esprit humain ; de sorte qu'il est permis d'espérer que la conquête de ce progrès est réservée à l'avenir. S'il en est ainsi, il y aurait un moyen de hâter l'avénement de ce nouveau progrès : ce serait que l'Académie proposât cette question pour sujet de l'un de ses prix.

Après avoir rendu hommage au courage avec lequel M. Danet a entrepris de résoudre ce problème et exprimé l'espoir qu'en redoublant d'efforts il finira par triompher, M. Bouillaud termine son rapport en proposant à l'Académie de remercier l'auteur de sa communication et de déposer son Mémoire dans les *Archives*. (Adopté.)

PRÉSENTATIONS.

Un chirurgien anglais présente à l'Académie une tumeur ovarique qu'il a extraite il y a quatre jours, et il rend compte de vive voix des principales particularités de l'opération.

— M. LE Dr ED. FOURNIÉ présente un larynx artificiel.

Les physiologistes, dit-il, qui depuis les expériences de Ferrein ont cherché à reproduire sur le cadavre les phénomènes de la voix, n'ont eu égard qu'à la tension en longueur des rubans vocaux.

Persuadé que cette tension longitudinale était insuffisante, et cherchant à imiter dans mes expériences l'action physiologique des muscles thyro-aryténoïdiens qui doublent les cordes vocales, j'ai eu l'idée de pratiquer sur les faces latérales du cartilage thyroïde deux fenêtres qui mettent la face externe de ces muscles à découvert. Deux coins de bois introduits dans ces fenêtres me permettent d'opérer la tension latérale des rubans vocaux, et en même temps l'occlusion de la glotte dans une certaine étendue.

En rapprochant les résultats de ces expériences de ceux obtenus par l'examen laryngoscopique, je suis parvenu, je crois, à surprendre le mécanisme merveilleusement simple de la production de la voix.

Je me résume en quelques mots : tous les tons de la voix sont le produit de la combinaison à des degrés variables de trois actions différentes :

1° Tension en longueur effectuée par les crico-thyroïdiens, les crico-aryténoïdiens postérieurs et les muscles extrinsèques ;

2° Tension latérale effectuée par la contraction du faisceau horizontal des muscles thyro-aryténoïdiens ;

3° Occlusion progressive de la glotte par les constricteurs inférieurs et moyens du pharynx rapprochant les lames du thyroïde, par le crico-aryténoïdien latéral, et enfin par le faisceau latéral externe du muscle thyro-aryténoïdien.

Comme confirmation des principes énoncés ci-dessus, et en même temps pour rendre la démonstration plus facile, j'ai eu l'idée de réaliser artificiellement les phénomènes vocaux tels qu'ils sont produits par le larynx humain.

Je me suis aidé en cela de la coopération intelligente de M. Charrière fils pour la partie mécanique, et de M. Galante pour les anches de caoutchouc.

Une anche de caoutchouc A, mesurant à son ouverture 25 millimètres de longueur, est fixée par l'une de ses extrémités à une tige ; l'autre extrémité est saisie par une pince B, destinée à pratiquer l'extension longitudinale et latérale de l'anche.

Cette anche se continue à sa partie inférieure avec un tube de caoutchouc D, qui sert d'insufflateur. Un cadre en fer imitant la charpente laryngienne entoure ces différentes parties. Sur cette charpente, on fixe trois ressorts terminés à leur partie supérieure par trois palettes c, c, c, sortes de pédales analogues à celles du piano, qui, par la pression des doigts, peuvent effectuer progressivement l'occlusion de l'anche dans la moitié de sa longueur. Cet appareil est recouvert d'une chemise de caoutchouc, et surmonté d'un tuyau imitant plus ou moins bien le tuyau vocal.

Le mécanisme de cet instrument est plus simple que celui des instruments de musique généralement employés, et son maniement est par conséquent plus facile. Il faut à peine quelques instants pour apprendre à combiner les trois actions de manière à produire tous les tons compris dans plus de deux octaves, et même à jouer un air facile.

M. Fournié fait l'épreuve de cet instrument devant l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commission scientifique du Mexique, instituée par décret impérial du 27 février 1864 au ministère de l'instruction publique, a commencé depuis cette époque et poursuivi ses travaux avec beaucoup d'activité.

Elle a déjà tenu sept séances générales sous la présidence du ministre et discuté à plusieurs reprises le plan de l'exploration projetée. Des comités spéciaux représentent les différentes branches de la science ou de l'administration : sciences naturelles et médicales, sciences physiques et chimiques, histoire, linguistique, archéologie, etc. du Mexique. Chacun de ces comités a des réunions particulières où l'on prépare les programmes et les instructions destinés aux membres de l'expédition, ainsi que le choix des explorateurs. En même temps, pour ne pas aller chercher au Mexique ce qu'on avait sous la main en Europe, on a commencé l'étude des documents que renferment les collections privées et publiques. Déjà la plupart des programmes et instructions ont été rédigés, examinés, approuvés en séance générale et communiqués aux chefs de nos grands services au Mexique, au général Bazaine, à l'amiral Bosse et au comte de Montholon.

— Aujourd'hui jeudi, 21 avril, la conférence des *Soirées scientifiques de la Sorbonne* sera consacrée à *l'étude de l'acoustique*, par M. Desains, professeur à la Faculté des sciences.

— M. E. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau le jeudi 28 avril, à neuf heures du matin, et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

Visite des malades à huit heures et demie.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien du Bureau central, commencera un cours de diagnostic chirurgical et d'histoire de la chirurgie le mardi 28 avril, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, à sept heures et demie du soir.

Pougues : ses eaux minérales, ses environs, par M. le docteur Félix Roubaud, médecin-inspecteur des eaux minérales de Pougues (Nièvre). Un volume in-12 richement imprimé sur beau papier vélin satiné, et orné d'une vue de l'établissement hydro-minéral et d'une carte des environs de Pougues, dressée par M. Sagansan, géographe de l'empereur et de l'administration des postes. Prix : 3 francs. Se trouve à la Librairie nouvelle, éditeur, et dans toutes les librairies médicales.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Albuminurie dans l'encéphalopathie et l'amaurose saturnines.

Les auteurs qui ont fait une étude spéciale des maladies saturnines, ont signalé depuis longtemps la coïncidence de l'albuminurie et de l'intoxication par les sels de plomb; mais ils s'en sont généralement tenus à cette constatation, sans se préoccuper de la recherche des relations qui peuvent exister entre ces deux faits pathologiques.

M. le docteur Ollivier a établi le premier le rapport de causalité qui existe entre ces deux faits, à l'aide d'expériences physiologiques qui lui ont montré que le plomb est éliminé par les reins, et que consécutivement à cette élimination, les reins éprouvent une altération notable dans leur structure; altération qui présente toutes les lésions de la néphrite albumineuse. Les résultats de ces expériences ont été confirmés depuis cliniquement, d'abord par M. Olliver lui-même, puis par M. Lancereaux. Mais d'accord tous deux sur le fait principal, ils se sont séparés sur la question de savoir à quelle époque de l'intoxication se manifeste l'affection rénale, M. Ollivier disant avoir trouvé cette lésion dans des cas d'intoxication récents, tandis que M. Lancereaux admet, au contraire, qu'elle ne survient qu'à une période déjà avancée de la maladie plombique, c'est-à-dire à la période cachectique.

Cette question vient d'être reprise tout récemment par M. le docteur Danjoy, qui a été à même d'observer, pendant son internat à l'hôpital Lariboisière, un certain nombre de cas d'albuminurie chez des sujets soumis à l'empoisonnement plombique. Il s'est demandé:

1° Si le plomb n'agissait pas directement sur l'organe sécréteur de l'urine pour en modifier la structure;

2° Si, par suite de cette modification, il ne se produisait pas un certain nombre de symptômes nouveaux, et si tout au moins la maladie rénale n'aurait pas quelque influence sur les symptômes saturnins tels qu'on les avait observés jusque-là.

Considérant que l'intoxication saturnine se manifeste, dans un certain nombre de cas, par des accidents cérébraux et de l'amaurose, il y avait lieu de se demander si ces symptômes doivent être rapportés uniquement à l'influence du plomb sur les centres nerveux, ou bien s'ils sont sous la dépendance de l'affection rénale; et dans cette dernière hypothèse, si l'encéphalopathie dite saturnine n'était pas plutôt un accident urémique qu'un symptôme directement et exclusivement lié à l'état saturnin. Il y avait tout autant de raisons de faire le même rapprochement pour l'amaurose.

Voici ce que lui ont appris à cet égard les observations qu'il a recueillies à Lariboisière et qui constituent le fond du mémoire que M. Danjoy vient de publier dans le dernier cahier des *Archives générales de médecine*, d'où nous extrayons ces quelques documents.

Dans deux premiers faits remarquables par leur analogie et par la coïncidence de l'albuminurie et des accidents encéphalopathiques, accompagnés, dans le second cas surtout, par des troubles visuels assez prononcés, c'est précisément au moment où les symptômes cérébraux se montrent que l'on constate la présence de l'albumine dans les urines, et celle-ci disparaît lorsque les phénomènes convulsifs ont cessé.

Le second cas présente d'autant plus d'intérêt que le malade, après avoir éprouvé une amélioration notable et une diminution simultanée des symptômes rénaux et des attaques épileptiques, est repris au bout de quelques jours de ces mêmes attaques, et en même temps les urines contiennent de nouveau de l'albumine.

Un point non moins intéressant a fixé l'attention de M. Danjoy; c'est celui qui est relatif à l'amaurose.

L'un des malades observés à Lariboisière, peintre en éventails, avait présenté des accidents saturnins et de l'amaurose. L'examen pathologique fait par M. Desmarres appela l'attention de ce médecin sur l'état des urines, et l'on constata de l'albuminurie. Pendant son séjour à l'hôpital, l'albuminurie persistait et était accompagnée des mêmes troubles visuels qui avaient donné l'occasion de reconnaître, à l'examen ophthalmoscopique, la lésion caractéristique de l'amaurose albuminurique. Cet individu avait-il une amaurose saturnine ou une amaurose albuminurique? La question est difficile à résoudre; mais il suffit qu'on puisse la poser pour en faire voir tout d'abord l'intérêt.

Dans une quatrième observation, comme dans les deux premières, on voit les phénomènes cérébraux suivre la même marche que l'albuminurie, se montrer et cesser en même temps qu'elle.

Enfin, une cinquième observation donne l'exemple d'une mort subite dans l'empoisonnement saturnin, précédée de symptômes cérébraux qui ont semblé à M. Danjoy devoir être rattachés à l'encéphalopathie urémique.

De ces différents faits, notre confrère a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes:

Dans certaines conditions qu'il importerait de déterminer, l'encéphalopathie et l'amaurose saturnine coïncident fréquemment avec l'albuminurie.

L'analogie entre les signes de ces deux affections et ceux donnés comme caractérisant les accidents cérébraux urémiques, lui a fait admettre une relation entre ces deux ordres de symptômes.

Sans considérer ces conclusions comme définitivement acquises à la science, nous pensons du moins qu'elles méritent une sérieuse attention de la part des pathologistes, et qu'elles appellent le concours de nouvelles recherches cliniques.

Contagion de l'érysipèle.

Les faits de contagion de l'érysipèle, dont il a été beaucoup parlé l'année dernière et qui avaient eu pour point de départ, disait-on, la maladie d'un interne de l'hôpital de Lariboisière, M. Painetvin, viennent d'être signalés dans le *Bulletin médical du nord de la France,* par M. le docteur Blin.

Il ne s'agit pas d'observations, mais bien de simples commentaires, et voici ce qu'il est dit:

M. T..., habitant Guise, tomba malade le 17 novembre 1863, trois jours après avoir quitté Paris, où il avait été en relation avec M. Painetvin, atteint d'un érysipèle, et mourut treize jours après, le 30 novembre.

Un domestique de M. T... ressentit, à partir du 2 décembre, de la faiblesse, des courbatures, et avait peu d'appétit. Il se plaignit, le 25 décembre, de mal à la gorge et de fièvre. M. le docteur Devilliers constata une rougeur vive au voile du palais et sur la paroi postérieure du pharynx, et un engorgement des ganglions sous-maxillaires; le pouls donnait 100 pulsations.

Le 28 novembre, l'érysipèle apparaît sous le nez; les jours suivants il s'étend à la face, mais ne gagne pas le cuir chevelu.

Le 3 janvier, la desquamation commence, et la convalescence se prononce.

Puis un parent de M. T... eut un érysipèle; la femme de ce malade eut également un érysipèle; trois personnes de la famille de ces derniers, qui avaient visité leurs parents, out eu successivement des érysipèles, et un de leurs parents, habitant un hameau du voisinage et qui était venu leur rendre visite, eut un érysipèle.

Le médecin de Fresnoy se sentit pris de la même maladie quelques jours après avoir donné des soins à cette famille. La fille du médecin tomba malade à son tour. M. le docteur Blin la vit « au moment où elle venait de s'aliter. Se sentant mal à l'aise le matin, elle avait pris un purgatif salin; elle avait des frissons, du subdélirium, la langue saburrale; les ganglions sous-maxillaires étaient très-gonflés des deux côtés; il était évident qu'un érysipèle était imminent.

» Je conseillai immédiatement douze sangsues à la région sous-maxillaire; un nouveau purgatif salin fut prescrit pour le lendemain.

» A la suite de ce traitement, l'érysipèle parut avorter; une rémission très-notable dans les symptômes se manifesta; l'engorgement sous-maxillaire diminua, la fièvre cessa. La malade put revenir à Saint-Quentin, et parut entrer en convalescence; mais huit jours après les premiers accidents, l'engorgement ganglionnaire augmenta de nouveau, et *l'érysipèle apparut au voisinage des piqûres de sangsues* du côté droit. L'éruption se propagea à toute la face et gagna la racine des cheveux, mais elle n'envahit pas le sommet de la tête; la fièvre resta très-modérée, le trouble intellectuel se borna à des rêvasseries et à du subdélirium.... La maladie se termina au bout de quinze jours.... »

Deux religieuses de Saint-Quentin, qui avaient soigné les malades de Fresnoy, ont été affectées d'érysipèle. Ces deux religieuses étant rentrées dans leur couvent, plusieurs de leurs compagnes ont contracté l'érysipèle en les soignant. M. Blin ajoute qu'il manque de renseignements sur cette dernière propagation. Il faut ajouter aussi que, sauf le cas du domestique de M. T... et le cas de la dame de Saint-Quentin, les faits ne sont pas datés.

Les assertions et les citations sont éloquentes. Mais il n'y a rien de plus douteux que les deux narrations un peu étendues de cette énumération d'érysipèles contagieux, et c'est à ces dernières seules que l'on peut s'arrêter, les autres n'étant qu'une simple déclaration de fait. Là comme dans les expositions de Wells, comme dans celles de la thèse de M. Fenestre, qui a été la source des changements survenus dans nos livres classiques, on retrouve toujours les mêmes faits: un exposé sommaire de malades ayant été en rapport avec un individu atteint d'érysipèle, ayant contracté ensuite tôt ou tard cette affection, et des observations non concluantes.

Tous les faits antérieurs ont été commentés, jugés, et il en est resté peu de chose; examinons les deux faits un peu détaillés de la note de M. Blin.

Le domestique de M. T... est tombé malade vingt-six à vingt-neuf jours après la mort de ce dernier. Il a présenté les symptômes d'un embarras gastrique et d'une amygdalite ou d'une pharyngite dans le cours de laquelle s'est développé un érysipèle au nez; et si l'on voulait opposer une hypothèse à une autre hypothèse, on pourrait peut-être rattacher l'érysipèle à une vésicule d'herpès labial non reconnue et non soignée.

Quant à la seconde observation, elle a une signification tellement accentuée qu'il paraît étonnant que l'auteur ait pu un moment s'arrêter à l'idée d'une contagion. Quoi! voici des symptômes vagues non définis sans éruption que l'on juge être un érysipèle et qui s'arrêtent sous l'influence des sangsues; la malade est assez remise pour retourner dans son pays; huit jours après un érysipèle se montre autour des piqûres de sangsues, et c'est là un exemple de contagion d'érysipèle!

Lorsque l'on voit les détails des séries d'érysipèle dits contagieux, lorsque l'on voit les faits à côté de l'étiquette, ce n'est-on pas autorisé à penser des malades dont l'histoire n'est point donnée? Ce que Wells a écrit il y a soixante-quatre ans a été justement traité d'interprétation forcée, et témoigne sinon d'un esprit de recherche incomplet se guidant seulement sur des apparences, du moins de la vivacité de l'imagination des hommes et même des médecins.

Mais derrière toutes ces opinions qui reparaissent de temps en temps, il y a néanmoins quelque chose; il y a un axiome qui s'impose peu à peu: l'habitation d'un homme sain près d'une personne malade, même d'un érysipèle, est une cause d'affaiblissement. Cet écart aux lois de l'hygiène entraîne une altération des conditions de santé individuelle, et partant favorise le développement d'une maladie variable comme l'influence de la cause occasionnelle qui la détermine. Ici ce sera une pneumonie, ici une amygdalite, là une fièvre typhoïde, là un phlegmon diffus, et ailleurs un érysipèle.

Emphysème des paupières consécutif à une rupture du sac lacrymal.

Les observations d'emphysème de l'orbite après une fracture des os du nez ou des os qui forment les parois des sinus annexés aux fosses nasales ne sont pas extraordinaires. Les emphysèmes consécutifs à la rupture du sac lacrymal à la suite d'une plaie et d'une contusion ont été plus d'une fois rencontrés; mais les emphysèmes qui résultent d'une rupture du sac lacrymal après un effort pour se moucher sont extrêmement rares, puisque jusqu'ici on ne connaît que deux exemples de cette lésion.

Voici un troisième fait qui appartient à la pratique de M. Foucher, et qui a été observé à la consultation de l'hospice de la Vieillesse (hommes).

Le 5 avril, un conducteur d'omnibus âgé de vingt-six ans, atteint d'un coryza aigu, avait ressenti, en se mouchant avec un violent effort pour dégager la narine et la fosse nasale gauche, outre une douleur sourde brusque qui s'était peu à peu calmée, une sensation singulière, rapprochée par le malade de celle qu'on éprouve quand de l'eau et de l'air pénètrent entre les paupières. Le jeune homme, interrogé, disait en propres termes qu'il avait senti des espèces de bulles gazeuses qui se portaient tout autour de l'œil. Il ajoutait qu'il avait vu des

points lumineux, et décrivait assez bien les phosphènes qui se produisent pendant la compression exercée sur divers points du globe oculaire.

Quand le malade a été présenté à M. Foucher, les paupières du côté gauche étaient fermées, tuméfiées, sans changement de coloration à la peau. La tuméfaction des paupières était telle, que leurs bords libres formaient une bride déprimée qui divisait en deux moitiés une tumeur ayant à peu près le volume du poing. Au niveau de l'angle interne de l'œil, existait une saillie du volume d'un gros haricot, se dessinant sur la partie interne de la tumeur.

Les paupières ayant été écartées, ont permis de constater que le globe de l'œil était parfaitement sain, mais qu'il était plus saillant que celui du côté opposé, en un mot, qu'il y avait un certain degré d'exophthalmie.

L'émotion du malade était extrême, il avait des tendances aux syncopes; effrayé de l'état de son œil, il a eu devant M. Foucher plusieurs moments de défaillance.

Au premier contact de la main du chirurgien avec la tumeur, une mollesse pâteuse, une crépitation emphysémateuse ont été perçues, et le diagnostic a été immédiatement porté. Comme les pressions légères exercées pour l'exploration avaient diminué le volume de la tumeur, et comme d'une autre part c'était pendant un effort pour se moucher que la tumeur avait été produite, M. Foucher a diagnostiqué un emphysème sous-conjonctival et palpébral consécutif à la rupture du sac lacrymal.

Le malade a été rassuré par le chirurgien et par la diminution progressive de la tumeur. Des compresses froides ont été placées sur les paupières, et il a été recommandé au jeune homme d'avoir la précaution de presser sur l'angle interne de l'œil pendant qu'il se moucherait.

Les jours suivants le même traitement a été continué, et la tuméfaction a disparu insensiblement.

L'observation de ce malade, recueillie avec soin par M. de Montmeja, interne du service, nous apprend que le gonflement a cessé d'abord à la paupière inférieure de l'œil, puis à la paupière supérieure, et que le 7 avril il ne restait plus aucune trace de la lésion.

Le caractère essentiel de l'emphysème, la crépitation d'une tumeur rapidement développée, ont de suite établi la nature de la lésion. Mais pour ce qui est de l'origine de l'emphysème, c'est-à-dire de la rupture des conduits muqueux qui donnent passage à l'air expiré et inspiré, il y avait peut-être quelques difficultés à préciser le siége de la solution de continuité. Mackensie a cité deux cas de rupture du sac lacrymal chez des jeunes filles strumeuses affectées d'ozène, et chez lesquelles la rupture du canal nasal et l'emphysème avaient eu lieu pendant qu'elles se mouchaient. M. Foucher, se fondant sur ces deux cas, jugeait que la rupture des voies lacrymales était la lésion première. De plus, tenant compte des antécédents du malade et demeurant certain qu'il n'avait pas reçu de coup, car il ne portait aucune trace de violence qui dût faire soupçonner la sincérité de ses explications, il croyait impossible d'accepter une autre supposition. Il trouvait encore dans l'existence d'un coryza une raison suffisante pour rapprocher le fait observé de ceux qu'a rapportés Mackensie. Dans les trois cas, il y aurait eu un état inflammatoire des conduits lacrymaux, condition favorable à une rupture.

Les emphysèmes des paupières, comme les emphysèmes dus à la rupture peu étendue d'un conduit aérien, ont peu de tendance à s'étendre; celui dont il est ici question commençait même déjà à diminuer lorsqu'il a été vu par M. Foucher. Il est probable que la déchirure du sac lacrymal a été de bonne heure oblitérée par le gonflement des lèvres de la plaie et par un peu de sang. Cependant, comme la tumeur a rapidement diminué et que c'est à la paupière supérieure que l'emphysème a disparu en dernier lieu, on pourrait penser qu'il y a eu une communication persistante à l'aide de laquelle l'air se serait réintroduit dans les fosses nasales.

Mais il ne faudrait pas oublier que l'air contenu dans les emphysèmes du tissu cellulaire se résorbe très-vite, et on ne comprendrait pas comment l'air contenu dans le tissu sous-conjonctival aurait pu rentrer dans le canal nasal sans que l'air contenu dans les fosses nasales ait pénétré de nouveau dans l'orbite et dans les paupières.

Mensuration de la rate.

Nous recevons de Bruxelles la réponse suivante de M. le docteur Fleury; concernant la mensuration de la rate et les nouvelles recherches de M. Piorry sur ce sujet :

« Sur les vingt sujets examinés par M. Piorry, le diamètre plessimétrique vertical de la rate a été invariablement de 4 centimètres.

» Soit. Mais quelle est la taille de ces vingt sujets?

» J'ai montré que le volume de la rate, ainsi que celui du foie, varie dans des limites que j'ai déterminées (1), suivant la stature des sujets.

» Tant que M. Piorry ne tiendra point compte de cette condition si importante, sera-t-on en droit d'opposer ses résultats aux miens?

» M. Piorry reconnait qu'en raison de la position oblique de l'organe, le diamètre splénique vertical anatomique, c'est-à-dire le diamètre *réel*, est plus considérable que le diamètre plessimétrique, et M. Piorry explique pourquoi celui-ci est plus étendu lorsque la percussion est pratiquée les sujets étant debout.

» M. Piorry reconnait donc que le diamètre plessimétrique obtenu les malades étant debout, se rapproche davantage du diamètre anatomique, c'est-à-dire du diamètre réel, que le diamètre plessimétrique obtenu les malades étant couchés.

» Ne faut-il pas en conclure que mon procédé est préférable à celui de M. Piorry? »

En reproduisant les résultats plessimétriques obtenus par M. Piorry, nous n'avons pas entendu admettre sans réserve le chiffre de 4 centimètres comme rigoureusement exact et constamment le même. Nous l'avons accepté comme une moyenne, sans croire qu'une rate de 4 centimètres et demi, par exemple, constituerait un état morbide. Nous n'admettons pas que la rate soit plus invariable dans son volume qu'aucun des autres organes.

(1) *Clinique de Bellevue*, 2e fascicule. De la congestion sanguine chronique du foie.

HOPITAL DE HONFLEUR. — M. Lamare fils.

Calcul vésical autour d'une épingle à cheveux. Cystotomie vaginale. — Guérison.

Voici un cas chirurgical qui confirme complétement les judicieuses réflexions que vous avez formulées dans le numéro du 19 mars, à l'occasion d'une opération de cystotomie récemment pratiquée par M. Jarjavay. Une coïncidence de date vient de me faire observer un fait analogue, dans lequel il fallait décider si l'extraction d'un volumineux calcul contenu dans la vessie d'une femme présentait moins de danger par la taille que par la lithotritie. Ceci me paraît offrir quelque intérêt, non-seulement à cause du long séjour du corps étranger qui en fut le principe, mais aussi à cause de l'énorme développement qu'il a atteint et des lésions qui en furent la conséquence.

Marie X... est fille et âgée de trente-deux ans; quoique d'une intelligence très-bornée, elle peut encore fournir des renseignements assez précis. Ses fonctions de servante de ferme ne furent interrompues que par les progrès de son infirmité *apparente* : l'incontinence d'urine, que ses maîtres avaient attribuée à son état mental et à de la paresse; ce fut pour cette infirmité qu'elle fut admise à l'hospice de Honfleur. Après avoir dissimulé la nature des souffrances qu'elle éprouvait, elle était tombée dans un tel état de dépérissement qu'elle consentit à faire l'aveu de sa souffrance, intolérable parfois, et des sensations de pesanteur dans la région périnéale. Une première exploration fut donc faite le 15 février dernier pour établir le diagnostic.

L'introduction du doigt ou du spéculum fait tout d'abord reconnaître une contraction exagérée du sphincter du vagin, devenue permanente depuis que cette fille s'est efforcée de modérer l'incontinence d'urine en la retenant dans le vagin, où elle pénètre par des ouvertures que le doigt fait constater dans la cloison vésico-vaginale. Sur la moitié gauche, nulle lésion; sur la droite, on sent d'abord la saillie d'une petite pointe aiguë dépassant peu le niveau de la muqueuse, et à 1 centimètre plus loin, le relief d'une concrétion d'apparence calcaire, rugueuse et ayant produit aussi la perforation de la cloison. Les limites de la masse contenue dans la vessie sont difficilement appréciables; on reconnaît seulement que la paroi antérieure du vagin est abaissée et cède peu sous l'effort de pression exercé de bas en haut et latéralement.

L'examen avec le spéculum confirme les indices et fait mieux voir la situation des perforations, ainsi qu'un abaissement considérable de l'utérus. Il s'agissait alors de constater le volume du calcul et sa position dans la vessie : à l'aide du doigt et de la sonde, j'ai pu acquérir la conviction qu'il n'avait pas moins de 4 centimètres de largeur et 6 centimètres environ de longueur; mais il m'était impossible de préciser l'étendue du diamètre vertical; je pus seulement constater que la sonde ne contournait pas toutes les surfaces du calcul, que celles-ci sont bosselées, et que dans une certaine étendue il adhérait à la vessie.

Pressée de questions, la malade avoue qu'elle a laissé pénétrer involontairement une épingle à cheveux double il y a quatorze ans; elle cite l'âge qu'elle avait alors et une circonstance importante de sa vie qui le lui rappelle. On comprendrait difficilement qu'un corps étranger introduit dans la vessie depuis quatorze ans, n'eût pas déterminé plus tôt des accidents graves qui eussent mis la malade dans l'obligation d'en faire l'aveu; mais il faut tenir compte de la dissimulation motivée qu'elle a montrée et du peu d'intelligence du sujet.

Le cas ainsi connu, fallait-il tenter la lithotritie, malgré les obstacles que je viens d'indiquer, ou bien fallait-il pratiquer la taille? J'ai cru que ce dernier procédé serait moins dangereux, et je me décidai à le tenter le 10 mars dernier.

Je ne décrirai pas en détail les divers temps de l'opération que je me proposai d'entreprendre :

1° L'incision de la cloison vésico-vaginale;

2° L'extraction du calcul;

3° La suture de la plaie.

Je me bornerai à indiquer les incidents les plus importants.

La dilatation de l'ouverture vaginale n'a pas été une des moindres difficultés de l'opération; j'ai parlé déjà de la contraction du sphincter, qui résista comme eût fait l'orifice vésical lui-même, avec une sorte de ténesme.

L'incision de la cloison fut pratiquée suivant une ligne oblique de gauche à droite, afin de comprendre dans son trajet les deux perforations observées. Elle fut prolongée jusqu'à 1 centimètre de l'orifice interne de l'urèthre, et avait une longueur de 4 centimètres environ, étendue que je supposai devoir suffire avec l'élasticité des tissus.

Il fallut ensuite, avec l'extrémité d'une spatule et des tenettes, détruire une partie des adhérences qui retenaient la pierre au basfond de la vessie. Mais quand j'essayai, avec les tenettes, de pratiquer des mouvements de torsion et des efforts d'extraction, je fus obligé d'y renoncer d'abord, parce que je craignais de provoquer la rupture des parois de la vessie ou la blessure des organes voisins. Je cherchai alors à ébranler le calcul à l'aide de l'indicateur porté très-loin en arrière et au-dessus du calcul, afin d'obtenir un mouvement de bascule qui facilitât l'énucléation des parties qui devaient être enchatonnées.

Après beaucoup de tentatives, je parvins à rompre la coque du calcul, dont les principaux fragments furent immédiatement enlevés à l'aide des tenettes; puis une grande quantité de graviers friables fut expulsée par d'abondantes injections d'eau tiède. Il restait encore dans la vessie quelques fragments de la coque et un gros appendice du volume de la moitié d'un œuf de pigeon et à peu près hémisphérique. Ce fragment me parut retenu incomplétement dans une loge des parois vésicales, sur lesquelles j'hésitai à porter les tenettes. La femme était très-fatiguée par les diverses difficultés d'un travail qui durait depuis une heure; j'ajournai donc la fin de cette recherche, avec la pensée qu'elle serait inutile, puisque les derniers débris, sans cohésion ni adhérence intime avec la vessie, pourraient être expulsés par les contractions seules de cet organe. En effet, trois jours après, il me fut facile de les saisir dans le vagin à l'aide de pinces à pansement.

Le rapprochement des divers fragments m'a permis de reconstituer presque en entier le calcul avec sa forme et ses dimensions. C'est une production de phosphate de chaux autour d'une épingle double à cheveux, qui a une longueur de 6 centimètres 1/2, et un écartement, avec les deux pointes, de 1 centimètre.

Cette pierre est formée de deux parties d'inégale grosseur, séparées par un rétrécissement analogue à celui qui figure le col du fémur. Mesurée dans son ensemble, elle n'a pas moins de 7 centimètres de longueur, 4 centimètres et demi de largeur et plus de 12 centimètres dans sa plus grande circonférence. Une des pointes de l'épingle fait saillie d'un demi-centimètre, l'autre est incrustée de sels calcaires; c'étaient les deux parties du calcul que l'on sentait dans le vagin. Au pourtour de la masse s'élèvent quelques bosselures; l'une d'elles fait relief de 2 centimètres et paraît avoir adhéré perpendiculairement à son grand axe.

Les suites de l'opération ont été favorables; après quelques symptômes de traumatisme, la fièvre a cessé, le sommeil et l'appétit ont reparu; l'incontinence d'urine a diminué très-rapidement, et depuis quelques jours la malade commence à bien retenir l'urine.

Treize jours après la taille, la plaie est en voie de cicatrisation, couverte de bourgeons charnus, et tout fait prévoir que la réunion pourra se produire sans qu'il soit nécessaire de faire des sutures. Probablement il faudra pratiquer quelques cautérisations avec le nitrate d'argent pour compléter la guérison.

HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT.

M. Prud'homme.

Fracture cunéiforme en double V des deux os de la jambe, arthrite tibio-tarsienne, gangrène, amputation.

(Observation lue à la Société de chirurgie.)

Pierre B..., Savoyard, constitution athlétique, âgé de vingt-quatre ans, dragon au 4e régiment, au corps depuis deux ans, est apporté le 31 mars 1863, à trois heures du soir, sur une voiture à l'hôpital de Belfort. On l'a trouvé à environ deux lieues de la ville couché par terre, ivre et venant de tomber d'une tertre assez élevé; dans sa chute, il s'est fracturé la jambe gauche. Tel est le récit de la personne qui a bien voulu amener le malade à notre hôpital.

Je constate une fracture complète de la jambe gauche au tiers inférieur. La fracture du tibia est très-oblique. Il y a en plus de nombreuses contusions à la face, sur le pied et à la crête du tibia. Le membre est énormément tuméfié. Je mets un appareil à fracture ordinaire, avec la précaution de ne point serrer les lacs, faisant observer aux assistants combien l'état du malade, les diverses contusions et la tuméfaction donnent de gravité au pronostic.

Le 3 avril, à trois heures, en examinant l'appareil, je suis frappé de la teinte pâle, du refroidissement des orteils, qui paraissent diminués de volume. On dirait qu'il y a là la syncope locale décrite par M. Raynaud dans sa thèse sur la gangrène. Je défais immédiatement l'appareil. Le membre est très-tuméfié, il y a des phlyctènes au lieu de la fracture, à la face externe inférieure de la jambe, sur le pied et à la base des quatrième et cinquième orteils. Des frictions d'alcool camphré rétablissent la circulation dans les trois premiers orteils, qui ont repris le lendemain leur coloration et leur chaleur normales. J'enveloppe le pied et la jambe de ouate.

Le 5, la plaie contuse de la crête du tibia s'est aussi couverte de phlyctènes. La gangrène est établie dans la moitié externe du pied et la partie inférieure de la jambe; l'articulation tibio-tarsienne est très-douloureuse.

Après avoir essayé de conserver le membre jusqu'au 18 avril, nous décidons avec mon confrère le docteur Fauchon que l'amputation est la seule chance de salut du malade. Nous la pratiquons le même jour au lieu d'élection. Rien de particulier à signaler dans l'opération.

Examen du membre. — Tissu cellulaire de la face interne infiltré de pus à la hauteur de la fracture tibiale. Vastes plaques gangréneuses en avant et en arrière du bas de la jambe, ne dépassant pas le tissu cellulaire sous-cutané. Le tibia est fracturé en V double. La pointe du V inférieur est à 5 centimètres au-dessus du bord postérieur de la malléole interne; l'extrémité du V supérieur est à 13 centimètres du bord externe. Les deux sommets des V siégent sur les bords interne et externe et sont réunis par un trait spiroïde antérieur; le trait postérieur est rectiligne. Le sommet du V inférieur présente une esquille quadrilatère et logangique de 3 centimètres dans son plus grand diamètre. De ce même angle inférieur part une fêlure, qui continue la spire ci-dessus mentionnée et va pénétrer dans l'articulation tibio-tarsienne, où elle se continue à angle droit jusqu'au milieu du bord articulaire postérieur.

La fracture du péroné, aussi en V double, siége à 10 centimètres plus haut que celle du tibia. Seulement sur le péroné les deux V sont concentriques, tandis que sur le tibia ils sont opposés base à base. Des deux angles des V péroniens part une fracture rectiligne qui retrace leurs bissectrices. Les fragments du tibia sont dénudés, chevauchent l'un sur l'autre et baignent dans un magma putrilagineux. L'articulation tibio-tarsienne est remplie d'un sang brunâtre et n'aurait pas tardé à suppurer. La dissection des troncs artériels nous fait constater l'intégrité absolue des tibiales antérieure, postérieure et péronière, qui ne contiennent aucun caillot. Enfin, le pus qui entourait les fragments tibiaux présente des gouttelettes huileuses.

Après quelques alternatives de bien et de mal, un embarras gastro-

intestinal, la plaie de l'amputation marcha lentement vers la guérison, et l'opéré sortit guéri de l'hôpital le 5 juin 1863.

La gangrène par striction étant mise hors de cause, pour diverses raisons, par nos précautions d'abord, par la gangrène longitudinale des téguments du pied, qui a respecté la moitié interne, par l'aspect des orteils au quatrième jour, restait à expliquer sa production. La gangrène par embolie n'a pu exister, les artères du membre étant vides et intactes. Nous pensions qu'elle devait être attribuée à l'énorme contusion des tissus produits par la chute, et, faute de mieux, nous nous contentions de cette explication, lorsque le compte rendu du travail présenté à l'Académie de médecine par M. le docteur Béranger Féraux est venu à notre connaissance.

Si les assertions de notre confrère, basées sur l'examen des fractures cunéiformes du musée du Val-de-Grâce, sont acceptées, à savoir : « Que les accidents qui suivent les fractures en V ont pour cause l'arthrite traumatique ; » il nous semble que notre observation, avec les pièces anatomiques qui y sont jointes, vient d'une manière toute particulière confirmer les données de son travail.

DES MOYENS A OPPOSER

aux accès de suffocation asthmatique.

Par M. le Dr G. Adam.

Dans une importante commune de l'ouest de la France, où nous avons exercé la médecine dès le début de notre carrière, nous avons rencontré une douzaine d'asthmatiques. Ce chiffre relativement si élevé dépendait-il d'une simple coïncidence, ou était-il dû à des circonstances géographiques locales, nous ne saurions le dire. Toujours est-il que nous avons été fréquemment appelé pendant des attaques d'asthme, et qu'il n'existe pas d'affection dont les manifestations soient plus effrayantes : le malade appelle à lui l'air qui le fuit, les familles perdent leur sang-froid, imaginent les expédients parfois les plus nuisibles, et interviennent d'une façon inutile dans tous les cas.

On sait avec quelle persévérance on s'est ingénié à faire pénétrer dans les bronches une fumée bienfaisante, et combien ont varié les formules des vapeurs calmantes qui ont tour à tour été préconisées et employées tantôt sous la forme de cigares, de cigarettes, de fumigations aromatiques, de vapeurs de papier brûlé, etc., etc. Quelques-unes de ces préparations, tout en amenant à coup sûr un soulagement marqué, n'ont pas encore pu s'affranchir de plusieurs reproches assez graves : parfois elles déterminent, par exemple, des troubles dans la vision ou du désordre dans les fonctions digestives.

Frappé de tous ces inconvénients, nous avons expérimenté les *Tubes anti-asthmatiques* de M. Levasseur, pharmacien, et nous devons dire qu'ils n'ont causé ni étourdissements ni nausées, et qu'ils ont totalement enrayé la suffocation. Nous avons répété un certain nombre de fois cette expérimentation, et notamment à la fin du mois de janvier dernier, chez un goutteux âgé de soixante-dix ans, chargé d'obésité et très-sujet à l'orthopnée. Le succès a été constant; aussi mon opinion est-elle que cette préparation est appelée à un très-grand succès.

Les *tubes anti-asthmatiques* se fument lentement, et il faut obtenir du malade qu'il apporte beaucoup de soin dans l'acte d'aspiration de la fumée. Ces tubes sont inaltérables, et on peut les transporter à de grandes distances ou les garder pendant longtemps sans que leur action spécifique soit en rien diminuée. Le goutteux dont je parlais il n'y a qu'un instant en a constamment sur lui, et aussitôt que des symptômes de suffocation s'emparent de lui, il aspire la fumée d'un de ses tubes et l'accès disparaît sans céphalalgie, sans étourdissements ni nausées.

D'après ce que nous avons pu voir, les malades n'ont aucune modification à apporter dans leur régime, et ils peuvent même continuer à faire usage de café à l'eau s'ils en ont l'habitude.

Nous tenons de plusieurs confrères que les *tubes anti-asthmatiques* ont été employés avec succès dans des cas d'enrouements subits ou d'aphonie, comme les femmes en éprouvent quelquefois au moment des époques menstruelles, pendant la grossesse ou après des attaques d'hystérie; nous le croyons fermement, mais nous ne pouvions parler ici que de ce que nous avons vu. Or nous ne nous sommes servi avec les plus grands avantages de la préparation médicamenteuse de M. Levasseur que dans des cas de suffocation asthmatique, et nous ne pouvons rien certifier en dehors de nos expérimentations personnelles.

VOMISSEMENTS LIÉS A L'ÉTAT DE GROSSESSE.

Guérison instantanée par l'eau-de-vie.

Par M. L. Casson, médecin à Pau (Basses-Pyrénées).

Un de nos confrères, M. le docteur Lacoste, m'ayant parlé de l'état d'une jeune femme qui commençait à lui inspirer de l'inquiétude, me raconta qu'elle avait eu deux suppressions menstruelles, et que depuis quinze jours environ, malgré les moyens variés qu'il avait employés, elle vomissait les aliments qu'elle prenait à chacun de ses trois repas de la journée. Je l'engageai à essayer de l'eau-de-vie étendue d'eau, me souvenant d'avoir lu une note de M. le docteur Tripier sur l'emploi de l'alcool comme moyen de prévenir les vomissements chez les phthisiques.

Dès ce moment, Mme X... a pris à son déjeuner et à son dîner deux travers de doigt d'eau-de-vie dans un verre à pied de dimension ordinaire, que l'on achevait de remplir avec de l'eau de Seltz. Les vomissements ont immédiatement disparu.

Après cinq jours, l'eau-de-vie a été suspendue. Il y a de cela huit jours, et les vomissements n'ont pas reparu.

Ce fait ne me paraît pas avoir besoin de commentaires. Il est à désirer que l'efficacité de ce moyen soit la même dans tous les cas de même nature ; c'est ce que l'expérience nous apprendra.

Il est bon de faire remarquer que l'eau de Seltz a été complétement étrangère à la cessation des vomissements, car Mme X... en prenait depuis plusieurs jours à ses repas sans le moindre soulagement. Il est bon d'ajouter que déjà dans les vomissements incoercibles de la grossesse, les alcooliques ont paru procurer des guérisons. (*Note de la rédaction*).

IPÉCA ET CALOMEL

dans la forme grave de la dyssenterie.

Par M. le docteur Aidé (d'Alexandrie).

Administrer de quatre heures en quatre heures un des paquets de la poudre ci-après :

Poudre d'ipéca.	3 grammes.
Calomel.	1 gr. 50 centigr.
Extrait thébaïque desséché et réduit en poudre.	0 gr. 20

Mêlez, et divisez en six paquets égaux.

On associe à ce traitement interne des lavements albumineux toutes les deux heures, des frictions sur l'abdomen de trois heures en trois heures avec la pommade :

Cérat de Galien.	30 grammes.
Extrait thébaïque.	6

Et on recouvre l'abdomen de cataplasmes.

(*Association médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 avril 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. LEGOUEST, au nom de M. Prud'homme, médecin en chef de l'hôpital militaire de Belfort, présente l'observation suivante et les pièces pathologiques qui s'y rapportent. (Voir plus haut.)

M. Legouest fait observer en remettant cette observation et en faisant voir les pièces pathologiques, que si le fait milite en faveur de l'opinion de M. Béranger-Féraud, il existe cependant des fractures en V qui ne communiquent pas avec les articulations, et déterminent néanmoins les graves accidents sur lesquels M. Gosselin a attiré l'attention des chirurgiens, comme il existe des arthrites traumatiques consécutives à des fractures qui se terminent par la guérison.

Sans vouloir discuter le travail de M. Béranger-Féraud, qui n'a pas été communiqué à la Société de chirurgie, mais à l'Académie de médecine, il fait cependant remarquer que la pièce du musée du Val-de-Grâce que M. Béranger a citée à l'appui de son opinion, est loin d'être probante : c'est une fracture en V de la partie moyenne du fémur, sans communication avec l'articulation du genou ou de la hanche. Il existait en même temps une fracture par écrasement du calcanéum et une autre fracture de l'extrémité supérieure du tibia, avec déplacement considérable en arrière comprimant l'artère poplitée. La gangrène survint et obligea M. Legouest à amputer la cuisse dans le lieu même de la fracture. Le blessé guérit; mais peu de temps après la guérison, l'aliénation mentale, qui avait poussé le sujet à se précipiter par une fenêtre, reparut et nécessita le transport de l'opéré à Charenton.

DISCUSSION.

Thérapeutique des polypes du larynx. — M. DEBROU adresse la lettre suivante, dont M. Verneuil donne lecture :

Orléans, 13 avril 1864.

Monsieur le président,

Je pourrais me montrer surpris d'avoir trouvé dans le compte rendu de la Société de chirurgie du 30 mars (inséré dans le no du 9 avril de la *Gazette des Hôpitaux*) une lettre de M. Ehrmann, adressée à la Société, dans laquelle il m'attribue un langage et des opinions qui ne m'appartiennent pas. Je n'ai rien écrit de pareil à ce qu'il me prête dans la note que j'ai envoyée à la Société, et certainement, si l'habile chirurgien de Strasbourg avait attendu la publication de mon travail pour savoir ce que ce travail contient, il se serait dispensé d'écrire sa lettre, demeurant en possession paisible de la très-juste considération que lui a valu sa belle opération de polype du larynx.

Je pourrais me montrer surpris également de ce que dans la suite de la séance M. Trélat ait mis en doute, avec une grande insistance, l'opportunité de l'opération que j'avais pratiquée. Ne voulant pas faire comme M. Ehrmann, qui a écrit à Strasbourg, le 28 mars, une lettre sur une séance tenue à Paris le 23 mars, et à laquelle il n'avait pas assisté, j'ai attendu d'avoir sous les yeux le compte rendu officiel, qui ne se publie que dix jours après la séance, afin de ne me tromper ni sur le sens ni sur les termes des observations présentées par M. Trélat, lequel d'ailleurs a signé lui-même le Compte rendu de la séance, en qualité de secrétaire. Mais, au lieu de trouver étranges ces remarques, avancées sans contradiction possible puisque je n'étais pas présent à la séance, je vais essayer de satisfaire mon collègue, en ajoutant des détails ou des développements qu'il semble désirer.

Voici d'abord le résumé de son argumentation, que j'extrais fidèlement du compte rendu rédigé par lui.

Je n'ai pas prouvé que le polype de mon malade ne pouvait pas être extrait par les voies naturelles. Ce polype avait les conditions réclamées pour cela par MM. Trélat et Verneuil, savoir : Il était situé au-dessus de la glotte et accessible aux instruments. Que pouvait-on craindre en l'enlevant par la bouche? une hémorrhagie? Ce n'était pas probable, parce qu'il était fibreux et dur. Pouvait-on craindre que le polype n'offrît trop de résistance par sa dureté, que la manœuvre de l'écraseur ne fût trop longue (comme elle l'a été en effet)? « Il » fallait suivre l'exemple de M. Middeldorpff, qui a enlevé avec le » galvano-cautère une tumeur *du volume d'une noix, qui semblait* » *naître de la région sus-glottique du larynx;* analogie, ou pourrait » dire similitude de lésions qui auraient dû conduire à la similitude » de traitement. »

D'ailleurs, le volume de la tumeur, au lieu d'être un motif pour opérer par une voie artificielle, est un motif de plus pour opérer par la bouche, « car il est bien difficile d'ouvrir avec le bistouri une voie » plus large que le conduit bucco-pharyngien... Si on se reporte aux » motifs qui ont guidé les autres opérateurs, M. Ehrmann, M. Prat, » M. Follin, on voit que par-dessus tout c'est l'impossibilité d'atteindre les polypes qui a dicté leur conduite. »

Je pense n'avoir rien omis de principal dans les raisons données par M. Trélat pour soutenir son opinion. Ce n'est pas la première fois qu'il se montre partisan presque exclusif de l'ablation des polypes du larynx par les voies naturelles. Dans la séance du 18 février 1863, à l'occasion d'un malade présenté par M. Follin à la Société, pour avoir l'avis de ses collègues, M. Trélat s'exprimait ainsi :

« Je ne vois pas pourquoi on n'opérerait pas ici par les voies natu-« relles. Les polypes sont très-apparents dans la production des sons » graves; on pourrait les saisir à ce moment... »

M. Verneuil fit remarquer que le polype opéré par la bouche par M. Fauvel avait un très-petit volume; que celui opéré par M. Burns, chez son frère, était également très-petit. Pour lui, il était partisan de la laryngotomie thyro-hyoïdienne que proposait M. Follin. Et en effet M. Follin, qui n'avait pas été convaincu, se comporta plus tard comme il se l'était proposé. On voit donc que chez M. Trélat cette préférence pour agir par les voies naturelles n'est pas nouvelle. Et elle est établie à ce point pour lui qu'un gros volume de la tumeur est une raison de plus pour agir ainsi : « car il est bien difficile d'ou-» vrir avec le bistouri une voie plus large que ne l'est le conduit » bucco-pharyngien. »

Si les conclusions de notre honorable collègue sont justes, il n'y aura en réalité aucun polype du larynx qui devra être désormais enlevé par une opération extérieure, pourvu que l'on puisse atteindre et saisir la tumeur au fond du gosier. Et comme, d'une autre part, les petits polypes muqueux peuvent être saisis dans le larynx avec une pince *ad hoc*, il en résulterait que toute opération de laryngotomie serait à jamais rejetée pour les excroissances intra-laryngées. Un tel progrès serait assurément à souhaiter, et il serait d'autant plus utile de l'accomplir qu'une récente opération de laryngotomie vient d'être faite encore à Strasbourg par M. Bœckel.

M. Trélat répète à plusieurs reprises que je n'ai pas assez établi dans mon observation que le polype ne pouvait pas être enlevé par la bouche. Il montre une fois de plus que jamais les observations ne sont assez détaillées au gré de tout le monde et suivant les points de vue divers où chacun se place. C'eût été une générosité bien simple de m'accorder que je n'agissais pas tout à fait en aveugle. Mais je puis lui dire que dès le commencement j'avais été obligé de renoncer à agir par les voies naturelles. Dans toutes mes explorations, qui avaient été nombreuses, pour rechercher le point d'insertion de la tumeur, quand je la soulevais tantôt avec une pince de Museux, tantôt avec une érigne, je déterminais une imminence d'asphyxie et d'étranglement. Et il ne pouvait en être autrement à cause de la masse même du polype et de la déformation qu'entraînait son attraction sur le larynx et dans le ventricule où il s'implantait. Cela fut évident pour tous les médecins à qui je montrai successivement le malade.

Mais laissons de côté ce détail; je veux faire voir que j'avais pour extraire le polype par l'extérieur un autre motif fondamental, qui est le premier à mettre en ligne dans cette question de chirurgie.

M. Trélat, cherchant les motifs que l'on peut avoir de pratiquer la laryngotomie, en trouve deux : l'hémorrhagie et la résistance ou la densité de la tumeur. Et il en fait peu de cas, probablement parce qu'il n'a pas encore eu à opérer des polypes du larynx dans toutes les conditions possibles. Mais il oublie le motif principal, celui que j'ai eu toujours devant les yeux. M. Trélat, qui a fait de grands efforts pour me critiquer, me renvoie aux conseils donnés par M. Verneuil à M. le docteur Thomas (de Reims) dans une consultation que ce médecin avait demandée. Il y a dans la consultation cette phrase que M. Trélat n'avait peut-être pas relue avant la séance du 23 mars. « Il » importe beaucoup que M. Thomas pratique l'extirpation d'une ma-» nière complète, s'il veut s'assurer contre les chances d'une réci-» dive. » Eh bien, voilà ce qui importe vraiment à celui qui est chargé d'ôter un polype du larynx, surtout s'il est fibreux, volumineux, et implanté profondément. Il est de première règle et de première nécessité de raser le polype à son insertion, de manière à n'en rien laisser. A quoi ont servi les derniers enseignements sur les polypes naso-pharyngiens, sinon à prouver qu'il faut à tout prix les extirper entiers? N'est-il pas admis comme règle qu'on doit pratiquer l'ablation du maxillaire supérieur dans ce but?

Maintenant, quelle est la condition indispensable pour enlever un polype entier? C'est de déterminer où est son implantation et de parvenir jusqu'à elle. Or il me semble bien en vérité que M. Trélat n'a pas lu ou compris la description que j'ai donnée du polype de mon malade.

Je vais rappeler les points de cette description qui sont utiles à indiquer ici.

D'abord il était impossible de préciser exactement le lieu de son insertion. M. Trélat donne pour y parvenir des préceptes qu'il formule ainsi : « Rechercher, soit avec une anse métallique, soit avec » un crochet mousse, les limites inférieures de l'insertion, et s'assurer » ainsi de la possibilité qu'il y aurait à porter sur elle un fil métalli-» que, une chaîne d'écraseur ou tout autre moyen de section. » Le polype était si gros et remplissait tellement l'évasement supérieur du larynx qu'avec le laryngoscope on ne pouvait voir l'intérieur du larynx lui-même. Et un crochet mousse conduit et glissé sur la tumeur, qu'aurait-il appris d'exact et de certain? Faut-il redire que cette tumeur était fixe et non mobile, qu'elle n'avait pas de pédicule, mais une base large; que sa base, ayant 3 centimètres de largeur, s'étendait de haut en bas depuis le repli aryténo-épiglottique jusqu'à 1 ou 2 millimètres de la corde vocale inférieure; qu'elle était adhérente à toute la face interne du cartilage aryténoïde, qu'elle recouvrait et remplissait avec un très-fort relief le ventricule du larynx.

Qu'aurait appris un crochet mousse parvenu jusqu'à la corde vocale inférieure, et soulevé, jeté en dedans par le relief de la tumeur? Rien d'exact. Et s'il avait appris, chose impossible, le lieu exact d'implantation et sa largeur, qu'en aurait-on conclu? Est-ce que M. Trélat en aurait conclu qu'il fallait extraire le polype par la bouche? Je suis obligé de croire que oui, puisqu'il a dû lire mon observation. Alors, on l'aurait extrait en l'arrachant avec une pince,

comme on le fait pour un polype du nez, ou en glissant dessus un serre-nœud ou l'anse d'un écraseur, ou avec le galvano-cautère, à l'exemple de M. Middeldorpff.

Mais tout le monde comprend que par le simple arrachement avec une pince, on n'est jamais sûr d'enlever toute l'implantation d'un polype. Et quels dégâts n'eût-on pas faits à l'intérieur du larynx, en arrachant peut-être le cartilage aryténoïde? En deuxième lieu, pour placer efficacement l'anse d'un écraseur ou d'un cautère galvanique, il faut pouvoir embrasser toute l'insertion du polype, sans quoi on est exposé encore à en laisser une partie qui repullulera. Et par quel moyen faire manœuvrer ces deux instruments, dans le ventricule du larynx, au hasard, sans savoir où porte leur action et sans le secours du laryngoscope? Pour moi, je suis tellement convaincu que chez mon malade l'incision du larynx sur le milieu était seule capable de faire voir, saisir et ôter son polype, que si j'avais connu exactement de prime abord le lieu et l'étendue de son implantation, j'aurais procédé d'emblée à la laryngotomie thyroïdienne.

En continuant de ne pas approuver ma conduite, M. Trélat dit dans une de ses remarques : « Si on se reporte aux motifs qui ont guidé » les autres opérateurs (ceux qui ont fait la laryngotomie), M. Ehr- » mann, M. Prat, M. Follin, on voit que par-dessus tout c'est l'im- » possibilité d'atteindre les polypes qui a dicté leur conduite. » Il y a erreur dans cette appréciation, non pour le cas de M. Ehrmann, mais pour les deux autres.

Chez le malade de M. Prat, le doigt introduit profondément touchait un corps résistant « qui paraissait s'insérer au niveau de l'épiglotte. » Et cependant, le chirurgien fut obligé de faire la laryngotomie thyro-hyoïdienne. « Il arriva sur l'épiglotte, qui était déformée, » épaissie, rugueuse ; la tumeur s'insérait du côté gauche, à quelques » millimètres de l'angle supérieur, et de là se dirigeait vers le pha- » rynx ; elle mesurait 15 millimètres de long ; son pédicule avait 7 ou » 8 millimètres d'épaisseur. Elle était formée par un tissu fibreux, » compacte, et recouverte d'une membrane muqueuse, épaisse, dégé- » nérée. » (*Gazette hebdomadaire*, p. 465, t. X, 1863, article de M. Verneuil). Il y a donc erreur dans l'appréciation de M. Trélat ; ce polype pouvait être atteint par la bouche, et cependant le chirurgien ne put l'extraire par cette voie, malgré ses tentatives.

Pour le cas de M. Follin, j'ai déjà dit au commencement de cette lettre, qu'en voyant le malade présenté à la Société de chirurgie, M. Trélat avait exprimé l'avis qu'on pouvait l'opérer par la bouche ; et cependant M. Follin pratiqua la même laryngotomie que M. Prat. Il y a ici, du reste, une citation qui vient trop à l'appui de ma cause pour que je ne m'en serve pas. Voici la phrase mise dans la bouche de M. Trélat par le secrétaire de la Société : « Chez ce garçon, » les polypes sont très-apparents lors de la production des sons » graves ; on pourrait les saisir à ce moment et tout au moins les » diminuer de volume. » (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. IV, p. 56, 1863). *Tout au moins les diminuer de volume!* Comprend-on une telle manière de faire pour des polypes du larynx? N'avais-je pas raison de dire plus haut que M. Trélat ne se préoccupe pas de se mettre en garde contre la récidive?

Voyons un autre point. Notre collègue dit encore ceci dans la critique qu'il m'adresse : « J'admets encore que la solidité des tissus » dût entraîner une longue manœuvre avec l'écraseur ; n'y avait-il » donc aucun autre moyen de parer à ce double inconvénient? Est- » ce que l'anse coupante du galvano-cautère ne devait pas donner » une plaie sèche et une section rapide? Il suffisait de suivre l'exem- » ple connu de M. Middeldorpff, qui enleva par ce procédé une *tumeur* » *du volume d'une noix, qui semblait naître de la région sus-glotti-* » *que du larynx* ; analogie, on pourrait dire similitude de lésions, » qui aurait dû conduire à la similitude de traitement. » Je note que les mots soulignés le sont dans le journal imprimé.

Il est rare qu'en rapportant une discussion académique on souligne des mots, parce que l'on pourrait se tromper à cet égard sur la volonté de l'orateur ; mais cela s'explique ici parce que M. Trélat était son propre secrétaire, et cela prouve qu'il a réfléchi à ce qu'il disait. Eh bien, d'abord, le polype en question était gros comme une noix ; le mien était gros comme un œuf de poule, et, pour être plus exact, mesurait 11 centimètres de circonférence et 4 centimètres dans chacun de ses diamètres. Ensuite, le premier *semblait naître de la région sus-glottique du larynx*, région indéterminée qui s'étend en haut jusqu'aux ligaments aryténo-épiglottiques ; tandis que le mien s'insérait jusque dans le ventricule et à 1 ou 2 millimètres de la corde vocale inférieure. Mais j'ai mieux à dire encore. Dans son récit, M. Trélat a oublié une circonstance, comme si décidément il ne voulait pas toucher la question des récidives. Le polype de M. Middeldorpff est revenu. En voulez-vous la preuve? Elle est dans la consultation de M. Verneuil à M. Thomas, et à laquelle m'a renvoyé M. Trélat, sans songer qu'il aurait pu y apprendre ce fait important. (*Gaz. hebdom.*, t. X, p. 348, n° du 29 mai 1863 ; — voir aussi même journal, p. 164, où M. Verneuil parle de ce cas remarquable.)

Enfin, pour ne rien omettre, je dois mentionner le cas qui est propre à M. Trélat, et qu'il a présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 28 avril 1863. Qu'était ce polype? C'était une tumeur fibreuse, mobile, ayant pour pédicule la muqueuse, grosse comme une petite cerise et insérée sur le ligament aryténo-épiglottique. Notre collègue ayant découvert cette tumeur au moyen du laryngoscope, reconnut que dans certains mouvements d'élévation on pouvait la saisir et la fixer avec une pince par le fond du gosier, et faisant glisser l'anse du serre-nœud sur la pince, il étrangla le pédicule et détacha la tumeur. On vit immédiatement après, sur le repli aryténo-épiglottique, une plaie longue de 7 à 8 millimètres et large de 3 millimètres (in *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XXVIII, p. 624). Assurément M. Trélat a très-habilement opéré, ce qui n'étonnera pas ceux qui le connaissent ; mais qui voudra croire que ce polype est comparable à celui de mon malade? qui voudra voir là la clef et la réunion de toutes les difficultés qui peuvent se rencontrer dans le traitement des polypes du larynx? Pour citer une dernière fois une difficulté de mon opération, ç'a été la dureté de la tumeur et la largeur de sa base (3 centimètres), double cause du long temps qu'il a fallu pour l'emploi de l'écraseur ; et je voulais d'ailleurs une section sèche, afin de n'appliquer aucun caustique à l'intérieur du larynx.

Il est temps que je me résume et aussi de demander pardon à la Société d'occuper aussi longtemps son attention, à mon grand regret. J'avais cru que l'observation que j'avais soumise à son examen renfermait des détails suffisants pour justifier ma conduite et pour appuyer la conclusion du travail que j'y ai joint. Un collègue ayant attaqué la base même de mon travail, je me suis trouvé forcé de répondre par une lettre, et j'ai essayé de le faire moins en me défendant qu'en parlant sur le fond même de la question. Cette lettre ne sera donc, en réalité, qu'un complément de la note que j'ai soumise à la Société, et je ne puis mieux faire que de la terminer en répétant les deux conclusions suivantes :

Il y a des tumeurs du larynx qui réclament absolument une opération à travers le cou. Cette opération est une laryngotomie appropriée aux conditions de la tumeur ou du polype.

La trachéotomie, jointe à l'opération précédente, peut être indispensable en quelques cas, comme elle l'a été chez les malades de MM. Ehrmann et Gurdon Buck, c'est-à-dire quand il faut empêcher une asphyxie imminente. (J'ai été obligé moi-même dernièrement d'ouvrir la trachée à un autre malade atteint non de polype, le laryngoscope n'en montre pas, mais d'une affection chronique du larynx.) — Mais hors ces cas particuliers d'une asphyxie imminente, la trachéotomie ne doit pas être jointe à la laryngotomie.

COMMUNICATIONS.

M. DOLBEAU lit une observation intitulée *Abcès sous-maxillaire du côté droit. — Perforation de l'artère linguale. — Hémorrhagies successives. — Ligature de la carotide externe. — Guérison* (1).

(1) Cette observation, qui a donné lieu à une discussion, sera prochainement placée sous les yeux de nos lecteurs. (*Note de la Rédaction.*)

— **M. GAMGEE**, membre correspondant étranger, fait une communication sur un cas de *désarticulation de la cuisse pour une énorme tumeur du fémur*. M. Gamgee terminera sa communication dans la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. MOREL-LAVALLÉE présente une tumeur fibro-plastique du scrotum qu'il a enlevée le matin, et communique l'observation complète.

— **M. MOREL** annonce que son malade amputé il y a six semaines pour un *ostéosarcome du tibia*, est sorti guéri de l'hôpital.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 16 avril 1864, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Ducreux, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : M. Simon, médecin-major de 2e classe.

— Par décret en date du 23 mars, ont été nommés à des emplois de vétérinaire en second, MM. Viorrain et Talloir, aides-vétérinaires.

— M. le docteur Guyon vient d'être nommé à la place vacante de chirurgien professeur adjoint à la Maternité de Paris.

— Nous rappelons que l'assemblée préparatoire pour la constitution de l'Association fraternelle de secours mutuels des élèves en médecine de Paris, doit avoir lieu dimanche prochain 24 avril, à onze heures, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

— On se rappelle sans doute que nous avons annoncé qu'on demandait un médecin français pour Trébizonde. Nous apprenons aujourd'hui que M. le docteur Guède, ancien médecin du bureau de bienfaisance, membre du comité d'hygiène du XVIe arrondissement, part pour cette résidence sans conditions et à ses frais.

— L'ouverture du cours de M. Daremberg, sur l'histoire de la médecine, est de nouveau remise. L'indisposition du savant professeur a pris des proportions telles, qu'il est impossible de fixer d'avance le jour où il pourra monter dans sa chaire.

Tout en faisant des vœux pour le prompt rétablissement de notre érudit confrère, nous nous empresserons de tenir nos lecteurs au courant de ce regrettable incident.

— M. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera le vendredi 29 avril, à huit heures et demie, la clinique des maladies vénériennes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Quelques considérations pratiques sur les cas de rétrécissement du bassin observés à la clinique d'accouchement de Paris, par M. le docteur JONES, membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre. Mémoire in-8° de 68 pages. Prix : 1 fr. 50 *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye.

Notice sur la rage, avec un projet nouveau de police sanitaire sur la race canine, par M. le docteur MÉNECIER, membre de la Société de médecine de Marseille, etc. Mémoire in-8°. Prix : 1 fr. 50 *franco*. — Paris, chez Adrien Delahaye.

Du mal perforant du pied, par M. le docteur A. DELSOL, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. In-8° de 68 pages. Prix : 1 fr. 50 *franco*. — Paris, chez Adrien Delahaye.

Des colorations de l'épiderme, par M. le docteur Georges POUCHET. In-4° de 52 pages. Prix : 2 fr. 50 c. *franco*. — Paris, chez Adrien Delahaye.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 49. — MARDI 26 AVRIL 1864. (37e ANNEE.) N° 49. — MARDI 26 AVRIL 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 25 AVRIL 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Trémaux a donné lecture dans cette séance de la troisième partie de son mémoire sur la transformation de l'homme à notre époque et sur les conditions qui amènent cette transformation. La note relative à ce mémoire, insérée au *Compte rendu*, expliquera pourquoi nous ne disons rien aujourd'hui de ce travail. La question qui y est examinée, et qui est loin d'être nouvelle, comme on le sait, est une des plus intéressantes et des plus controversées de la physiologie. Elle a été récemment le sujet d'une importante discussion à la Société d'anthropologie. Nous saisirons l'occasion, probablement prochaine, de la publication de la troisième partie du mémoire de M. Trémaux, pour exposer à la fois un résumé du travail de ce savant et de la discussion de la Société d'anthropologie.

Pendant que l'Académie de médecine discute la question des diverses théories des bruits du cœur, l'Académie des sciences est mise aussi en demeure de se prononcer sur le même sujet. On n'a pas oublié les savantes recherches de M. Hiffelsheim sur le mécanisme du battement, qu'il résume par cette proposition : « Le cœur bat parce qu'il recule. »

De nombreuses objections ont été faites à cette théorie du recul empruntée à plusieurs phénomènes mécaniques connus et appuyée sur un système ingénieux de démonstration physique. Dans une note présentée en son nom par M. Coste, et que nous reproduisons plus bas, M. Hiffelsheim s'est proposé de réfuter toutes ces objections et de soumettre à l'Académie de nouveaux arguments à l'appui de sa théorie. Nous serions heureux de voir la commission que l'Académie a désignée pour l'examen de cette communication, se prononcer sur les travaux de M. Hiffelsheim et sur la question qui en est l'objet.

Le microscope recule tous les jours le champ de l'anatomie pathologique et multiplie le nombre des lésions de texture ou de composition de nos organes. M. le professeur Tigri, à qui l'on doit déjà la découverte de l'existence de bactéries dans le sang de personnes mortes de fièvre typhoïde, vient de découvrir une nouvelle altération du sang résultant de la formation d'une substance grasse accumulée dans les globules rouges; ce qu'il propose de désigner sous le nom d'*hæmolipose des globules sanguins*. Il y aura à déterminer quels sont les symptômes morbides en rapport avec cette lésion, et quelle part elle peut avoir à l'issue funeste des maladies où on la rencontre.

MM. Fonssagrives et Gallerand ont soumis dans cette même séance à l'Académie, la description anatomique détaillée d'un monstre humain acéphalien peracéphale, recueilli par M. le docteur Barbanson (de Lesneven), et qui, indépendamment de sa rareté, présente un intérêt particulier, en ce qu'il confirme certaines données anatomiques qui sont encore controversées dans l'histoire des acéphaliens.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la paralysie de l'orbiculaire, des lèvres, de la langue et du voile du palais (1).

(Paralysie glosso-labio-pharyngée.)

Nous avons dit dans la précédente leçon que dans la paralysie qui nous occupe le nerf spinal était le plus compromis après l'hypoglosse; que l'arrachement, la destruction de ce nerf à son origine n'avait qu'une influence médiocre sur les contractions de l'estomac et du cœur, et qu'en tant que renforcement moteur pour le pneumo-gastrique, ils n'agissent très distinctement que sur le larynx. Ce nerf est, en effet, ainsi que l'a appelé M. Cl. Bernard, le moto-phonateur du larynx. Quand on le détruit dans sa portion crânienne, la moto phonation cesse, c'est-à-dire que bien que les mouvements du larynx persistent encore en vertu de l'action des autres branches motrices que reçoit le pneumo-gastrique et par lui le récurrent laryngé, la phonation est cependant abolie, et elle l'est probablement à cause de la destruction de l'harmonie de ces mouvements.

Vous connaissez le mode de distribution du nerf pneumo-gastrique dans le larynx. Le récurrent laryngé anime tous les muscles du larynx, moins les crico-thyroïdiens. Mais les crico-aryténoïdiens doubles sont animés par lui. Le crico-thyroïdien reçoit son influx du laryngé supérieur. Il est indispensable maintenant que nous analysions un peu les fonctions de ces différents muscles, afin de bien comprendre pourquoi la voix s'altère et manque avec la lésion du nerf spinal, et comment elle s'altère et disparaît à mesure que les muscles animés par ce nerf défaillent à leurs fonctions.

Le crico-aryténoïdien postérieur porte l'apophyse externe du cartilage aryténoïde en arrière; il est donc dilatateur de la glotte et tenseur des cordes vocales, par le mouvement de bascule qu'il fait exécuter à la glotte.

Les crico-aryténoïdiens latéraux, situés profondément sous le cartilage thyroïde, rapprochent l'une de l'autre les apophyses antérieures des cartilages aryténoïdes, et sont conséquemment constricteurs de la glotte. Quant aux trois faisceaux thyro-aryténoïdiens, ils font basculer les cartilages aryténoïdes en dedans, rapprochent et tendent les cordes vocales. Enfin, l'aryténoïdien double ferme la glotte, et il agit très-bien pour retenir l'air dans la cavité thoracique. Reste le crico-thyroïdien, lequel fait basculer en avant le cartilage thyroïde, par conséquent toutes les cordes vocales. Il est donc phonateur comme les autres; mais les principaux de ces muscles sont le crico-aryténoïdien latéral, le thyro-aryténoïdien et le crico-thyroïdien.

Or, quels sont les nerfs qui animent ces muscles? Pour le pneumo-gastrique, il n'est pas douteux qu'il s'y rende, puisqu'il leur fournit le récurrent laryngé; mais, dans ce récurrent, qu'est-ce qui appartient au pneumo-gastrique et qu'est-ce qui appartient au spinal?

Si sur un animal vivant nous enlevons le spinal dans le crâne, à l'instant même les muscles phonateurs cessent d'être animés, et la voix s'éteint. Que conclure de cela? C'est que le spinal est bien le moto-phonateur du larynx.

Le pneumo-gastrique reçoit, il est vrai, quelques fibres motrices provenant d'autres origines que le spinal, et c'est grâce à elles que toute mobilité n'est pas abolie dans le larynx, dans l'estomac, dans le cœur, moins, beaucoup moins dans le larynx et l'estomac que dans le cœur.

N'étendons pas plus loin ces explications. Qu'il nous suffise de savoir que la destruction du spinal abolit la voix, et qu'il ne reste plus que ce que M. Cl. Bernard a appelé la voix soufflée, une sorte de soupir non bruyant. C'est précisément ce que vous observez chez le malade qui nous occupe.

Je vous ai dit très-brièvement l'autre jour, que pour la production de la voix il y a plusieurs conditions à remplir. La première est la tension convenable des cordes vocales; et cette tension est empêchée par la lésion du nerf spinal. Quand bien même l'air passerait à travers la glotte avec une grande violence, aucun son n'en sortirait. C'est ainsi qu'on a beau frotter l'archet d'un violon sur une corde détendue, on n'en obtient aucun son. Si vous n'avez plus les tenseurs des cordes vocales, crico-thyroïdien et thyro-aryténoïdien, vous n'aurez plus de phonation; votre voix ira se détruisant à mesure de l'altération du spinal. Mais il faut une seconde condition, qui est celle d'un brusque passage, nécessaire même quand les cordes vocales sont tendues. Si vous soufflez mollement dans une anche de clarinette, cet instrument ne vous donnera qu'un souffle non sonore, non noté; de même au larynx vous n'aurez que le résultat moto-phonateur si l'effort de l'air contre les cordes vocales n'est pas suffisant pour les faire vibrer. Or, cet effort est sous la dépendance des muscles intercostaux et du diaphragme, dont les nerfs excitateurs, nous l'avons déjà dit, sont certainement lésés. Les conditions nécessaires pour la production de la voix sont donc abolies, et vous voyez par quel mécanisme.

Arrivons maintenant à l'étude du pneumo-gastrique dégagé du spinal et de l'influence qu'il peut exercer dans cette maladie. Ce nerf est principalement sensitif; il n'est moteur que d'une manière restreinte par les filets qu'il reçoit du spinal d'abord, ensuite du glosso-pharyngien, anastomose suspecte, car ce nerf est tout ensemble sensitif et moteur, et l'on ne sait bien exactement quelles fibres motrices ou sensibles il envoie au pneumo-gastrique. Enfin, il en reçoit du grand hypoglosse. M. Cl. Bernard a voulu savoir si le nerf pneumo-gastrique était un faux moteur. Il l'a excité dans le crâne, et il a vu qu'il se produisait des modifications dans les mouvements du cœur, de l'estomac, du larynx. Il en a conclu qu'en effet il était un peu moteur.

Ayant voulu savoir alors quelle part revenait dans ce rôle moteur aux différents nerfs qui le composent, il a vu que le spinal mobilisait le larynx, mais restait sans influence sur le cœur et l'estomac. Cette influence appartient donc au pneumo-gastrique indépendant du spinal; quelle est-elle? Lorsqu'on coupe le pneumo-gastrique, à l'instant même il y a une prodigieuse exagération des mouvements du cœur. De 60 où il était auparavant, il monte tout à coup à 100, 150, 200 pulsations. Mais quand on coupe les filets du grand sympathique, c'est tout le contraire : il y a ralentissement immédiat des mouvements du cœur. Et puis, chose curieuse, si on excite galvaniquement, comme l'a souvent fait M. Duchenne, le nerf pneumo-gastrique, on arrête les mouvements du cœur; et au contraire on les accélère si on irrite les filets du grand sympathique.

Lorsqu'on coupe le pneumo-gastrique au cou et non plus dans le crâne, comme tout à l'heure, que se passe-t-il? Ce nerf, vous le savez, se distribue au poumon, au cœur, à l'estomac. Lorsque chez un très-jeune animal on coupe les deux pneumo-gastriques en même temps, il succombe aussitôt asphyxié; un animal plus âgé survivrait un quart d'heure, une demi-heure, une ou deux heures au plus. Et enfin la vie persiste plus longtemps si après cette section l'on fait de suite la trachéotomie. Comment peut-on expliquer cela? Les physiologistes ont plusieurs opinions à cet égard. Les uns disent que le muscle crico-aryténoïdien postérieur n'étant plus là pour dilater la glotte, celle-ci reste fermée, et que, d'autre part, les muscles aryténoïdiens perdant leur action, les cartilages aryténoïdiens deviennent inertes, immobiles sur leurs articulations, de telle sorte qu'ils ferment la glotte, et que l'animal est pris d'asphyxie immédiate, comme l'enfant atteint de coqueluche après une très-longue inspiration, au bout de laquelle la glotte se ferme spasmodiquement, les cartilages aryténoïdes restant appliqués l'un contre l'autre.

On comprend bien que la trachéotomie faite dans cette circonstance prévienne l'asphyxie. Chez les animaux adultes, les cartilages aryténoïdes sont plus roides; ils ne se ferment pas comme chez les jeunes animaux, de sorte qu'il n'est pas toujours nécessaire de leur pratiquer de suite la trachéotomie, parce que l'asphyxie ne se fait pas aussi brusquement. Si cependant on tarde trop à recourir à ce secours, il est rare que l'homme et l'animal ne finissent pas par avoir des accidents graves; vous allez voir pourquoi.

Le nerf pneumo-gastrique est par ses facultés sensitives la sentinelle du larynx par les filets qu'il envoie à la muqueuse de cet organe et de la trachée. Lorsque quelque chose d'anormal, un corps étranger, vient se mettre en contact avec l'ouverture supérieure du larynx, il y a aussitôt une sensation qui est communiquée au cerveau, lequel, par action réflexe, envoie au nerf laryngé supérieur un ordre qui provoque des mouvements d'expulsion, d'occlusion, un accès de toux. Il y a donc là une véritable sentinelle constamment au port d'armes. Mais quand la sentinelle s'endort, l'ennemi entre dans la place; c'est ce qui arrive chez notre pauvre homme.

Depuis longtemps, chez lui, l'ennemi est dans la place. Nous l'avons de nouveau interrogé aujourd'hui sur ce sujet, et il a très-nettement répondu à toutes nos questions par une mimique très-exacte et très-expressive. Nous lui avons demandé si, lorsqu'on lui donne du vin, il s'aperçoit, il reconnaît que des parties de cette boisson passent quelquefois par un autre tuyau que celui par lequel il est habitué, comme nous tous, de les voir passer depuis qu'il a conscience des actes organiques, qu'elles passent par le tuyau laryngien vocal. Il nous a très-carrément répondu que oui. De même pour les parcelles de pain quand on lui donne sa bouillie. Il sent que ces matières se trompent de chemin, et pourtant il n'en éprouve ni toux, ni spasme, ni soulèvement de rejet. Voilà donc un homme chez qui le pneumo-gastrique a perdu assez de sa sensibilité vigilante pour ne plus déterminer les mouvements instinctifs en vertu desquels on repousse ce qui s'est introduit dans le larynx, dans la trachée ou dans les bronches.

Mais, me direz-vous, comment sait-il, comment reconnaît-il que des matières étrangères ont pénétré dans cette voie inso-

(1) Voir les numéros des 22 et 28 mars, et 5 avril.

lite, puisqu'il a perdu la sensibilité? Il ne les sent pas, en effet. Ce n'est plus la sentinelle endormie et morte qui l'en avertit. Il les entend; c'est son oreille qui le prévient. En effet, il entend le bruit que font les mucosités, le lait, le vin entrés dans la trachée et en collision avec l'air qui passe. Il entend le gargouillement que font ces matières remuées, brassées par le passage de l'air, mais il ne les sent pas; il ne sent plus rien dans cet endroit. La même chose se passe chez les animaux auxquels on a pratiqué la section des deux pneumo-gastriques. Après cette mutilation, on leur donne des aliments liquides et solides; ils expirent, et l'on trouve le larynx, la trachée, les bronches remplis de ces aliments. Ainsi donc, la section des pneumogastriques anéantit la sensibilité du tube aérien dans toute sa hauteur. Les matières étrangères y entrent sans que la sentinelle en dise rien, sans qu'un soulèvement d'expulsion ait lieu. Les animaux meurent d'une asphyxie produite par d'autres causes que celle de l'occlusion de la glotte.

D'autre part, notre pauvre malade exécute incomplétement les mouvements d'expiration et d'inspiration. Il y a donc chez lui paralysie des muscles respirateurs? Oui, sans doute; mais il y a aussi autre chose.

Nous vous avons déjà fait constater un affaiblissement des muscles du cou, sterno-mastoïdien, trapèze cervical descendant, tous muscles animés par le spinal; tous se contractent mal et ont beaucoup perdu de leur résistance.

Les fléchisseurs de la tête sont impuissants, les redresseurs le sont aussi.

Ainsi, les accessoires de la respiration sont très-altérés dans leurs fonctions. Outre cela, il y a quelque chose qui a disparu, c'est l'excitation à respirer. Le nerf pneumo-gastrique joue précisément ce rôle excitateur de la respiration. Quand ce nerf est intact, il est probable que le passage de l'air, que son contact avec la muqueuse laryngo-trachéale, que les mucosités qui s'y trouvent provoquent cette action réflexe dont nous avons parlé à propos de matières étrangères, sollicitent et entretiennent les contractions qui font la respiration. Mais si l'individu perd ses pneumo-gastriques, s'il ne perçoit plus l'excitement de l'air, des sécrétions, ni même des substances étrangères introduites, s'il ne jouit plus de la sensibilité tactile de la muqueuse, il est probable qu'il laisse accumuler dans le tube aérien les mucosités avec les liquides ingurgités, même avec des aliments, et vous voyez aussi comment, par suite de l'altération du pneumo-gastrique, ce malheureux va être conduit à l'asphyxie, comme presque tous ceux qui, avant lui ou en même temps que lui, ont été atteints de cette affreuse maladie.

ABCÈS SOUS-MAXILLAIRE DU COTÉ DROIT.

Perforation de l'artère linguale. — Hémorrhagies successives. Ligature de la carotide externe. — Guérison.

Par M. le docteur Dolbeau.

(Observation lue à la Société de chirurgie.)

L'observation que nous allons rapporter est intéressante à plusieurs titres. Il s'agit non-seulement d'une guérison obtenue dans un cas grave et grâce à l'intervention chirurgicale, mais encore d'un exemple rare de l'influence fâcheuse que peut exercer le pus sur les tuniques artérielles. Ce fait nous permettra de plus de revenir en quelques mots sur la question de la ligature de la carotide externe.

On redoutait autrefois pour les artères le voisinage de la suppuration; on craignait que ces vaisseaux ne perdissent dans ces conditions leurs propriétés organiques et qu'ils ne fussent plus disposés aux anévrysmes et aux perforations. Les recherches de Béclard ont démontré que l'inflammation avait peu de tendance à se propager aux artères; Bérard a cité également quelques faits dans lesquels les vaisseaux étaient restés intacts au milieu de parties enflammées et suppurées; M. Nélaton lui-même a fait remarquer qu'on pouvait avec avantage, et sans craindre d'agir sur des vaisseaux trop friables, pratiquer la ligature des artères dans les parties suppurées. Cependant, il existe quelques faits qui prouvent que dans certaines conditions, la présence du pus a suffi pour déterminer l'ouverture d'une artère et donner naissance à l'hémorrhagie. Liston a rencontré la rupture de la carotide chez un enfant porteur d'un abcès sous-maxillaire. Miller a également observé des accidents de ce genre à l'occasion d'abcès survenant chez des jeunes sujets convalescents de la scarlatine. Dans le cas actuel, il s'agit également d'un abcès du cou, développé chez une jeune fille lymphatique, lequel a donné lieu à une hémorrhagie grave ayant probablement pour cause une altération des parois artérielles. Il est à remarquer que dans ce cas particulier, l'hémorrhagie n'est survenue que quinze jours après l'ouverture de l'abcès.

Votre confrère le docteur Weil, qui voyait la malade, a bien voulu rédiger la première partie de l'observation; nous allons la rapporter intégralement, puis nous la compléterons par les détails qui sont relatifs à l'opération que nous avons été dans l'obligation de pratiquer.

Obs. — L. H..., âgée de seize ans, bien développée, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, menstruée dès l'âge de douze ans, mais irrégulièrement et parfois avec une extrême abondance; d'une bonne santé habituelle; ganglions cervicaux volumineux, engorgés à différentes reprises, mais n'ayant jamais suppuré.

Elevée dans un pensionnat, cette jeune fille s'endormit, dans la nuit du 29 au 30 janvier dernier, près d'une fenêtre mal close et subit l'action d'un courant d'air froid. A son réveil, mal de gorge assez violent, en même temps que douleurs vives au niveau de la région sous-maxillaire droite.

Le médecin de l'établissement crut devoir prescrire un gargarisme avec du miel rosat et l'application de cataplasmes de farine de lin sur la partie douloureuse. Ces cataplasmes furent remplacés le lendemain par des sachets de son.

Rentrée dans sa famille le 3 février, je vis la malade dans la soirée et je constatai :

Une tumeur occupant la région sous-maxillaire droite, s'étendant transversalement de l'oreille à la symphyse du menton et verticalement jusqu'à la partie moyenne du cou. Elle est le siége de douleurs pulsatives intenses; la peau qui la recouvre est tendue, rouge, luisante. Légère déviation du cou du côté sain; resserrement des mâchoires tel que l'examen de la gorge devient impossible; déglutition difficile; parole presque impossible. Fièvre vive; pouls à 116; agitation sans délire; insomnie. — Cataplasmes de farine de lin sur la tumeur; pédiluves sinapisés.

Le 4 février, même état. — Même prescription, plus 5 centigr. d'extrait thébaïque pour le soir.

Le 5, rougeur et tension moindres; un point de ramollissement se montre à 2 centimètres environ en dehors de la ligne médiane. — Nuit plus calme; fièvre moins vive; pouls à 102.

La malade accuse une mauvaise haleine, et sur mon doigt difficilement introduit dans la bouche du côté malade, je constate la présence d'une petite quantité de pus. — Même prescription que la veille.

Le 6, empâtement notable de toute la tumeur; fluctuation manifeste de la partie qui la veille avait subi un commencement de ramollissement; j'y fais avec la lancette une incision de la longueur d'un centimètre et demi environ. Issue d'une quantité notable de pus de bonne nature, non odorant. Il en sort en même temps quelques gouttes par la bouche. Pouls à 90.

Le 7, la nuit a été bonne; pas de fièvre; la malade ouvre plus facilement la bouche; elle ne se plaint plus de mal de gorge. Une petite quantité de pus est encore expulsée avec la salive; il s'en écoule au contraire une quantité considérable par l'incision faite la veille; la tumeur est diminuée de volume; plus de tension, peu de rougeur. — Cataplasmes de farine de lin, gargarisme émollient, lavement; sulfate de soude, 60 grammes, pour combattre une constipation qui existe depuis quelques jours.

Le 8, état général satisfaisant. La malade ouvre facilement la bouche, il n'en sort plus de pus; celui-ci s'écoule facilement et abondamment par l'ouverture extérieure. La tumeur décroît sensiblement; la région est peu douloureuse.

A partir de ce jour, rien de particulier à signaler.

Je vois la malade le 20 février à midi; elle est levée et dit se porter aussi bien que possible. La partie latérale droite du cou a repris sa forme normale; à peine puis-je, par la pression, faire sortir quelques gouttelettes de pus séreux. J'annonçai aux parents la guérison très-prochaine de leur enfant.

Quelles ne furent pas ma surprise et mon émotion lorsque, dans la matinée du lendemain, je trouvai la jeune fille étendue presque mourante sur son lit. J'appris que la veille, à six heures du soir, elle se leva tout à coup de son fauteuil, criant qu'elle perdait du sang et par la bouche et par la plaie. En quelques instants, elle en perdit ainsi une quantité considérable.

M. le docteur Schloss, appelé en toute hâte, put constater, en effet, que du sang artériel s'échappait abondamment par les deux voies indiquées. (Potion avec perchlorure de fer; tamponnement avec des rondelles d'agaric imbibées d'une solution de perchlorure.) L'hémorrhagie ne s'arrête que lentement; elle était à peu près nulle au moment où je vis la jeune fille.

La face est pâle, livide; la prostration extrême; pouls filiforme à 120.

Le foyer de l'abcès est considérablement distendu par des caillots; la peau qui le recouvre est marbrée, luisante; on n'y perçoit aucun battement.

Evidemment, un vaisseau important s'était ulcéré, puis rompu au fond du foyer; l'hémorrhagie, un instant arrêtée, devait se reproduire; le danger était imminent et ne pouvait être conjuré que par une ligature.

Nous continuons maintenant l'observation si bien recueillie par notre confrère.

Le 21 février, je fus appelé auprès de la malade vers midi, et je pus constater les particularités suivantes : grande prostration, pâleur extrême, lèvres décolorées, langue froide; le pouls est très-petit, il bat au moins 140 pulsations par minute; la respiration est élevée et précipitée; par instants il y a des nausées et des évacuations involontaires de gaz intestinaux.

Le cou est le siége d'un gonflement considérable; sa partie antérieure est convexe et soulevée uniformément, à tel point que le menton est presque sur le même plan que la partie inférieure de la région. La tuméfaction paraît occuper les deux côtés du cou; mais, en examinant de plus près, on s'aperçoit que le gonflement porte seulement du côté droit et que la distension est telle que l'os hyoïde, le larynx et la trachée sont complétement portés vers la partie gauche. Les téguments sont extrêmement distendus, ils sont lisses, brillants; on observe de plus une plaie transversale d'un centimètre et demi environ, située du côté droit, à 4 centimètres au-dessous du bord de la mâchoire et un peu en avant de l'angle de cet os.

Cette plaie, qui est bouchée en grande partie par un caillot, laisse suinter du sang vermeil. Il est évident que l'hémorrhagie s'effectue profondément, et que la tuméfaction du cou tient à un large épanchement sanguin. L'artère faciale bat au-devant du masséter.

Nous diagnostiquons une lésion probable de l'artère linguale, et voici le plan qui est immédiatement arrêté : faire une longue incision sur le trajet des gros vaisseaux du cou, réunir cette incision avec celle déjà existante, de manière à faire une plaie en forme de T; enlever les caillots, rechercher l'artère et la lier, puis au besoin faire la ligature de la carotide externe. Nous procédons de suite à cette opération grave et difficile :

1° A cause de l'extrême faiblesse de la malade;

2° A cause de l'hémorrhagie, qui a modifié tous les rapports de la région.

Nous avons du reste été parfaitement aidé par nos confrères Labbé, Schloss et Weil.

Une première incision parallèle au bord interne du sterno-mastoïdien s'étend depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au voisinage du sternum; une deuxième incision partant de la plaie vient se réunir à la précédente; nous pénétrons alors dans une vaste poche remplie de caillots et qui s'étend jusque vers la fourchette sternale. En haut et à droite, la région sous-maxillaire est profondément modifiée; tout le plancher de la bouche a été refoulé, et l'on trouve là une cavité circonscrite en dehors par la mâchoire dénudée et en dedans par le mylo-hyoïdien. Outre le sang, cette cavité renferme plusieurs ganglions lymphatiques en voie de ramollissement; elle est du reste tapissée dans toute son étendue par une membrane pyogénique grisâtre. En haut et en dedans, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, nous voyons jaillir du sang artériel; le vaisseau qui donne ainsi du sang occupe la couche musculaire sous-jacente, et répond parfaitement à la situation anatomique de l'artère linguale. A plusieurs reprises, nous essayons de saisir le vaisseau avec une pince, mais les tissus sont tellement ramollis qu'ils se déchirent aussitôt. Deux ligatures faites sur le ténaculum coupent tous les tissus et ne peuvent suffire à calmer l'hémorrhagie.

Devant ces difficultés, nous revenons à notre projet de lier la carotide externe; mais comment trouver les points de repère dans une région ainsi modifiée?

Nous cherchons et nous apercevons la jugulaire interne et quelques branches qui de ce vaisseau se portent vers la ligne médiane. Le doigt porté immédiatement en dedans de la veine perçoit des battements artériels, et c'est là que nous essayons d'isoler le vaisseau.

Alors commence une longue série de tentatives rendues difficiles par l'induration des tissus, ce qui ne permet pas d'isoler les organes. Les veines transversales sont coupées entre deux ligatures, et, après bien des efforts, nous arrivons à passer une sonde courbe sous l'artère.

On constate alors :

1° Qu'une petite branche, la thyroïdienne probablement, se détache au-dessous;

2° Qu'en soulevant le fil, nous arrêtons les battements dans la partie qui est au-dessus;

3° Que ces mêmes battements reparaissent aussitôt qu'on cesse la constriction;

4° Qu'en dehors du vaisseau saisi, il existe des battements qui se passent dans une artère recouverte par la jugulaire et que nous supposons être la carotide interne.

Certain d'avoir isolé la carotide externe, nous en pratiquons la ligature à 1 centimètre et demi au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde. L'hémorrhagie cesse, la plaie est bourrée de charpie; pansement simple.

Pendant cette opération, qui a duré près d'une heure, la malade a été prise plusieurs fois de syncopes qui nous ont forcé de suspendre. Cependant elle a perdu fort peu de sang. On place la jeune fille dans son lit, où elle est prise d'un frisson violent; boules chaudes, vin chaud, bouillon.

Dans la soirée, tout se passe bien; le pouls se relève, la malade est moins faible.

Le 22 février, pouls à 130; la peau est chaude, l'hémorrhagie n'a pas reparu. — Alimentation.

Le 23, le pouls est meilleur, 120; les lèvres sont colorées et l'appétit se développe. Le pansement est souillé par des liquides; on change la charpie. Les ligatures placées sur l'artère linguale sont tombées; il est donc évident qu'elles eussent été insuffisantes.

Le 24, le pouls est tombé à 100; la plaie suppure abondamment; un peu de rougeur vers la clavicule.

Les jours suivants, l'état général s'améliore; l'appétit est bon, les digestions sont parfaites. On ordonne l'extrait de quinquina à l'intérieur, et l'on combat la fétidité de la suppuration par les injections avec l'eau-de-vie camphrée.

Le 1er mars, la plaie est rouge, vermeille, se rétrécit et se comble; la malade se lève dans un fauteuil.

Le 2 mars, la ligature de la carotide est tombée, c'est-à-dire le dixième jour; la plaie est bonne; le larynx a repris sa place; pas d'hémorrhagie. On continue de panser la plaie avec la charpie sèche, en même temps que l'on insiste sur les moyens propres à régulariser la cicatrice.

La guérison complète était effectuée le 15 mars.

Lorsqu'on place un fil sur le trajet de la carotide externe, on pratique la ligature à la proximité de collatérales importantes, et par conséquent dans de très-mauvaises conditions. Théoriquement, la ligature de la carotide externe exposerait à l'hémorrhagie consécutive; cependant tel n'est pas le résultat fourni par l'observation clinique. Vous vous rappelez sans doute le travail de M. Guyon, dans lequel notre collègue insiste sur la rareté de cet accident, qui n'a, du reste, été observé qu'une seule fois. Le fait dont je viens d'exposer tous les détails démontre encore l'innocuité de cette opération, que la théorie semblerait devoir faire repousser.

Lorsque j'ai eu l'honneur de vous rendre compte du travail de M. Guyon, je vous ai entretenus de l'idée ingénieuse de notre collègue; il propose de rechercher le nerf grand hypoglosse comme étant le moyen le plus certain d'arriver jusqu'à l'artère. Je ne vous exposerai pas de nouveau les raisons qui me font préférer le procédé ancien à celui qu'a imaginé notre collègue. Je le disais alors, et je n'ai point changé d'idées, la ligature de la carotide externe est difficile, et si dans une opération on rencontre le nerf grand hypoglosse, il faudra garder en mémoire ses rapports intimes avec l'artère.

L'opération que j'ai pratiquée a été laborieuse, ce qui tenait sans doute aux conditions dans lesquelles elle a été exécutée; mais je dois dire que nous n'avons pas rencontré le nerf grand hypoglosse, et qu'en définitive nous avons distingué l'artère carotide externe, parce qu'elle était en dedans de la veine jugulaire et parce qu'elle donnait naissance à une collatérale. Quant à dire exactement le point sur lequel a porté la constriction du vaisseau, cela nous est impossible; cette circonstance paraît, du reste, avoir une importance secondaire, vu la rareté extrême des hémorrhagies consécutives.

Cette observation donne lieu à la discussion suivante :

M. Chassaignac. J'ai été appelé dernièrement avec l'un des membres de la Société pour un cas d'abcès de l'amygdale ouvert spontanément vers le septième jour de la maladie, et ayant donné lieu à une hémorrhagie qui en définitive a été mortelle. Aucun des médecins présents n'avait jamais rien observé de semblable. Cependant ces abcès du cou avec hémorrhagie sont peut-être plus fréquents qu'on ne croit, et pourraient, suivant les circonstances, compromettre gravement la responsabilité du chirurgien.

M. Morel-Lavallée. J'avais à l'hôpital un malade atteint de phlegmon sous-claviculaire auquel j'avais dû faire deux incisions, dont l'une dans l'aisselle. Il allait très-bien et était sur le point de partir pour Vincennes, lorsqu'un matin il fut pris d'une hémorrhagie des plus graves par l'une des plaies. M. Huguier, qui le vit à ce moment, croyait la mort certaine. Nous eûmes beaucoup de peine, en employant le perchlorure de fer et la compression, à arrêter cette

hémorrhagie. Je pense, comme M. Chassaignac, que des faits de cette nature peuvent être compromettants pour le chirurgien ; il pourra être accusé d'avoir ouvert un vaisseau en incisant les parois du foyer purulent.

M. TRÉLAT. J'ai observé deux cas d'hémorrhagie grave dans des abcès, l'un en 1851, quand j'étais interne dans le service de Roux ; l'autre il y a deux ans, à Saint-Louis. Le premier est relatif à une femme qui avait à la région sus-hyoïdienne un abcès ouvert depuis longtemps et n'ayant aucune tendance à la cicatrisation; il y eut plusieurs hémorrhagies à court intervalle, et la malade mourut.

J'avais ouvert chez un jeune homme de vingt ans un abcès très-profond de la région antérieure de la cuisse ; au bout de dix jours environ, il y eut dans le foyer une hémorrhagie très-abondante et très-rapide, arrêtée à grand'peine par l'application du compresseur. Cette hémorrhagie venait des artérioles des muscles traversés par l'incision ; je cautérisai au fer rouge. Au bout de six jours l'hémorrhagie reparaît, mais avec moins d'abondance ; elle cède à la compression ; elle revint encore une fois, et fut de suite réprimée. Cependant le malade s'affaiblit, et, quoiqu'il ne perdît plus de sang, il succomba trois ou quatre semaines après.

Il me semble que dans tous ces cas le temps écoulé entre l'ouverture de l'abcès et l'apparition de l'hémorrhagie est de nature à abriter la responsabilité du chirurgien et à faire attribuer l'hémorrhagie à sa véritable cause, l'ulcération artérielle.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je suis bien de l'avis de M. Trélat, si on prend les chirurgiens comme juges ; mais les malades ne procèdent pas de la même manière et ne se font pas faute d'accuser ceux qui les soignent dans les cas où survient quelque complication grave.

M. TRÉLAT. Je n'ai parlé qu'au point de vue chirurgical ; la Société de chirurgie n'ayant pas à examiner des questions d'ordre judiciaire.

M. GIRALDÈS. M. Dolbeau a rappelé le fait de Liston ; j'insiste sur son importance. C'est lui qui a été le point de départ des recherches du chirurgien anglais, recherches qui ont eu pour résultat d'établir que les parois des vaisseaux pouvaient être ulcérées par des abcès, des ganglions ramollis, ce qui n'est pas rare chez les enfants et surtout à la suite de certaines maladies fébriles, des angines scarlatineuses en particulier.

M. MARJOLIN. Les hémorrhagies des foyers purulents sont assez fréquents chez les enfants à la suite de suppuration ganglionnaire, d'abcès froids idiopathiques ou de voisinage. Il faut être en garde contre elles, car souvent elles ne laissent d'autre ressource que l'amputation immédiate. Je les ai vues survenir au moment de l'ouverture de l'abcès, surtout quand il s'agit d'abcès froids. Je pense comme MM. Chassaignac et Morel-Lavallée qu'il faut dégager la responsabilité chirurgicale qu'on n'a que trop de tendance à accuser en pareil cas.

M. BAUCHET. J'ai observé un de ces faits dans le service de M. Velpeau. Un malade avait un vaste abcès en bissac à la racine du membre inférieur. On l'incisa, il ne sortit que du pus. Le surlendemain matin survint une hémorrhagie que la couleur du sang prouvait être artérielle. Elle fut assez considérable pour que M. Velpeau dût pratiquer la ligature de la fémorale. Le malade guérit.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

sur la cause de la coloration rouge dans l'inflammation.

Par MM. Alfred ESTOR et Camille SAINTPIERRE. (*Extrait.*)

La physiologie pathologique est loin de nous renseigner sur la cause réelle de la coloration rouge des tissus enflammés. On s'est borné à constater la rougeur comme un symptôme constant de l'inflammation, mais on n'a jusqu'ici présenté aucune explication satisfaisante du phénomène.

Frappés de l'analogie qui existe entre les phénomènes qui se passent dans les glandes au moment de leur activité fonctionnelle (voir Cl. Bernard, *Journal de physiologie de B. Séquard*), et ceux que présentent les tissus enflammés, nous avons pensé qu'une même théorie devait répondre à leur explication. Comme c'était à l'expérimentation à vérifier ces inductions théoriques, nous avons songé à appliquer à l'étude de ce problème la méthode indiquée par M. Cl. Bernard dans ses *Leçons sur les liquides de l'organisme* et dans le *Journal de physiologie*.

En conséquence, nous avons institué les expériences suivantes :

Nous avons opéré sur des chiens, le lapin nous ayant paru un animal dont les veines sont de trop petit calibre pour le jeu des instruments.

Nous commençons par déterminer sur un des membres postérieurs du chien une inflammation vive à l'aide de cautérisations transcurrentes énergiques ou de l'action de l'eau bouillante. Après un temps qui a varié de trente à cinquante heures, une fois l'inflammation bien établie, nous étudions comparativement le sang veineux pris sur la même veine du membre sain et du membre malade. A cet effet, nous plaçons une canule à robinet dans la veine crurale, et à l'aide d'une seringue graduée, préalablement chauffée de 35 à 40°, nous soutirons 15 cent. cubes de sang ; — nous faisons ensuite passer rapidement ce sang dans une cloche renversée sur le mercure et contenant de 20 à 25 cent. cubes de gaz oxyde de carbone pur ; — nous plaçons le tout dans une étuve dont la température est maintenue environ deux heures entre 30 et 40°, et nous agitons de temps en temps.

On sait, d'après les travaux de M. Cl. Bernard, que l'oxyde de carbone déplace volume à volume l'oxygène du sang ; il ne reste donc plus qu'à doser cet oxygène, ce que nous avons fait dans les premières expériences à l'aide de l'acide pyrogallique et dans les dernières par le phosphore. Nous nous sommes de plus préalablement débarrassés de l'acide carbonique dans les expériences où nous avons employé l'acide pyrogallique.

Ire *expérience.* — Sur un chien de chasse de moyenne taille dont on avait cautérisé la patte gauche quarante-huit heures avant l'expérience. La quantité d'oxygène éliminée du sang par l'oxyde de carbone et ramenée par le calcul au volume à 0° et sous la pression 760, rapportée ensuite par une proportion à 100 volumes de sang, était :

Pour 100 volumes de sang (côté enflammé) 6,01 d'oxygène.
— (côté sain) 2,41 —

IIe *expérience.* — Ayant laissé le sang dans l'étuve pendant quarante-huit heures au contact de l'oxyde de carbone, nous n'avons plus trouvé trace d'oxygène, mais un mélange d'oxyde de carbone et d'acide carbonique. Expérience perdue.

IIIe *expérience.* — Sur une chienne opérée cinquante heures après la cautérisation de la patte gauche. Le rapport corrigé était :

Pour 100 vol. de sang (côté enflammé) 6,04 d'oxygène.
— (côté sain) 2,40 —

IVe *expérience.* — Sur un gros chien, expérience quarante-huit heures après la cautérisation de la patte gauche. Le sang du côté brûlé était notablement rutilant ; à la simple vue, on y distinguait surtout des stries rutilantes. Après corrections l'analyse a donné :

Pour 100 vol. de sang (côté enflammé) 4,74 d'oxygène.
— (côté sain) 2,37 —

Ve *expérience.* — Sur un chien de berger, cautérisé à la patte gauche ; opéré 40 heures après. L'aspect du sang était le même que dans l'expérience précédente. Il y avait :

Pour 100 vol. de sang (côté enflammé) 3,60 d'oxygène.
— (côté sain) 2,40 —

VIe *expérience.* — Sur un chien à poil ras, de moyenne taille, cautérisé à la patte droite, opéré trente heures après la brûlure. Nous avons jugé intéressant de doser dans cette expérience l'oxygène du sang artériel pris à l'artère crurale du membre sain. L'analyse après corrections a donné :

Pour 100 vol. de sang artériel. . . . . . . 7,20 d'oxyg.
— — veineux (côté enflammé). 4,80 —
— — veineux (côté sain) . 2,40 —

Le sang veineux du côté enflammé était plus rouge que celui de la veine du membre sain, mais cependant moins rutilant que le sang artériel.

Quant à l'acide carbonique, nous l'avons dosé dans l'expérience Ire et dans une VIIe expérience, qui a manqué, par suite d'accident, pour le dosage de l'oxygène. Nous avons trouvé dans les deux cas le volume d'acide carbonique d'un quart plus grand pour le côté enflammé.

Nous concluons des expériences précédentes que :

1° A la simple vue, quand l'inflammation est vive, le sang veineux du côté enflammé est plus rouge que celui du côté sain.

2° Le sang veineux du côté enflammé renferme constamment une proportion plus grande d'oxygène, qui, étant 1 pour le membre sain, a varié de 1,50 à 2,50 pour le membre enflammé.

3° Le sang veineux du côté enflammé a donné aussi plus d'acide carbonique.

4° Comme à une plus grande quantité d'oxygène correspond, on le sait, une coloration plus ou moins rutilante du sang veineux, nous concluons que c'est à l'état rutilant du sang veineux qu'il faut attribuer la couleur rouge des parties enflammées.

Nous aurons l'honneur de communiquer à l'Académie nos recherches ultérieures sur ce sujet.

HYPERTROPHIE DE LA LANGUE.

Écrasement linéaire.

L'hypertrophie de la langue est une affection rare, et qui avant la découverte de l'écrasement linéaire avait inspiré de justes craintes, parce que la résection de la langue donnait toujours lieu à des hémorrhagies considérables. M. Paget, à l'hôpital Saint-Barthélemy, vient d'enlever une tumeur de ce genre avec tout le succès désirable.

Voici le fait :

Le 20 février, une petite fille âgée d'environ trois ans a été apportée à la salle d'opération de l'hôpital Saint-Barthélemy avec une hypertrophie de la langue. L'organe sortait de la bouche entr'ouverte, et avait commencé à se développer à l'époque où l'enfant n'avait encore que six mois.

La portion de la langue sortie de la bouche était d'une longueur d'environ 5 ou 6 centimètres (*two inches*), pendait en bas, et remplissait complétement l'ouverture de la bouche. La pointe était dure, excoriée, couverte d'épithélium épaissi, et il s'était formé une espèce de croûte des dimensions d'un shilling. Quelques papilles de la langue étaient hypertrophiées et donnaient par places l'apparence de granulations ou de verrues. La joue gauche commençait à se déformer, et était distendue en bas et en dehors ; les dents de la mâchoire inférieure étaient séparées les unes des autres, et il y avait un écoulement de salive abondant et continu.

M. Paget a diagnostiqué une hypertrophie de la langue non-seulement de la portion sortie, mais encore de la portion contenue dans la bouche.

Le chloroforme fut donné avec soin. Une chaîne à écraseur a été placée autour de la langue en dedans de l'ouverture de la bouche, les mâchoires étant écartées avec un bâillon de métal. La chaîne a été serrée très-lentement jusqu'à la fin, et toute la partie sortie de la langue hypertrophiée a été enlevée. La plaie a donné à peine quelques gouttes de sang.

Sur la pièce enlevée, on a trouvé une structure en tout semblable à celle de la langue normale, comme texture et comme couleur ; les fibres musculaires étaient seulement augmentées de volume.

La guérison ne s'est pas fait attendre, et n'a été arrêtée par aucun accident. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 avril 1864. — Présidence de M. MORIN.

M. CIVIALE fait hommage à l'Académie d'un exemplaire du discours qu'il a prononcé à l'ouverture des conférences cliniques de l'hôpital Necker, sur la création d'un service spécial pour les maladies des organes urinaires dans les hôpitaux de Paris.

— M. TRÉMAUX lit la troisième partie de son travail intitulé : *Transformation de l'homme à notre époque, et conditions qui amènent cette transformation.*

L'extrait de ce mémoire n'a pas été remis à temps par l'auteur pour pouvoir être inséré dans le présent *Compte rendu.*

Le mémoire est renvoyé à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.

— M. LE PRÉSIDENT présente au nom de l'auteur, M. Tigri, professeur d'anatomie à Sienne, une note écrite en italien et ayant pour titre : *Hæmolipose des globules sanguins.*

L'auteur, dans ce travail, expose les résultats des recherches qui l'ont conduit à reconnaître que le sang peut subir une altération résultant de la formation d'une substance grasse qui s'accumule dans les globules rouges. Ce fait, qu'il n'avait d'abord observé que dans le sang extravasé, mais qu'il a depuis constaté pour le sang encore circulant dans ses vaisseaux, lui paraît fournir l'explication de certains cas de mort où l'on ne trouve dans tous les organes indispensables à la vie aucune altération apparente.

Ce Mémoire est renvoyé à l'examen des commissaires précédemment désignés pour d'autres communications du même auteur sur l'existence de bactéries dans le sang de personnes mortes de fièvres typhoïdes, commission qui se compose de MM. Velpeau, Rayer et Balard.

Description anatomique d'un monstre humain acéphalien peracéphale ; par MM. FONSSAGRIVES et GALLERAND. — Il y a quelques mois, un médecin de Lesneven (Finistère), M. le docteur Barbanson, nous adressa pour l'examiner un monstre acéphale né dans les circonstances suivantes. La mère est âgée de vingt et un ans ; elle a eu il y a trois ans un premier enfant bien conformé ; cet accouchement n'a présenté rien de particulier, si ce n'est une métrorrhagie abondante après la délivrance. Cette grossesse n'a été signalée par aucun incident ; il n'y a eu ni impressions morales, ni chutes, ni contusions sur le ventre. La mère vit dans des conditions de bien-être et d'aisance. Son mari a une excellente conduite et ne s'enivre jamais.

Le 24 janvier 1864, à sept heures du soir, M. le docteur Barbanson est appelé par la sage-femme qui avait assisté Mme ***, à l'effet d'opérer l'extraction d'un placenta enchatonné. Il apprend alors que la patiente était accouchée une heure auparavant d'une fille parfaitement conformée ; que les douleurs avaient persisté après l'expulsion de l'enfant, et que peu après elle avait mis au monde un second enfant, également du sexe féminin, auquel manquaient la tête et les membres supérieurs. Le cordon ombilical de cet acéphale était très-grêle, celui de son jumeau était normal. Il n'y avait qu'un seul placenta.

Les recherches que nous fîmes au sujet de cette sorte de monstruosité nous ayant donné la certitude qu'il s'agissait d'un cas d'*acéphalie peracéphale* très-rare, et nous ayant appris en même temps que la plupart des observations de ce genre publiées jusqu'ici sont extrêmement incomplètes, nous nous sommes attachés à étudier celle-ci dans ses détails les plus minutieux.

En résumant les particularités anatomiques les plus saillantes offertes par cet acéphalien, on voit qu'il présente :

1° Deux poumons fusionnés en un seul avec un sac pleural et un rudiment de trachée ;

2° Un thymus très-volumineux ;

3° Trois vésicules cardiaques avec un système de vaisseaux artériels et veineux, afférents et émergents ;

4° Une absence complète du foie remplacé par un plexus veineux hépatique émané de la veine ombilicale ;

5° Un système digestif réduit à un intestin grêle, borgne et très-court, et à un gros intestin avec cœcum et appendice vermiculaire ;

6° Un tubercule osseux céphalique très-petit, multiloculaire, mais ne renfermant pas de substance nerveuse ;

7° Un tronçon de moelle et un grand sympathique conformés régulièrement ;

8° Un appareil urinaire réduit à des reins rudimentaires, et un appareil génital consistant uniquement en un vagin incomplet et en un utérus bifide sans trompes ni ovaires ;

9° Des membres inférieurs offrant, sauf un valgus double et la disposition syndactyle et incomplète des orteils, une structure tout à fait normale.

Ce peracéphale est extrêmement remarquable en ce qu'il confirme certaines données anatomiques qui sont encore controversées dans l'histoire des acéphaliens. Nous voulons parler :

1° De l'existence du diaphragme ; 2° de celle du cœur ; 3° de celle des poumons ; et 4° enfin de celle du foie.

La description si savante donnée par Geoffroy Saint-Hilaire du type des acéphaliens peracéphales expose sur tous ces points de vue des divergences que les détails de notre observation éclaircissent singulièrement. Elle réduit à néant la théorie tératologique qui explique l'acépalie par une amputation opérée par le cordon à une certaine époque du développement embryonnaire ; enfin elle soulève au point de vue de la physiologie fœtale les questions les plus intéressantes. Nous en aborderons l'étude dans un autre travail ; notre but en ce moment a été d'appeler l'attention de l'Académie sur une monstruosité fort rare et qui n'avait été jusqu'ici que très-incomplétement décrite. (Commissaires, MM. Serres, Milne-Edwards).

Sur la théorie des battements du cœur. — Note de **M. HIFFELSEIM**, présentée par M. Coste.

Dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie en 1854, j'ai cherché à établir une théorie dont j'ai puisé les éléments dans les sciences exactes, sur la cause immédiate du phénomène physique et mécanique (eu égard à sa manifestation extérieure) connu sous le nom de battement du cœur. J'ai attribué ce phénomène à une réaction hémodynamique connue dans les sciences sous le nom de *recul.* Il résulte, d'après mes recherches, de l'issue du liquide sanguin par les deux orifices artériels, sous l'influence des pressions respectives des cœurs droit et gauche, doués, comme l'on sait, d'une force inégale, en raison de l'inégalité d'épaisseur de leurs parois.

Cette étude est devenue le point de départ de beaucoup de travaux adressés depuis lors à l'Académie et destinés à réfuter ma théorie, mes démonstrations, et parfois à lui en substituer une autre. Je désire répondre ici aux seuls arguments produits contre les principes fondamentaux sur lesquels je me suis appuyé. Le côté physique et

mécanique une fois tranché, le côté physiologique sera, je le crains, l'objet, pendant quelque temps encore, d'appréciations arbitraires.

Harvey n'a pas craint d'écrire : *Ut motum cordis soli Deo cognitum fuisse pene opinarer.* L'extrême rapidité des mouvements semblait justifier cette crainte de son temps. Et aujourd'hui, si longtemps après lui, les commissions les plus compétentes se divisent encore sur la simple constatation des faits qui se passent sous leurs yeux. Je vais plus loin : les conditions anatomiques du cœur, extrinsèques et intrinsèques, peuvent tellement varier, que les conclusions des vivisections que j'ai moi-même pratiquées me paraissent devoir se borner à des généralités, ou bien aux circonstances de chaque espèce expérimentée.

En étudiant les conditions anatomiques dans lesquelles le cœur fonctionne, les plus éminents anatomistes et physiologistes de l'Allemagne, après de longues et patientes recherches, se trouvent dans le plus complet désaccord par l'impossibilité de juger complétement sur le vivant et de retrouver les rapports invariables après la mort. Bamberger, Ludwig, Hamernick, Skoda, Luschka, etc., sont dans ce cas. Il n'en saurait être ainsi de ma théorie fondamentale, laquelle, si elle est vraie, s'appliquera en principe à tous les cas où les conditions physiques du recul sont anatomiquement réalisées. Aussi ma première et principale réponse s'adresse-t-elle au travail de M. Giraud-Teulon, qui a le premier attaqué dans sa base la doctrine du recul. Il nie absolument la justesse de ma démonstration, et mon théorème et son application, et le recul des poches en caoutchouc et celui de mon appareil, dont il critique les dispositions au point de vue de son objet.

Ceci est capital, car ma démonstration étant du domaine de la mécanique, science exacte, l'un de nous deux représente la vérité palpable. Mes études sur les mêmes pessaires, que mon contradicteur dit avoir examinés, m'ont démontré le recul. J'ai débuté par cette vérification dans le laboratoire de M. Cl. Bernard. Ce recul se produit également dans des poches musculaires dont j'avais établi l'analogie, comme l'enveloppe de beaucoup de céphalopodes étudiés par M. Duméril, M. Charles Robin. De même encore se produit-il par la contraction de la cavité rectale des larves de libellules que M. Blanchard a si bien étudiées. Mais, dira-t-on, ces faits ne sont pas des analogues, et si, dans ces cas de recul, même l'animal tout entier est transporté, dans le liquide qu'il habite, par la contraction d'une poche musculaire, ces conditions ne sont pas celles du cœur. Il y aurait bien à répondre à ces exigences insuitées et déplacées en physiologie. J'aime toutefois mieux demeurer sur le terrain positif de la mécanique. Je dois d'abord faire remarquer que l'on s'est mépris en assimilant un point essentiel de ma doctrine à l'opinion de Skoda. Ce grand médecin parle d'un mouvement de haut en bas, qui ne signifie pas recul, physiquement parlant; MM. Chauveau et Faivre également. Il y a là une petite erreur d'interprétation. Ces opinions, ces prétendus déplacements, n'ont rien de commun probablement avec ma doctrine.

Je n'ai pas imaginé, inventé un mouvement. J'ai tout simplement donné une explication du battement du cœur, variable de siége, d'étendue, d'intensité, et qui en lui-même est déjà si diversement interprété. Je rappellerai que recul et déplacement sensible ne sont pas synonymes; que la réaction qui produit le recul est indépendante de sa perception extérieure; que si cette réaction peut entraîner virtuellement, il ne s'ensuit pas qu'elle entraîne effectivement; elle peut laisser l'organe sur place par le fait d'obstacles ambiants, et en conséquence il y aura ou non, selon le cas, ébranlement de la paroi thoracique, soulèvement, etc. Les animaux reculeurs seuls jusqu'ici offrent l'exemple manifeste et constant du déplacement du centre de gravité, ou mouvement *absolu*, coïncidant avec le début du mouvement *relatif*, changement de forme, de volume. Le mode de station, les agents de transmission, sont autant d'éléments à considérer quant à la perception, une fois la réaction produite. Ce sont autant de données *a priori* découlant des principes physiques sur lesquels j'ai appuyé ma démonstration.

« Mais, diront les personnes qui m'ont vu expérimenter sur mon » appareil, ou qui s'en rapportent à mon travail, vous aviez un recul » effectif, donc c'est un pareil recul que vous supposiez dans le cœur.» Possible en principe, oui; mais effectué toujours, non. En découvrant toutes les particularités qui font varier ce recul, je n'ai entendu que rendre visible et tangible ce qui ne l'est pas en physiologie. Lorsqu'on sentira chez un mammifère, par exemple, un battement cardiaque, de quelque façon qu'il arrive au dehors, il sera, selon moi, toujours dû essentiellement à cette cause.

Le déplacement est virtuel ou effectué, le choc est ou n'est pas; fort ou faible, quand il est, voilà sa source. On m'a opposé une expérience de Valentin qui a consisté à couper la pointe du cœur, sans que par là on vît changer les mouvements de cet organe. Je n'examinerai pas cette expérience, et je rentrerai hâtivement dans le domaine des sciences exactes qui m'apprennent que la résultante des deux lignes de force ne s'applique ni géométriquement ni anatomiquement à la pointe du cœur. Tant d'éléments peuvent faire varier ce point d'application, qu'il est presque oiseux de le déterminer. D'ailleurs, mon dessin indiquait une région supérieure à la pointe, et comme les effets se produisent en réalité sur toute une région, et non sur un point mathématique, je crois cette objection écartée. Je ne redoute rien tant que les abus des sciences exactes, qui compromettent leur usage dans la science la plus relative et la plus complexe, la biologie.

En présence de tant de divergences, sur des points qui ressortissent des sciences les mieux établies, l'Académie comprendra combien elle servira la science entière en examinant cette question fondamentale que soulève mon mémoire, et dont elle possède les documents, quant aux conditions de recul des corps élastiques et des cavités musculaires. Leur réalité une fois établie, la physiologie pourra, d'après cette base, poursuivre la recherche de données nouvelles, résolvant autrement la question. (Commissaires : MM. Delaunay, Cl. Bernard, Coste.)

— **M. FLOURENS** met sous les yeux de l'Académie un Album de microscopie photographique du système nerveux, de M. Duchenne (de Boulogne).

— **M. ESPAGNE**, en adressant un exemplaire de son ouvrage intitulé : *Etude pratique sur la fièvre puerpérale spécialement considérée dans ses rapports avec les causes débilitantes*, prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours pour les prix de médecine et de chirurgie ce travail qu'il eût souhaité pouvoir lui présenter avant le 1er avril, mais dont il avait lu la première partie au mois de septembre 1863.

ASSOCIATION FRATERNELLE DES ÉLÈVES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La réunion générale et publique des étudiants, provoquée par M. le doyen de la Faculté, a eu lieu hier dimanche, à onze heures, dans le grand amphithéâtre. L'affluence était considérable. M. le doyen, après avoir fait connaître que 652 adhérents étaient inscrits déjà et que les dons reçus pour l'Association qu'il s'agissait de fonder s'élevaient à la somme de 6,050 fr., a exposé très-sommairement les conditions d'existence des diverses sociétés de secours et d'assistance et les avantages de chaque système. Il a ensuite rappelé que la séance actuelle ne pouvait avoir qu'un seul objet, la nomination d'une commission chargée de préparer les statuts qui serviront de base à une discussion sérieuse et utile. M. le doyen a insisté sur ce point qu'il appartenait à MM. les étudiants de faire eux-mêmes leurs affaires, et d'assurer la prospérité d'une institution dont ils avaient si bien compris l'utilité. Il a ajouté qu'il était autorisé à leur offrir le concours et les conseils d'hommes dévoués, d'esprits libéraux, qui avaient fait des questions d'association l'étude la plus approfondie, MM. Paul Andral, Batbie et Paul Bethmont. Quant à lui, il s'est mis à la disposition de la commission, non pour lui imposer des résolutions, mais pour l'aider dans son œuvre de son expérience et de ses efforts.

Une discussion a été ouverte sur le mode de votation et sur la possibilité de procéder sans entente préalable à la désignation de commissaires. Cette discussion, animée mais toujours modérée, dans laquelle la sagesse des principes et la convenance dans les formes ne se sont pas démenties un seul instant, et dans laquelle les principales opinions se sont produites librement, s'est terminée par les résolutions suivantes :

Le nombre des membres composant la commission chargée d'étudier et de préparer les statuts a été fixé à quinze.

La nomination aura lieu au scrutin de liste.

Le vote a été renvoyé à huitaine et aura lieu le dimanche 1er mai, à onze heures.

La liste d'inscription des adhérents restera ouverte toute la semaine et pourra être consultée au secrétariat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Willems vient d'être nommé chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare, pour ses services rendus à l'agriculture par ses travaux sur l'inoculation de la pleuro-pneumonie.

Le même ordre vient d'être accordé au médecin de régiment Stacquet, du 3e d'artillerie (Belgique).

— L'assemblée générale de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a eu lieu mercredi 13 avril, à l'Ecole de pharmacie, sous la présidence de M. Bourières.

M. Emile Genevoix, secrétaire général, a présenté le compte rendu des travaux du conseil d'administration pendant l'année 1863. Ce travail, où la liberté du pharmacien muni de son diplôme, déjà réclamée en une assemblée générale extraordinaire tenue à l'hôtel de ville le 19 août dernier, est défendue avec la double autorité de la raison et du talent, a été l'occasion et le prétexte d'une longue discussion sur une proposition présentée par vingt-six sociétaires opposés au conseil, et ayant pour but de modifier le règlement. L'assemblée, trouvant dans le règlement actuel les garanties nécessaires pour assurer la maturité de ses délibérations et l'indépendance de ses votes, a repoussé, d'accord avec le conseil, toute modification réglementaire, en passant à l'ordre du jour à une très-grande majorité.

Le conseil d'administration pour l'année 1864-1865 est ainsi composé :

MM. Collas, *président;* Emile Genevoix, *vice-président;* Am. Vée, *secrétaire général;* Leprat, *secrétaire adjoint;* Buirat, *trésorier;* Marcotte, Massignon, Carrié, Hébré, Eléouet, Bourières, Naudinat, Jobert, Boutereau, Mallard, *conseillers.*

Dans la première partie de la séance, la distribution annuelle des prix aux élèves a eu lieu à la suite du rapport présenté par M. Am. Vée, dans l'ordre suivant :

PREMIÈRE DIVISION (quatre années de stage et plus). — *Rappel de prix.* — MM. Grehan, Guillerot et Langlet.

1er prix : MM. Bosredon et Lhuillier, 2e prix : MM. Collens et Teissedre. — 1re mention, avec livres : M. Pitron ; 2e mention, sans livres : M. Frizell.

DEUXIÈME DIVISION. — 1er prix : MM. Bernard et Aillet ; 2e prix : MM. Desaux et Chaumezière. — Mention sans livres : M. Thouvenot.

TROISIÈME DIVISION. — 1er prix : M. Tramblay ; 2e prix : MM. Boisserand et Grave ; 3e prix : MM. Mounod, Labelle et Robin. — 1re mention, avec livres : M. Legrand ; 2e mention, sans livres : MM. Vincent, Pellier et Blot.

— La préfecture de police vient de faire afficher dans les rues de Paris le tableau des pharmaciens diplômés. Il résulte de ce travail que Paris renferme 523 pharmaciens diplômés ; les arrondissements de Sceaux et Saint-Denis, 59 pharmaciens : soit un total de 582 pour le département de la Seine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveau dictionnaire des sciences médicales et vétérinaires, par MM. RAIGE-DELORME, Ch. DAREMBERG, H. BOULEY, J. MIGNON, Ch. LAMY. Un très-fort volume grand in-8° de plus de 1,500 pages, à deux colonnes, texte compacte, avec figures intercalées et contenant la matière de 40 vol. in-8°. Prix, rendu *franc de port* dans toute la France : broché, 18 fr. ; cartonné à l'anglaise, 19 fr. 50 ; relié dos en maroquin, 20 fr. 50. Chez Asselin, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Ce Dictionnaire présente un tableau complet, quoique élémentaire, de toutes les connaissances qui se rattachent à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique, à la pharmacologie et à la médecine vétérinaire, en un mot, un tableau général de toutes les sciences relatives à l'art de guérir.

Flore médicale belge, par H. VAN HEURCK et V. GUIBERT. Un vol. in-8° de XII-456 pages. Prix : 4 fr. Louvain et Bruxelles, 1864. Paris, chez Savy, libraire, r. Hautefeuille, 24.

Étude médicale et expérimentale de l'homicide réel ou simulé par strangulation, par ALQUIÉ, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Une broch. in-8°. Montpellier, 1864, Coulet-Seguin, libraire.

Essai sur la laryngoscopie et la rhinoscopie, par M. le docteur A. GUILLAUME. Grand in-8° de 63 pages et 6 figures. Prix : 1 fr. 50 *franco.* — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye.

Esquisse d'une nouvelle théorie de l'action musculaire, par M. Samuel HAUGTON, traduit de l'anglais par M. le docteur VERRIER. In-8°. Prix : 1 fr. — Paris, chez Adrien Delahaye.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 50. — JEUDI 28 AVRIL 1864. (37e ANNÉE.) N° 50. — JEUDI 28 AVRIL 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 27 AVRIL 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a repris la discussion sur les théories des battements du cœur, interrompue mardi dernier par l'élection de M. Chauveau. M. Bouillaud a pris la parole et a occupé seul la tribune durant une grande partie de la séance. Il a placé le débat en dehors de son point de départ, c'est-à-dire des expériences et recherches cardiographiques, pour le circonscrire exclusivement sur le terrain des moyens communs d'exploration par les procédés directs de la vue, du toucher et de l'auscultation. Sur ce terrain, où M. Bouillaud pouvait invoquer avec juste raison et sa grande habitude de ce mode d'exploration et sa vaste expérience clinique, il lui a été facile de maintenir contre les prétentions de M. Beau la théorie dite ancienne, la plus universellement admise, qu'il a résumée dans les trois propositions qui forment la conclusion de son argumentation.

M. Béclard doit prendre la parole mardi prochain.

Une communication intéressante a été faite au commencement de la séance par M. Bouley, au nom de MM. Auzias-Turenne et Mathieu, qui s'occupent avec un zèle des plus louables, comme on le sait, de la solution expérimentale des questions soulevées par la récente discussion sur l'origine de la vaccine.

MM. Auzias-Turenne et Mathieu ayant eu à leur disposition un cheval atteint du grease pustuleux, que M. Bouley a proposé de désigner désormais sous le nom de horse-pox, ont saisi cette occasion pour faire une nouvelle série d'expériences destinées à renouveler la source du vaccin. Ils ont inoculé le produit des vésico-pustules que cet animal portait à la face, à plusieurs chevaux et à des vaches. Ils ont obtenu chez les uns et les autres les pustules caractéristiques du horse-pox et du cow-pox. Si bien qu'ils sont aujourd'hui en possession de deux sources abondantes de vaccin, un vaccin énergique sur le cheval et un vaccin adouci sur la vache, qu'ils tiennent à la disposition des praticiens.

La séance a été terminée par une présentation de M. le docteur Collongues, dont l'objet se recommande autant par son but d'utilité que par l'originalité d'invention et l'ingénieuse combinaison des moyens qu'il a mis au service de ce but. Il s'agit d'un thorax artificiel dans lequel M. Collongues produit à volonté, à l'aide de mécanismes variés décrits dans sa note, tous les bruits normaux et pathologiques de la respiration. Nanti de cet automate d'un nouveau genre, l'étudiant en médecine pourra désormais, avant de porter l'oreille sur la poitrine d'un malade, seul et sans autre guide que son manuel d'auscultation à la main, se faire une idée très-nette et du bruit vésiculaire normal et des principales variétés de bruits et de râles produits dans les divers états pathologiques connus des organes pulmonaires. Ce sera un préliminaire et un auxiliaire extrêmement utile de l'enseignement clinique, dont nous ne saurions trop encourager l'introduction dans nos écoles et dans nos hôpitaux.

Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES.

Des tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, principalement au point de vue de certains phénomènes non encore signalés qui en obscurcissent le diagnostic. (1)

Par M. le docteur GUÉNIOT, chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

OBS. I. — *Dystocie par obstruction du bassin : tumeur fibreuse pédiculée de l'utérus opposant à l'effacement complet du col, ainsi qu'à l'engagement de la tête du fœtus, un obstacle persévérant; perforation du crâne suivie de l'expulsion spontanée de l'enfant. — Péritonite généralisée; douleur articulaire et musculaire; inflammation des veines variqueuses du membre inférieur gauche.— Mort le cinquième jour après l'accouchement. — Polype fibreux, de la grosseur du poing, implanté sur la partie inférieure du corps de la matrice.*

Le 15 novembre 1863, à trois heures du soir, la nommée Armande P..., âgée de quarante-trois ans, sans profession, est apportée à la Clinique d'accouchements au terme de sa septième grossesse et en travail depuis la veille à dix heures du soir. Les membranes ont été rompues le matin, à une heure, par une sage-femme qui, voyant que le travail n'avançait pas, administra à six heures quatre doses de seigle ergoté. Les contractions utérines devinrent plus énergiques, mais ne purent déterminer l'engagement de la partie fœtale. Une deuxième sage-femme fut alors appelée, et celle-ci, plus expérimentée, reconnaissant dans l'excavation pelvienne l'existence d'une tumeur, fit prier M. Depaul d'intervenir.

M. Depaul examine la malade à midi et demi, et constate les faits suivants : L'abdomen est très-développé, l'utérus volumineux et incliné à gauche. A droite et en bas, immédiatement au-dessus du pubis, existe une tumeur dure, sphérique, située dans la cavité abdominale et formant au dehors un relief notable. Cette tumeur, qui paraît être constituée par la tête du fœtus, repousse en avant la paroi abdominale et détermine la saillie indiquée. Entre cette dernière et la tumeur utérine principale, se remarque une dépression oblique très-marquée qui correspond à l'ombilic, situé un peu bas chez cette femme. Douleur vive et permanente au fond de la matrice, contractions fortes et soutenues. L'auscultation révèle les bruits du cœur fœtal au niveau de l'ombilic et un peu à droite.

Au toucher, col entièrement dilaté à droite et en avant, dans le tiers de son étendue environ ; à gauche et en arrière, au contraire, relief d'environ 2 centimètres, formé dans le vagin par les deux autres tiers du col, qui en ce point n'est nullement effacé, et paraît légèrement épaissi ou œdématié. Par le cul-de-sac vaginal qui y correspond, le doigt perçoit une tumeur considérable de la paroi utérine, immédiatement située au-dessus du col ; cette tumeur, plus accessible toutefois par la cavité cervicale, est molle à sa surface, dure et résistante dans ses parties profondes, et *semble* comme incorporée à la paroi utérine. Son élévation et son volume la soustraient dans sa moitié supérieure à toute exploration. Aucun sillon ou interstice ne paraît la séparer de la face interne du col, et, malgré la saillie considérable qu'elle forme dans la cavité utérine, on ne perçoit pas de relief brusque qui fasse soupçonner que le corps de cette tumeur soit indépendant de la paroi de l'organe. Les deux tiers gauches postérieurs du détroit supérieur et de l'excavation sont ainsi obstrués par ce corps, dont la nature fibreuse est bien reconnue; le tiers droit et antérieur est seul libre, et c'est par ce point qu'on peut arriver jusqu'à la partie fœtale. Cette dernière reste très-élevée, et paraît comme enclavée entre la partie latérale droite du détroit supérieur et la tumeur qui fait obstacle à sa descente; une légère bosse séro-sanguine la recouvre et en voile les caractères. Toutefois, un examen attentif permet de reconnaître d'une façon non douteuse l'existence d'une suture ; il s'agit donc d'une présentation du sommet. M. Depaul jugeant qu'il n'y a pas lieu d'agir encore, détermine alors la malade à entrer à la Clinique.

Cette femme a été réglée à l'âge de treize ans; ses époques menstruelles, toujours régulières, avaient une durée de huit jours, et l'écoulement sanguin était peu abondant. Depuis son second mariage, qui eut lieu il y a cinq ans, le flux cataménial ne dure que deux à trois jours. Cette femme n'a jamais eu de perte; elle a eu six accouchements antérieurs et à terme qui ont été naturels et n'ont rien présenté de particulier. Le dernier seulement, qui date de dix-sept mois, a été plus long qu'à l'ordinaire, et le quatrième jour des couches, il survint quelques troubles mal déterminés du côté de l'abdomen. Aucun accident n'a compliqué ces diverses grossesses, à part des varices du membre inférieur gauche, qui ont persisté depuis la deuxième grossesse. Au début de chaque menstruation et pendant l'état de gestation, ces varices augmentaient de volume et devenaient légèrement douloureuses. — La dernière apparition des règles a eu lieu le 5 février 1863. Rien de particulier à noter dans les antécédents de cette femme, dont la mère est morte d'un cancer du sein.

A six heures du soir, j'examinai la malade avec M. Depaul, et nous trouvâmes les choses sensiblement dans le même état que celui dont j'ai donné plus haut la description. Les phénomènes du travail ne s'étaient pas modifiés d'une manière notable. Seulement la tête était plus accessible et semblait s'être un peu engagée dans l'excavation. Les battements du cœur de l'enfant étaient plus obscurs et très-irréguliers; du méconium s'écoulait en abondance, et la matrice était entièrement privée de liquide amniotique. La douleur fixe et très-vive du fond de l'utérus persistait, et la femme, souffrant de la longueur du travail, poussait des plaintes continuelles. Le pouls se conservait toutefois à 75 battements par minute. Les contractions utérines restaient fortes, douloureuses et soutenues.

L'auscultation révélant ainsi un désordre considérable dans les bruits cardiaques du fœtus, et dès lors la vie de ce dernier étant fortement compromise; d'autre part, la douleur permanente et fixe du fond de l'utérus, jointe à un certain degré d'éréthisme de l'organe, faisant craindre l'imminence d'une rupture, M. Depaul ne crut pas devoir différer son intervention et pratiqua la perforation du crâne. L'enfant ayant été préalablement baptisé, M. Depaul introduisit les ciseaux de Smellie jusque dans l'encéphale, qu'il dilacéra en tous sens, pendant que, de mon côté, j'immobilisais la matrice et fixais la tête du fœtus au détroit supérieur.

L'opération fut faite sans difficulté et suivie de l'écoulement d'une

(1) Voir le numéro du 12 avril.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveau Dictionnaire lexicographique et descriptif des sciences médicales et vétérinaires, par MM. RAIGE-DELORME, Ch. DAREMBERG, H. BOULEY, J. MIGNON et Ch. LAMY (1).

Il ne faut pas que la préoccupation des grands dictionnaires qui sont en ce moment sur le chantier, nous fasse oublier les œuvres plus modestes, au moins par leurs proportions, mais qui ont aussi, comme elles, la légitime prétention de remplir un but de première utilité, c'est-à-dire de donner à l'occasion de chacun des termes qu'amène l'ordre alphabétique, non-seulement une définition exacte, comme doit le faire tout bon lexique, mais encore une connaissance précise des objets mêmes qu'il représente. Tel est pour les sciences médicales et vétérinaires le but du livre que nous annonçons et dont la publication complète date déjà de la fin de 1863. Voici en quels termes les auteurs ont formulé eux-mêmes la double tâche qu'ils se sont proposé de remplir :

« Faire l'histoire des termes techniques, de manière à faciliter l'intelligence des auteurs qui s'en sont servis; indiquer leur étymologie, leur synonymie, leur correspondance dans les langues grecque, latine, et pour les sujets les plus importants, dans les langues anglaise, allemande, etc.; mentionner les diverses acceptions qu'ils ont reçues; — rapporter à chaque mot les notions positives qui s'y rattachent, faire une courte description des objets matériels, des phénomènes physiologiques, des maladies, des moyens thérapeutiques. »

On peut voir par ce rapide exposé du plan de cet ouvrage qu'il ne s'agit pas d'un simple lexique, mais bien d'un véritable dictionnaire abrégé. Afin que toutes les notions utiles eussent leur place là où les termes manquent et où il existe cependant des données physiologiques ou des états morbides bien connus, les auteurs en ont traité sous le nom de l'organe, comme lorsqu'il s'est agi des mouvements du cœur et des maladies de ce viscère, de celles de l'encéphale, etc. Chaque mot, lorsque le sujet comporte du développement, est ainsi le texte d'un article où se trouve le résumé des questions les plus importantes qui s'y rattachent. Pour les maladies, par exemple, après l'histoire des mots qui les désignent, ou au nom de l'organe malade, se trouve une exposition sommaire de leurs symptômes, de leurs causes, de leur nature, et même de leur traitement; pour les questions physiologiques, à une brève indication des opinions adoptées dans les divers temps, succède une exposition des données de la science actuelle : ainsi dans chaque branche particulière; ainsi pour la description des sujets anatomiques, pour les matières de thérapeutique générale ou spéciale, pour la pharmaceutique, pour les procédés opératoires et les instruments, pour l'art des accouchements, pour l'hygiène et la médecine légale.

Une place considérable a été accordée aux sciences accessoires, à la botanique, à la zoologie, à la physique, et surtout à la chimie, si importante pour la pharmaceutique, et à laquelle la physiologie et la pathologie modernes font si souvent un utile appel.

La réunion dans le même dictionnaire de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire n'a pas seulement pour objet de mettre cet ouvrage également à la disposition des médecins et des vétérinaires; leur immixtion répond plus que jamais aujourd'hui aux besoins et aux tendances de la science. Ce que l'anatomie et la physiologie humaines ont gagné à l'étude de l'anatomie et de la physiologie comparée, permet d'entrevoir, dans un avenir qui n'est probablement pas éloigné, les progrès qu'on peut attendre pour la médecine humaine elle-même de l'étude de la pathologie comparée; et si la médecine vétérinaire a plus à gagner peut-être dans cet échange que la médecine humaine, on ne saurait méconnaître les avantages que celle-ci en pourra retirer. Les discussions qui ont eu lieu dans ces dernières années à l'Académie de médecine sur la morve et le farcin, la discussion sur la rage et celle qui a eu lieu tout récemment sur l'origine équine du vaccin, les discussions de l'Académie de Belgique sur la péripneumonie de l'espèce bovine, enfin le programme du cours de médecine comparée que M. Rayer avait tenu à honneur d'inaugurer à la Faculté de médecine de Paris, et qui sera repris et développé un jour, nous l'espérons, par un continuateur plus heureux, sont autant de témoignages de l'utilité de cette étude et du mouvement qui y pousse de plus en plus les esprits.

Outre l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique vétérinaires, qui

(1) Un fort vol. grand in-8° de plus de 1,500 pages. Paris, 1863, chez P. Asselin, place de l'École de Médecine. — Prix : 18 fr. broché, 19 fr. 50 c. cartonné, et 20 fr. 50 c. relié.

notable quantité de substance cérébrale mêlée de sang noir. L'accouchement fut ensuite abandonné à la nature, et à huit heures un quart du soir, c'est-à-dire deux heures après la perforation du crâne et vingt-deux heures après le début du travail, le fœtus fut expulsé spontanément.

La délivrance fut naturelle; pas d'hémorrhagie; pouls à 76. La femme est calme. L'utérus dur et rétracté remonte à plusieurs travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il est moins incliné à gauche que pendant le travail.

L'enfant est du sexe féminin; son poids est de 3,300 grammes, sans compter la moitié environ de la substance cérébrale écoulée à la suite de la perforation; sa longueur est de 53 centimètres. Les diamètres de sa tête mesurent: l'occipito-frontal, 11 centimètres 1/2; l'occipito-mentonnier, 13 centimètres; le bipariétal, 9 centimètres; le sous-occipito-bregmatique, également 9 centimètres. — Le placenta et les membranes n'offrent rien de particulier à noter; le cordon a une longueur de 78 centimètres.

Dès le lendemain 16 novembre, à quatre heures du matin, la malade éprouve un violent frisson suivi de chaleur et de sueur, ainsi que d'une douleur aiguë de l'abdomen. Il existe en même temps des tranchées utérines vives et intermittentes. La matrice, revenue sur la ligne médiane, s'élève à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. Visage congestionné, peau humide et chaude; pouls à 108. — Onctions belladonées et laudanisées avec cataplasmes sur le ventre; julep avec sirop de morphine, 30 grammes; 2 pots de sirop de groseille, bouillon.

Le soir, la douleur inflammatoire de l'abdomen et les tranchées utérines persistent, ainsi que la fièvre. Une douleur vive s'est manifestée dans l'épaule gauche et s'irradie vers le cou et le bras. 108 pulsations; plaintes continuelles; miction et garde-robes spontanées. — Un quart de lavement laudanisé; liniment laudanisé sur l'épaule.

Le 17, la douleur de l'épaule gauche a été excessive pendant la nuit; elle siége surtout un peu au-dessous de l'acromion; l'articulation ne paraît point tuméfiée. Absence de sommeil, face congestionnée, physionomie anxieuse; pouls à 116, large et fort. Sensibilité générale de l'abdomen; les tranchées ont cessé à la suite du lavement laudanisé de la veille.

Le 18, diarrhée; léger météorisme de l'abdomen, qui reste douloureux; retour des tranchées; un peu de gonflement à l'épaule gauche. Pouls à 116. Le soir, état de plus en plus grave; pouls à 136; cordon dur, sinueux, rouge et très-douloureux sur le trajet de la veine saphène interne gauche, qui est variqueuse et enflammée dans toute sa longueur. — Fomentations d'eau de guimauve.

Le 19, état de prostration, teinte subictérique; langue sèche et soif vive; ballonnement prononcé de l'abdomen. Une légère douleur, sans tuméfaction apparente, s'est manifestée dans la masse charnue de l'avant-bras droit; épaule gauche moins douloureuse; membre inférieur gauche, siége de la phlébite, considérablement œdématié. — Julep avec 2 grammes de teinture d'aconit; 50 centigrammes de sulfate de quinine; sirop de groseille, 2 pots; onguent napolitain belladoné sur le ventre et les veines enflammées.

Le soir, teinte subictérique plus prononcée, plaintes continuelles; quarante-quatre respirations à la minute. Vomissements bilieux, ballonnement extrême; douleurs au mollet droit, à l'avant-bras et à l'épaule.

Le 20, mort à trois heures du matin.

Opposition formelle à l'autopsie. La matrice seule put être examinée. Toutefois, pendant son extraction à travers une incision étroite de la paroi hypogastrique, je pus constater un développement extrême des intestins par des gaz, et une injection assez accusée du péritoine, qui renfermait très-peu de liquide. Les ovaires sont sains; les trompes, au contraire, sont rouges, tuméfiées et enflammées.

Quant à la matrice, elle ne présente extérieurement rien de particulier à noter. Son corps offre un développement en rapport avec la date récente de l'accouchement. Son col, au contraire, est très-volumineux et distendu par la tumeur qui remplit sa cavité. Cette tumeur est sphérique et pédiculée; elle a 8 centimètres de diamètre et 26 de circonférence. Le pédicule, aplati, long de 3 centimètres et large de 7, s'insère à la partie inférieure du corps de l'utérus, sur la face interne de la paroi postéro-latérale gauche.

La tumeur est revêtue par la muqueuse utérine et paraît constituée : 1° par un noyau très-dur et élastique de tissu fibreux; 2° par une couche corticale molle, infiltrée, d'environ 1 centimètre d'épaisseur et formée de tissu utérin (muqueuse et fibres musculaires?). Le pédicule, assez mince, est en grande partie, sinon exclusivement composé d'un double feuillet de la muqueuse utérine.

Il n'existe pas d'autre tumeur dans la cavité ni dans les parois de la matrice (1).

L'observation qui précède est un nouvel exemple de dystocie produite par un polype fibreux de l'utérus, qu'il convient d'ajouter aux cas semblables déjà connus dans la science. Mais elle offre, en outre, une particularité importante sur laquelle il me paraît opportun d'insister.

On a vu que l'accouchement avait été fatal à l'enfant, et que ce dernier n'avait pu être expulsé de la matrice qu'après avoir subi une opération par elle-même nécessairement mortelle : la perforation du crâne et la dilacération de l'encéphale. La cause de cette difficulté ou plutôt de cette impossibilité, opposée à l'accomplissement régulier de la parturition, fut cependant parfaitement reconnue à une période encore peu avancée du travail; la nature même de la tumeur ne fut pas ignorée, et le diagnostic : *corps fibreux de la matrice*, put être exactement formulé. Mais si l'existence du fibrome fut aussi bien constatée; si l'exploration que nous en fîmes, M. Depaul et moi, nous permit d'apprécier avec précision son volume, sa consistance, sa forme et sa situation, il n'en fut plus de même de son pédicule.

En raison de son élévation, la tumeur échappait dans sa moitié supérieure à l'atteinte du doigt, tandis que sa situation en arrière, jointe à la tension des parois utérines, la rendait inaccessible par le palper hypogastrique. Son caractère principal, quel qu'il fût, pédiculé, sessile ou interstitiel, ne pouvait donc nous être révélé par les moyens précédents, qui sont les plus directs. A défaut de ces derniers, s'il se fût agi d'un cas ordinaire, il eût été toutefois possible encore, sinon facile, d'arriver à un diagnostic satisfaisant.

Lorsqu'en effet la tumeur est pédiculée et que sa masse principale est indépendante de la paroi utérine, il existe un interstice, un sillon de séparation à la limite de son contact avec la surface interne de la matrice; et ce sillon, perceptible au doigt, suffit au moins à démontrer que le fibrome n'est pas interstitiel. Si l'on parvient ensuite à faire pénétrer le doigt ou un instrument mousse, tel qu'une sonde d'homme, entre la tumeur et la paroi utérine, l'instrument arrêté dans sa progression indiquera, par la longueur du trajet parcouru, s'il s'agit d'un corps réellement pédiculé ou simplement sessile. Or, ce caractère si précieux pour le diagnostic nous fit complétement défaut dans le cas que je viens de rapporter, bien que le fibrome fût pédiculé et n'affectât avec le col que des rapports de contiguïté. D'où vient donc cette absence du sillon de contact, ou plutôt comment nous fut-il ainsi dissimulé? La disposition même des parties me paraît en fournir une explication aussi simple que satisfaisante.

Le polype occupait la partie supérieure de l'excavation pelvienne, dont il obstruait les deux tiers gauches et postérieurs, tandis que la tête du fœtus, à peine engagée, correspondait au tiers droit et antérieur du détroit abdominal. Ces deux tumeurs, siégeant à une profondeur inégale, et se comprimant l'une l'autre sous l'influence des contractions utérines, exerçaient excentriquement une pression énergique sur les parois de la matrice, comprises entre elles et l'enceinte osseuse du petit bassin. Le segment inférieur de l'utérus, dans sa portion correspondante à la tête fœtale, avait pu cependant, grâce à l'élévation de cette dernière, s'affranchir de la compression et permettre l'effacement, puis la dilatation complète de la partie adjacente du col utérin. Mais il en était tout autrement de la portion de paroi contiguë à la tumeur; car celle-ci, fortement engagée, ne cessait d'exercer sur elle une vigoureuse pression. De là non-seulement l'absence d'effacement du col dans la partie correspondante, c'est-à-dire dans ses deux tiers gauches et postérieurs, mais encore la tuméfaction œdémateuse qui en augmentait légèrement la longueur et l'épaisseur. De là l'impression du corps fibreux dans le segment inférieur de l'utérus, à peu près comme celle qui résulterait de la pression d'un corps dur et sphérique sur une éponge molle. De là enfin la dissimulation complète de l'interstice qui devait marquer la limite de leur contact.

Par le toucher, en effet, le doigt passait directement de la face interne du col sur la muqueuse du polype, elle-même œdématiée, sans percevoir la plus petite inégalité ou le moindre sillon qui pût en faire soupçonner l'indépendance. Aussi dois-je l'avouer, même après une exploration attentive et réitérée, la tumeur me parut si bien incorporée à la paroi utérine et si franchement interstitielle, que pour ma part la nécessité de rechercher l'existence d'un pédicule ne me vint pas même à la pensée.

En nous révélant les caractères de la tumeur, l'autopsie me valut tout à la fois une grande surprise et la preuve de ma parfaite illusion. D'où il suit que, si pareil fait se présentait de nouveau à mon observation, me défiant à juste titre des caractères trompeurs que je viens de signaler, je ne regarderais mon diagnostic comme suffisamment certain qu'après avoir introduit deux doigts, ou même la main entière, dans les parties génitales, et avoir ainsi directement et fructueusement exploré toute la tumeur pour m'assurer de ses vrais caractères. Et si quelque circonstance pouvait s'opposer à l'emploi de ce mode d'exploration, pour lequel l'usage du chloroforme serait parfois indiqué; s'il ne restait, relativement à l'existence d'un pédicule, quelque doute dans l'esprit, je tenterais néanmoins volontiers de repousser prudemment la tumeur au-dessus du détroit supérieur. Cette manœuvre, quel qu'en soit d'ailleurs le résultat, serait en effet sans préjudice pour la mère et pourrait être fort profitable à l'enfant

Malgré la longueur des détails qui précèdent, je pense qu'il serait superflu de vouloir m'en justifier; car, au point de vue des divers modes d'intervention que réclame la dystocie par les corps fibreux de l'utérus, nul caractère ne me semble plus important à connaître, après la constatation de la tumeur elle-même, que son état pédiculé, sessile ou interstitiel. C'est à ce titre que les causes d'erreur sur lesquelles je viens d'appeler l'attention, m'ont paru mériter un examen particulier et approfondi.

Divers autres points de l'observation pourraient fournir encore le sujet d'utiles considérations; mais pour ne pas donner à cette étude une longueur démesurée, je me bornerai à faire remarquer, indépendamment de l'état de bonne santé habituelle de la femme, de l'absence de trouble dans sa menstruation et de ses six grossesses antérieures :

1° L'innocuité du polype pour la septième grossesse, qui est arrivée heureusement à terme;

2° La persistance et l'énergie des contractions utérines pendant un travail prolongé;

3° L'expulsion spontanée de l'enfant deux heures après la perforation et la déplétion partielle du crâne;

4° et 5° L'existence d'une douleur vive, continue et fixe vers le fond de la matrice, en même temps que la rapidité d'invasion de la péritonite après l'accouchement;

6° La coexistence d'une inflammation des varices du membre inférieur avec des douleurs articulaires et musculaires;

7° L'apparition précoce de ces dernières, circonstance qui jette du doute sur leur nature;

8° La rétraction énergique de l'utérus pendant les jours qui suivirent l'accouchement, en même temps que l'existence de tranchées assez vives et l'absence complète d'hémorrhagie dans le cours du travail ou des suites de couches;

9° Enfin, l'analogie qui, sous plusieurs rapports, permet de rapprocher notre observation de l'observation XXXIX de P. Amand (1), dans laquelle « le col de la matrice, qui, par la circulation du sang interrompue », formait une grosse tumeur, mit obstacle pendant six jours à l'expulsion de l'enfant.

— Le fait suivant (que nous publierons dans un prochain numéro) va nous offrir d'autres particularités très-singulières et bien propres aussi à égarer le diagnostic ou tout au moins à le rendre incertain.

HÉMORRHAGIE OMBILICALE DES NOUVEAU-NÉS.

Le docteur Graily Hewitt a rapporté à la Société obstétricale

(1) Cette observation se trouve publiée presque textuellement, d'après mes notes, dans la thèse de M. Etcheverry, et a été reproduite dans celle de M. Dubar.

(1) *Nouv. observ. sur la pratique des accouch.*; 2e édit., Paris, 1715, p. 156.

ont été de la part des auteurs l'objet de développements aussi étendus qu'ils auraient pu l'être dans un dictionnaire spécial, ils ont apporté aussi une attention particulière à l'étude de l'hygiène et de toutes les questions de zootechnie et de jurisprudence vétérinaire.

Ainsi conçu et exécuté, ce Dictionnaire présente un tableau raccourci, mais complet, de toutes les connaissances qui se rattachent à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique, à la pharmacologie et à la médecine vétérinaire, en un mot un tableau général de toutes les sciences relatives à l'art de guérir.

Des gravures ajoutées au texte éclairent certains points d'anatomie, de physiologie ou d'obstétrique que la description seule eût été impuissante à bien faire saisir.

Parmi les articles les plus développés et où l'on peut trouver des notions très-suffisantes de l'état de la science et souvent même des faits nouveaux ou des considérations scientifiques originales, nous citerons particulièrement les mots : âge, apoplexie, avortement, castration, causes, chaleur, charbon, cheval, circulation, clavelée, climat, cœur, dent, digestion, eaux minérales ou pharmaceutiques, eaux aux jambes (article qui par parenthèse devra être revisé dans une édition subséquente), empoisonnement, encéphale, farcin, foie, homme, morve, nomenclature, organisation, psychologie, sang, syphilis, utérus, vue, etc. On trouvera enfin dans un supplément la plupart des mots nouveaux introduits pendant ou depuis la confection du Dictionnaire, tels que : acupressure, astygmatisme, aphémie, ataxie locomotrice, chromhydrose, dynamoscopie, hypnotisme, etc.

Nous n'avons rien dit des auteurs; mais rappeler les noms de M. Raige-Delorme pour la partie médicale proprement dite et de M. Bouley pour la médecine vétérinaire, n'est-ce pas donner une garantie suffisante de l'exactitude et de la parfaite exécution de toutes les parties de l'œuvre?

Dr Brochin.

L'armée anglaise et miss Nightingale, par le Dr C. Shrimpton (1).

Dans l'ouvrage dont nous allons présenter le compte rendu, M. le docteur Shrimpton fait voir combien l'armée anglaise a souffert au commencement de la guerre de Crimée, par suite de l'état défectueux de son administration militaire; et, chose bien remarquable, toutes les lacunes de cette administration, au milieu des tourments de la guerre et de l'état désastreux des malades dans les hôpitaux, ont été réparées par la présence d'une femme, miss Nightingale, que le gouvernement anglais avait autorisée à se rendre auprès de l'armée expéditionnaire. Cette femme sut par son initiative personnelle subvenir aux besoins des malades, sans avoir à s'immiscer cependant dans le service administratif. Il est un fait connu de tout le monde, c'est que dès l'heureuse intervention de miss Nightingale sur le théâtre de la guerre, l'armée anglaise, qui avait cruellement souffert, ressentit bientôt les heureux effets de cette bienfaisante intervention.

Ensuite M. Shrimpton, comme ancien chirurgien militaire, démontre encore par l'histoire de la guerre de Crimée toute l'importance que l'on devrait toujours donner à l'autorité du médecin en chef d'une armée, non-seulement pour assurer les soins nécessaires aux malades et aux blessés, mais encore et surtout pour prévenir, par les mesures les plus utiles de l'hygiène, le développement des épidémies. Il est démontré par les statistiques de l'armée anglaise que pendant une certaine période de la guerre de Crimée, 96 p. 100 de la mortalité était due aux maladies occasionnées non pas par le feu de l'ennemi, mais bien par des conditions d'imprévoyance et d'insalubrité. M. Shrimpton fait voir en outre que le médecin en chef d'une armée devrait toujours être rapproché du général en chef, pour lui fournir ou lui soumettre directement les indications les plus rationnelles pour l'hygiène des troupes. Sa présence serait même utile le plus souvent au rapport journalier du commandant supérieur.

Cette amélioration d'une importance si majeure pour le salut des armées et si honorable pour le corps médical, n'est pas loin d'être réalisée en principe, puisque nous avons vu M. le baron H. Larrey exercer toute cette influence comme médecin en chef de l'armée d'Italie. Grâce à sa position tout exceptionnelle auprès de S. M. l'Empereur et à son tact exquis dans ses rapports avec l'intendance militaire, il a pu rendre les plus grands services à l'armée et prévenir toutes les maladies nosocomiales, conséquences funestes de l'encombrement après les grandes batailles.

Nous ne pouvons mieux résumer l'opinion de M. Shrimpton qu'en citant ce paragraphe de son ouvrage (page 36) : « Le médecin en chef » ne doit et ne peut recevoir aucune entrave dans la prompte exécu- » tion de ses devoirs, et l'autorité administrative de l'intendance doit » en faciliter l'exécution par tous les moyens dont elle dispose. »

(1) Broch. in-8°. Paris, 1864, chez Germer Baillière.

de Londres les particularités suivantes sur un cas d'hémorrhagie par le cordon. Il s'agissait d'une femme faible de santé et mal nourrie, accouchée au huitième mois d'un enfant du sexe féminin, à British Lying Hospital, et qui avait déjà perdu un enfant en bas âge, à la suite d'hémorrhagie par les yeux, la bouche et le rectum. L'enfant était faible et la circulation gênée, et il avait été dès les premières heures atteint d'ictère. Dès le second jour un peu de sang a paru à l'insertion du cordon sur l'abdomen. Le troisième jour une véritable hémorrhagie a eu lieu, et lorsque M. Graily-Hewit a vu le petit malade, l'hémorrhagie durait depuis plus d'une heure. Le sang paraissait sortir comme d'une éponge à la jonction du cordon avec le tégument de la paroi abdominale; l'enfant était excessivement pâle et paraissait devoir bientôt succomber. Une nouvelle perte de sang a été prévenue par la ligature en masse du cordon; néanmoins l'enfant est mort une heure après.

L'autopsie a montré une congestion très-prononcée du foie et un épanchement de sang dans le péritoine. Il n'y avait pas de solution de continuité évidente sur les débris du cordon mis en dedans de la paroi abdominale.

A propos de cette communication, le présentateur invoquait les faits rassemblés par Grandidier, qui semblent établir que dans les cas analogues à celui qui est rapporté, la jaunisse semble être la règle; que, dans certains cas, l'hémorrhagie peut être expliquée par une diathèse hémorrhagique. La ligature en masse paraît être le meilleur moyen à employer, et la gravité des hémorrhagies ombilicales chez les enfants est jugée par un relevé statistique qui donne une mortalité de 83 1/2 p. 100.

(*Société obstétricale de Londres*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 avril 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Haute-Vienne et de la Loire. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Peisse et Cerise, qui se présentent comme candidats dans la section des associés libres.

2° Un rapport de M. le docteur Lacase sur le service médical des eaux minérales de Rouzat (Puy-de-Dôme) pour l'année 1862.

3° Une note de M. Dietzenbacher relative à l'action de l'acide pyrogallique sur le brome et l'iode. (Commissaire : M. Poggiale.)

— M. ROBINET présente de la part de M. Collas, pharmacien, un échantillon de poudre de fer métallique obtenue par un procédé nouveau et destinée à l'usage médical.

— M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur G. Delaplagne, trois opuscules, dont les titres suivent :

1° *Lettres à M. Ricord sur la syphilis* (*chancre et blennorrhagie*), *et à M. Edmond Langlebert sur la contagion et l'infection syphilitiques.*

2° *Considérations théoriques et pratiques sur les virus sanguin, lymphatique et nerveux*, travail servant de préambule à des études sur la *Pathologie animée.*

3° Deux *Notes sur l'origine du vaccin et sur l'identité de son principe avec celui de la variole et des affections vaccinogènes.*

— M. GRISOLLE fait hommage, au nom de M. Johert (de Lamballe), de l'ouvrage qu'il vient de publier sur la réunion des plaies, et prie son collègue d'agréer les remerciments de l'Académie.

— M. GRISOLLE fait hommage ensuite à l'Académie d'un exemplaire de la seconde édition du *Traité de la pneumonie*, qu'il vient de publier. Il rappelle que la première édition de cet ouvrage lui a valu l'honneur du prix Itard.

Inoculation du grease pustuleux. — M. H. BOULEY présente, au nom de MM. le docteur Auzias-Turenne et Mathieu, médecin vétérinaire à Sèvres, la note suivante, où sont consignés les résultats d'inoculations du grease pustuleux à des chevaux et à des vaches.

Dans les premiers jours de ce mois, le grease pustuleux s'est développé sans origine connue sur une jument de race anglaise appartenant à M. Voillemier, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

La maladie était des plus bénignes; les vésico-pustules peu abondantes n'existaient que dans la bouche, à l'exception de deux (dont la plus grosse n'offrait que 8 millimètres environ de diamètre et n'avait pas d'induration) qui siégeaient à la face, très-près de l'ouverture buccale, une de chaque côté. A peine les ganglions maxillaires étaient-ils pris.

La limitation des vésico-pustules dans la bouche et son voisinage le plus immédiat est une circonstance sur laquelle nous appelons l'attention et dont nous garantissons l'exactitude, après un examen des plus minutieux fait non-seulement par nous; mais encore par d'autres personnes, et notamment par MM. Bouley, Percheron et Voillemier.

C'est d'ailleurs grâce au savoir et à l'obligeance de ces Messieurs que nous avons pu observer cette jument et pratiquer des expériences pour renouveler la source du vaccin.

Le 8 avril, nous avons chargé une lancette du fluide de la plus grosse des deux vésico-pustules de la face, et deux heures après nous avons pratiqué deux inoculations au moyen de cette lancette à la lèvre supérieure d'un cheval hongre, breton, âgé de neuf à dix ans.

Ces inoculations ont réussi; le 15 avril, les pustules produites étaient fort belles et offraient une base dure. Nous avons facilement transmis le virus de ces pustules à des vaches et surtout à des chevaux.

En conséquence, nous possédons et nous pouvons offrir à nos confrères deux sources abondantes et pures de vaccin :

1° Un vaccin énergique sur le cheval.

2° Un vaccin adouci sur la vache.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. GOBLEY, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de trois rapports officiels sur des demandes en exploitation de nouvelles sources minérales.

Les conclusions sont adoptées sans discussion.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la théorie des bruits du cœur.

La parole est à M. Bouillaud.

Discussion sur la théorie des bruits du cœur.

M. BOUILLAUD commence en annonçant qu'il laissera de côté les recherches de MM. Chauveau et Marey, pour ne s'occuper exclusivement que des deux théories en présence sur les battements du cœur, la théorie de M. Beau et la théorie ancienne, qui est la théorie généralement adoptée.

M. Bouillaud expose successivement ces deux théories, et après les avoir mises parallèlement en regard des faits physiologiques et pathologiques et en avoir conclu que la théorie de M. Beau est contraire à toutes les données de la physiologie et de la pathologie, et qu'elle tend à renverser tout ce que l'on savait jusqu'ici sur ce sujet; il termine par les conclusions suivantes, qui résument toute son argumentation.

Quel que soit le résultat actuel et ultérieur des expériences et recherches cardiographiques de MM. Chauveau et Marey, toujours est-il que d'ores et déjà la théorie de M. Beau a succombé sous les coups qui lui ont été portés. Il ne restera donc désormais à la cardiographie que le soin d'enregistrer pour ainsi dire son décès.

Cette conclusion générale repose sur les arguments suivants :

1° L'exploration la plus exacte, soit par la vue, soit par le toucher, démontre que le premier mouvement du cœur, avec choc contre les parois de la poitrine et pulsations artérielles, loin d'être l'effet de la systole des oreillettes, est positivement produit par la systole des ventricules.

2° Les mêmes méthodes d'exploration démontrent que le second mouvement, avec retrait de la pointe du cœur et absence des pulsations artérielles, est isochrone non à la systole ventriculaire, mais bien à la diastole ventriculaire, et par conséquent à la systole, *telle quelle*, des oreillettes.

3° Les mêmes méthodes d'exploration, jointes à l'auscultation, démontrent qu'une *révolution* complète du cœur se compose de quatre temps distincts, et que l'on peut compter, mesurer avec une extrême facilité, et que par conséquent la durée de cette révolution n'est pas une mesure à trois temps.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

PRESENTATION.

Pneumonoscope. — M. le docteur COLLONGUES soumet à l'examen de l'Académie un mannequin d'auscultation, auquel il donne le nom de *pneumonoscope*, et il explique l'objet de cet appareil dans une note dont il donne lecture et dont voici un résumé :

L'étude de l'auscultation pulmonaire est une des branches les plus importantes de l'enseignement médical; elle est intimement liée à la pathogénie des maladies de poitrine, et on peut avouer qu'on ne connaît pas les maladies du poumon si on ne sait pas l'auscultation. Il nous a semblé que quelques efforts tentés dans le but d'apporter de légères améliorations à la méthode d'instruction adoptée dans les écoles pourrait trouver son utilité.

Le professeur de pathologie et le professeur de clinique ne peuvent montrer pratiquement tous ces bruits à chaque élève en particulier. Le temps leur manquera, et chaque élève ne pourra humainement à l'hôpital fatiguer le malade pour s'exercer.

Le pneumonoscope se compose d'un buste en carton-pierre sur la surface duquel on a ménagé à la partie antérieure dix ouvertures et deux à la partie postérieure, portant chacune l'inscription du bruit qui doit être entendu. A la base du buste, on voit dépasser des extrémités de tubes en caoutchouc; c'est par l'extrémité ouverte de ces tubes qu'on introduit un soufflet à main. Il suffit de presser et d'arrêter alternativement la pression pour produire, selon le tube et en écoutant aux différentes ouvertures correspondantes, soit la respiration normale, forte, faible, saccadée, l'expiration prolongée, soit le souffle rude, soit le souffle tubaire, soit le souffle caverneux, soit le souffle amphorique, soit le tintement métallique.

Mais pour produire les râles, il est essentiel d'ajouter au soufflet des embouchures ou anches préparées, qui, étant humectées d'eau albumineuse, produisent le râle crépitant, le sous-crépitant, le caverneux, le sibilant et le ronflant.

Le bruit de fluctuation thoracique et les frottements doux et rudes se perçoivent aussi facilement et par des procédés aussi simples.

Le meilleur moyen de savoir si tous ces bruits simulés étaient exacts et identiques à ceux des maladies pulmonaires était de s'en rapporter à l'appréciation des hommes spéciaux, d'une habitude consommée dans l'art de l'auscultation. MM. Bouillaud, Barth, Trousseau, Blache et Béclard, et tous les confrères éclairés que nous avons consultés, nous ont donné de bons témoignages d'encouragement.

Animé du désir de seconder les élèves au début de leurs études, nous croirons avoir rempli une lacune s'il nous est donné, comme nous l'espérons, de voir le pneumonoscope servir à abréger le temps des études, et à rendre facile et court un apprentissage qui est pénible, ingrat, difficile et de longue durée.

L'examen de cet appareil et le travail de M. Collongues sont renvoyés à la commission déjà nommée pour les précédentes communications de l'auteur.

— La séance est levée à cinq heures.

PROGRAMME D'UN CONCOURS

pour l'admission aux emplois d'élève à l'Ecole du service de santé militaire.

L'Ecole du service de santé militaire, instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg, est destinée à recevoir des élèves qui, après leur réception au doctorat, sont appelés à devenir aides-majors de 2e classe, en passant un an à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Aux termes du décret impérial du 28 juillet 1860, l'Ecole du service de santé se recrute annuellement, par la voie du concours :

1° Par des élèves qui, sans avoir encore pris d'inscriptions, rempliront les conditions exigées pour être admis à prendre une première inscription de doctorat;

2° En cas d'insuffisance de ce mode de recrutement par des élèves ayant déjà pris quatre inscriptions de doctorat et subi avec succès le premier examen de fin d'année.

En raison de la situation actuelle du personnel de l'Ecole, il n'est plus fait appel qu'aux élèves de la première catégorie (*candidats sans inscriptions*).

Un concours pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg s'ouvrira :

A Strasbourg, le 5 septembre 1864;
A Lyon, le 12 du même mois;
A Montpellier, le 15 du même mois;
A Toulouse, le 19 du même mois;
A Bordeaux, le 22 du même mois;
A Paris, le 26 du même mois.

D'après les dispositions ci-dessus mentionnées, seront admis à ce concours :

Les élèves pourvus du diplôme de bachelier ès lettres et du diplôme de bachelier ès sciences restreint ou complet.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Etre Français;

Le remède à ces malheurs qui frappèrent d'abord l'armée anglaise se trouve détaillé avec soin dans le travail de l'auteur, depuis la page 51 jusqu'à celle 64, sous le titre de *Ventilation*. Du reste, M. Shrimpton convient parfaitement qu'il a été conduit à établir la ventilation comme la base d'une bonne thérapeutique par l'effet du hasard, et voici comment : Après la désastreuse expédition de *Bou-Thaleb* (1), M. Shrimpton était chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Sétif. Cet hôpital étant déjà plein, M. Shrimpton se vit obligé de se servir d'une caserne en construction pour y mettre ses malades. Cette caserne, accessible à tous les vents, n'avait pour couverture que sa toiture sans plafond; les malades y étaient couchés par terre sur des paillasses, et malgré cet état d'encombrement, malgré même des cas assez nombreux de gangrène par congélation, les avantages de la *ventilation* furent tels que les guérisons dépassèrent toute prévision.

Dans le travail de notre confrère, page 60, il dit encore : « Sur » 532 malades qui entrèrent à l'hôpital, 477 furent traités par des » moyens purement médicaux, et nous n'en perdîmes que 19; » 55 furent soumis à des opérations, et nous n'en perdîmes que 3. »

C'est la lecture de cette partie de ce travail qui attire notre attention sur le peu d'air que généralement en France on laisse pénétrer dans la chambre des malades, cette remarque s'appliquant dans les cas de fièvres typhoïdes, quand bien même elles offriraient des complications du côté des poumons.

Il semble donc que, sans exagérer l'introduction de l'air dans les chambres occupées par ces malades, on doit puiser dans l'excellent travail de M. Shrimpton un avertissement salutaire pour le traitement de la plupart des maladies nosocomiales et épidémiques, telles que fièvres typhoïdes, puerpérales, érysipèles et autres qui ravagent journellement nos hôpitaux, et contre lesquelles, même en ville, on semble redouter l'introduction de l'air frais.

On nous permettra d'ajouter qu'un séjour de dix ans aux Etats-Unis d'Amérique, tant au nord qu'au sud, nous démontre clairement que si ces maladies ne sont pas aussi meurtrières de l'autre côté de l'Atlantique, la raison en est simple à concevoir. En effet, les hôpitaux de cette contrée y sont construits avec une ventilation naturelle et abondante, et le calorique, au lieu d'y être introduit au moyen de l'air chaud ou avec des poêles, est toujours au contraire maintenu par de grands foyers ouverts formant autant de ventilateurs, indépendamment des fenêtres et ouvertures pratiquées dans les plafonds. En résumé, si nous plaçons à côté de ce travail la récente publication de M. Shrimpton sur le traitement de la fièvre typhoïde, nous arrivons à conclure avec l'auteur que la *ventilation* est la véritable base de la thérapeutique des maladies septiques et épidémiques.

Dr H. E. GANTILLON.

(1) Voir *Relation médico-chirurgicale de l'expédition de Bou-Thaleb*, par le docteur C. Shrimpton.

Nous lisons dans *le Droit* :

« Nous nous hâtons de publier le fait suivant, que nos confrères de la presse s'empresseront sans doute de reproduire, car cette publicité pourra, s'il en est temps encore, prévenir de grands malheurs.

» Le 6 avril courant, un monsieur bien mis, passant sur la place de la Bourse, aperçut deux individus qui conduisaient en laisse un magnifique chien de chasse de race griffonne, blanc et orange. Le monsieur s'extasia sur la beauté de cet animal, qu'il apprécia en connaisseur, et demanda si par hasard il n'était pas à vendre.

» Les conducteurs du griffon eurent l'air de balancer et se consultèrent pendant quelques instants, après quoi l'un d'eux dit au questionneur : Allons! si vous en avez envie, vous pouvez le prendre pour dix francs. La somme fut aussitôt donnée et la bête emmenée.

» Or, on vient d'apprendre que cet animal, appartenant au sieur X..., propriétaire, domicilié au bois de Colombes, avait été mordu la veille par un chien qui a été reconnu atteint de la rage. Le sieur X... l'avait confié aux nommés H... et B... (de Courbevoie), pour le conduire à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, afin qu'on s'assurât de son état de santé. Des poursuites sont dirigées contre ces deux individus, qui ont trouvé plus expéditif et profitable de se débarrasser du griffon en le vendant, ainsi que nous venons de le raconter.

» On ignore si le monsieur qui a acheté le chien habite Paris ou les environs. Dans le cas où l'animal n'aurait pas encore manifesté les symptômes de la rage, son propriétaire fera bien, aussitôt que cet avis lui parviendra, de le conduire à l'Ecole d'Alfort, afin de prévenir les effets de la terrible maladie. »

2° Avoir eu, au 1er janvier 1864, plus de dix-sept ans et moins de vingt ans;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat délivré par un médecin militaire du grade au moins de major; en outre, elle pourra être vérifiée, au besoin, par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission;

4° Souscrire un engagement de service dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement des études préparatoires et complémentaires.

Pour les élèves qui obtiendront le dégrèvement intégral ou partiel du prix de la pension ou du trousseau, l'engagement dont il vient d'être parlé sera remplacé par un engagement régulier au service militaire.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Formalités préliminaires.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les intendants militaires des 1re, 6e, 8e, 10e, 12e et 14e divisions. La clôture de cette liste aura lieu, dans chaque localité, cinq jours avant l'ouverture du concours.

A Strasbourg, les examens se feront dans les locaux de l'École du service de santé militaire; à Paris, dans ceux de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance:

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire;

3° Les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences complets ou restreints, ou les certificats constatant l'aptitude à recevoir ces diplômes. (Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves.)

Chacun d'eux indiquera exactement son domicile, pour qu'il puisse recevoir, s'il y a lieu, sa commission d'élève.

Les candidats admis seront appelés à l'École du 1er au 10 novembre.

Les élèves admis, autres que ceux qui résideront dans le département du Bas-Rhin, recevront à leur arrivée à Strasbourg, par les soins de l'intendant militaire et sur la présentation de leur lettre de service, l'indemnité de route attribuée au grade de médecin sous-aide; pour les candidats admis conditionnellement, le droit à cette indemnité ne sera acquis que le jour qu'ils entreront à l'École.

Indépendamment de cette indemnité, ceux de ces élèves qui appartiendront déjà à l'armée recevront, pour se rendre à Strasbourg, une feuille de route donnant droit au bénéfice du tarif militaire sur les voies ferrées.

Forme et nature des épreuves.

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle;

2° Interrogations sur la physique et la chimie dans les parties afférentes aux sciences médicales.

Il sera accordé trois heures pour les compositions, qui seront corrigées à huis clos par le jury. Les fautes d'orthographe, de langue et les erreurs scientifiques, seront relevées et portées en note marginale; les fautes d'orthographe et les fautes de langue graves répétées seront un motif suffisant d'élimination.

Chaque épreuve d'interrogation pourra durer de 15 à 20 minutes.

Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, qui le présidera, et de deux professeurs à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires désignés par le ministre.

Après la dernière épreuve, le jury procède en séance particulière au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris.

Régime intérieur de l'École.

Les élèves du service de santé de l'armée sont casernés et soumis aux règles de la discipline militaire; ils portent l'uniforme attribué par l'ordonnance du 12 août 1836 aux élèves de l'ancien hôpital de perfectionnement.

Tous les frais d'inscriptions, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de certificats d'aptitude et de diplôme, réglés conformément au tarif déterminé par le décret du 22 août 1854, sont payés par le ministre de la guerre.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève est tenu, aux termes de l'article 13 du décret du 12 juin 1856, au remboursement des frais de scolarité de toute nature, qui ont été payés pour son compte.

Concession de places gratuites.

Les candidats dénués de fortune peuvent obtenir, en exécution de la loi du 5 juin 1850, une bourse ou demi-bourse, un trousseau ou un demi-trousseau. Ceux qui prétendraient à cette faveur doivent en faire la demande au ministre de la guerre. Cette demande, qui sera remise au préfet du département où la famille réside, devra être appuyée de renseignements détaillés sur les moyens d'existence, le nombre d'enfants et les autres charges des parents, ainsi que d'un relevé des rôles de contributions payées dans les diverses localités où les familles peuvent avoir des propriétés,

L'insuffisance de la fortune des parents et des jeunes gens sera constatée par une délibération du conseil municipal, laquelle devra être soumise à l'approbation du préfet.

Les demandes devront être adressées au ministre avant le 1er octobre, terme de rigueur. Celles qui parviendraient après cette époque ne pourront recevoir aucune suite, et seront considérées comme non avenues.

Toutefois, les candidats qui l'année précédente avaient déjà fait les justifications qui viennent d'être indiquées seront dispensés de les renouveler. Il suffira qu'ils fassent parvenir au ministre de la guerre, dans le délai qui vient d'être énoncé, un certificat délivré par le maire et visé par le préfet, à l'effet d'indiquer les changements qui peuvent être survenus dans leur position de fortune, ou de constater que cette position n'a pas varié.

Les bourses et demi-bourses, trousseaux et demi-trousseaux, sont accordés par le ministre de la guerre, sous la condition par les concessionnaires d'avoir à contracter un engagement militaire régulier.

Élèves payants.

Des places payantes sont réservées aux candidats reconnus admissibles qui n'auront pas justifié de leurs titres à l'obtention d'une bourse ou demi-bourse.

Le prix de la pension est fixé à 1,000 fr. par an, et celui du trousseau à 1,050 fr. une fois payés.

Indépendamment du prix de la pension et de celui du trousseau, tout élève, même boursier, sera tenu, au moment de son entrée à l'École, de déposer entre les mains de l'officier comptable une somme de 150 fr., dont il conservera la propriété, et qui sera affectée à la garantie des pertes et dégradations qui pourraient être mises à sa charge pendant le cours de ses études.

Nul ne peut d'ailleurs être reçu à l'École qu'en payant immédiatement le prix du trousseau, s'il n'en a pas obtenu le dégrèvement, et en remettant au directeur une promesse sous seing-privé, dans la forme indiquée par l'article 1326 du Code Napoléon, par laquelle son père, sa mère ou son tuteur s'engage à verser dans la caisse du receveur général du Bas-Rhin, par trimestre et d'avance, le montant de la pension, si l'élève est pensionnaire, ou de la demi-pension, s'il a obtenu une demi-bourse.

Cette promesse, qui doit être légalisée par le maire ou le sous-préfet, sera faite par l'élève lui-même, s'il jouit de ses biens.

Les élèves dont les père, mère ou tuteur ne résident pas à proximité de Strasbourg, doivent avoir un correspondant dûment accrédité auprès du directeur de l'École.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 20 avril 1864, M. le docteur Bourot, médecin aide-major de 1re classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté en date du 21 avril 1864, M. le ministre de l'instruction publique a déterminé ainsi qu'il suit les sujets de thèse que pourront traiter à leur choix les candidats du concours pour cinq places d'agrégés vacantes dans les écoles supérieures de pharmacie de l'Empire (section d'histoire naturelle et de pharmacie), qui sera ouvert le 15 octobre prochain:

1° Des solanées;

2° Des quinquinas;

3° Des préparations mercurielles; mercures et composés mercuriaux usités en médecine.

— M. le docteur Broquier vient d'être nommé chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille.

— La littérature médicale vient de voir naître en Amérique un nouvel organe, sous ce titre: *The New-Yorck medical independant and pharmaceutical Reporter*. Ce journal paraît une fois par semaine.

— MM. Cochu, médecin-major de 2e classe, et Fée, médecin aide-major de 1re classe, viennent d'être désignés pour remplir les fonctions de répétiteurs près l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg.

— Les médecins-majors de 1re et 2e classe actuellement attachés à des corps de troupe et qui désirent passer dans le service des hôpitaux sont invités à solliciter par écrit l'autorisation de prendre part au concours, dont l'ouverture sera ultérieure fixée.

Les demandes des concurrents indiqueront expressément la spécialité médicale ou chirurgicale à laquelle ils se destinent; elles seront adressées au ministre (bureau des hôpitaux et des invalides) par la voie hiérarchique, et devront être parvenues au plus tard le 1er mai prochain.

Les épreuves déterminées par le programme du 13 février 1860, inséré au journal militaire (p. 92, 1er semestre de 1860), continueront d'avoir lieu entre médecins de même grade, c'est-à-dire que les médecins-majors de 1re classe concourront entre eux et qu'il en sera de même pour les majors de 2e classe.

Il n'est imposé aux candidats aucune condition d'ancienneté de grade.

La déclaration d'aptitude par le jury ne comportera pas pour les concurrents le droit d'être placés immédiatement dans le service hospitalier. Les mutations resteront subordonnées aux besoins qui viendront à se produire.

— La Société impériale de médecine de Marseille vient d'être cruellement éprouvée par la perte de trois de ses membres, les docteurs Marseille, ancien chirurgien en chef des hôpitaux, et Girard, membres titulaires; et le docteur Thiébaut, membre honoraire.

— Nous avons le regret de ne pouvoir satisfaire en ce moment les nombreuses demandes de *vaccin* qui nous sont adressées. L'Académie de médecine ne pourra que d'ici à quelques jours livrer de nouveau du vaccin.

Traité de pathologie générale et de séméiologie, accompagné de planches d'anatomie pathologique générale; par M. E. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un volume grand in-8° de 1,020 pages. — Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne, par MM. les docteurs L. Belhomme, ancien interne du Midi et de Lourcine, et Aimé Martin, ancien interne de Saint-Lazare. Ouvrage adopté par le Conseil de santé des armées. Un fort vol. in-12, 1864. Prix: 6 fr. 50 *franco*. — Paris, chez Alex. Coccoz, libraire, rue de l'Ecole de Médecine, 30 et 32.

Leçons sur les affections cutanées dartreuses professées à l'hôpital Saint-Louis pendant le trimestre d'été de 1861 par M. le docteur Hardy, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin à l'hôpital Saint-Louis, etc.; rédigées et publiées par M. le docteur Pihan-Dufeillay, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, membre des Sociétés anatomique, d'anthropologie, médicale d'observation, etc. Un vol. in-8°, 1862. Troisième partie. Prix: 3 fr. 50 *franco*. — Paris, chez Alex. Coccoz, rue de l'Ecole de Médecine, 30 et 32.

Du cancroïde en général, par M. le docteur Alfred Heurtaux, ancien interne et lauréat (grand prix de l'Ecole pratique, médaille d'or 1859), membre de la Société d'observation. Un volume in-8°, 1860. Prix: 3 fr. 50 *franco*. — Paris, chez Alex. Coccoz, libraire.

Traité pratique des dermatoses classées d'après la méthode naturelle, comprenant l'exposition des meilleures méthodes de traitement, suivi d'un formulaire spécial; par M. L. V. Duchesne-Duparc, professeur de clinique des maladies de la peau, ancien interne d'Alibert à l'hôpital Saint-Louis. Deuxième édition, revue et augmentée d'une *Etude sur le choix des eaux minérales dans le traitement des maladies de la peau*. Un beau vol. in-18 jésus de plus de 500 pages. Prix: 5 fr. — Paris, librairie de J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les Bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du bruit anormal du second temps dans le rétrécissement mitral.

Au moment où s'agite de nouveau devant l'Académie de médecine la question des bruits et des mouvements du cœur, on ne lira pas sans intérêt l'exposé des faits suivants que nous communique M. le docteur Duroziez, et qui nous paraissent de nature à éclairer un des points importants de la question en litige. Afin de n'altérer en rien la signification de ces faits et l'argumentation de notre confrère, nous le laissons parler lui-même :

« Lorsqu'il y a un rétrécissement mitral, le sang entre-t-il dans le ventricule pendant le second temps? Y a-t-il un bruit anormal pathognomonique du rétrécissement mitral? J'ai déjà cité un grand nombre de faits à l'appui de la thèse que je soutiens avec beaucoup d'auteurs, à savoir : que toujours le rétrécissement mitral s'accompagne d'un bruit anormal au second temps, bruit anormal qui diffère complétement du souffle de l'insuffisance aortique.

» Je rapporterai d'abord les nouvelles autopsies que j'ai pu rencontrer.

» D..., âgé de trente-quatre ans, employé de commerce, entre dans le service de M. Potain, à l'Hôtel-Dieu, le 30 mars 1863. A l'autopsie, faite le 30 mai, on trouve la valvule mitrale du re, ossifiée presque dans sa totalité; l'orifice linéaire, en entonnoir, laisse à peine passer le bout du petit doigt. Or, on entendait à la pointe un grondement pendant tout le second temps, et cela constamment et d'une manière également sensible pour tous ceux qui auscultaient le malade.

» D..., âgé de vingt-deux ans, bijoutier, entre à l'Hôtel-Dieu le 1er mars 1864. A l'autopsie, faite le 8 avril, on trouve un rétrécissement mitral considérable. On entendait à la pointe un souffle au premier temps suivi d'un bruit de caractère différent, un peu ronflant et un peu prolongé.

» M... entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, n° 1, le 5 octobre 1863. A gauche, on trouve au second temps un bruit dur, non prolongé et ne prenant pas le caractère du roulement. Au niveau de l'orifice aortique, souffle au premier temps, suivi d'un claquement et d'un souffle.

» A l'autopsie, on trouve la tricuspide épaissie, fibreuse, bridée, l'orifice rétréci moyennement. L'orifice mitral est très-rétréci. Les valvules sigmoïdes aortiques sont bridées et couvertes sur leurs bords de granulations qui les rendent insuffisantes. Je n'ai examiné cette malade qu'une fois, et peu de jours avant sa mort.

» Est-ce à dire que nous trouverons toujours le bruit anormal du second temps? Evidemment non. Il n'y a pas un seul signe qui ne puisse à un moment donné faire défaut. Le bruit anormal du second temps est produit par le passage du sang à travers l'orifice rétréci, mais il faut que le courant ait une rapidité suffisante. Or, on comprend comment l'asystolie s'opposera à la production du bruit dans un certain nombre de cas. A coup sûr le souffle du second temps est accepté par tous les médecins comme le signe pathognomonique de l'insuffisance aortique; or, on se tromperait si on croyait que ce souffle n'échappe jamais et qu'il soit toujours assez fort pour être facilement perçu. Le souffle de la pneumonie lui-même ne se cache-t-il pas parfois, et savons-nous toujours le découvrir? De ce qu'un signe manque quelquefois et de ce que çà et là il perd de son intensité, il ne faut donc pas conclure qu'il n'a pas de valeur et qu'il ne soit pas pathognomonique. Souvent un malade a besoin d'être examiné à plusieurs reprises avant qu'on puisse donner un diagnostic précis, complet. Or, chacun sait combien les individus atteints de maladies graves du cœur supportent mal l'examen. J'ai donc pu de temps en temps ne pas constater un signe que je regarde comme pathognomonique, et cependant le signe constaté cent fois conservera sa valeur.

» Et, en vérité, je ne comprends pas comment on répugne tant à admettre le bruit mitral, tandis que nul ne conteste le souffle de l'insuffisance aortique. Ce qui trompe, c'est qu'on cherche un souffle, et il n'y a pas de souffle produit par le rétrécissement mitral; c'est un bruit d'une nature toute particulière. Comment M. Marey a-t-il pu écrire dans son livre, remarquable à beaucoup de titres : « Quoi de plus différent que les tracés du rétrécissement mitral et ceux de l'insuffisance aortique? *Et cependant ces deux maladies présentent des signes stéthoscopiques assez analogues* ». M. Marey aurait pu dire que les signes stéthoscopiques diffèrent autant que les tracés. Il a attaqué l'auscultation trop vivement pour que je ne sois pas obligé de la défendre.

» Comme le rétrécissement mitral avec souffle diastolique est *assez rare*, dit M. Marey, nous n'avons pu constater que *deux fois* à l'autopsie l'existence de cette lésion. » Deux autopsies! C'est en vérité trop peu ! Et si le souffle diastolique est assez rare dans le rétrécissement mitral, comment l'insuffisance aortique, qui s'accompagne toujours de souffle diastolique, peut-elle avoir des signes stéthoscopiques assez analogues à ceux du rétrécissement mitral !

» Quant au sphygmographe, il n'indique pas jusqu'à présent le rétrécissement mitral; le caractère spécial a échappé jusqu'ici à M. Marey. Le sphygmographe est donc sous ce rapport bien loin en arrière de l'auscultation.

» Comment M. Marey peut-il écrire plus loin que *la forme graphique du pouls présente ceci de précieux qu'elle traduit simultanément les modifications que la pulsation reçoit de différentes sources*, quand il avoue plus haut qu'il ne connaît pas le caractère spécial du pouls du rétrécissement mitral ?

» Or, l'auscultation reconnaît très-facilement la combinaison si fréquente du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique — dont il est singulier que M. Marey n'ait pas donné un exemple au chapitre des affections qui portent sur plusieurs orifices du cœur à la fois.

» Que si, au lieu de m'en tenir aux observations suivies d'autopsie, qui sont nécessairement assez rares, j'étends mon étude à tous les cas, alors je ne suis plus embarrassé que du nombre. Je pourrais citer un certain nombre d'exemples qui établissent définitivement cette proposition, à savoir que tout rétrécissement mitral est accompagné d'un bruit anormal au second temps. »

(Suit l'indication des nom et âge de vingt-cinq malades qui ont fourni le sujet d'autant d'observations recueillies dans divers services.)

« Je m'arrête : j'ai observé ces malades pendant un intervalle de six mois; or, ceci est bien peu considérable. Les cas abondent. Je ne puis comprendre comment on n'accepte pas plus facilement l'existence d'un bruit anormal au second temps dans le rétrécissement mitral. Il semble qu'on en soit encore à établir le fait et qu'on ne veuille l'accepter que sous bonne caution. Or, le fait est établi, parfaitement établi, et si nous ne le trouvons pas plus souvent vérifié, nous ne devons nous en prendre qu'à nous-mêmes ou à des circonstances qui le masquent, mais qui ne sauraient faire qu'il n'existe pas. »

Aphasie.

Aux observations déjà nombreuses d'aphasie que nous avons publiées, nous avons à joindre aujourd'hui un nouveau contingent de faits qui viennent grossir encore les éléments destinés à constituer un jour l'histoire complète de cette affection.

Cinq nouvelles observations de ce genre nous ont été adressées, quatre de Bordeaux, dont trois dues à M. le Dr Delmas et une à M. le Dr Marmisse; enfin une de Choisy-le-Roy, recueillie par M. le Dr Bourdin.

Des trois observations de M. le Dr Delmas, deux seulement nous ont paru pouvoir se rattacher à l'une des trois variétés admises par M. Trousseau.

En voici un exposé très-succinct :

Un homme de trente-cinq ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution très-forte, d'un caractère violent, irascible, fut pris, à la suite de vives contrariétés, d'une crampe à la main droite, avec faiblesse musculaire et engourdissement dans le bras et dans la jambe du même côté, et impossibilité absolue de parler, l'intelligence étant d'ailleurs restée intacte. Ces symptômes ne durèrent que vingt minutes. Ils se reproduisirent six mois après, sous l'influence de la même cause; mais cette fois ils persistèrent; ils duraient depuis sept mois, lorsque M. Delmas vit le malade pour la première fois.

A toutes les questions qu'on lui adressait, il répondait constamment d'une voix chevrotante et à tort et à travers *oui*. Si on lui faisait observer qu'il répondait *oui* quand il fallait répondre *non*, il s'impatientait, réfléchissait, et finissait quelquefois alors par répondre logiquement *oui* ou *non*, suivant la question posée. En dehors de ce monosyllabe, il cherchait vainement à prononcer d'autres mots, il lui était impossible de se faire comprendre.

On avait prescrit à ce malade, dans le premier mois de sa maladie, un traitement antiphlogistique et résolutif; mais il n'avait voulu rien faire, et ce n'est que de guerre lasse qu'il se décida à recourir à l'hydrothérapie.

Au bout de six semaines de ce traitement, il y avait une très-grande amélioration; le malade pouvait répondre à toutes les questions, faire de longues phrases et se faire bien comprendre, mais à la condition de parler lentement; il semblait chercher les mots un à un avant de les prononcer, et quelquefois il lui arrivait de se tromper; il conservait encore cette prononciation tremblée et chevrotante constatée au début du traitement. Le malade a été perdu de vue depuis.

— Dans le deuxième fait, il est question d'un enfant de six ans, d'une physionomie très-intelligente, qui avait parlé à l'âge de deux ans.

A trois ans (on présume que c'est à la suite d'une scène de terreur simulée devant lui pour le punir en frappant son imagination), il perdit tout à coup la parole; peu de jours après il la recouvra, mais pour la perdre encore à plusieurs reprises, pendant des périodes de trois, quatre, six jours chaque fois. Ces accidents se sont ainsi succédé avec des intermittences variables de huit jours à trois ou quatre semaines, pendant près de deux ans.

Enfin, dans les premiers jours du mois de mars dernier, il la perdit complétement. Pendant toute cette période de près de deux ans qu'il recouvrait et perdait alternativement la parole, il lui arrivait quelquefois de prendre des personnes qu'il connaissait très-bien pour d'autres. D'autres fois, il appelait tout le monde du même nom. Il a toujours perdu la parole brusquement; lorsqu'elle revenait, il ne bégayait pas.

Quand M. Delmas a vu pour la première fois ce petit malade, il lui a paru nerveux, agité, turbulent; son visage était fin et intelligent; un rire nerveux sardonique survenait de temps en temps lorsque quelque chose paraissait l'intéresser. On avait une difficulté assez grande à fixer son attention. L'ouïe était bien conservée; il ne prononçait aucun mot autre que *maman*, qu'il disait surtout quand on le tracassait. L'état général était bon. Cet enfant n'a jamais eu de convulsions ni d'accidents nerveux d'aucun genre; son sommeil est normal.

— Dans le fait qui nous est transmis par M. Marmisse, il s'agit d'un capitaine de navire en traitement pour une phthisie pulmonaire à la période de ramollissement, qui perdit brusquement l'usage de la parole, sans aucun trouble de l'intelligence ni aucun phénomène de paralysie. Il pouvait à peine bredouiller quelques syllabes inintelligibles. Il recourut aussitôt à la plume, dont il put se servir aussi facilement que d'habitude. Le lendemain matin, l'usage de la parole était revenu, mais pour disparaître de nouveau dans l'après-midi. Le même phénomène se reproduisit le jour suivant. Son départ pour un port anglais a empêché M. Marmisse de l'observer plus longtemps. Il serait désirable que cette observation pût être complétée.

— Nous arrivons au fait qui nous a été communiqué par M. le docteur Bourdin, et qui présente, au point de vue psychologique, des particularités tellement intéressantes, que nous croyons devoir le reproduire dans tous ses détails :

Le 26 septembre 1845, M. de F..., habitant une maison de campagne des environs de Paris, fut pris d'une attaque épileptiforme de courte durée. Cette attaque laissa après elle de l'étonnement et une tendance au sommeil qui durèrent à peine deux ou trois jours. Elle n'eut d'ailleurs aucune influence apparente durable sur les organes essentiels de la vie organique. L'appétit se conserva excellent, la circulation ne cessa pas d'être régulière. Quelques jours s'étaient à peine écoulés que le malade avait repris la direction complète de sa maison. Le visage avait retrouvé son expression de bonté et d'affabilité, l'activité très-grande du malade avait reparu; l'esprit et le corps ne laissaient rien à désirer.

Au mois de novembre, à Paris, M. de F... a une nouvelle attaque. En traversant son salon, il tombe, perd connaissance et s'agite dans de violentes convulsions. Plusieurs médecins sont appelés en consultation, et portent un pronostic grave. En effet, le malade reste dans un coma profond, qui se prolonge plus longtemps que la première fois. La parole est embarrassée, et par instants un peu plus libre, pour redevenir bientôt plus difficile. On observe M. de F... avec plus de soin. A partir de cette attaque, on remarque un changement dans le caractère. L'irascibilité habituelle du malade augmente, on ne le sert jamais assez vite, sa colère est toujours près d'éclater, les prévenances l'importunent, l'apparence d'un oubli l'irrite.

Quelques mois s'écoulent dans cet état. Une troisième crise éclate et se distingue par deux symptômes nouveaux, une hémiplégie droite et la perte de la parole. Il y eut ceci de remar-

quable, que la paralysie frappa plus fortement le bras droit que la jambe du même côté. Les symptômes se dissipèrent peu à peu, non entièrement, jusqu'à ce qu'une série de crises nouvelle eût amené une paralysie presque complète du bras droit et de la langue. C'est dans l'intervalle de ces diverses crises que M. Bourdin put observer les faits suivants :

La faculté d'articuler les mots n'était pas éteinte entièrement. Le malade prononçait encore certains mots longs et difficiles, mais il ne pouvait plus faire de phrases. Avait-il perdu la faculté du langage ou seulement le pouvoir de prononcer librement? Probablement l'un et l'autre, dans une certaine mesure.

Les facultés intellectuelles avaient été fortement ébranlées; les calculs compliqués, les discours suivis, en un mot, tout ce qui exigeait une certaine tension d'esprit et le concours de diverses facultés, était devenu impossible. Lorsqu'il s'agissait des choses ordinaires de la vie, le malade paraissait bien comprendre. La direction de la maison lui avait été laissée, et l'on peut ajouter qu'il la gouvernait d'une manière satisfaisante. Il allait et venait sans cesse, pensant à tout, veillant à chaque chose, se préoccupant surtout des soins dus à Mme de F... Il veillait sur elle avec une sollicitude touchante, qui ne s'est pas démentie un instant. Il prenait part à la conversation par signes, à la façon des muets, ou par monosyllabes, car il évitait de parler. Il répondait avec une certaine facilité, lorsqu'on l'interrogeait. Quelques mots aidés d'une mimique animée et expressive faisaient comprendre sa pensée. Lorsqu'il voulait exprimer sa propre pensée, il disait un mot : ce mot était ou le substantif ou le présent de l'infinitif du verbe qui rendaient l'idée principale. Mme de F... et la domestique construisaient une phrase sur ce mot, et l'on finissait par s'entendre. Par exemple, le malade disait : *Paris*. — Monsieur veut aller à Paris? — Oui. La chose était entendue. Quelquefois on ne comprenait pas. Alors M. de F... s'emportait avec violence. La face s'injectait, l'œil était en feu, et des épithètes parfois désagréables tombaient dru sur l'entourage. Si l'on parvenait à découvrir la pensée du malade, toute cette colère se dissipait comme par enchantement. A l'instant même la physionomie devenait aimable, et une expression de bonheur se dessinait sur tous les traits.

Voilà ce qui se passait le plus souvent. M. Trousseau a noté ces colères des aphasiques, colères momentanées et remplacées immédiatement par un état de sérénité et de calme de l'âme. Les malades qui tournent à la démence présentent souvent cette inconsistance des idées et des passions.

On finissait ordinairement par s'entendre, parce que l'on connaissait les habitudes du malade et que l'on devinait sa pensée. Le mot qui exprimait nettement la volonté ou l'idée de M. de F... était d'ailleurs une base sûre pour la recherche des personnes qui l'entouraient. Mais dans certains cas il était impossible de comprendre, c'était quand le malade disait un mot qui n'exprimait pas son idée.

Le malade dit : *Jardin*. — Le valet de chambre : Monsieur veut aller au jardin? — Non. — Monsieur veut que j'appelle le jardinier? — Le malade, d'une voix plus élevée : Non. — Monsieur veut-il que j'ouvre la porte du jardin? — Le malade regardant le domestique d'un air de pitié : Mais, non; et il articule nettement, en séparant les deux syllabes, *jar-din*. — Le valet cherche encore sans succès. Pour être bien sûr qu'il ne se trompe pas et qu'il entend bien le mot prononcé par son maître, il répète le mot *jardin*. — Le malade, furieux, vient se mettre sous le nez de l'homme et lui redit encore les mêmes syllabes en les articulant nettement : *Jar-din*.

Quand on a renoncé à comprendre, on apporte au malade une ardoise et un gros crayon de charpentier. Le malade écrit sur cette ardoise le mot *jardin*. Il l'écrit très-lentement, mais sans s'arrêter. La main, aussi infidèle que la langue, exprime le même mot.

Quand ce mot est *écrit*, quand l'ardoise rend au malade le mot qu'elle a reçu et que le malade n'a pas *voulu* écrire, alors seulement l'erreur se dévoile. Le malade s'irrite contre lui-même; il se lamente, il fait des excuses. Il comprend que lui seul est en défaut. Le domestique, en répétant le mot *jardin* comme a fait l'ardoise, avait donc bien compris ce que disait en réalité son maître. Mais le maître prononçait un mot qui ne rendait pas sa pensée; au lieu de dire *jardin*, il voulait dire *lit*, ce qui signifiait tout simplement, dans la pensée du malade : « Allez préparer mon lit, je veux me coucher... »

Cette scène a de l'intérêt au point de vue psychologique.

M. de F... avait l'idée très-nette de son lit lorsqu'il parlait de son jardin; mais la langue ne répondait pas à l'idée, et elle articulait un autre mot; de même la main obéissait à la même illusion, et traçait un mot tout à fait étranger à celui qui aurait fidèlement traduit la pensée du malade. Or, tant que la langue prononçait le mot *jardin*, tant que la plume écrivait le mot *jardin*, l'intelligence ne pouvait comprendre l'erreur; lorsque, au contraire, le domestique répétait le mot, le malade ayant la perception nette du mot et de l'idée, transmise par la voix de ce domestique, attribuait à ce dernier l'erreur qui lui était propre. De là ses colères. Lorsque le mot se trouvait écrit et que l'ardoise parlait aux yeux, le malade était désarmé; il reconnaissait qu'il avait dit et écrit un mot différent de celui qu'il avait dans la tête, différent de celui qui exprimait sa pensée. Il semble que l'erreur est forcément entretenue tant que le mot fait pour ainsi dire corps avec le malade; mais lorsque le mot est rendu par le monde extérieur et veut pénétrer par les sens jusqu'à l'intelligence, le sens grammatical et réel du mot se dévoile au malade, et l'erreur est mise à jour.

La pathologie n'est pas seule en possession de faits semblables à celui que nous venons de rapporter. On en observe communément chez les personnes qui jouissent de la plénitude de leurs facultés intellectuelles. On en pourrait citer quelques exemples, que chacun est à même de vérifier.

Il n'est pas rare d'entendre des personnes dire un mot pour un autre; mais ce qui n'est pas commun, c'est de voir une personne en parfaite possession de son intelligence persévérer avec opiniâtreté dans l'erreur.

M. Bourdin rappelle, à l'occasion de l'observation de M. de F..., un fait bien curieux rapporté dans les termes suivants par le *Journal pour tous* :

« Spinello, peintre toscan, ayant peint la chute des anges rebelles, donna des traits si terribles à Lucifer qu'il en fut lui-même saisi d'horreur. Tout le reste de sa vie, il crut voir continuellement le démon lui apparaître pour lui reprocher de l'avoir fait si hideux. » (Page 638, tome Ier, 1855.)

Ce qui effrayait surtout Spinello, c'était non l'idée, mais l'image. Comment se fait-il, ajoute M. Bourdin, que la conception du monstre ait pu s'accomplir dans l'esprit du peintre, et que ses pinceaux en aient impunément tracé la forme sans que l'imagination s'en soit ressentie? N'est-il pas merveilleux que la simple contemplation du portrait terminé ait opéré sur l'esprit de l'artiste une perturbation profonde portée jusqu'à l'hallucination?

La plus grande analogie règne, en effet, entre le fait de M. de F... et celui de Spinello. Dans les deux cas, le malade résiste tant que l'œuvre n'est pas achevée. Dans les deux cas, l'auteur reçoit de son œuvre la même impression qu'il aurait pu recevoir d'une œuvre qui lui aurait été étrangère. Il y aura certainement des conséquences psychologiques à tirer de ces faits.

Adénite axillaire profonde. — Abcès profond de l'aisselle. Fusées purulentes.

Lundi dernier, à l'hôpital Lariboisière, M. Chassaignac montrait à ses élèves deux malades actuellement en voie de guérison, et qui avaient été atteints d'un phlegmon profond étendu de l'aisselle, consécutif à une adénite axillaire. La gravité des accidents auxquels cette lésion a donné lieu et les indications thérapeutiques qui ont été tirées des faits de cette nature, nous paraissent devoir mériter d'être rappelés à nos lecteurs.

Voici l'histoire de l'un de ces deux malades :

Un homme, âgé de quarante-deux ans, était entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 17, après avoir eu le doigt indicateur de la main droite piqué par un fragment de bois irrégulier, qui avait produit une déchirure. Le malade, bien qu'il ait beaucoup souffert, n'avait pris aucun soin de sa blessure, et avait continué à travailler. Une angioleucite légère du doigt s'était montrée, et un engorgement ganglionnaire était apparu dans l'aisselle. Pendant quatre jours, aucun traitement n'avait été appliqué. Lorsque le malade est entré à l'hôpital, il avait de la fièvre, des frissons, du délire; il était dans un état de prostration très-marqué, et présentait cet état particulier que l'on désigne sous le nom d'état typhoïde, et qui ressemble à la fièvre typhoïde, moins la diarrhée et la toux. Il n'y avait pas de gonflement très-marqué dans l'aisselle; point de rougeur à la peau, et la fluctuation était douteuse.

M. Chassaignac avait diagnostiqué un abcès profond, et avait pratiqué une incision sur la paroi interne du creux axillaire, dans l'espace compris entre la saillie du bord externe du muscle grand pectoral et du muscle grand dorsal. Le doigt, introduit dans la plaie, avait permis de sentir des décollements étendus au-dessous des muscles de la région antérieure de la poitrine et de la région sous-scapulaire. Le jour même, un tube perforé avait été placé à la région antérieure et traversait une cavité située sous les muscles grand et petit pectoral. Trois jours après, un autre tube avait été placé dans le décollement existant sous le muscle grand dorsal; quinze jours plus tard, deux tubes avaient été placés. L'empâtement de la région, la sortie abondante du pus à travers les ouvertures antérieures par des pressions exercées sur les parties engorgées, indiquaient la nécessité de recourir à de nouvelles applications de tubes en caoutchouc perforé. Un long trocart introduit dans les ouvertures déjà faites permettait de préciser le lieu où il convenait de placer de nouveaux tubes.

Après que les parties déclives où s'accumulait le pus avaient été traversées par le séton perforé, tous les accidents s'étaient successivement arrêtés; aucune complication n'était survenue; et pour favoriser l'écoulement du pus et prévenir les accidents de résorption, des injections iodées avaient été faites de temps en temps à l'aide des tubes perforés.

Aujourd'hui les fistules ne laissent plus écouler qu'une très-petite quantité de liquide; les tissus voisins des ouvertures ne sont pas adhérents aux parties profondes, et ne sont pas indurés. Il est probable qu'il n'y aura pas là une de ces cicatrices vicieuses assez fréquentes après les phlegmons de l'aisselle. L'état général du malade est excellent; il a repris ses forces, et est dans un très-bon état. Dans peu de jours, les sétons seront enlevés. La guérison aura demandé environ sept semaines, en comptant la durée du traitement depuis les premières applications de tubes perforés.

M. Chassaignac, à l'occasion de ce malade, ajoutait qu'il avait déjà eu cinq faits semblables à celui-ci. Il s'agissait toujours de phlegmons de l'aisselle après une adénite, suite d'une blessure de doigts, ayant entraîné ou non une véritable angioleucite, et un des malades qui portaient cette lésion était un élève en médecine qui avait été atteint d'une piqûre anatomique. Dans tous les cas, il y avait eu d'abord une adénite axillaire profonde, et des accidents généraux graves qui ne paraissaient pas être en rapport avec l'étendue de la phlegmasie du tissu cellulaire de l'aisselle. La fluctuation était obscure et la peau souvent saine, et lorsque les abcès étaient ouverts, on pouvait sentir de vastes décollements, non-seulement des muscles qui forment la paroi de l'aisselle, mais encore du muscle petit pectoral et même du muscle grand dentelé. Dans un cas même, les muscles intercostaux avaient pu être sentis, et les côtes semblaient dénudées.

De tels décollements dans l'aisselle ont été d'ailleurs déjà observés avec la perforation de la paroi thoracique par le pus, et une pleurésie purulente; outre un abcès du médiastin il a été vu des fusées purulentes prenant une direction ascendante en suivant le cordon vasculaire et nerveux qui traverse l'aisselle. M. Velpeau a cité un cas de fusée purulente d'un abcès de l'aisselle, qui a remonté vers le cou et avait pénétré sous la clavicule, puis dans la région sus-claviculaire, et s'était propagée jusque dans le médiastin.

A quoi faut-il attribuer les vastes décollements? Est-ce à la résistance des aponévroses? Il n'y a que le ligament suspenseur de l'aisselle et un feuillet aponévrotique mince, qui peuvent empêcher l'issue du pus au dehors.

M. Malgaigne ne croit pas que l'action des plans aponévrotiques soit suffisante. La laxité du tissu cellulaire est une meilleure explication de la brusque propagation de l'inflammation autour d'un ganglion.

Depuis que les abcès profonds de l'aisselle sont connus, les chirurgiens ont tous fait valoir la nécessité d'une large ouverture dès le début, de contre-ouvertures multiples sur tous les points où le pus semble séjourner, et d'une compression pour prévenir l'accumulation du pus dans les parties déclives.

M. Chassaignac, sans blâmer le traitement préconisé par ses devanciers, se fondant sur les faits qu'il lui a été donné d'observer, croit plus avantageux de recourir au séton perforé. Il ne faut pas oublier que les ouvertures d'introduction des tubes sont toujours béantes, et que l'on voit souvent des contre-ouvertures se refermer. Les sétons perforés réunissent à la fois les avantages des ouvertures larges et des ouvertures étroites, auxquelles la préférence a été accordée successivement. Ils favorisent un écoulement régulier et constant du pus, et la plaie faite par la ponction avec le trocart n'expose pas à intéresser les veines et les artères nombreuses qui traversent la région axillaire.

A un autre point de vue, on pourrait reprocher au traitement par les tubes perforés sa longue durée; mais si l'on considère combien est longue, après les ouvertures simples, la réparation du tissu cellulaire dans les phlegmons de l'aisselle, dont plusieurs se terminent par l'établissement de fistules, on arrive à conclure que l'avantage reste au séton perforé.

Ovariotomie. Section du pédicule. Ligature et réduction.

Au mois de mars dernier, il a été question à la Société obstétricale de Londres de nouveaux faits d'ovariotomie. M. Tyler Smith, de l'hôpital Sainte-Marie, disait avoir obtenu d'heureux résultats dans dix cas où il avait coupé le pédicule de la tumeur, placé des ligatures perdues sur les artères, et ensuite réduit. Les observations n'ont pas été présentées à la Société; mais M. Spencer Wells a pris la parole à cette occasion et a rapporté ce qu'il avait vu dans cinq opérations de M. Tyler Smith, auxquelles il avait assisté.

Deux fois les malades ont guéri, et la guérison a été plus prompte qu'elle ne l'est habituellement quand on se sert du clamp. Toutefois, les signes de péritonite *sthénique* (péritonite aiguë) ont été plus apparents que dans le procédé opératoire ancien. Deux malades sont mortes. L'autopsie n'a pu être faite que dans un cas, et l'on a trouvé la ligature entourée d'une coque formée par des anses intestinales adhérentes au pédicule par des fausses membranes. M. Spencer Wells ajoutait que l'on doit se demander si plus tard une telle disposition ne pourrait pas devenir le point de départ d'une obstruction intestinale, peut-être moins fatale dans le cas de fixation du pédicule à la plaie abdominale que dans le cas d'adhérence des intestins à la plaie du ligament large. Il formulait ainsi son opinion sur les indications opératoires, et la place qu'il convenait de donner à la réduction du pédicule du kyste. Si le pédicule est très-large, le clamp est ce qu'il y a de plus avantageux et de meilleur. Si le pédicule est petit, on coupera les ligatures et on réduira le pédicule, et cette conduite est plus sage que de laisser les fils entiers et sortant à travers les parois abdominales au niveau de la plaie.

Un autre membre de la Société, M. Braxton Hicks, a repris une idée déjà formulée en France, où les idées circulent toujours longtemps dans les cours et dans les discussions scientifiques avant d'être imprimées; il disait que la perfection de l'ovariotomie serait de couper le pédicule avec l'écraseur linéaire, et de le réduire ensuite sans y placer de ligatures.

Cette discussion, appuyée sur des faits, a une grande valeur; elle démontre d'abord que chez les femmes, comme chez les grands bestiaux auxquels, dans les écoles vétérinaires et les écoles agricoles, on pratique pendant la jeunesse la castration ovarique, l'ouverture de l'abdomen, la section du pédicule de l'ovaire avec la ligature des vaisseaux divisés et la réduction immédiate sont possibles. Nous devons à l'équité d'ajouter que M. Ty-

ler Smith n'est pas le premier qui ait réduit le pédicule dans l'abdomen; M. Maisonneuve est cité dans les livres classiques comme ayant tordu le pédicule et l'ayant réduit sans y appliquer de ligatures.

A priori, les ligatures perdues dans la cavité abdominale semblent contre tous les principes de la pathologie; cependant, il faut s'incliner devant les faits. S'il peut être démontré qu'elles peuvent disparaître ou s'enkyster, ce qui est plus probable, il n'y a rien à dire; mais à coup sûr ce procédé ne peut être qu'une transition entre le procédé actuel et celui de l'écrasement linéaire.

EMBOLIE DES ARTÈRES MÉSENTÉRIQUES,

Par Gerhardt.

L'auteur ayant pris soin de reproduire en abrégé les huit observations connues (avec autopsie) qui démontrent la réalité de cette obstruction embolique, son travail peut être regardé comme une monographie complète sur ce point spécial de l'histoire des embolies.

Le fait qu'il a observé lui-même, et qui porte à neuf le nombre des exemples authentiques, concerne un homme de quarante-trois ans, adonné aux excès alcooliques, qui a succombé dans le cours d'une endocardite mitrale chronique, après avoir éprouvé subitement une hématémèse abondante et du melæna.

A l'autopsie, on a trouvé, entre autres altérations de la valvule mitrale, un caillot grisâtre siégeant sur l'une des lames de cette soupape; ce caillot, solidement adhérent jusqu'au bord libre de la valve, présentait en ce point une surface de cassure déchiquetée. Le tronc de l'artère cœliaque et de la mésentérique supérieure était vide, sans caillots; au niveau de la naissance de la mésentérique inférieure, sur l'éperon qui la sépare de l'aorte, est un caillot grisâtre, irrégulier, assez semblable par sa forme à un petit haricot, et qui par la consistance est semblable à celui de la valvule mitrale. Ce caillot est devenu le point de départ d'un coagulum récent qui s'étend dans la longueur d'un pouce dans l'un et l'autre vaisseau. Une embolie de même origine occupait la coronaire gauche.

La partie inférieure de l'intestin grêle et le gros intestin dans toute son étendue étaient le siége d'une infiltration hémorrhagique tout à fait comparable, pour le mode de production, à celle qu'on observe dans le rein, la rate, le poumon ou le cerveau, après l'obstruction partielle du vaisseau afférent. Cette infiltration, d'ailleurs, n'a manqué qu'une fois sur les neuf cas observés: c'est dans le premier, qui appartient à Virchow. Deux fois l'hémorrhagie a été plus considérable dans le mésentère que dans l'intestin lui-même.

Quant au signe clinique de l'embolie des mésentériques, il n'y en a pas d'autre que l'apparition subite d'hémorrhagies gastro-intestinales abondantes chez un individu atteint d'une lésion cardiaque pouvant fournir l'embolus générateur.

(*Würzburger med. Zeitschrift.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 avril 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu: Les journaux de la semaine. — *Le Bulletin médical du nord de la France.* — *Le Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

— M. Civiale adresse à la Société son *Discours* prononcé à l'ouverture des conférences cliniques de l'hôpital Necher (1864).

— M. Richet remet, au nom de M. le Dr Chairou (de Rueil), un Mémoire intitulé: *Etudes cliniques sur les tumeurs fibreuses de la fosse iliaque.* (Commissaire, M. Huguier.)

DISCUSSION.

Thérapeutique des polypes du larynx.

M. Verneuil. Cette discussion soulève des questions du même ordre que pour la taille et la lithotritie, pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens avec ou sans opération préliminaire. C'est, dans tous ces cas, le même problème; faut-il arriver au corps étranger, à la production anormale par une voie artificielle, ou bien faut-il l'atteindre par les voies naturelles? Les deux méthodes sont en présence; il serait temps, je crois, de chercher à préciser leurs indications respectives.

Il est bien certain qu'on peut enlever des polypes du larynx par les voies naturelles, quand la tumeur est petite, mobile, pédiculée. Agir autrement serait un remède pire que le mal; et d'ailleurs le but du chirurgien est alors de rétablir les fonctions vocales, qui seraient très-compromises ou complétement abolies par une opération sanglante. Mais quand il y a des polypes multiples ou des tumeurs volumineuses dont le point d'insertion ne peut être exactement déterminé d'avance, je crois que l'ouverture artificielle est justifiée.

On n'ignore pas combien l'extirpation naturelle a été difficile dans quelques cas; ce n'est qu'après des essais renouvelés pendant près de deux mois que V. de Bruns parvint à opérer son frère. Jugez de la difficulté s'il fallait renouveler ces tentatives pour des végétations multiples! D'ailleurs, dans les cas dont je viens de parler, l'indication dominante est de sauver la vie, sans tenir compte des fonctions vocales.

M. Trélat a dit qu'on ne peut ouvrir une voie artificielle aussi large que les voies naturelles, c'est vrai. Cependant, il faut tenir compte de la longueur de l'une et de l'autre, et il pourra se trouver qu'une voie plus étroite mais beaucoup plus courte soit plus facilement franchie qu'une autre plus large, mais en même temps plus longue.

Il semblerait, d'après les paroles prononcées par M. Trélat, que M. Debrou n'était pas pleinement autorisé à faire l'opération préliminaire qu'il a pratiquée. Je ne veux pas entrer dans la discussion des détails; d'ailleurs M. Debrou a lui-même répondu aux objections qui lui avaient été faites. Tout ce que je puis dire ici, c'est qu'en face d'un cas semblable j'opérerais, comme M. Debrou, par une voie artificielle, car j'ai peine à croire qu'on pût réussir à porter une chaîne d'écraseur sur la base si large d'une pareille tumeur.

J'arrive maintenant à la trachéotomie envisagée comme opération adjuvante. On peut la pratiquer à plusieurs périodes:

1° Préventivement, comme l'a fait M. Ehrmann;

2° On peut être forcé d'y avoir recours séance tenante, pour combattre des accidents imminents de suffocation;

3° Elle peut être consécutive comme dans le cas de M. Gurdon Buck.

Enfin, on pourrait indiquer une quatrième espèce, pour le cas où la trachéotomie servirait à ouvrir une voie vers un polype situé très-bas dans le larynx ou au commencement de la trachée.

Je comprends bien que M. Ehrmann ait fait la trachéotomie dans le cas particulier qu'il a observé; il y avait là une indication pressante. Je comprends encore qu'on puisse y être amené dans des conditions spéciales, comme cela est arrivé à M. Gurdon Buck, mais en dehors de ces circonstances la trachéotomie ne me paraît pas indiquée; c'est une opération qu'il ne faut pas faire sans nécessité absolue, car elle est loin d'être sans danger. Il semble même, d'après les faits, que la laryngotomie est moins grave.

En résumé, je dirai qu'une opération préliminaire est indiquée quand les polypes du larynx sont nombreux, volumineux, ou que leur insertion dépasse les cordes vocales supérieures.

De toutes les opérations préliminaires, les meilleures sont la laryngotomie sous-hyoïdienne et la laryngotomie thyroïdienne.

Je regarde la trachéotomie comme inutile en dehors des cas analogues à ceux de MM. Ehrmann et Gurdon Buck.

M. Trélat. La réponse un peu étendue que je dois faire à M. Debrou me permet d'être court sur les observations présentées par M. Verneuil.

Comme lui, je pense qu'un certain nombre de cas réclament la création d'une voie sanglante; je les énumérerai plus loin. On peut donc dès maintenant poser des indications assez nombreuses pour l'une et l'autre méthode. Ces indications, il est vrai, reposent sur un petit nombre de faits; aussi quelques-unes d'entre elles peuvent encore être discutées. Par exemple, le volume de la tumeur. J'ai déjà dit que ce volume me paraissait favorable à l'extirpation par la bouche; au contraire, M. Verneuil le considère comme nécessitant la laryngotomie. Nous nous séparons sur ce point particulier; aussi apprécions-nous chacun d'une manière différente le choix de la méthode opératoire dans le cas que nous discutons.

Ayant à revenir sur tous les détails en litige, je n'insiste pas davantage, et je réponds à la lettre de M. Debrou.

J'ai hâte d'éclaircir tout d'abord un point délicat. Notre collègue s'est montré surpris que j'eusse demandé la parole sur son travail, lui absent et ne pouvant me répondre.

Cette surprise est sans motif. M. Debrou est notre collègue; ses communications ne peuvent être l'objet d'un rapport, elles appartiennent à la discussion. J'ai donc usé du droit le plus légitime, et j'en ai usé avec toutes les précautions nécessitées par l'absence du collègue que j'argumentais. J'avais admis l'hypothèse que des explorations et des tentatives non mentionnées dans l'observation avaient pu être faites; mes paroles étaient rédigées d'avance, pour que leur audition et leur lecture fussent identiques. Là où M. Debrou n'a vu qu'un soin exagéré de votre secrétaire pour son propre discours, il aurait dû voir une marque de convenance et la prévision d'une réponse.

Celle-ci n'a pas manqué, et son étendue montre si j'avais eu tort de demander à notre collègue de nouveaux arguments en faveur de la conduite qu'il a tenue.

Permettez-moi d'examiner ces arguments.

Je serais, dit M. Debrou, depuis longtemps partisan presque exclusif de l'ablation des polypes laryngiens par les voies naturelles. Je chercherais alors à faire prévaloir une idée systématique et non à discuter la chose la plus importante de toute thérapeutique, l'indication; ma critique perdrait tout crédit à vos yeux.

Je n'ai jamais rien dit qui permît cette supposition. J'ai adressé à M. Follin, quand il nous présenta pour la première fois son malade, une question mal reproduite dans nos Bulletins. Je lui demandais si on ne pourrait pas tenter l'opération par la bouche. M. Follin me répondit qu'il avait essayé, qu'il ne demandait pas mieux que d'essayer encore, mais qu'il désespérait du succès par cette méthode. Je me tins pour satisfait. De ce que le polype observé par M. Follin était petit, que celui de M. Debrou était gros, et que dans les deux cas, quoique d'une manière fort différente, j'ai proposé ou défendu l'opération par la bouche, notre collègue d'Orléans conclut que je parais disposé à repousser toujours la laryngotomie et à ériger l'opération par les voies naturelles en méthode exclusive et unique.

Grande erreur! Il se peut que malgré des tentatives habiles et patientes, le chirurgien se trouve dans l'impossibilité matérielle d'enlever la tumeur par la bouche, qu'il échoue, et soit ainsi conduit à une autre méthode. Des accidents de suffocation ou d'asphyxie pressants et graves peuvent lui enlever le choix de la méthode et lui imposer d'ouvrir incontinent le larynx. Enfin, la forme et la nature des tumeurs sont une source nouvelle d'indications où la laryngotomie a sa part. Ces tumeurs sont simples ou rameuses, ou encore multiples, molles, s'arrachant en parcelles ténues au moindre contact, ou bien encore elles s'implantent par des racines plus ou moins profondes dans l'épaisseur des tissus. Est-il besoin de dire que chaque fois qu'une dissection minutieuse sera nécessaire, chaque fois qu'il y aura lieu de faire des ablations répétées, suivies ou non de cautérisation, l'ouverture du larynx sera parfaitement indiquée? Il y a donc, comme le dit M. Debrou, des tumeurs du larynx qui réclament absolument une opération à travers le cou; en cela, nous sommes d'accord.

Mais s'est-il trouvé en face de l'une quelconque de ces indications? Nullement. Il ajoute, il est vrai, dans sa réponse, que le soulèvement de la tumeur par une érigne ou une pince de Museux déterminait une imminence d'asphyxie et d'étranglement causée par la déformation du larynx. Dans l'observation, ces mêmes phénomènes sont signalés, mais seulement à l'instant où, pendant l'opération, la tumeur fut entraînée à travers l'ouverture sous-hyoïdienne, ce qui se comprend parfaitement. Au contraire, pendant les explorations, la tumeur pouvait être attirée vers la bouche sans que le chirurgien pût discerner si l'élévation du larynx était causée par cette manœuvre ou par les mouvements de régurgitation qu'elle occasionnait.

Entre ces deux versions, il y a une notable différence; et si cette imminence d'asphyxie a été constatée pendant les recherches exploratrices, elle valait assurément la peine d'être signalée, et faisait d'ailleurs surgir une indication nouvelle, celle d'assurer la respiration pendant toute la durée des manœuvres opératoires, quelle que fût leur nature. La trachéotomie se présentait alors à l'esprit, non comme complément inutile, mais comme premier temps nécessaire de l'opération.

Il suffit, au reste, de rappeler les paroles de M. Debrou pour montrer que la suffocation n'était guère menaçante. Je saisis, dit-il, la tumeur avec une érigne remplacée elle-même par une pince de Museux, et pendant que je l'attirais ainsi d'une main au fond du gosier, au-dessus de la base de la langue, avec le doigt indicateur de l'autre main, j'essayai de la contourner et de reconnaître son implantation.

Et ces explorations déterminent-elles des accidents ou les fonteilles craindre? Il n'en est pas question; elles établissent la dureté de la tumeur, son volume apparent, son siége, et laissent seulement dans l'incertitude la limite inférieure de son implantation.

Mais outre que la symptomatologie fournissait déjà des données de la plus haute importance sur cette limite inférieure, elle pouvait être recherchée, comme je l'ai dit, et je ne suis nullement convaincu par les fins de non-recevoir que m'adresse M. Debrou.

On ne pouvait donc arguer de l'incertitude du diagnostic. Celui-ci avait au contraire une assez grande précision. On reconnaissait une tumeur fibreuse dure, ayant le volume d'une grosse noix, et insérée sur le repli ary-épiglottique au-dessus de la glotte.

Le volume était considérable, il est vrai, de nature à rendre l'opération délicate, peut-être difficile; mais puisque M. Middeldorpf a eu l'habileté de réussir en pareil cas, je suis convaincu que M. Debrou ne se fût pas montré moins habile s'il avait essayé. A ce propos, M. Debrou me gourmande parce que j'ai comparé ces deux faits, que j'ai montré leur analogie; il rappelle que le polype de son malade avait 4 centimètres de long et 3 centimètres de large; celui de M. Middeldorpf avait 44 millimètres de longueur sur 21 millimètres de largeur; l'un s'insérait par en bas à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la corde vocale inférieure, l'autre juste au-dessus de la corde vocale supérieure. Sans doute ces deux faits ne sont pas identiques, mais ils sont bien voisins, et notre collègue se montre singulièrement difficile en fait de ressemblance.

J'arrive à un autre argument, capital, fondamental, et qui, figurant à ce titre dans la réplique, avait été complétement oublié dans le premier exposé des motifs. M. Debrou a choisi la voie artificielle parce que, craignant la possibilité d'une récidive, il voulait être sûr d'enlever la totalité de la tumeur. Il nous cite à ce propos l'exemple des polypes naso-pharyngiens, et insiste sur la nature du polype qu'il a enlevé, et qui, fibreux comme les précédents, devait sans doute avoir les mêmes tendances à repulluler en cas d'ablation incomplète.

Jusqu'à nouvelle information, je ne partage pas les craintes de M. Debrou sur la récidive des polypes fibreux du larynx; elles ne s'appuient sur aucune observation. Mais admettons que cette récidive fût à craindre, admettons que le fibrome eût des racines profondes dans les tissus, était-ce alors la chaîne de l'écraseur qu'il fallait employer? N'aurait-il pas été nécessaire au moins, à l'exemple de M. Gurdon Buck et de M. Bœckel, que cite M. Debrou sans connaître son observation, de prévenir et de ménager la possibilité de cautérisations plus ou moins profondes, chose que repousse d'avance notre collègue? Mais non, dans le cas actuel, la chaîne de l'écraseur porté par la bouche, ou l'anse galvano-caustique, eussent pédiculisé la tumeur à son point d'implantation, comme cela a été observé pour nombre de tumeurs à large base.

J'ai dit que la crainte de la récidive ne s'appuie sur aucune observation. M. Debrou, confondant le pronostic des fibromes avec celui des hypertrophies épithéliales ou papillaires, me conseille de relire dans la *Gazette hebdomadaire* le conseil formel d'une ablation complète que M. Verneuil donnait à M. Thomas (de Reims), et la preuve d'une récidive chez le malade de M. Middeldorpf.

Le malade de M. Thomas avait soixante ans. Il maigrissait sensiblement et avait une tumeur de la face postérieure de l'épiglotte, analogue à un chou-fleur; une petite granulation sur la corde vocale droite, une saillie pédiculée dans l'intervalle des deux cordes vocales; un peu plus tard, cette dernière saillie augmentait de volume et de longueur. Il paraissait probable à M. Verneuil qu'on n'avait point affaire à une tumeur fibreuse enkystée, mais à une tumeur papillaire ou à une hypertrophie glandulaire. En conséquence, disait-il très-judicieusement, il importe beaucoup que M. Thomas pratique l'extirpation d'une manière complète s'il veut s'assurer contre les chances d'une récidive. Je suis complétement de cet avis.

Quant au malade de M. Middeldorpf, on le croyait atteint d'une tumeur carcinomateuse; celle-ci était d'un rose jaunâtre, avec quelques petits foyers sanguins. On découvrit au microscope des cellules à noyau, rondes, grandes et pâles; d'autres granuleuses, enfin des corpuscules fusiformes à différents degrés. Dix-huit mois après l'opération, le malade rendit quelques fragments de nature semblable à celle de la tumeur, ce qui ne l'empêchait pas d'être dans un état de santé très-satisfaisant en 1861, huit ans après l'unique opération qu'il eût subie.

Allons au fond de ces faits: le premier est des plus incomplets; il se résume dans une appréciation exacte et un conseil utile de M. Verneuil, mais tout se borne là; nous ignorons la suite de l'observation. Pour le second, il faut se souvenir que le chirurgien de Breslau opérait en 1853, avant le laryngoscope, avant les travaux récents sur les tumeurs laryngées; qu'il avait peut-être agi avec une timidité facile à comprendre, et avait fait une section incomplète. Quand bien même tout cela serait justifié, le résultat final est-il donc si décourageant qu'il faille se garder de suivre un pareil exemple? Je vous laisse le soin d'en décider.

Je n'ignorais ni l'un ni l'autre de ces faits, je n'aurais jamais eu la témérité de m'aventurer dans cette discussion sans en connaître les éléments; mais, en vérité, j'étais loin de soupçonner que M. Debrou, s'égarant pour la seconde fois dans l'appréciation des caractères que présentent les polypes fibreux du larynx, évoquerait un si fragile argument.

Et d'ailleurs, c'est mettre le char devant les bœufs que de faire de cette crainte de la récidive la première de toutes les indications. Il y

en a une autre bien plus pressante, celle de rétablir la déglutition et la respiration. Voilà un danger imminent; le malade râle, sa gorge siffle, il ne peut plus se nourrir, il a parfois des accès d'étouffement cyanique à croire qu'il va succomber, et vous vous préoccupez de la récidive! Il pourrait en être ainsi, je le conçois, si l'expérience et l'observation avaient prononcé; si elles avaient montré que les tumeurs du larynx repullulent fréquemment après une ablation incomplète; mais l'une et l'autre sont absolument silencieuses pour les polypes fibreux, et ne fournissent pour les hypertrophies muqueuses qu'un seul fait, dont le dénoûment est en somme des plus heureux.

Les troubles mécaniques occupent en général, avec une intensité variable, le premier plan dans le tableau symptomatique des polypes laryngiens; c'est sur eux que se portent de prime abord, et cela plus ou moins tôt, suivant leur siége, l'attention du malade et celle du chirurgien. Pour ce motif, parce que ces troubles tiennent le premier rang et méritent les premiers soins, j'ai pu dire, dans un cas donné, qu'il suffirait d'enlever la partie saillante d'un polype de petit volume. Cette phrase est précieusement recueillie par M. Debrou, et prouve, suivant lui, à quel degré je pousse la négligence et l'oubli en fait de récidive. Assurément, en écrivant ces lignes, notre collègue n'avait pas présents à l'esprit les faits de V. de Bruns, ceux de M. Fauvel, de M. Ozanam, de M. Moura-Bourouillou, où la partie saillante des tumeurs a seule été réséquée. Dans quelques-uns, on pouvait même apercevoir une petite partie du pédicule après l'opération. Les malades s'en sont-ils trouvés plus mal? Ont-ils été victimes de cette récidive si redoutable? On ne l'a pas dit, et il est certain que cela n'est pas, au moins pour les opérés de M. de Bruns.

Est-ce à dire que je ne tiens aucun compte des chances de récidive et des indications spéciales qu'elles fournissent? Loin de là; mais je veux qu'elles soient appréciées à leur juste valeur, suivant la nature des tumeurs, et qu'on cesse d'en faire un épouvantail inutile en face de procédés opératoires dont le seul inconvénient serait d'être insuffisants ou irréalisables dans certains cas, sans jamais compromettre l'avenir.

Après avoir répondu aux nouveaux arguments de M. Debrou, je voudrais glisser sur diverses allégations qui les accompagnent. Il en est deux cependant que je ne puis laisser subsister.

M. Debrou pense que si je fais peu de cas de l'hémorrhagie et de la résistance de la tumeur, c'est probablement que je n'ai pas encore eu à opérer des polypes du larynx dans toutes les conditions possibles. J'ai déjà dit, dans mes premières observations, que l'hémorrhagie a été nulle dans les opérations de H. Green, de Langenbeck, dans la mienne; j'ajoute qu'elle a été insignifiante même lorsqu'on a enlevé des polypes muqueux, toujours plus vasculaires que les fibromes, comme dans les cas de Bruns. Quant à la résistance de la tumeur, j'en avais dit mon opinion: M. Debrou s'est servi d'un mauvais instrument, ou bien il a voulu agir avec une extrême lenteur. Cette opinion, je la garde jusqu'à ce que notre collègue me réponde que l'instrument était bon et qu'il a été manœuvré aussi rapidement que possible.

Ce n'est donc pas par défaut d'expérience personnelle que j'ai repoussé ces deux causes de difficulté: hémorrhagie et dureté de la tumeur, mais par l'expérience des faits connus. J'ai traité un malade, M. Debrou en a traité un aussi. Sous ce rapport, nous sommes à point égal; l'un et l'autre, nous ne pouvons combler cette pénurie bien naturelle pour des faits si rares qu'en faisant appel à l'observation d'autrui.

Mon honorable contradicteur dit encore que j'ai inexactement apprécié les motifs qui ont porté MM. Prat et Follin à faire la laryngotomie, que dans ces cas le polype pouvait être atteint, et que cependant les deux chirurgiens ont choisi la voie sanglante. M. Debrou, prenant au sens littéral le mot atteindre, ne m'a pas compris, et cependant j'avais clairement indiqué ma pensée. Peut-être, disais-je quelques lignes plus haut, à l'exemple de M. Prat et de M. Follin, n'est-il (M. Debrou) arrivé à l'idée d'une opération sanglante qu'après des essais infructueux par les voies naturelles.

Je me trompais, ces essais n'avaient point été faits; c'est là mon objection, et j'y attache une haute importance. M. Follin avait fait des tentatives et n'avait pas réussi à saisir le polype; il ne demandait pas mieux que d'essayer encore. M. Prat échoue dans toutes ses tentatives pour saisir et fixer la tumeur, il parvient seulement à la scarifier légèrement; les accidents augmentent, le chirurgien se décide à tenter la laryngotomie. M. Bœckel ne se borne pas à des essais, il enlève par la bouche une tumeur; mais celle-ci est friable, elle a été déchirée, d'ailleurs elle n'est pas solitaire; il en vient alors à la laryngotomie, ce dont je l'approuve complétement.

Ainsi, tous ont tenté d'opérer par les voies naturelles; l'impossibilité de réussir ou l'insuffisance de l'opération ont été bien constatées, et alors, mais seulement alors, le larynx a été ouvert. C'est ainsi, suivant moi, qu'aurait dû procéder M. Debrou; je lui ai reproché de ne l'avoir point fait, et cette objection garde toute sa valeur en présence des exemples que je viens de rapporter.

Un dernier mot et je termine. M. Debrou dit que j'ai fait de grands efforts pour le critiquer. S'il entend par là que j'ai apporté quelque soin à formuler mes objections, je le remercie de cet éloge. Mais s'il veut dire que j'ai agi de parti pris, avec l'intention arrêtée de faire prévaloir une opinion préconçue, il se trompe. Je n'ai pas l'honneur de connaître M. Debrou, je sais qu'il est notre collègue, qu'il exerce avec distinction la chirurgie à Orléans; sur un point de pratique chirurgicale j'ai été d'un avis différent du sien et je l'ai dit. Quoi de plus simple, dans une Société qui vit de discussions et où tous les membres sont passibles de la discussion?

ASSOCIATION FRATERNELLE DES ÉLÈVES DE LA FACULTÉ de médecine de Paris.

Nous recevons, avec prière d'insertion, la communication suivante:

Un très-grand nombre d'étudiants ont adhéré au principe d'une association fraternelle entre les élèves de l'Ecole de médecine de Paris. Quelques-uns d'entre eux auraient voulu une association plus générale et qui eût réuni dans un même faisceau les grandes écoles libres. C'est là sans nul doute une généreuse pensée: mais il faudrait pour la réaliser qu'une première association partielle, bientôt constituée, montrât par le fonctionnement régulier de ses institutions à quel but on doit tendre et par quels moyens on peut y parvenir.

Nous prions ceux des étudiants qui s'intéressent sérieusement au succès de cette œuvre, de bien se rappeler qu'il n'est question que d'une association de secours mutuels. Nous appartenons presque tous à des familles de moyenne fortune, et l'aisance d'aujourd'hui peut demain faire place à la gêne et à la misère. — Que deviendrait alors un jeune homme déjà loin dans ses études et qui serait ainsi forcé de les abandonner? Comment entreprendre une nouvelle carrière, à un âge où on ne peut se résoudre à l'apprentissage des professions réservées à ceux qui sont nés pauvres ou que le malheur est venu frapper?

C'est là l'idée morale et fraternelle de l'association. C'est elle qui doit seule nous guider dans l'étude des moyens propres à assurer notre association.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'administration municipale de Paris, qui, en vertu de la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres, a déjà réalisé de si nombreuses et de si utiles améliorations dans les logements de la classe ouvrière, a étendu sa sollicitude sur les établissements destinés à l'éducation des enfants, écoles, asiles, etc. La commission des logements insalubres, à qui était naturellement dévolue cette mission, a procédé à une visite générale, pour tout ce qui concerne la salubrité, des écoles communales des deux sexes et des asiles publics des vingt arrondissements de Paris. Elle se livre en ce moment à un examen semblable des maisons d'éducation et écoles privées.

Cette première enquête porte déjà ses fruits; la plupart des travaux d'amélioration reconnus utiles par la commission sont ordonnancés ou même en voie d'exécution. Des écoles mal installées ou qui n'avaient qu'une installation provisoire insuffisante, vont être transportées dans des bâtiments spéciaux nouvellement construits et qui ne laissent rien à désirer sous le rapport de la salubrité, ou dans des locaux mieux appropriés et qui réuniront également toutes les conditions désirables d'espace, d'aération, d'éclairage et de bon entretien.

Quant aux établissements privés qui ont été examinés jusqu'ici, ils ont été trouvés pour la plupart dans de bonnes conditions. Quelques-uns même paraissent avoir été organisés avec une intelligence et une entente parfaite de tous les détails que réclame une bonne éducation physique de l'enfance. Mais, il faut bien le dire, il en est qui, très-recommandables d'ailleurs à tous autres égards, laissent considérablement à désirer sous tous les points de vue qui touchent à la salubrité. Sans entrer ici dans des détails trop précis, il nous suffit de dire qu'il y a encore, malgré l'état relativement satisfaisant de la plupart de nos écoles publiques ou privées, des réformes considérables à faire pour les amener au degré désirable de salubrité et d'une bonne hygiène générale. Nous croyons que dans ces circonstances il est du devoir de la presse médicale de venir en aide à l'administration en appelant sur ce point l'attention des médecins de ces établissements, qui, par les conseils éclairés qu'ils sont à même de donner à cet égard aux chefs d'établissements, peuvent utilement concourir au but d'utilité publique qu'elle poursuit.

— Nous venons de recevoir les deux premiers numéros des *Archives de médecine navale*, dont nous avons dernièrement annoncé la prochaine publication.

Parmi les travaux intéressants qu'ils contiennent, nous signalerons les suivants:

Introduction, par M. le docteur Le Roy de Méricourt;
Rapport médical sur le service de l'hôpital flottant la Caravane *mouillé en rade du Gabon*, par M. le docteur Griffon du Bellay;
L'île de Poulo-Condore, par M. Viaud;
Note sur l'ornante safranée, par M. le docteur Ad. Vincent;
Analyse de l'eau de la mer Morte, par M. le docteur B. Roux;
Histoire du service de santé de la marine et des écoles de médecine navale, par M. le docteur A. Lefèvre.

Nous nous promettons de revenir incessamment sur cette nouvelle publication.

— Une pétition couverte de nombreuses signatures a été adressée ces jours-ci au Sénat par les malades de l'hôpital Saint-Louis. Les pétitionnaires demandent qu'un service à part soit affecté aux maladies contagieuses, et notamment la petite vérole.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 4 mai, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville. Voici l'ordre du jour:

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

2° Suite de la discussion sur l'exercice de la pharmacie et ses rapports avec la profession médicale, par MM. Paul Blondeau, Deleschamps, Corlieu, Sandras, etc.

3° De quelques résultats de l'auscultation, par M. le docteur Guyomard.

4° Communications diverses, par MM. Dupré et Quantin.

— M. Beau commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, mardi prochain 3 mai, à neuf heures, après la visite, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Du relâchement du pylore, et de son influence sur la digestion stomacale et sur un certain nombre de maladies chroniques, par M. le docteur Louis Seré. Prix: 1 fr. — Paris, à la librairie Plon.

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope, de la dissection, préparation et conservation des objets, par M. Arthur Chevallier, opticien. Ouvrage enrichi de 100 dessins sur bois et d'un atlas de 300 infusoires. Prix: 5 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 52. — MARDI 3 MAI 1864. (37e ANNÉE.) N° 52. — MARDI 3 MAI 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, 2 MAI 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les questions d'hygiène publique ont occupé une grande place dans cette séance. En première ligne, nous signalerons le mémoire de M. Péligot sur la recherche des matières organiques contenues dans les eaux. Ayant eu occasion, dans ses leçons du Conservatoire des arts et métiers, de soumettre à un examen comparatif les différentes eaux qui alimentent Paris, M. Péligot a été frappé de l'aspect et de l'abondance des dépôts que fournissent, par les divers réactifs, les eaux de la Seine et du canal de l'Ourcq, et dans lesquels il a trouvé des matières organiques appartenant à la classe des matières nombreuses, encore mal définies, qu'on a désignées sous le nom de *produits humiques*. « Si faible qu'en soit la quantité, dit M. Péligot, la présence d'une matière azotée dans des eaux publiques présente un intérêt réel. Pour l'eau comme pour l'air atmosphérique, il n'est point de petits faits. Loin de dédaigner les corps qui s'y rencontrent en très-faible proportion, c'est surtout à la recherche de ces corps qu'il faut s'attacher désormais. »

Il était intéressant de rechercher dans d'autres eaux publiques, réputées par leur bonne qualité, la matière organique rencontrée dans les eaux de la Seine et de l'Ourcq. M. Péligot, se trouvant au Havre, a soumis à quelques expériences les eaux de diverses origines destinées aux habitants de cette ville. Ces eaux, dont il a pu apprécier lui-même les excellentes qualités, n'ont livré aux réactifs aucune trace de matières organiques. Elles contiennent néanmoins des principes minéraux en quantité relativement considérable, double au moins de celle que renferme l'eau de la Seine. D'où ce savant chimiste a été conduit à formuler cette proposition, à quelques égards contraire à une opinion très-généralement accréditée, savoir, qu'une eau potable peut être infiniment supérieure à une autre pour ses qualités les plus essentielles, bien qu'elle fournisse un degré hydrotimétrique beaucoup plus élevé. M. Péligot va plus loin encore, il est même porté à admettre que dans certains cas le degré hydrotimétrique d'une eau est en raison inverse de sa qualité. C'est ainsi qu'il a comparé des échantillons pris en divers points de la Seine, à Bercy, dans le gros bras et dans le petit bras, et il a trouvé que l'eau la meilleure est celle qui contient en dissolution la plus forte proportion de substances minérales. — Il faut ajouter tout de suite pourquoi : c'est que les produits ammoniacaux et savonneux que reçoit la Seine en traversant Paris séparent et remplacent en partie ses composés calcaires. — C'est donc moins, en réalité, la différence en plus ou en moins des sels calcaires, que l'absence ou la présence de produits azotés, que l'on doit prendre en considération pour décider des bonnes ou mauvaises qualités d'une eau potable.

La conclusion pratique qui ressort de ces recherches, c'est que les matières organiques que contient aujourd'hui l'eau de Seine, par suite du grand nombre d'usines qui y déversent leurs résidus, devant inévitablement augmenter par le développement toujours croissant de l'industrie, il faut se résigner à lui sacrifier la rivière et à se pourvoir ailleurs d'eau potable.

Cette conclusion, ainsi que l'a fait remarquer M. Dumas, vient à l'appui des principes qui ont guidé l'administration municipale dans le système qu'elle a adopté pour l'approvisionnement des eaux de Paris.

Une question d'un autre ordre, mais d'une importance également considérable pour l'hygiène publique des grandes villes, a fourni le sujet de la lecture que M. Robinet a faite à l'Académie. On sait combien les miasmes qui s'échappent des égouts peuvent être nuisibles dans une foule de circonstances à la santé publique.

M. Robinet s'est proposé de chercher un moyen de les éloigner ou de les détruire. Le moyen qu'il propose consisterait à établir un appel énergique sur le réseau des égouts par les foyers des usines et établissements où l'on consomme de grandes quantités de houille. L'air méphitique des égouts, extrait par cet appel, se purifierait en traversant les foyers et n'irait plus altérer l'atmosphère, comme cela a lieu actuellement. D'après M. Robinet, ce système, qui serait également applicable aux fosses et aux latrines, pourrait encore être utilisé pour la ventilation des hôpitaux. C'est là une idée qui ne peut manquer d'attirer l'attention de l'administration, qui la mettra, sans aucun doute, à l'étude.

Question de pure curiosité scientifique pour le physiologiste, l'étude des causes de la production des sexes a un intérêt pratique immédiat pour l'économie agricole. C'est à ce point de vue que M. Coste a repris l'examen de cette vieille question qui a occupé tant de naturalistes, et qui aurait été déjà résolue par Aristote, suivant M. Flourens. Nous reviendrons sur ce sujet quand M. Coste aura exposé les résultats complets des expériences qui sont en voie d'exécution.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la paralysie de l'orbiculaire, des lèvres, de la langue et du voile du palais (1).

(Paralysie glosso-labio-pharyngée.)

Terminons ce que nous avons à dire touchant la paralysie de l'orbiculaire de la langue et du voile du palais par quelques considérations d'anatomie pathologique.

Lorsqu'on a affaire à une maladie rapide et versatile dans ses manifestations, cessant tout à coup pour se montrer de nouveau, pour cesser et revenir encore, et lorsque, après la mort, l'examen anatomique ne nous permet d'entrevoir aucune lésion, il n'y a rien qui nous étonne dans cette absence de signes matériels. Ainsi un individu a, par exemple, du délire qui dure quelques heures, disparaît et revient ensuite pour s'effacer encore. Si cet individu vient à succomber, nous cherchons dans son cerveau et nous n'y trouvons rien. Cela ne nous surprend pas. Nous comprenons qu'une modification transitoire de la fonction dépend d'une modification également transitoire dans la texture, qui ne peut et ne doit pas laisser de traces appréciables lors de l'autopsie. Nous nous contentons de ce résultat négatif. Mais quand une maladie a duré deux, trois mois, parfois deux, trois ans, même dix ans; quand elle a suivi sa marche avec des troubles fonctionnels graves, permanents, progressifs, notre légitime curiosité n'est pas satisfaite si à l'autopsie nous ne rencontrons rien qui explique cette longue durée, cette continuité dans les troubles.

Dans la première autopsie d'ataxie locomotrice que nous avons faite, nous n'avons rien saisi sur le cadavre qui fût capable d'expliquer les troubles si grands que nous avions observés pendant la vie. Il y a deux ans et demi environ, nous en avons envoyé un cas à M. Bourdon, médecin à la Maison municipale, qui n'a rien trouvé non plus. Puis un beau jour une moelle d'ataxique a été mise entre les mains d'un médecin qui s'occupe beaucoup de microscopie, M. le docteur Luys; il s'est mis à chercher partout, et il a reconnu dans les cordons et les racines postérieures une destruction de la fibre nerveuse, une altération de la myéline.

A dater de ce moment, toutes les investigations ont été dirigées de ce côté, et chacun a vu ce qu'il avait vu lui-même, ce qui existe réellement.

Lorsque le premier malade dont je vous ai entretenus a succombé à cette paralysie, nous avons examiné avec soin le cerveau, regardé la moelle, les cordons, les racines avec la plus minutieuse attention, et nous n'avons rien pu trouver. Il en sera probablement de cette maladie comme de l'ataxie locomotrice. Il doit y avoir, il y a certainement quelque chose. Il faut que la loupe vienne aider les yeux, et si la loupe ne suffit pas, il faut en appeler au microscope.

Il est impossible qu'un trouble fonctionnel grave et permanent ne réponde pas à des troubles graves dans la texture. Dans quel endroit saisirons-nous enfin cette trace matérielle si obscure? Nous croyons que ce sera là où prennent naissance les nerfs qui animent les parties altérées dans leurs fonctions; ce

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 22 et 28 mars, 5 et 26 avril.

UNE SECONDE SAISON AU MONT-DORE (1).

II. — DE LA VAPORISATION ET DE LA PULVÉRISATION.

En un précédent article, côtoyant avec précaution le domaine médical et évitant de m'y engager, j'ai jeté un coup d'œil rapide sur diverses parties du *grand établissement*. Ayant à parler maintenant du *bâtiment neuf*, où sont installés les appareils à vapeur, faut-il continuer cette réserve, qui m'a paru de bon goût, vis-à-vis de mes confrères appelés à de plus savantes élucubrations? Oui, sans doute. Qu'il me soit permis toutefois de me faire un mérite de ce renoncement : la marche est moins facile par des sentiers étroits; la fatigue arrive plus vite par les entraves que l'on se donne. Aujourd'hui, quoique toujours soigneux de me renfermer dans le rôle modeste que j'ai choisi, je prétends me donner au besoin une plus grande liberté d'allure.

Tout baigneur soumis que je sois, je ne puis échapper complétement à de vieilles habitudes. Placé en face des objets que forcément je vois avec les yeux de la science, le médecin se réveille en moi et malgré moi. J'observe, je me rappelle, je réfléchis, et quelquefois je juge. Ainsi ai-je fait, quand la nature de mon mal m'appelait dans les salles de l'inhalation et de la pulvérisation.

(1) Voir le numéro du 10 octobre 1863.

L'aspiration de la vapeur est pour moi un moyen puissant dont les effets ne peuvent être contestés. Elle transforme en peu de jours les toux les plus graves et les aphonies opiniâtres; j'en ai vu des exemples frappants. Dans les salles où on l'emploie, chacun se presse, et la voix commune témoigne hautement des bénéfices qu'on en retire. Personnellement, je m'y rattache par le soulagement qu'elle me donne.

Bien établie au Mont-Dore, elle n'est pas toujours ménagée avec la prudence que comportent les moyens de rénovation de l'air à la disposition des malades. La température y est en général trop élevée. Tel se figure aider à la cure, en se rapprochant des générateurs, qui se congestionne le cerveau en pure perte. La durée des séances que détermine l'envie de guérir, y est souvent trop prolongée.

Que la vapeur de l'eau minérale y retienne quelques parcelles des principes qui la distinguent, comme l'avait cru Thénard, ou qu'en étant totalement dépourvue elle ne puisse avoir d'action spéciale, il n'importe, je constate les résultats, j'y appelle les malades, et je ne veux même pas que les délicats soient retenus par la répugnance que fait naître en eux l'immixtion des gaz expirés dans des salles où l'encombrement se fait comme partout ailleurs. L'explication physique des phénomènes qui s'y produisent doit diminuer cette répulsion à s'imprégner de miasmes dont le danger me paraît en grande partie imaginaire; on aurait tort de s'en préoccuper outre mesure, et je le prouve.

Il suffit d'observer, pour voir comment la vapeur, qui naît des générateurs placés en deux points de la salle, dût-elle se charger des souillures présumées de l'air expiré, s'élève avec force par un courant continu vers les parties hautes de la salle pour s'y résoudre en eau par le contact de la voûte ou des parois du local, le long desquelles on la voit retomber en gouttelettes. Je ne saisis pas le moment où à la hauteur de la bouche elle puisse fournir un aliment vicié à la respiration, puisque à l'état de vapeur les émanations montent toujours, ne retombent qu'à l'état liquide, et que leur dissolution dans l'eau les soustrait nécessairement à l'inhalation pulmonaire; si l'inconvénient se produit, ce ne peut être que dans les points éloignés des générateurs, où une température moindre ne donne pas les mêmes garanties d'un courant ascendant de la vapeur. Il est facile, à qui veut s'en préserver, d'éviter les coins et les salles accessoires. Le danger de l'infection miasmatique me paraît de beaucoup supérieur dans toutes nos grandes assemblées. Les piscines aériennes se rencontrent à chaque pas là où le plaisir conduit, et, pour notre génération blasée sur le gaz et le tabac, ces délicatesses me paraissent bien recherchées. Si donc l'on a recours dans les salles d'inhalation à des lavages répétés et au renouvellement fréquent de l'air par les vasistas, je ne vois pas de raisons pour s'en tenir éloigné, lorsque le médecin les indique comme un moyen de traitement efficace.

La pulvérisation s'est installée au Mont-Dore en quelque sorte dès son apparition, mais sous une forme vicieuse, aujourd'hui disparue. On se figure difficilement ce qu'il y avait de répugnant et d'incommode à se tenir debout et par groupes autour d'une tige surmontée de quatre branches, dans l'intervalle desquelles les malades, opposés bouche à bouche à une faible distance, échangeaient forcément ha-

sera au pont de Varole que se fera la découverte. Une première fois nous n'avons rien vu; une seconde, il nous sera permis d'entrevoir; une troisième, nous verrons clairement, sûrement, indubitablement.

Nous saisirons la première occasion qui se présentera pour examiner avec le plus grand soin et fouiller avec la plus minutieuse attention, à l'œil, à la loupe et au microscope, tous les cordons nerveux émanant du bulbe, ainsi que les plus petites portions des pyramides antérieures; nous comparerons la matière nerveuse de ces parties à celle prise sur un sujet sain, et il faudra bien peut-être qu'enfin nous reconnaissions l'altération qui devra constituer un caractère de plus pour l'espèce pathologique que nous étudions.

Arrivons maintenant à l'importante question du diagnostic différentiel. Les symptômes que nous avons indiqués constituent une espèce morbide très-distincte de toutes les autres paralysies. Il en est cependant quelques-unes avec lesquelles on pourrait la confondre. Et d'abord la paralysie faciale. Lorsqu'elle n'existe que d'un côté, pas d'erreur possible. Mais lorsqu'elle est bilatérale, ce qui arrive rarement, il est vrai, ce qui pourtant se voit, alors l'erreur serait possible. Je vais vous dire pourquoi.

Dans la paralysie faciale, les muscles labiaux sont immobiles, et il y a nécessairement dans la prononciation des lettres labiales des difficultés particulières, dans une certaine mesure analogues à celles qu'éprouvent les individus paralysés des lèvres, de la langue et du voile du palais. De plus, nous observons encore des modifications du côté du voile du palais; pour peu que le nerf facial soit atteint à une certaine hauteur, dans l'aqueduc de Fallope, alors les individus ont la voix nasillarde, absolument comme nos paralytiques spéciaux; ils ont aussi une certaine difficulté pour avaler, parce qu'ils ne peuvent plus tendre l'isthme du gosier.

Voilà bien des symptômes communs avec la paralysie des lèvres, de la langue et du voile du palais; il n'est donc pas étonnant que des observateurs même distingués aient pu confondre la paralysie faciale double avec celle dont nous nous occupons en ce moment.

De quelle manière établirons-nous la distinction? Le voici. Il va y avoir dans un cas un hypoglosse qui fait bien sa besogne et dans l'autre un hypoglosse qui la fait mal ou pas du tout. Dans la paralysie décrite par M. Duchenne, l'individu ne peut plus faire exécuter à sa langue des mouvements rapides, en tous sens, comme tout le monde les exécute.

Dans la paralysie faciale, au contraire, la langue n'est pas intéressée, sa mobilité n'est pas modifiée; elle se meut aisément en haut, en avant, de côté. De plus, lorsque vous examinez notre malade, comment est son masque, ainsi que nous l'avons déjà dit, la partie inférieure de son visage seule est immobile, comme figée. Lorsque vous le faites rire, il rit des yeux, des zygomatiques, du front, tout le segment supérieur de la face exprime le rire. Si quelque idée triste traverse son cerveau, ce qui lui arrive souvent, il pleure; toute la moitié supérieure de sa figure se contracte et pleure comme dans le véritable chagrin. Voilà qui est spécial à cette espèce de paralysie. Au contraire, dans la paralysie faciale, comme le nerf se distribue à tous les muscles de la face, aux joues, au front, aux yeux, la figure reste immobile tout entière, et si vous chatouillez le malade tandis qu'il rit aux éclats, son facies garde une immobilité de marbre. Il en est de même s'il est triste et verse des larmes; en un mot, dans toutes les circonstances où la physionomie si expressive de l'homme sain se modifie d'habitude d'une manière si énergique, le sujet atteint de paralysie faciale rit et pleure, selon l'heureuse expression de M. Duchenne, derrière un masque.

D'autre part, si dans ce dernier cas la déglutition est difficile dans une certaine mesure, parce qu'il n'y a pas occlusion de l'ouverture postérieure des fosses nasales, il est facile d'obvier aussitôt à cet inconvénient par un petit stratagème qui consiste à pincer le nez du malade; il avale alors sans déviation des liquides ou des solides vers le nez, parce que l'air contenu dans la cavité nasale ne pouvant plus être repoussé, ne fait point de résistance, forme bouchon pour ainsi dire, devant le bol alimentaire et les liquides qui allaient enfiler le chemin des fosses nasales. Mais vous avez beau boucher le nez des individus affectés de paralysie glosso-labio-laryngée, ils avalent de travers malgré cela, parce qu'ils ne peuvent plus se servir de la langue pour aider à la déglutition.

Observons encore que l'individu atteint de paralysie faciale double a sa phonation entière. Essayez de lui faire réciter toutes les voyelles que vous voudrez, il aura quelque peine à prononcer l'*o* et l'*u*, voilà tout; mais le timbre de sa voix sera énergique et puissant comme celui d'un homme qui se porte bien. Or vous avez vu que c'était un des caractères propres de la paralysie linguale, que la phonation n'était plus normale, parce qu'il existe ici une lésion du nerf spinal qui n'existe pas dans la paralysie faciale. Tant que le nerf spinal n'est pas pris, la voix reste pleine, forte, étendue; il y a seulement une modification dans le timbre, attendu que le tuyau vocal est un peu changé, à cause de la paralysie du voile du palais, dépendante de la paralysie du facial. Et puis le malade prononce mal les labiales, il est vrai, mais il peut toujours prononcer le *c* dur, le *k*, l'*r*; il roule l'*r*, ce que ne peut faire celui qui est atteint de la paralysie de M. Duchenne. Vous avez donc tout de suite, rien qu'en faisant prononcer les lettres de l'alphabet ou ces trois seules lettres, le moyen de reconnaître une paralysie faciale de la paralysie triple.

Il n'est pas besoin d'ajouter que la paralysie du facial, en tant qu'elle n'est pas symptomatique d'une affection cérébrale, est sans aucune gravité. Au contraire, la paralysie des lèvres, de la langue et du voile du palais, sauf quelques cas très-rares, est toujours progressive et irrévocablement mortelle. Ici la lésion paralytique marche toujours en avant et tend à se généraliser.

Dans la paralysie faciale tout reste borné à la figure; rien ne se généralise. Il vous suffira de vous rappeler les quelques signes diagnostiques que je viens d'ébaucher, pour qu'avec un peu d'attention vous évitiez toute confusion.

Et maintenant, voyons s'il est possible d'établir la distinction entre la maladie dont il s'agit et la paralysie générale progressive. On les a souvent prises l'une pour l'autre, et même le plus souvent on méconnaît la paralysie triple et on l'intitule paralysie progressive. Il nous arrive de la province nombre de malades envoyés par leurs médecins comme atteints de paralysie générale, et qui ont la paralysie décrite par M. Duchenne. Il importe donc de bien fixer les faits et l'opinion sur ce sujet :

Et d'abord, la paralysie générale progressive est, dans le plus grand nombre des cas, liée à un désordre de l'état mental. — Faites bien attention que je ne parle pas ici de la paralysie dite ascendante, bien différente de la paralysie générale progressive. C'est tout autre chose.

Dans la paralysie ascendante, nous voyons des individus qui commencent par avoir la sensation de coton à la plante des pieds; puis le pied tout entier s'affaiblit; puis c'est la jambe, et l'individu cloche; puis il ne peut plus se soutenir qu'en élargissant la base de sustentation, en écartant les jambes; puis le ressort des parties génitales et de la vessie se perd; puis se manifeste la sensation d'une barre dans le ventre, au niveau du diaphragme; et les bras de se prendre à leur tour, en commençant par le bout des doigts. La lésion médullaire va donc en montant, comme un érysipèle qui aurait commencé par les pieds, et elle finit par aboutir au bulbe, et lorsque le bulbe est pris, des désordres énormes plus graves surviennent, et la mort arrive sans qu'il y ait eu de troubles cérébraux. On voit à ce court tableau que ce n'est pas là la paralysie générale progressive, mais bien une paralysie spéciale de forme ascendante.

Eh bien, qu'est-ce donc que la paralysie générale progressive? Le malade se présente ordinairement avec des troubles intellectuels; il a de la lypémanie, ce qui est le cas le plus rare, ou une certaine exaltation cérébrale dans le sens ambitieux, avec des idées de grandeur, de richesse, de bonheur : ce sont gens qui voient tout en rose. Le mari trouve que sa femme, bossue, est droite comme un peuplier. Les pauvres se croient riches; qu'on leur présente un plat mal apprêté, ils disent qu'il sort de la cuisine de Véfour; ils ont l'argent facile et ne tenant pas à la poche; ils sont philanthropes, humanitaires, prêts à être dupés par tous, et ne dupant jamais personne. C'est une bonne race de gens. Dans le monde, on les regarde comme n'ayant pas le sens commun. A quelque temps de là, on aperçoit des désordres d'esprit plus signalés. Tel dépense excessivement par rapport à sa fortune, et court à sa ruine; tel autre a dans toutes ses entreprises une légèreté que n'a jamais l'homme sain d'intelligence. Lorsqu'on a été pendant quelque temps attaché à un hôpital spécial, ainsi que je l'ai été pendant trois ans à Charenton en qualité d'interne, on reconnaît ces malheureux à première vue. Ils entrent dans une maison de santé, la prenant pour un palais; vous allez à eux, vous les interrogez, et ils vous répondent avec une certaine hésitation de la langue, comme si elle était un peu collée aux dents, comme s'ils avaient de la bouillie entre les lèvres, petites choses que le médecin habitué saisit aisément, et d'où il tire de suite un diagnostic assuré.

Nous savons tous comment meurent ces infortunés; ils succombent dans un état de paralysie générale. Avant ce moment fatal, ils deviennent gloutons; ils mangent énormément, et ce n'est qu'à la dernière période de leur vie, alors qu'ils sont devenus gâteux, que l'œsophage s'est un peu paralysé, que la langue a subi la même modification; c'est alors seulement, quand tout est pour ainsi dire paralysé, que la langue s'embarrasse tout à fait et tombe dans un affaiblissement proportionnel à celui de tous les autres muscles. Mais, vous le savez, dans la paralysie de M. Duchenne, la langue est affaiblie avant tout, plus que quoi que ce soit; dans la paralysie générale progressive, elle l'est avec ou après l'œsophage, elle l'est avec et après tout le reste. L'homme atteint de paralysie générale progressive n'avale pas de travers, il ne s'étouffe pas avec ses aliments comme celui qui est paralysé de la langue et du voile du palais.

Quant à la phonation et à la vocalisation, on ne sait que trop ce qu'elles sont chez ceux qui sont frappés de paralysie générale progressive; on ne le sait que trop, surtout quand on a eu pendant plusieurs années sa chambre d'interne au-dessus des chambres des malades. Ils crient comme des aigles, chantent gaiement toute la journée, ils n'ont évidemment rien dans le larynx; par conséquent leur nerf spinal est intact. Et alors même que l'individu est au dernier degré de paralysie, il n'est pas encore possible de confondre son état avec celui des sujets atteints de la paralysie glosso-labio-laryngée, pas plus qu'il n'a été convenable de le faire au début, alors qu'il n'existe encore que de l'hésitation, mais une hésitation qui permet de prononcer toutes les lettres.

Il importait de bien fixer dans votre esprit ce point, qu'il existe une maladie spéciale caractérisée par la paralysie de la langue, de l'orbiculaire des lèvres et du voile du palais, quelquefois aussi du larynx, maladie sur laquelle M. Duchenne a le premier appelé l'attention du monde médical, maladie très-distincte, espèce bien caractérisée pour laquelle nous devons ouvrir une place dans nos cadres pathologiques.

HOPITAL BEAUJON. — M. MOREL-LAVALLÉE.

Fibrome du scrotum.

(Observation lue à la Société de chirurgie.)

Le 9 avril 1864 est entré à l'hôpital Beaujon, 2e pavillon, n° 41, dans mon service, Emile P..., âgé de dix-huit ans, tailleur de pierres.
Antécédents. — Fièvre typhoïde légère.

Bonne constitution, complexion moyenne.

Vers l'âge de huit ans, sans violence extérieure, sans cause appréciable dont il puisse se souvenir, il s'est aperçu d'une petite grosseur de la forme et du volume d'un testicule. Il ne sait trop sa situation exacte à cette époque, ni si elle était mobile ou fixée à la peau. Elle s'est développée lentement, sans douleur même à la pression. Le malade croit que la tumeur a changé de forme, ce qui tient peut-être à ce qu'elle changeait de situation pour s'accommoder à l'espace qu'elle prenait entre les cuisses pour faciliter la marche.

---

leine pour haleine, alors qu'ils appelaient à eux la poussière d'eau, souvent absente par l'occlusion des orifices. Telle je l'ai vue fonctionner en 1860. Un seul mérite distinguait cette installation : c'est l'idée heureuse qu'on avait eue dès le principe de corriger le refroidissement inévitable qui se produit dans le poudroiement de l'eau minérale, quelle qu'en soit la température, par l'addition d'une vapeur très-chaude qui faisait de la salle une demi-étuve.

Une transformation complète s'est opérée en 1863 dans les appareils de pulvérisation. Cette installation nouvelle, due à M. Charrière, est vraiment remarquable. Elle relèvera le crédit de la pulvérisation, dont la valeur réelle n'est pas encore fixée. Ce n'est pas aux lecteurs de la *Gazette* qu'il faut apprendre tout ce que cette méthode thérapeutique a soulevé de débats.

Combien ne me suis-je pas occupé, dans mon intérêt et dans celui de mes malades, de son mode d'action et de ses résultats! J'ai tourné et retourné en tous sens les instruments dont elle se sert; je les ai démontés pièce à pièce, aussi bien l'appareil de M. Salles-Girons que celui de M. Mathieu. J'en ai fait l'essai sur plusieurs de mes phthisiques, et n'ai réussi le plus souvent qu'à les enrhumer davantage. Je me suis fatigué des mois entiers, et à plusieurs reprises, à humer largement la poussière d'eau médicamenteuse, sans avoir jamais pu reconnaître sa pénétration jusqu'au larynx, et même lorsqu'il arrivait que je fusse à m'observer. Un état si fugace permet-il à l'eau poudroyée au dehors de s'introduire au delà de l'isthme du gosier, à plus forte raison dans les divisions des bronches? Tant de parois s'y opposent dans la bouche et le pharynx, dont le contact reproduit la forme primitive, sans compter les parties mobiles, les voiles et opercules qui rétrécissent le passage! Les expériences sur les animaux ne sont pas complétement décisives pour l'homme, qu'on ne place pas aisément dans les mêmes conditions de gêne ou de douleur, et que sa volonté défend bien mieux contre certaines tortures expérimentales, que ne le font pour les chiens ou les lapins le patronage retentissant de la Société protectrice des animaux. Il faut pourtant se rapprocher autant que possible des conditions auxquelles on les soumet, si l'on veut arriver à des résultats identiques. Passer un fil à l'extrémité de la langue pour l'attirer hors de la bouche et se débarrasser de ses mouvements, ne serait pas proposable; mais le bon emploi de l'abaisseur n'est-il pas un moyen d'arriver au même résultat? Avec l'abaisseur de la langue, on écarte une première difficulté. Si peu que l'on aide à son action, la voie s'ouvre de plus en plus. Le progrès qui s'est manifesté dans les nouveaux appareils établis au Mont-Dore donne tout espoir d'arriver au but de la pulvérisation chez l'homme. Converti par ce que je vois, déjà je me rallie, avec la prétention bientôt d'y ajouter un peu du mien.

La salle de pulvérisation actuelle est disposée pour admettre une vingtaine de personnes, assises circulairement dos à dos devant une table qui tout autour de l'enceinte offre à chaque malade un appareil distinct dont il dispose à son gré. L'espèce d'isolement qui en résulte est aussi une amélioration. Le système des appareils a reçu lui-même dans ses diverses parties de nombreux perfectionnements. Une addition importante m'a séduit de prime abord, c'est celle du tamis, auquel me paraît réservé un certain avenir.

L'appareil se modifie à volonté par des articulations qui changent la direction et les rapports de ses différentes pièces, par des tiges de support mobiles, par des orifices de rechange qui permettent de varier le calibre du jet, par l'adjonction facultative d'un tamis métallique très-fin. En prenant la place de la plaque, qui produit le poudroiement dans le système de M. Sales-Girons, le tamis substitue l'extrême division de l'eau par le moyen du jet qui traverse les mailles invisibles d'un tissu métallique, de même que la poussière d'eau se forme sous une pression considérable dans l'appareil de M. Mathieu à travers d'imperceptibles trous.

Invention ou application nouvelle, cet emploi du tamis fixé sur une tige s'interposant au lieu de la plaque entre la bouche et l'orifice d'émission, sur le passage du jet, constitue un véritable progrès que je me suis plu à étudier pendant de nombreuses séances en en faisant une part de mon traitement, au détriment peut-être de ma santé, qui avait paru s'accommoder beaucoup mieux de l'inhalation. Il est vrai que je rencontrais là simultanément une certaine dose de vaporisation, grâce à la précaution prise pour réchauffer l'eau poudroyée, et que je ne négligeais pas, comme chacun peut le faire, de me rapprocher de la fusée de vapeur déversée dans la salle, tout en expérimentant la pulvérisation sous sa double forme.

Voici ce que j'observais :

Quelle que soit la finesse du tissu métallique dont le tamis se compose, et malgré l'obliquité sous laquelle on le présente au jet comme moyen d'augmenter la division de l'eau, la poussière qui résulte de ce procédé n'atteint jamais l'extrême finesse que lui donne le choc

Aujourd'hui, elle est globuleuse, presque du volume des deux poings réunis, représentant une sphère un peu allongée, son grand axe est horizontal d'un côté à l'autre.

Elle est sillonnée par de grosses veines variqueuses sous-cutanées. Elle occupe une grande partie du scrotum, refoule en haut les testicules et attire la verge en bas.

La peau, qui d'ailleurs a toujours conservé sa couleur normale, est mobile sur toute sa surface, mais d'une mobilité qui est loin de rappeler celle d'un scrotum ordinaire.

Sur l'extrémité gauche, elle est presque fixe.

Pour en finir sur la forme de la tumeur et la résumer en un mot, je dirai que, placée transversalement au-dessous des testicules, elle représente une sacoche assez bien remplie, de forme triangulaire, à base inférieure, ou bien encore une gourde aplatie d'avant en arrière.

Quant à sa consistance, elle est celle d'une tumeur fibreuse, très-peu dépressible au doigt et très-indolente.

Opération. — Une incision est pratiquée à la base de la tumeur d'un côté à l'autre ; la peau est disséquée à la manière de deux valves, de façon à découvrir successivement la tumeur en avant et en arrière.

Cette dissection se fait aisément et rapidement, surtout dans les points où, ayant pénétré dans le kyste qui enveloppe la tumeur, cette tumeur s'énuclée avec une grande facilité. L'opération est terminée en quelques instants. Ce kyste est fibreux, blanchâtre, et se distingue des tuniques scrotales en dedans d'elles par son épaisseur même et sa blancheur.

Réunion avec des serre-fines, laissant à un angle du scrotum une sorte d'hiatus placé dans le point déclive pour l'écoulement du pus, dont la formation est probable à raison des lambeaux du kyste qui n'ont pas été enlevés.

La tumeur présente, comme vous voyez, une surface lisse, grisâtre, avec une légère teinte jaune. Elle crie sous le scalpel. En la fendant en deux par une incision longitudinale, on y constate une disposition fibrée qui n'offre cependant pas une grande régularité. En la râclant et en la pressant, on en fait sortir une espèce de liquide blanchâtre qui rappellerait celui du squirrhe. En somme, c'est l'aspect d'une tumeur fibreuse en voie de ramollissement. Elle a été examinée par M. Cornil, qui a bien voulu nous transmettre la note suivante :

Le liquide que l'on obtient en râclant la tumeur avec un scalpel, est constitué par des globules sanguins, des débris de fibres ; en aucun point on ne trouve des cellules épithéliales volumineuses.

En examinant des coupes minces de la tumeur, on voit des fibres qui s'entre-croisent dans toutes les directions. Ces fibres sont assez transparentes et contiennent des noyaux volumineux. En certains points, surtout dans des îlots circonscrits par des fibres, on trouve un grand nombre de noyaux réunis ; dans d'autres points, au milieu des tractus fibreux les plus considérables, on rencontre un grand nombre de fibres élastiques fines.

Les noyaux observés dans cette tumeur mesurent de 4 à 6 dix-millièmes de millimètre ; quelques-uns sont plus volumineux, granulés et vésiculeux. Enfin, on trouve des cellules granuleuses et arrondies ayant environ 8 à 10 millièmes de millimètre, et qui contiennent un noyau.

En résumé, il s'agit d'une tumeur fibreuse, *mixoma fibrosum*, (Wirchow, *Des tumeurs fibreuses de Wirchow*, 1er volume, 1863, 15me leçon.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 avril 1864. — Présidence de M. Morin.

Composition des eaux. — M. PÉLIGOT donne lecture d'un troisième mémoire sur la composition des eaux. Ce mémoire a pour objet la recherche des matières organiques contenues dans les eaux. (Voir le *Premier-Paris*).

Production des sexes. — M. COSTE fait la communication suivante : Quelles sont les causes de la production des sexes ? Tel est le problème dont la solution préoccupe en ce moment les physiologistes et intéresse au plus haut degré les agriculteurs.

M. Thury pense que le produit est toujours du sexe mâle quand la fécondation porte sur des œufs à complète maturité, et qu'il est toujours femelle quand elle porte sur des œufs à maturité moins avancée.

Il y a un moyen bien simple de résoudre ce problème, c'est de choisir pour sujet d'expérience les espèces à maturation successive et chez lesquelles cependant une seule imprégnation féconde toute la série d'œufs qui se détachent de l'ovaire durant une période de huit, dix, douze, quinze et même dix-huit jours. Nous savons, en effet, que chez la poule un seul accouplement suffit à féconder les 5, 6 ou 7 œufs qu'elle va pondre et qui sont échelonnés dans son ovaire suivant l'ordre de leur maturation. Or, en pareil cas, si la théorie est exacte, les premiers œufs tombés devront toujours produire des mâles et les autres des femelles, sans que cet ordre puisse être interverti. Mais, pour bien analyser le phénomène, il ne faut pas oublier que, chez les vertébrés à fécondation interne, sans en excepter l'espèce humaine, l'imprégnation s'opère toujours dans l'ovaire ou dans le pavillon, et jamais dans l'oviducte, comme je l'ai démontré par des preuves directes dans mon grand ouvrage sur le développement des corps organisés. L'oubli de ce fait fondamental donnerait prise à des divergences d'opinion qui ne seront plus possibles quand la question sera circonscrite dans ses véritables limites.

Ceci posé, nous avons, de concert avec M. Gerbe, l'habile naturaliste attaché à ma chaire d'embryogénie comparée, formulé un programme d'expériences que M. Gerbe exécute, et dont les résultats seront communiqués à l'Académie.

En attendant, je me bornerai aujourd'hui à signaler un premier fait. Une poule, séparée du coq au moment de sa première ponte de cette année, a donné 5 œufs féconds en l'espace de huit jours.

L'œuf pondu le 15 mars a produit un mâle.
L'œuf pondu le 17 mars a produit un mâle.
L'œuf pondu le 18 mars a produit une femelle.
L'œuf pondu le 20 mars a produit un mâle.
L'œuf pondu le 22 mars a produit une femelle.

Le trait caractéristique de cette expérience, c'est la naissance d'un produit mâle après un produit femelle, ce qui ne devrait pas avoir lieu suivant la théorie. Mais n'est-ce là qu'une simple exception, ou bien faut-il considérer le fait comme une objection radicale ? Nous verrons un peu plus tard ce que, sur ce point, nous apprendront les recherches auxquelles M. Gerbe se livre.

— M. FLOURENS rappelle, à cette occasion, une expérience qu'il a faite il y a une trentaine d'années.

Aristote avait observé que l'espèce du pigeon pond ordinairement deux œufs, et que de ces deux œufs l'un donne ordinairement un mâle et l'autre une femelle. Il voulut savoir quel était l'œuf qui donnait le mâle, et quel était l'œuf qui donnait la femelle. Il trouva que le premier œuf donnait toujours le mâle, et le second œuf toujours la femelle.

J'ai répété cette expérience jusqu'à onze fois de suite, et onze fois de suite le premier œuf a donné le mâle et le second œuf la femelle. J'ai revu ce qu'avait vu Aristote.

— M. JOBERT (de Lamballe) fait hommage à l'Académie d'un volume qu'il vient de publier sous ce titre : *De la réunion en chirurgie*.

Note sur un moyen d'augmenter la salubrité des grandes villes ; par M. ROBINET.

Malgré les progrès réalisés dans l'art de remédier à l'insalubrité des grandes villes, il reste encore beaucoup à faire sous ce rapport.

Les égouts, par exemple, sont encore, dans beaucoup de cas, des foyers permanents d'infection, et il paraît nécessaire de rechercher les moyens d'éloigner ou de détruire les miasmes qui s'en dégagent. Le problème ne sera résolu qu'à cette condition.

Après avoir décrit sommairement, dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, les procédés mis en pratique ou proposés, je crois pouvoir indiquer aux autorités chargées de veiller à l'entretien de la salubrité des villes un moyen qui, suivant moi, porterait un remède radical au mal dont il s'agit.

Ce moyen consisterait dans un appel énergique exercé sur le réseau des égouts d'une ville par les foyers des usines ou établissements grands consommateurs de houille. L'air méphitique des égouts, extrait par cet appel, se purifierait en traversant les foyers et n'irait plus altérer l'atmosphère, comme cela a lieu actuellement.

Il résulte de quelques chiffres présentés dans mon mémoire, que la consommation de Paris, en houille et coke, étant de 700 millions de kilogrammes au moins par an, en supposant que la combustion de la dixième partie seulement de cette quantité puisse être utilisée pour l'appel proposé, il serait introduit par jour, dans les égouts, 4 millions de mètres cubes d'air pur, ou près de sept fois le volume d'air confiné dans ces canaux.

Cette ventilation paraît plus que suffisante. J'ajouterai, comme prévision plus ou moins réalisable, qu'au moyen de quelques dispositions spéciales le tirage opéré dans les égouts pourrait de ceux-ci s'étendre aux latrines et aux fosses d'aisances, de façon à faire disparaître aussi l'infection provenant de ces indispensables dépendances des habitations.

Au besoin, un système particulier de tuyaux parallèles à ceux destinés à l'eau et qui circulent déjà dans les égouts pourrait servir à la ventilation tout au moins d'une partie des fosses et latrines. Dans cette hypothèse, l'air provenant de la ventilation des fosses ne se mêlerait plus à l'atmosphère des égouts, qui n'en serait pas moins renouvelée par une partie du tirage ou appel exercé par les foyers.

Enfin, je pense qu'il n'est pas impossible de prévoir l'utilisation de cet appel pour la ventilation gratuite des hôpitaux et de certains établissements insalubres. (Commissaires : MM. Dumas, Regnault et Combes.)

Goître. — M. LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS transmet un mémoire destiné au concours pour le prix de statistique, et qui a pour titre : *Du goître à Plancher-les-Mines (Haute-Saône), statistique comparative du goître dans cette commune suivant la provenance des eaux potables*, etc., etc. L'auteur est M. Poulet, médecin à Plancher-les-Mines.

Nous reproduirons seulement de ce travail, qui est fort étendu, les conclusions que l'auteur présente dans les termes suivants :

« La statistique démontre qu'à Plancher-les-Mines la provenance des eaux potables est sans influence sur le nombre des goîtreux. Chaque espèce d'eau potable en fournit effectivement une proportion sensiblement égale. L'eau de Belfahy, village très-voisin de Plancher-les-Mines, et dans lequel n'existe pas le goître endémique, offre identiquement les mêmes éléments que l'eau de cette dernière localité. Ni l'une ni l'autre ne renferme de traces d'iode. Il en résulte qu'il faut chercher ailleurs que dans l'eau potable la cause qui engendre les endémies goîtreuses.

» Plus on s'élève en gravissant les pentes de la vallée, moins on trouve de goîtreux, et quand on arrive au sommet de la montagne, on cesse tout à coup d'en rencontrer.

» Quand on dit que l'air des vallées ne présente rien d'anormal appréciable à nos sens, on se trompe. Effectivement, la vitesse des vents y est en moyenne beaucoup moindre que dans les autres localités, et personne ne niera l'influence capitale que cette circonstance doit avoir sur la pureté de l'air, sur son renouvellement, sur l'expulsion des émanations putrides et des miasmes. Jusqu'à présent l'habitation dans les vallées étroites et profondes où l'air, imparfaitement balayé par les vents, reste imprégné d'humidité et probablement de matières organiques d'une ténuité extrême, est la seule cause que l'on soit en droit d'accuser comme susceptible d'exercer une influence positive sur la production du goître endémique.

» C'est donc à purger autant que possible l'air des vallées de l'humidité qui le sature, c'est à empêcher le dégagement dans l'atmosphère des émanations organiques, que l'on doit s'attacher pour le moment.

» A ce point de vue, le drainage d'une part, de l'autre l'assainissement, par l'application des règlements de police aux fosses d'aisances et aux fumiers, se recommandent, dès maintenant, comme les mesures les plus urgentes et les plus utiles à l'extinction ou du moins à l'atténuation de l'endémie à Plancher-les-Mines. » (Renvoi à la commission du prix de statistique.)

— M. VELPEAU présente le mannequin d'auscultation ou *pneumoscope*, de l'invention de M. le docteur Collongues, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs dans le numéro de jeudi dernier. (Voir le Compte rendu de l'Académie de médecine du 26 avril.) (Commissaires : MM. Becquerel, Pouillet et Velpeau.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 21 avril 1864. — Présidence de M. Richet.

RAPPORT.

M. GIRALDÈS fait un rapport verbal sur la note de M. le docteur Gaillard (de Saint-Julien-le-Petit), intitulée *Procédé pour provoquer l'adhésion de la paroi d'un kyste du foie ou de l'ovaire avec celle de l'abdomen, ou tout au moins la maintenir en contact parfait avec elle pendant le séjour de la sonde à demeure.*

Voici comment M. Gaillard décrit son procédé :

« Avec une espèce d'alène à courbure ou coude approprié, et munie d'un chas près de sa pointe, on ferait une ponction et une contre-ponction dans les points choisis ; on passerait dans le chas un cordonnet de soie ou de caoutchouc, puis on retirerait l'instrument ainsi chargé.

» On aurait alors une petite plaque de bois ou de métal, étroite, rigide, un peu plus longue que l'espace compris entre les points de ponction et de contre-ponction, et présentant une petite encoche à chacune de ses extrémités.

» Mise en place suivant la direction du cordonnet, on ferait sur elle, dans le sens de sa longueur, une ligature qui devrait être assez fortement serrée, afin de tendre le plus possible la portion de cordonnet traversant la poche kystique.

---

contre les plaques métalliques. A travers le tamis, la projection de l'eau divisée est plus forte et plus directe. Il est facile de s'en rendre compte si, comme on se plaît généralement à le faire, écartant tout intermédiaire, on transforme le jet filiforme en une douche de gorge très-fine, qui, soumise par le fait de la pompe aspirante et foulante à une très-forte pression, va pincer douloureusement les parties qu'elle atteint. Une pareille douche fait son chemin bien mieux que l'autre qui ne franchit pas la gorge (bien qu'une faute d'impression m'ait fait dire le contraire) ; elle déjoue les obstacles par son exiguïté même. Pour peu qu'elle soit bien dirigée, elle pénètre profondément ; mais le jet, si fin qu'il soit, convulsant l'épiglotte et les bords de la glotte, est trop blessant pour devenir un moyen thérapeutique dans les cas ordinaires. Cet effet saisissant a besoin d'être adouci et l'est effectivement par la tamisation. La bonne direction de cette fine pluie est le problème qu'il s'agit de résoudre pour l'appliquer utilement au traitement des affections des parties supérieures du tube aérien, devenant accessibles dès lors à la poussière aqueuse, comme elles le sont aux gaz ou aux vapeurs.

Le jet établi et régularisé, l'abaissement de la langue doit lui frayer la voie. Sans l'abaisseur de la langue, pas d'emploi utile de la pulvérisation. Mais pour porter le tamis pulvérisateur au plus près de l'isthme du gosier et poudroyer les parties profondément situées, il faut aussi tenir les mâchoires écartées. Le moyen qu'on y emploie pourrait lui-même servir de support au tamis. Mais lorsqu'on se préoccupe de l'opportunité en certains cas de préserver les parois buccales de l'action offensive du liquide qui doit fournir les poussières altérantes ou caustiques projetées vers la glotte, on arrive tout naturellement à emprunter à l'arsenal chirurgical un instrument qui remplit toutes les indications réunies, du moment qu'on adapte à son extrémité, par articulation ou par vis, un tamis très-fin plus ou moins incliné vers les parties qu'on veut atteindre et modifier par le poudroiement.

C'est le spéculum réduit aux dimensions de la bouche, dont la partie antérieure plus large tient les dents écartées et s'ouvre à l'accès du liquide.

Ainsi se trouve réalisé un instrument portatif facile à construire et parfaitement défini, se prêtant à toutes les destinations, mais s'appliquant, surtout par sa précision, au traitement des affections diphthériques.

Pour le rendre plus pratique, il est tout simple d'en creuser le manche en canal pour l'écoulement de l'eau excédante, dont il importe de se débarrasser, de lui donner la forme ovalaire, aplatie de haut en bas, qui s'adapte mieux à la langue, de l'ouvrir au besoin par des trous latéraux, etc.

En dehors du tamis métallique, l'instrument peut être construit en bois ou même en caoutchouc.

Son usage peut être vulgarisé ; il s'adapterait parfaitement aux appareils perfectionnés du Mont-Dore. L'expérience dira plus tard ce que la thérapeutique respiratoire y aura gagné.

Ici, comme à l'Académie de médecine, je ne puis que faire appel à mes confrères pour que, leur pratique aidant à la mienne, le sort réservé à l'instrument que je leur présente soit plus tôt fixé (1).

Dr Rennes (de Bergerac).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons sur la scrofule et les scrofulides, sur la syphilis et les syphilides, professées à l'hôpital Saint-Louis par M. le docteur Hardy, professeur agrégé chargé du cours de clinique des maladies de la peau à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc., rédigées et publiées par M. le docteur Jules Lefeuvre, revues par le professeur. Un vol. in-8°. Prix : 4 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur.

Traité élémentaire d'histologie humaine normale et pathologique, précédé d'un Exposé des moyens d'observer au microscope, par M. C. Morel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg ; accompagné d'un Atlas de 34 planches dessinées d'après nature, par M. J. A. Villemin, professeur agrégé à l'École de médecine et pharmacie militaires du Val-de-Grâce. In-8° de 280 pages et atlas. Prix : 12 fr. — Paris, 1864, chez J. B. Baillière et fils.

(1) Nous ferons remarquer, pour éviter toute discussion de priorité ou tout soupçon de plagiat, que l'article que nous publions aujourd'hui était dans nos cartons depuis le mois d'octobre dernier. Dr B....

» Une deuxième et pareille ligature serait appliquée de la même manière sur le milieu de la première, et perpendiculairement à elle.

» Il me semble que, par ce moyen, toute la portion de paroi kystique saisie serait exactement appliquée, et à plat, contre la paroi correspondante de l'abdomen. Elle serait, en effet, comme poussée d'arrière en avant par la tension de l'arc postérieur du cordonnet, et non froissée et étreinte comme dans un nœud, grâce à la longueur de la petite plaque rigide, qui, dépassant les points d'entrée et de sortie du cordonnet, en supporterait presque seule toute l'action constrictive.

» Si on craignait qu'une adhérence suffisamment solide ne fût pas obtenue au bout d'un certain temps, on pourrait, dès que ce petit appareil serait appliqué, faire une ponction avec un trocart dans un des angles, près de l'entre-croisement des plaques, et laisser une sonde à demeure qui ne courrait plus la chance d'être abandonnée par la paroi du kyste. »

Nous ne savons rien, ajoute M. Giraldès, sur la valeur clinique de ce procédé, qui jusqu'ici est une simple conception théorique. Peut-être M. Gaillard se préoccupe-t-il trop de déterminer l'adhérence des parois entre le kyste et l'abdomen, car la règle est que la ponction ne détermine pas d'épanchement dans l'abdomen. Tout au moins ce fait est-il parfaitement établi pour les kystes de l'ovaire; il n'est pas un de nous qui n'ait fréquemment ponctionné ces kystes sans crainte d'épanchement abdominal.

COMMUNICATIONS.

Enchondrome du fémur; désarticulation de la cuisse; guérison. — M. GAMGEE achève la communication qu'il avait commencée dans la séance précédente; il présente en même temps à la Société deux photographies de son opéré, avant l'opération et après la guérison, puis la tumeur remarquable qu'il a enlevée. Celle-ci est un énorme enchondrome périostal, paraissant envelopper le fémur depuis le voisinage de l'extrémité supérieure jusqu'aux condyles.

Pendant l'opération, le membre dut être supporté, à cause de son poids excessif (49 kilogr.), par un système de moufles attaché au plafond.

La compression de l'aorte, faite avec un instrument analogue au compresseur de Signorini, donna les meilleurs résultats et permit de prévenir l'hémorrhagie, qui fut très-peu considérable.

M. CHASSAIGNAC. Je désirerais connaître les raisons qui ont éloigné M. Gamgee de faire la ligature préalable de l'artère fémorale ou de la terminaison de l'iliaque. Il me semble qu'en face d'une pareille opération, j'aurais eu beaucoup de peine à ne pas me donner cette chance de sécurité.

J'aurais désiré qu'on pût fendre cette tumeur pour étudier ses rapports intimes avec l'os; la pièce ne serait pas endommagée et on apprécierait mieux l'état des choses.

M. GUERSANT. Je rappellerai qu'il y a dix ou douze ans j'ai fait voir à la Société une tumeur de la même nature et presque aussi grosse que celle-ci; je l'avais enlevée sur un enfant de quatre ans, qui fut malheureusement pris de la petite vérole et succomba trente-deux jours après l'opération.

M. CLOQUET. Je me souviens d'avoir enlevé il y a longtemps, avant 1830, une tumeur adhérente au sternum, et dont le volume était considérable; elle s'étendait dans toute la hauteur de l'os. Le malade guérit, il put même se marier; mais au bout de trois ans il y eut une récidive, et l'opéré succomba.

M. DOLBEAU. Je pense que cette tumeur provient du périoste et non de l'os lui-même. Si telle était l'origine, le tissu osseux aminci se serait certainement rompu sous un poids aussi considérable; or il n'en est rien.

M. Gamgee a parlé du cas observé par Crampton. La tumeur était plus volumineuse (elle avait 2m 15 de circonférence) que celle que nous avons sous les yeux; le volume était plus considérable aussi chez cet homme, dont Lugol nous a laissé l'histoire. Cet individu, qui faisait métier de se montrer dans les foires, était connu sous le nom d'*homme ballon*; sa tumeur avait 1m 75 de circonférence. Dans aucun de ces cas, on n'opéra les malades. M. Gamgee a le mérite d'avoir le premier osé opérer un enchondrome aussi volumineux. Je le félicite de cette heureuse hardiesse, qu'on devrait imiter plus souvent, car ces tumeurs ne récidivent pas. J'ajouterai même que la récidive et l'absence d'examen microscopique me porteraient à croire que la tumeur enlevée par M. Cloquet n'était pas un enchondrome.

M. GAMGEE. Je n'avais pas voulu altérer la pièce avant de la présenter à la Société de chirurgie, mais je suis tout disposé à l'ouvrir pour reconnaître les rapports du néoplasme avec l'os.

Quant aux ligatures préalables, j'ai reconnu depuis longtemps qu'elles sont, dans certains cas, inutiles; dans d'autres, insuffisantes. Je n'y ai pas recours à cause de cette double raison. J'avais d'ailleurs expérimenté à plusieurs reprises la compression de l'aorte, et je m'étais convaincu de son efficacité; elle ne nous a pas fait défaut, un de mes collègues la surveillait spécialement pendant l'opération; aussi la perte de sang a-t-elle été insignifiante.

M. VERNEUIL. Dans une amputation que j'ai eu occasion de pratiquer à la partie supérieure de la cuisse, pour un ostéosarcome du fémur, quoique j'eusse des aides excellents et très-attentifs, que j'eusse fait la ligature de la fémorale au moment même de sa section par le couteau, le malade perdit une énorme quantité de sang par la partie postérieure de la plaie; il fut profondément anémié, et succomba au bout de quarante jours. Je m'étais promis, si j'avais à refaire cette opération, d'agir à petits coups, comme lorsqu'on enlève une tumeur, et de lier successivement tous les vaisseaux qui se présenteraient sous le bistouri. Je n'avais jusqu'ici pas grande confiance dans la compression de l'aorte; mais voici un fait très-encourageant et très-démonstratif.

M. RICHET. Cette question de la ligature préalable des artères des membres a déjà été portée devant la Société il y a une dizaine d'années, à l'occasion d'un rapport que je fis sur un travail de M. Richard. J'étais arrivé à cette conclusion que pour l'épaule on peut se passer de la ligature de la sous-clavière; je citais deux faits où la désarticulation de l'épaule pour des tumeurs volumineuses ou vasculaires avait pu être terminée sans hémorrhagie importante et sans ligature préalable.

Mais la question est bien plus simple pour la racine du membre inférieur. Il n'est pas bien difficile de maîtriser promptement le flot de sang qui s'échappe de la fémorale au moment de sa section; mais c'est l'ischiatique, la fessière et leurs nombreuses branches qui fournissent en abondance. Or la ligature préalable de la fémorale n'agirait en aucune façon sur le débit de ces artères, qui naissent de l'hypogastrique; il faut donc renoncer à cette pratique.

Quant à la compression de l'aorte, je rappellerai que M. Nélaton l'a mise en usage sur un malade atteint d'anévrysme de l'artère ischiatique, dans lequel il fit une injection de perchlorure de fer; la compression réussit parfaitement à interrompre la circulation; la tumeur ne battait plus, et l'opération put se faire dans ces conditions favorables. Voilà donc deux faits qui déposent en faveur de la compression de l'aorte; aussi je crois quo c'est à ce procédé qu'il faudrait avoir recours pour la désarticulation coxo-fémorale ou les amputations de la cuisse très-près de l'article.

M. Dolbeau a dit que les enchondromes ne récidivaient pas; mais la Société peut se souvenir du fait que je lui ai communiqué, où, comme dans l'observation de Paget, il y eut une généralisation du tissu chondroïde dans toute l'étendue des poumons. S'il est vrai qu'en général l'enchondrome ne se généralise pas et ne se reproduit pas, il peut parfois se comporter comme les tumeurs les plus malignes. Je ne crois donc pas que la récidive observée par M. Cloquet chez son malade permette de dire qu'on n'avait pas affaire à un enchondrome.

M. HOUEL. La compression de l'aorte vient encore d'être employée tout récemment par M. Nélaton pour un nouveau cas d'anévrysme de l'ischiatique; elle a bien réussi, mais elle a l'inconvénient d'être douloureuse pour le malade.

M. GAMGEE. J'ai constaté aussi que la compression est douloureuse; mais je ferai observer qu'en général elle n'est pas maintenue pendant très-longtemps, et que d'ailleurs ses autres avantages compensent amplement cet inconvénient.

— M. MOREL-LAVALLÉE communique l'observation détaillée qu'il avait citée dans la séance précédente: *Abcès sous-pectoral; hémorrhagies graves dans le foyer; guérison.* (Sera publiée prochainement.)

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Hier a eu lieu l'élection des membres de la commission d'administration de l'Association fraternelle des étudiants en médecine. Voici la liste des commissaires:

MM. Bertin (Georges); Bouchereau, interne des hôpitaux; Buisson (Louis-Maurice); Clémenceau, interne provisoire; Dourlen (Gustave); Dubois (Paul); Febvre (Ferdinand); Leverdays (Emile); Levraud (Léonce); Onimus (Ernest); Regnard, interne des hôpitaux; Rey (Aristide); Bouchard, interne des hôpitaux; Farabœuf, externe des hôpitaux, et Taule (Ferdinand).

— Les candidats pour le concours de chirurgiens du Bureau central sont: MM. Bastien, A. Després, Duchaussoy, Guéniot, Labbé (Léon), Liégeois, Parmentier, Péan, de Saint-Germain, Sée, Tarnier.

— M. le Dr Jules Cloquet, dont on connaît le goût pour les beaux-arts, vient de faire don au musée Sauvageot d'une Vénus en terre cuite et d'un plat splendide de Bernard Palissy.

— M. Richet, chirurgien de la Pitié, reprendra son cours de clinique chirurgicale aujourd'hui mardi 3 mai, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à neuf heures. La visite des malades aura lieu à huit heures, tous les jours.

— Vendredi et samedi 6 et 7 mai, M. le docteur Chassagny (de Lyon) exposera ses idées sur le forceps en général, et fera la démonstration de son forceps à traction soutenue.

Les séances auront lieu à midi. La première, à l'amphithéâtre n° 3; la seconde, à l'amphithéâtre n° 1er de l'École pratique.

— La Société de médecine pratique tiendra sa séance le jeudi 12 mai. Ordre du jour:

M. Coursserant, de la réunion des plaies par première intention; M. Magne, du délire à la suite de l'opération de la cataracte; M. Legrand du Saulle, communication médico-légale; M. Boyran, de la rétention d'urine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

La GAZETTE DES HÔPITAUX vient d'être victime d'une escroquerie qu'il nous importe de signaler au corps médical.

Un de nos anciens employés, abusant de la confiance qu'on avait eue en lui jusqu'à ce jour, a remis à l'administration de nombreuses séries d'adhésions nouvelles à notre publication. Les premières séries étant vraies, et la confiance que nous avons dans l'honorabilité du corps médical nous ayant toujours fait remettre à trois mois le règlement de nos recouvrements, nous avons été aussi surpris que douloureusement impressionné par les réponses qui ont accueilli les demandes de souscription que nous croyions justement acquises au journal. L'employé infidèle nous avait remis des listes faites au moyen d'Annuaires, et n'avait pas vu les médecins dont il engageait ainsi la parole.

En présence de ces faits, nous prions instamment tous les médecins qui, depuis trois mois — sans en avoir fait eux-mêmes la demande — reçoivent la *Gazette des Hôpitaux*, de vouloir bien nous en donner avis.

Complétement étrangère à l'œuvre de celui qui a été son employé, la *Gazette des Hôpitaux* serait heureuse de voir ses adhérents donner toute publicité à cette déclaration.

Le Directeur, E. LE SOURD.

PARIS, 6 MAI 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La physiologie a fait à elle seule presque tous les frais de cette séance. M. Lucien Corvisart a donné lecture d'un important mémoire sur une fonction longtemps méconnue du pancréas, sur laquelle il avait déjà appelé l'attention de l'Académie en 1858, et qui lui est apparue avec une puissance encore beaucoup plus grande qu'il ne l'avait soupçonné lui-même, dans une expérience qu'une circonstance exceptionnelle lui a permis de faire tout récemment. Il s'agit de l'action dissolvante et transformatrice qu'exerce le suc pancréatique sur les aliments azotés, action complémentaire de celle du suc gastrique, mais en différant en ceci : que le suc pancréatique exerce une puissance digestive toujours égale sur les aliments azotés, qu'il soit alcalin, acide ou neutre, tandis que le suc gastrique n'agit ainsi qu'à l'état acide. Ce que les recherches sur les animaux lui avaient révélé à cet égard, M. Corvisart a pu le vérifier sur un homme mort subitement en plein état de santé et en état de travail digestif. Le ferment obtenu par la macération du pancréas de cet homme, a pu produire en quatre heures la digestion de 180 grammes d'albumine concrète et de 420 grammes de fibrine. Cette expérience a confirmé les résultats constatés dans les expériences faites sur les animaux, en montrant avec évidence toute la puissance digestive du suc pancréatique, quelle qu'ait été sa réaction et indépendamment de l'action de la bile, du suc gastrique et du suc intestinal.

Ces faits n'ont pas seulement un intérêt physiologique, ils peuvent conduire à l'étude des causes jusque-là inconnues de troubles gastriques et intestinaux d'une nature particulière. Et d'ailleurs, comme l'a très-bien dit M. Corvisart dans le cours de son travail, la médecine, même avec l'expérience clinique la plus consommée, sera toujours incomplète sans la connaissance préalable et rigoureuse des fonctions dans tous leurs détails, dans toutes leurs lois, dans leur hiérarchie. C'est surtout ce qui nous fait accueillir avec tant d'intérêt toutes les recherches de physiologie expérimentale. Aussi nous joindrons-nous à lui pour appeler l'attention et la critique sur les lois nouvelles indiquées dans son travail.

Après le pancréas, le cœur. M. J. Béclard, inscrit dans la dernière séance, a eu la parole sur la question des mouvements du cœur. Si, après cette argumentation si nette, si précise, si claire et cette démonstration si conforme à ce que chacun a pu constater maintes fois sur soi-même ou sur autrui, à défaut d'expériences directes, si bien d'accord avec la démonstration déjà faite dans la précédente séance par M. Bouillaud, avec les expériences d'Alfort et avec les tracés sphygmographiques de MM. Chauveau et Marey, la question pouvait paraître encore indécise, ce serait à désespérer de la clarté, de la logique et de tous les procédés d'exploration et d'expérimentation.

— Au commencement de la séance, M. le docteur Namias, médecin en chef du grand hôpital de Venise, a donné lecture de deux observations intéressantes de paralysie de la septième paire, guérie par l'électricité.

— L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section des associés libres. L'élection aura lieu dans la séance prochaine. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES.

Des tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, principalement au point de vue de certains phénomènes non encore signalés qui en obscurcissent le diagnostic. (1)

Par M. le docteur GUÉNIOT, chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

OBS. II. — *Tumeurs fibreuses multiples avec état inflammatoire de l'utérus; vomissements persévérants. — Accouchement à terme : rupture prématurée des membranes; présentation du tronc; version laborieuse; mort de l'enfant pendant son extraction. — Varioloïde et péritonite généralisée; mort. — Péritonite; tumeurs fibreuses sous-péritonéales et interstitielles; état putrilagineux du col et de la surface interne de la matrice; exostoses multiples.*

D... (Sidalis), âgée de trente-neuf ans, mariée, femme de chambre, entre à la Clinique d'accouchements le 16 décembre 1863. Cette femme se déclare enceinte d'environ huit mois et présente, depuis deux jours, des symptômes très-accusés d'inflammation de l'utérus, avec menace d'accouchement prématuré. Son visage est, en effet, congestionné, sa peau chaude et fébrile ; son pouls, large et plein, bat 100 fois par minute. Elle éprouve un grand malaise ; sa respiration est accélérée et anxieuse; la position demi-assise, avec inclinaison du corps sur un côté, est la seule qu'elle puisse supporter. Elle a, en outre, de la diarrhée et des vomissements bilieux.

L'utérus, très-développé et de forme irrégulière, est douloureux à la pression et présente des contractions intermittentes qui rendent difficile son exploration par le palper. On peut constater cependant qu'il est fortement incliné à gauche, qu'il s'élève jusqu'à l'hypochondre, et que la cause de son irrégularité de forme est due à des tumeurs dures et de volume variable, implantées dans ses parois. L'une d'elles, grosse comme une orange, siége au côté gauche de l'organe, au-dessus de la fosse iliaque, et semble particulièrement douloureuse à la moindre pression.

A l'auscultation, M. Depaul reconnaît d'une façon non douteuse les bruits du cœur fœtal, ce qui confirme l'existence de la grossesse. Ces bruits sont entendus à droite et en bas, au-dessous du niveau de l'ombilic. Les mouvements du fœtus sont d'ailleurs nettement perçus par la malade.

Par le toucher vaginal, on trouve le col utérin élevé, petit, mou et fermé, ne formant qu'un relief d'un centimètre à peine dans le cul-de-sac droit et antérieur du vagin. Le segment inférieur de la matrice est lui-même élevé et ne laisse percevoir aucune partie fœtale. Mais le doigt rencontre en arrière et un peu à gauche, vers la partie supérieure de l'excavation, une tumeur grosse comme une orange, de consistance ferme, qui semble être sphéroïdale et adhérente à la matrice. Son élévation ne permet pas de déterminer le point précis d'où elle émane. Toutefois, la coexistence de cette tumeur avec celles que le palper a fait reconnaître, permet de formuler un diagnostic exact. Il s'agit de tumeurs fibreuses développées dans la matrice et compliquant la grossesse.

Interrogée sur ses antécédents, la malade, qui est d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, nous apprend que jusqu'à la grossesse actuelle elle a joui d'une excellente santé, n'ayant jamais eu de maladie sérieuse que la fièvre typhoïde il y a douze ans. Elle a été réglée vers l'âge de quinze ans. Sa menstruation était régulière, et l'écoulement sanguin, assez abondant, durait huit jours chaque mois. Jamais elle n'a eu d'enfant ; deux grossesses antérieures se sont terminées par l'avortement, l'une à deux mois et demi et l'autre à trois mois. Jusqu'ici elle n'a éprouvé, soit avant, soit pendant sa grossesse, ni perte utérine, ni rétention d'urine, ni trouble persistant dans la défécation. Elle ne présente non plus ni œdème, ni varices, ni hémorrhoïdes. Son fémur droit est le siége d'une exostose conoïde très-saillante, implantée perpendiculairement sur l'os, immédiatement au-dessus du condyle interne. Le début de cette tumeur remonte à vingt-quatre ans, c'est-à-dire à l'époque de la puberté. — D... a deux sœurs qui ne sont point mariées, et jouissent d'une bonne santé; sa mère est morte à l'âge de soixante-dix ans.

La dernière époque menstruelle a eu lieu vers la fin du mois de mars, après quoi la grossesse actuelle étant survenue, la santé de la malade fut troublée par quelques phénomènes sympathiques, en particulier par des vomissements bilieux qui se manifestaient surtout le matin. A cinq mois de grossesse, D... éprouva pour la première fois des douleurs lombaires et hypogastriques, ainsi qu'un état de malaise tel (les vomissements persistant comme par le passé) qu'elle réclama, après quinze jours de ces souffrances, les conseils de M. Danyau. Ces symptômes se calmèrent peu à peu, et la grossesse, qui d'abord avait paru très-douteuse, se confirma en poursuivant

(1) Voir les numéros des 12 et 28 avril.

HISTOIRE NATURELLE ET HYGIÈNE.

DU KAROUBA

ET DE SON INTRODUCTION DANS L'ALIMENTATION PUBLIQUE.

On dit que le Français marche à la tête du progrès et de la civilisation. Cette opinion est universellement adoptée, et elle est tellement enracinée dans l'esprit de tous que toute démonstration est superflue : le fait est acquis, il y a chose jugée. Je ne veux certes pas m'inscrire à l'encontre, mais je trouve tout au moins singulier que notre nation se préoccupe assez peu des coutumes étrangères et qu'elle prenne si rarement chez les peuples voisins ce qu'elle rencontre à sa convenance! Hors de ce que nous possédons, rien n'est bon, rien n'est parfait. Eh bien, de deux choses l'une : ou le Français a un indomptable orgueil, ou il est d'une suprême indifférence. Le mot est lâché ; nous sommes des indifférents.

Une chose m'étonne encore cependant, c'est que nous ayons la naïve habitude de regarder à peu près comme une nouveauté ce qui, à quelques milles de nos côtes méditerranéennes, est d'un prosaïsme élémentaire. En Algérie, par exemple, en Italie, en Espagne ou en Egypte, le karouba ou fruit du karoubier est d'un usage aussi vulgaire que la farine de froment l'est à Paris. Les hommes qui ont voyagé sont seuls à le savoir.

Lundi dernier, à l'Institut, et le lendemain à l'Académie de médecine, un mémoire important était communiqué par M. J. Prevet sur le karouba, sur ses caractères botaniques et chimiques et sur ses propriétés hygiéniques et nutritives. Les assistants avaient l'air, pendant cette présentation, de s'interroger mutuellement, et ils paraissaient se demander s'il n'était pas question par hasard de quelque produit exotique apporté en don à notre souverain par les ambassadeurs japonais ; la chose était cependant très-sérieuse, et c'est là ce qui nous a fait, attendu notre compétence, solliciter l'honneur d'en dire quelques mots à cette place.

Le karoubier (*ceretonia siliqua*), de la famille des légumineuses et de la tribu des cœsalpiniées, est un arbre qui croît principalement sur tout le littoral de la Méditerranée. « Ses feuilles, dit M. Payen (de l'Institut), sont ailées, impaires, à folioles très-grandes et luisantes. Ses fleurs sont petites, polygames, disposées en menus épis. Ses gousses, qui apparaissent après les fleurs, deviennent longues, épaisses, aplaties, un peu courbes, charnues à l'intérieur. Elles contiennent plusieurs graines lisses. Son fruit, le *karouba*, a une chair pulpeuse, douce, sucrée et nourrissante. Les enfants et les gens de la classe peu aisée les mangent avec plaisir ; et dans les pays où cet arbre abonde, on nourrit de karouba les animaux domestiques. » Les assertions de M. Payen sont très-exactes, et nous avons pu en vérifier nous-même toute la justesse : les individus qui, en effet, en font usage, ont tous l'apparence de la bonne santé et sont bien loin de porter sur leurs traits, comme les indigents de nos grandes villes françaises, les stigmates si reconnaissables d'une alimentation vicieuse ou insuffisante.

On vend au Caire une liqueur mucilagineuse que l'on prépare avec les karoubas, mais le parti le plus avantageux que l'on tire de ce produit dans cette contrée consiste dans la distillation d'une eau-de-vie qui, en raison de son goût très-agréable et de sa saveur sucrée, jouit d'une vogue très-méritée.

Les gousses ou siliques du karoubier ont été maintes fois analysées par les chimistes, et elles l'ont été en dernier lieu par M. le professeur Chevallier, de l'Ecole supérieure de pharmacie. Il est toujours résulté de ces expériences que le fruit du karoubier renfermait du tannin, du sucre, de la gomme, de l'acide gallique, une petite quantité de matière grasse, etc. Ces gousses sont plates, brunes, longues de 15 à 30 centimètres, et ont un goût agréable et sucré.

Les choses en sont là depuis que le monde est monde, mais voici que M. J. Prevet s'est livré à de patientes études, et qu'il est arrivé, après les expérimentations les plus variées et les plus ingénieuses, à torréfier les gousses du karoubier et à obtenir une substance identique au café moulu, répandant un arome agréable et qui, lorsqu'elle est traitée par l'eau, donne lieu à une décoction colorée et sucrée qui a quelque chose de très-flatteur au goût. « Cette décoction, dit M. Chevallier, que nous avons goûtée à plusieurs reprises, est plus agréable que la décoction sucrée que l'on peut obtenir avec la chicorée : elle n'a pas cette couleur blafarde, cette saveur amylacée qu'ont

son cours sans autre accident que les vomissements bilieux. Enfin, il y a quelques jours, des phénomènes inflammatoires avec réaction fébrile s'étant manifestés du côté de la matrice, la malade se décida à entrer à la Clinique dans l'état que nous avons décrit.

Prescriptions. — Limonade, 2 pots; eau de Seltz; un quart de lavement avec addition de 15 gouttes de laudanum; onctions sur l'abdomen avec pommade belladonée et cataplasmes; bouillons et potages.

Jusqu'au 21 décembre, l'état de la malade reste sensiblement le même: les vomissements bilieux, le malaise, l'agitation, la congestion du visage, le défaut de sommeil, la douleur inflammatoire de l'utérus et les contractions intermittentes de cet organe, tous ces symptômes persistent à peu près au même degré. Cependant le pouls tombe de 100 à 88; puis à 80 battements par minute; la diarrhée a cessé dès le premier jour, et les grands bains, qui chaque fois produisent du soulagement, tendent à calmer l'état d'éréthisme général de la malade. Les parties génitales ne sont le siége d'aucun écoulement, soit séreux, soit sanguin ou muqueux.

Le 22 décembre, une amélioration évidente se produit dans les symptômes; la malade mange une portion. Le bain de la veille l'a notablement soulagée, et elle en réclame un nouveau. Elle se lève dans un fauteuil.

Le 27, la malade va bien, mange deux portions, se lève et ne souffre presque plus. L'état inflammatoire de l'utérus a disparu, et l'exploration de cet organe, dont les parois sont devenues plus souples, est maintenant assez facile et presque indolore.

Par le palper, on constate dans le segment antérieur de l'ovoïde utérin l'existence d'un corps volumineux, étalé en plaque dure, d'environ 18 centimètres de longueur, et qui paraît siéger dans la paroi même de la matrice ou dans la cavité de cet organe. Cette plaque, indolore et légèrement mobile dans le sens horizontal, s'étend obliquement du flanc gauche, où elle forme un relief notable, vers la partie supérieure de la fosse iliaque droite, et recouvre ainsi une grande partie de l'ovoïde fœtal. Aussi les bruits du cœur et les mouvements du fœtus sont-ils difficiles et souvent même impossibles à percevoir. Un bruit de souffle intense s'entend au côté gauche de l'utérus. Le fœtus, dissimulé derrière cette large plaque, est cependant accessible à gauche et un peu au-dessous de cette dernière, vers le fond de la matrice, où l'on reconnaît une grosse tumeur mobile, sphérique et dure, qui semble être la tête. C'est en ce point que la femme dit sentir particulièrement les mouvements de l'enfant. Au-dessous de cette tumeur intra-utérine en existe une autre, grosse comme une orange, adhérente à la paroi de la matrice et qui est supposée fibreuse: c'est celle qui, à l'entrée de la malade, était si douloureuse à la pression. D'autres tumeurs fibreuses sont également reconnues, disséminées autour des précédentes.

Au toucher vaginal, le col de l'utérus ne paraît pas notablement modifié dans les caractères qu'il présentait le 16 décembre, et la partie fœtale qui répond au détroit supérieur reste toujours très-élevée et impossible à déterminer; elle donne toutefois la sensation d'un corps peu volumineux et flottant comme un membre. Mais, chose singulière, la tumeur perçue pendant les premiers jours, au fond de la cavité pelvienne, sur le segment postérieur de la matrice, a maintenant disparu d'une manière complète, sans doute en s'élevant au-dessus du détroit supérieur. L'exploration par le rectum reste aussi infructueuse que le toucher vaginal; la tumeur est inaccessible. Le surlendemain, M. Depaul confirme ce résultat de mon examen et considère cette circonstance comme très-heureuse, tout en exprimant la crainte que la tumeur ne s'engage de nouveau dans l'excavation les jours suivants.

Le 5 janvier, la prévision de M. Depaul s'est réalisée; la tumeur se trouve de nouveau à la partie supérieure de l'excavation pelvienne, au point qu'elle occupait primitivement; mais cette fois elle paraît mobile et comme susceptible d'être isolée de la paroi utérine.

Le col de la matrice se modifie progressivement dans ses caractères physiques: il est très-petit, très-mou et ne forme qu'un relief peu marqué au côté droit et antérieur du vagin. Il reste complétement fermé, et sa surface, lisse et polie, contraste par ce caractère avec la muqueuse vaginale devenue granuleuse dans son tiers supérieur. — Au palper, mêmes particularités que le 27 décembre. — État général bon; la femme se lève, ne souffre plus et mange deux portions.

Le 10, se manifestent dans l'utérus des contractions légèrement douloureuses, accompagnées d'un état de malaise fébrile qui contraste avec le calme des jours précédents.

Ces symptômes persistent le 11 et le 12 sans qu'il survienne aucune modification nouvelle dans le col ou le corps de l'utérus.

Le 13, à la visite du matin, 108 pulsations, un vomissement bilieux, anorexie, légère douleur de la matrice à la palpation et douleur intermittente résultant des contractions, comme les jours précédents.

Le même jour, à onze heures du soir, alors que la malade était couchée, les membranes se rompent brusquement et il s'écoule environ 300 grammes de liquide; les contractions utérines augmentent promptement d'intensité et la femme est transportée à la salle d'accouchements.

Le 14, à une heure et demie du matin, je constate que le travail est franchement déclaré: le col de la matrice est complétement effacé; l'orifice, large comme une pièce de deux francs, occupe sensiblement le centre de l'excavation pelvienne, quoique un peu à droite encore. Une main du fœtus repose exactement sur lui et tend à le franchir pendant les contractions. Ces dernières sont accompagnées d'un écoulement notable de liquide amniotique. La tumeur intra-pelvienne est de nouveau remontée au-dessus du détroit supérieur et se trouve complétement inaccessible au doigt. — La malade se montre préoccupée; elle a le teint animé, le pouls à 108, et se plaint d'un grand malaise. — Ne trouvant nulle indication d'intervenir activement, j'abandonne le travail à la nature. Il se continue pendant la nuit avec des contractions modérément douloureuses et quelques vomissements bilieux. La malade perçoit encore les mouvements de son enfant.

A huit heures du matin, le liquide amniotique est presque entièrement écoulé; l'orifice atteint environ 6 centimètres de diamètre, et présente une forme allongée à grand diamètre dirigé très-obliquement, presque dans le sens transversal. Une main du fœtus avec tout son avant-bras se trouvent pres-és sur cet orifice.

A dix heures du matin, ce dernier étant un peu plus dilaté, c'est-à-dire présentant environ 7 centimètres dans son grand diamètre, et les bords en paraissant assez souples, M. Depaul juge opportun de terminer l'accouchement par la version.

Pendant que, les mains étalées sur le fond et le corps de la matrice, je maintenais cet organe en état de fixité, M. Depaul introduisit la main droite, non sans difficulté, jusque dans la cavité utérine, et après d'assez longs tâtonnements résultant de l'irrégularité et de l'état de resserrement de cette cavité, il parvint à dégager presque entièrement l'un des membres inférieurs du fœtus. Les tractions exercées sur ce membre restèrent absolument impuissantes à faire descendre les parties sus-jacentes. Le second pied, serré entre les pubis et la cuisse du membre dégagé, ne put être extrait qu'à grand'peine, et seulement après l'application d'un lacs qui permit d'exercer des tractions plus efficaces. Le tronc fut ensuite extrait sans de notables difficultés jusqu'aux membres supérieurs, qui se relevèrent sur les côtés de la tête et rendirent ainsi leur dégagement plus laborieux. Mais ce fut surtout pour le passage de la tête à travers l'orifice utérin non suffisamment dilaté que les difficultés furent extrêmes. M. Depaul, qui déjà pour l'introduction de sa main avait été obligé de pratiquer deux petites incisions sur cet orifice, en fit une troisième pour l'agrandir encore et faciliter le dégagement complet du fœtus. La tête, légèrement défléchie, était dirigée obliquement, l'occiput correspondant à gauche et un peu en avant, tandis que la face regardait à droite et en arrière. Des tractions répétées, quoique faites avec énergie, restèrent tout à fait infructueuses. M. Depaul m'invita alors à joindre mes efforts aux siens, et ce ne fut qu'après plusieurs tentatives faites avec une force mesurée que la tête fut enfin extraite.

L'opération entière dura environ trente minutes, pendant lesquelles la patiente fut maintenue dans le sommeil chloroformique. L'enfant se présentait en position céphalo-iliaque gauche (de l'épaule gauche?); il naquit dans un état de mort apparente, qui malgré des soins prolongés fut suivi au bout de trois quarts d'heure de mort réelle. Il était volumineux et pesait 3,710 grammes. Les diamètres de sa tête mesuraient: l'occipito-frontal, 12 centimètres; l'occipito-mentonnier, 137 millimètres; le bipariétal, 10 centimètres, et le sous-occipito-bregmatique, 11 centimètres.

La délivrance fut facile et pratiquée avec la main introduite jusqué dans la cavité utérine.

L'écoulement sanguin ne dépassa pas les proportions ordinaires. La matrice, quoique bien rétractée, resta volumineuse, inclinée à gauche, et remontant par son fond jusqu'à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. Les tumeurs fibreuses que le palper avait fait reconnaître pendant la grossesse étaient encore faciles à constater; mais la plaque du segment antérieur était beaucoup moins apparente, et se confondait d'une manière plus intime avec le globe utérin. Elle avait, en outre, perdu sa mobilité. Quant à la tumeur pelvienne, remontée dès le début au-dessus du détroit supérieur, elle n'apporta pas d'obstacle à la version.

La malade, revenue de son sommeil anesthésique, se trouve d'ailleurs dans un état assez satisfaisant. Son visage congestionné semble présenter quelques traces d'éruption variolique.

Le même jour, à la visite du soir, 120 pulsations, fièvre, légère dépression des forces et sentiment prononcé de fatigue. L'utérus est bien rétracté et non douloureux. Lochies sanguines normales, miction spontanée.

Le 15 et le 16, l'éruption de la veille se généralise. Il s'agit d'une varioloïde très-discrète et bien caractérisée. Le pouls diminue progressivement de fréquence; et, à part une diarrhée assez abondante avec garde-robes involontaires, qui est survenue dans la nuit du 16, l'état de la malade est relativement très-satisfaisant.

Le 17, pouls à 104; le malaise fébrile des jours précédents a disparu et la diarrhée a presque cessé; la matrice se rétracte de plus en plus et ne remonte qu'à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Pas de tranchées utérines; abdomen indolore, lochies normales; sécrétion laiteuse peu marquée. L'éruption suit son cours régulier.

Le 18, la malade allait bien encore, lorsque vers onze heures du soir survint un violent frisson suivi le lendemain de fièvre, pouls à 120, douleur abdominale, puis successivement de tous les symptômes d'une péritonite généralisée intense, c'est-à-dire de vomissements bilieux abondants, de tympanisme abdominal, d'une accélération considérable du pouls, de la dépression des forces avec altération et amaigrissement de la face, etc. Malgré les moyens employés (onguent napolitain et cataplasme sur l'abdomen, calomel à l'intérieur, etc.), la malade succomba le 21 janvier, sept jours après l'accouchement.

La famille ayant mis opposition à l'autopsie, l'examen nécroscopique, pratiqué vingt-quatre heures après la mort, dut être limité aux organes pelviens.

Une longue incision de la paroi abdominale me permit tout à la fois de constater les lésions caractéristiques d'une péritonite généralisée, et d'extraire tout l'appareil utérin, qui présente les particularités suivantes:

La matrice, hérissée de tumeurs fibreuses et de forme irrégulière, conserve un volume très-exagéré; elle mesure 16 centimètres de large au niveau de l'insertion des trompes, et 21 centimètres de longueur, du fond au museau de tanche. Sa paroi antérieure, au niveau du corps, est rendue très-convexe par une tumeur fibreuse contenue dans son épaisseur et mise à découvert au moyen d'une incision. Cette tumeur, sensiblement sphérique, a 10 centimètres de diamètre et proémine fortement dans la cavité de l'organe. Elle est séparée de la face externe de l'utérus par une épaisseur de 2 à 3 millimètres de tissu, et de la surface interne par une couche plus épaisse qui mesure environ 12 millimètres. Une couche celluleuse très-mince la sépare du tissu propre de l'organe, dans lequel elle est incluse. C'est ce corps fibreux qui représente la plaque dure et mobile constatée pendant la grossesse. Son tissu est ferme, mais sans dureté, grisâtre, d'aspect homogène et comme lardacé; il est parsemé de lamelles ou filaments calcaires qui se brisent difficilement et avec un bruit sec sous le tranchant du couteau. Il s'agit évidemment d'un corps fibreux, mais qui était en voie de dégénérescence et qui a déjà subi des altérations de tissu.

A la jonction du corps et du col de l'utérus, en arrière et un peu à gauche, existe une autre tumeur sphérique de 5 centimètres 1/2 de diamètre, sous-péritonéale et sans pédicule, s'implantant par une large base sur l'organe. Il s'agit d'un corps fibreux qui présente à la coupe un tissu ramolli et infiltré dans ses couches superficielles.

Une troisième tumeur fibreuse, aplatie, pédiculée, ressemblant au gésier d'un gallinacé, c'est-à-dire cordiforme, avec des angles très-arrondis, émane de l'utérus, en arrière de la corne droite. Son pédicule, très-aplati, plus large à ses deux insertions qu'en son milieu, a 4 centimètres 1/2 de long. Quant à la tumeur, elle mesure 6 centimètres suivant l'axe du pédicule, et 8 centimètres dans la direction opposée. Son épaisseur est de 3 centimètres. Des adhérences celluleuses anciennes la fixent à la partie inférieure de l'S iliaque, et, par cet intermédiaire, à l'angle sacro-vertébral. Ces adhérences sont lâches et lui permettent une grande mobilité.

Enfin, sur la face postérieure du corps de la matrice, de même que sur le fond et la face antérieure de l'organe, on reconnaît l'existence de seize autres tumeurs fibreuses, toutes superficielles, sous-péritonéales et variant en volume depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf d'hirondelle, ce qui porte à vingt le nombre des tumeurs qui naissent de la matrice.

Le tissu utérin paraît sain au niveau du corps; mais sur toute la longueur du col il est ramolli, noirâtre et comme putrilagineux dans les trois quarts internes de son épaisseur. La couche la plus interne de la paroi utérine est elle-même ramollie et couverte d'une sanie noirâtre et modérément fétide. L'insertion placentaire avait lieu sur la face postérieure du fond de la cavité utérine.

Ovaires congestionnés, ecchymosés à leur surface et enveloppés de flocons pseudo-membraneux; trompes saines; ligaments ronds volumineux et longs très hypertrophiés; vessie injectée dans sa muqueuse cervicale, qui est rouge et comme ecchymosée.

---

les liqueurs qu'on prépare avec les graines des céréales torréfiées et moulues qu'on a cherché à substituer au café. Il est probable, ajoute le membre éminent du Conseil d'hygiène et de salubrité, que si, à l'époque où il était si difficile de se procurer du café, on avait eu l'idée de torréfier les siliques des karoubes et de substituer le produit torréfié au café, cette préparation aurait eu un très-grand succès. »

Il est désolant de penser que la population ouvrière se nourrit tous les jours avec une infusion de chicorée, noire et amère semoule, fréquemment sophistiquée avec du pain grillé, à demi brûlé, avec de la mélasse, de la terre, des glands de chêne, des déchets de betterave, des résidus de féveroles ou de pois torréfiés, des cendres de houille tamisées, avec du noir animal ayant servi dans les raffineries de sucre ou ailleurs, etc., etc.! Sait-on à ce propos comment il a été possible que la chicorée se soit fait accepter parmi nous? Le blocus continental, pendant les guerres de l'Empire, rendait si difficile l'introduction des denrées coloniales, qu'il a bien fallu chercher un produit qui eût quelque analogie extérieure avec le café et donnât le change aux consommateurs; c'est alors que la chicorée a fait son apparition dans le commerce. La paix a été signée ensuite, et les navires ont pu librement nous rapporter les substances alimentaires dont nous avions été privés; mais le goût public avait eu le temps de se pervertir. La réhabilitation du café fut partielle, et la chicorée, qui n'avait plus sa raison d'être, conserva néanmoins son droit de cité.

Le café restera toujours le café; mais voici cependant quels sont les avantages sérieux que le karouba possède incontestablement sur le café.

Il est d'observation générale que le café surexcite le système circulatoire, accélère le pouls, amène de l'insomnie et cause temporairement une certaine animation factice; le karouba, au contraire, est plutôt un sédatif reconstituant: il provoque une chaleur douce et agréable au creux épigastrique, et n'exerce aucune action sur le sommeil. Le café stimule la sécrétion des reins, augmente la proportion de l'urine, et a le grave inconvénient de produire de la leucorrhée chez les femmes; le karouba contribue puissamment par ses propriétés hygiéniques à entretenir un juste équilibre dans les principales fonctions de la vie, et on doit par cela même le conseiller comme un aliment précieux pour les femmes, les individus à tempérament très-nerveux, les goutteux et les malades qui souffrent des voies urinaires ou qui redoutent du côté du système cérébral un surcroît d'activité et un développement de calorique. En un mot, les caractères différentiels des deux produits peuvent se résumer par cette proposition, si exacte: Le café est un excitant, le karouba est un tonique.

« Les médecins les plus haut placés dans la science et dans l'estime publique, dit M. J. Prevet, n'hésitent pas à voir dans l'infusion de karouba un aliment de premier ordre pour les enfants: ses propriétés si nutritives le recommandent effectivement pour ces jeunes êtres qui ont tant besoin d'une hygiène réparatrice. »

J'ai maintes fois mangé à Constantinople et ailleurs des siliques de karoubier, et je ne suis point du tout surpris que l'on soit arrivé à torréfier et à pulvériser ces gousses, à en faire un aliment sain, hygiénique, agréable, remplaçant très-avantageusement le café, n'ayant aucun des inconvénients nombreux que l'on reproche à la chicorée, *n'exigeant point de sucre* et pouvant être cédé au public dans des conditions excessives de bon marché. Cela me paraît si simple et si faisable que je me demande comment l'on n'a pas songé plus tôt à tirer parti d'un produit aussi précieux. Si M. J. Prevet réussit dans ses tentatives, il est évident qu'il aura rendu un service signalé à l'hygiène publique: que le vent lui vienne donc en poupe.

Dr Henry Roy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebörda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La folie devant les tribunaux, par M. le docteur Legrand du Saulle, médecin expert près le tribunal civil de la Seine. — Ouvrage honoré de la souscription de M. le ministre de la maison de l'Empereur pour les bibliothèques impériales. — Paris, 1864, un vol. grand in-8° de 624 pages. Chez F. Savy, libraire, rue Hautefeuille, 24. Prix: 8 fr.

Du climat de l'Espagne sous le rapport médical, par M. le docteur E. Cazenave. Un beau vol. in-8°. Prix: 5 fr., *franco*. Paris, 1864, Henri Plon.

De la réunion en chirurgie, par M. A. J. Jobert (de Lamballe), membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, etc. Un vol. in-8° de 700 pages, avec 7 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées. Prix: 12 fr. — Paris, 1864, chez J. B. Baillière et fils, libraires.

Le bassin était bien conformé et présentait des diamètres un peu supérieurs à ceux d'un bassin ordinaire. Sur la moitié droite du détroit supérieur, je trouvai deux petites exostoses pointues et proéminentes, l'une d'environ 3 millimètres, et l'autre de 5. Rien de semblable n'existait sur la moitié gauche. L'exostose du fémur se trouvait aussi du côté droit, ainsi qu'il a été dit dans le cours de l'observation.

FONCTION PUISSANTE ET MÉCONNUE

du pancréas de l'homme.

Par M. Lucien CORVISART.

Qu'on me permette de vous rappeler qu'en 1858 je publiai un travail expérimental que j'eus l'honneur d'offrir à l'Académie.

Une propriété, celle de dissoudre les aliments albuminoïdes, avait été entrevue, en 1834, par Purkinje et Pappenheim dans le pancréas; puis, faute de preuves valables, repoussée par l'universalité des physiologistes, et confondue, à cause de deux méprises expérimentales, avec la putréfaction par l'un de nos habiles physiologistes.

Dans mes expériences, au contraire, cette propriété, loin de se montrer sous ce jour, m'apparut comme une grande fonction.

Trois séries d'expériences avaient entre mes mains fourni la démonstration de cette fonction, qui, s'effectuant au milieu des liquides de l'intestin, n'a besoin du concours nécessaire d'aucun d'eux pour s'exercer.

D'un côté, chez l'animal vivant j'avais introduit des aliments dans le duodénum fermé, dans lequel nulle trace de suc gastrique ni de bile ne pouvait persister ou paraître, mais où le suc pancréatique continuait à couler; ces aliments s'y étaient d'abord largement digérés, puis avaient été absorbés en peu d'heures.

D'un autre côté, transportant à l'extérieur les digestions, je les avais tentées en prenant ici par infusion son ferment au pancréas saisi au moment même du sacrifice et au moment où il est chargé au maximum de son ferment spécial; là, en provoquant par l'un des canaux excréteurs l'issue pendant la vie du seul suc pancréatique par une opération connue; mais faite également au moment favorable, c'est-à-dire à la même époque du chargement glandulaire.

Sans le concours ni du suc gastrique ni de la bile, par les digestions internes, dans le corps de l'animal vivant; sans le concours ni de la bile, ni du suc gastrique, ni du suc intestinal, dans les digestions extérieures, le suc pancréatique, qu'il fût obtenu par la fistule ou les infusions dans les circonstances précitées, avait révélé sa fonction dissolvante et transformatrice digestive sur les aliments azotés avec une puissance remarquable.

Invoquer un phénomène de putréfaction eût été insensé. Or le suc pancréatique était seul; donc cette fonction lui appartenait en propre.

D'où venait donc qu'on avait méconnu ou confondu avec la putréfaction des effets si formels?

De deux méprises expérimentales :

On niait les effets digestifs, parce qu'au lieu de prendre le pancréas ou son suc au moment où la glande est chargée au maximum de son ferment, époque de toute sa puissance, comme je l'ai exécuté et déterminé, on la prenait à un autre moment : celui de son repos et de son impuissance.

On confondit les effets digestifs avec des effets de putréfaction, parce qu'on laissait arriver ceux-ci après ceux-là, faute de savoir l'extrême rapidité que j'ai découverte dans la digestion pancréatique.

Telles furent les deux méprises fatales à la découverte d'une fonction propre du pancréas et des plus importantes pour l'économie.

Cette fonction était si puissante que j'étais arrivé à conclure expérimentalement que les substances assimilables, c'est-à dire les peptones produites par l'exercice de la seule digestion pancréatique, auraient pu renouveler en trois cents jours le poids intégral de tout le corps, puissance de très-peu inférieure à celle de l'estomac.

Le pancréas, sans action nouvelle sur les aliments que l'estomac avait déjà transformés, en avait, au contraire, une complète sur les autres.

Que ceux-ci fussent crus ou cuits, qu'ils aient quitté l'estomac ramollis ou divisés, qu'ils aient échappé à cet organe absolument intacts, ou qu'ils n'eussent jamais été même en contact avec lui, ils tombaient également sous le coup de la digestion par le suc pancréatique. Ainsi le pancréas nous parut devoir à l'avenir être considéré comme le véritable organe complémentaire de l'estomac pour la digestion des aliments azotés.

La fonction propre, rapide, puissante du pancréas présentait une particularité singulière, et que toutes mes expériences vérifièrent, à savoir : qu'il exerçait une égale action, une égale puissance digestive sur les aliments azotés, que le suc digestif du pancréas fût alcalin, fût acide ou fût neutre, privilége bien remarquable si l'on se rappelle que le suc gastrique ne digère qu'à l'état acide.

Enfin une loi d'harmonie séparative peu prévue, mais fort importante si elle est réelle, me parut exister : pour que les deux digestions, gastrique et pancréatique, donnassent tout leur produit, il fallait qu'elles fussent séparées, s'exerçassent chacune sur un théâtre distinct, tandis que leurs agents *réunis s'entre-détruisaient*. Loi qui faisait songer aussitôt que la nature prévient ce conflit par trois moyens :

1° Le pylore qui sépare les deux ferments;

2° La digestion gastrique même, par laquelle la pepsine en digérant s'épuise et s'abolit;

3° La bile, qui, ainsi que l'ont démontré Purkinje et Pappenheim, anéantit l'activité du ferment gastrique.

Ces données éveillaient l'attention sur plus d'un trouble intestinal ou gastrique inconnus dans leurs causes, en conséquence peu saisissables dans leur traitement, et faisaient supposer qu'ils pourraient être enfin saisis dans la pratique.

La cause au moins d'une dyspepsie gastrique s'expliquait nettement par le reflux biliaire.

Une cause de dyspepsie intestinale paraissait être saisie dans l'afflux gastrique prématuré au milieu du duodénum;

Enfin, une altération organique non étudiée dans ses effets, l'insuffisance pylorique de l'estomac, se présentait à l'observation clinique comme pouvant avoir une importance aussi grande qu'ignorée.

Nous avions reconnu dans les expériences provoquées chez les animaux vivants que la santé était nécessaire pour que l'agent du pancréas qui digère les aliments azotés se produisît; qu'il fallait, pour que la glande en fût chargée au maximum, que la digestion gastrique se trouvât régulièrement arrivée de la quatrième à la septième heure de son accomplissement, lorsque les aliments ingérés étaient solides, et plutôt s'ils étaient liquides.

Dans quelle mesure l'observation sur l'homme allait-elle infirmer ou confirmer ces résultats? Le voici.

L'homme que la science allait interroger était fort, vigoureux; un accident venait de lui luxer le fémur; sa blessure avait si peu altéré sa santé générale, qu'il avait mangé la veille le maximum de la ration hospitalière.

Trois heures avant l'inhalation chloroformique, il avait bu 200 grammes de lait.

Soumis à cette inhalation, il avait subitement été frappé.

Les conditions d'observation que le hasard nous offrait étaient donc favorables.

Enfin, une température exceptionnellement froide avait conservé le corps absolument frais.

Nous pouvions donc essayer de nous livrer à l'expérience.

Le pancréas fut aussitôt finement découpé; il fut rapidement mis pendant une demi-heure dans 400 grammes d'eau pure et froide, de temps à autre doucement agitée, pour aider à l'enlèvement de son ferment à la glande; la liqueur, qui avait l'odeur fraîche d'une infusion de viande récemment abattue, fut filtrée rapidement aussi et recueillie.

Cette liqueur fut alors mêlée avec divers aliments, puis portée et maintenue avec eux dans une étuve d'une température constante de + 40 degrés centigrades.

Une partie, mesurée, fut employée en lui ajoutant une trace d'acide chlorhydrique, de manière à lui communiquer une réaction acide franche au tournesol; elle resta acide jusqu'à la fin. Une autre partie égale fut alcalinisée dans la même proportion, et se conserva alcaline. Une troisième fut maintenue dès le début, et resta jusqu'à la fin neutre.

Essayées en double, et sur la fibrine et sur l'albumine, ces trois liqueurs égales donnèrent le même résultat digestif complet, malgré la variation de la réaction *acide*, *neutre* ou *alcaline*, ainsi que cela s'était passé constamment chez les animaux expérimentés par nous.

Une autre portion beaucoup plus considérable fut essayée sur l'albumine cuite et concrète; celle-ci fut rapidement dissoute—aux sept à huit dixièmes — en quatre heures.

Une autre portion fut mise en contact avec une grande quantité de fibrine crue, au bout d'une demi-heure celle-ci était méconnaissable, elle était entièrement dissoute en une heure. *Cette rapidité extrême* ne fut pas ce qui frappa le moins vivement l'un des membres éminents de cette Académie.

Une troisième portion avait été mise avec un fragment, pesant 6 grammes, du tissu cru du pancréas même qui avait fourni l'infusion, et il commença à disparaître à la deuxième heure par une autodigestion.

Toutes ces digestions conservaient l'odeur *sui generis* et fraîche des aliments et de l'infusion dès le début. Parler de putréfaction eût été absurde.

MM. J. Béclard, Robin, Liégeois, Martin-Magron, etc., nous avaient fait l'honneur d'assister aux expériences qui s'accomplissaient en leur présence.

Nous ajouterons que celles-ci avaient été disposées de façon à pouvoir apprécier *le poids total d'aliment* que la totalité du ferment de ce pancréas fût capable de digérer.

La totalité du ferment extrait avait pu digérer en quatre heures 180 grammes d'albumine concrète, soit la valeur de six œufs.

C'était bien autre chose pour la fibrine; car en une heure 420 grammes en avaient pu être digérés l poids équivalent à la moitié environ de la ration journalière en aliments azotés du cavalier français.

L'action propre et personnelle du pancréas, son action indépendante de la bile, du suc gastrique, du suc intestinal, puissante, rapide, privilégiée sous le rapport de l'indifférence de la réaction, complémentaire de celle de l'estomac, existe donc chez l'homme comme chez les animaux. Les diverses lois que nous avons indiquées méritent donc de fixer l'attention et la critique, et cette grande fonction devra compter désormais parmi les préoccupations des praticiens auprès des malades, car on ne saurait la méconnaître, qu'on nous excuse de dire toute notre pensée : sans la connaissance préalable et rigoureuse des fonctions dans tous leurs détails, dans toutes leurs lois, dans leur hiérarchie, la médecine, même avec l'expérience clinique la plus consommée, reste encore une aventure.

C'est ce qui vous a fait, Messieurs, défendre les droits de la physiologie expérimentale.

Nous avons réuni ce que nous avons publié sur l'existence, les lois de cette fonction, comme sur les conséquences qui en découlent, dans : *Collection de mémoires sur une fonction peu connue du pancréas*, Paris, 1864, V. Masson.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 mai 1864. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemaire, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Cosne (Nièvre), sur une épidémie de variole et de varioloïde qui a régné dans la commune d'Alligny. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Pasturel, médecin inspecteur des eaux minérales de Trébas (Tarn), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1862, et un mémoire de ce médecin sur lesdites eaux.

3° Les rapports de MM. les inspecteurs des eaux minérales du département des Landes pour l'année 1862. (Commission des eaux minérales.)

— M. le ministre de la marine et des colonies adresse à l'Académie le premier numéro des *Archives de médecine navale*.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Legoyt, qui se porte candidat à la place vacante dans la section des membres associés libres.

2° Un Mémoire sur l'origine de la vaccine, par M. le Dr Bourguet, de Rodez. (Commission de vaccine.)

3° Un Mémoire sur le karouba, sa description botanique et ses usages, par M. J. Prevet. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

4° Une note sur un nouveau porte-caustique, dit *porte-pierre*, par M. Durand (Commissaire, M. Malgaigne.)

5° Un Mémoire relatif à un remède contre la rage, par M. Nicolaï Zaroudnoï.

6° Un Mémoire sur le fer réduit par l'électricité, par M. Collas, pharmacien. (Commissaire, M. Poggiale.)

6° Une lettre de M. le docteur Baratte (de Neuilly), qui offre à l'Académie la première partie d'une Iconographie des médecins célèbres, dont les portraits authentiques sont reproduits par la photographie.

— M. MÉLIER présente, au nom de M. le docteur Collin, médecin inspecteur de Saint-Honoré (Nièvre), un rapport sur l'inoculation présumée de l'oïdium à l'homme. (Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Reynal, Bouchardat et Robin.)

M. MÉLIER présente, en outre, au nom de M. le docteur Lebret, une brochure sur le traitement de la pellagre par les eaux sulfureuses; et un ouvrage de M. le docteur Launay, intitulé : *Le médecin du bord*.

M. VELPEAU, au nom de M. le docteur Namias, médecin en chef du grand hôpital de Venise, qui assiste à la séance, présente un travail sur l'infection du sang par la bile ou cholémie, qui a fait le sujet d'une communication intéressante de la part de ce savant à l'Académie des sciences.

M. MICHON présente, au nom de M. Duménil, une brochure relative à la mortalité dans la ville de Rouen.

M. J. BÉCLARD fait hommage à l'Académie, de la part de M. J. Cloquet, d'un *Voyage en Sibérie*, en 4 beaux volumes in-4°, dont 3 vol. de texte et un vol. de gravures.

LECTURES.

Paralysie du nerf de la septième paire. — M. LE Dr NAMIAS donne lecture d'une note sur deux cas de paralysie du septième nerf cérébral, frappé, dans un cas, à la sortie du trou stylo-mastoïdien, et dans l'autre dans son passage à l'intérieur de l'aqueduc de Fallope, tous deux guéris par l'électricité. M. Namias donne des explications sur les circonstances d'après lesquelles il s'est guidé pour exclure l'idée d'une lésion des centres nerveux et porter un pronostic favorable dans ces deux cas; il donne ensuite quelques détails sur la nature des courants électriques (courants immédiats, intermittents, directs, c'est-à-dire centrifuges) auxquels il a eu recours, et termine par des considérations générales sur le choix des différents appareils à préférer selon les différentes indications.

(Commissaires, MM. Gavarret et Briquet.)

Fonction puissante et méconnue du pancréas de l'homme. — M. LUCIEN CORVISART donne lecture, sous ce titre, d'un Mémoire dans lequel il rend compte d'une série d'expériences qu'il a pu faire, dans le but d'étudier cette fonction, chez un homme entré à l'hôpital pour une luxation du fémur, soumis à l'inhalation du chloroforme au milieu d'une pleine santé, et subitement surpris par la mort.

(Voir plus haut.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les théories des battements du cœur.

La parole est à M. J. Béclard.

Discussion sur les théories des bruits du cœur.

M. J. BÉCLARD commence par relever une inexactitude de la part de M. Beau, relativement aux causes du long ajournement de cette discussion; il résulte des explications qu'il donne, que si M. Beau n'a pas pris plus tôt la parole sur le rapport de M. Gavarret, c'est parce qu'il l'a bien voulu; il n'a donc qu'à s'en prendre à lui-même, et non au bureau.

Ce petit incident vidé, M. Béclard, abordant le sujet de la discussion, déclare tout d'abord qu'il estime très-haut les expériences de MM. Chauveau et Marey; expériences qui étaient seules capables, dit-il, de résoudre certains points restés obscurs de la physiologie du cœur, tels, par exemple, que l'enchaînement des temps et des repos. Je l'ai dit lorsque M. Beau a parlé; mais j'ai ajouté que ces expériences n'étaient pas nécessaires pour réfuter la théorie qu'il professe; elles ne font donc, à cet égard, qu'ajouter une preuve de plus à celles que nous avions déjà à lui opposer.

Je n'examinerai pas ici toute la question de la physiologie du cœur; je me bornerai aux points qui ont été soulevés. Or, sur ces points, les expériences de MM. Chauveau et Marey donnent une solution décisive.

Tout le monde sait qu'en une minute, le cœur fait de 60 à 80 révolutions complètes. C'est cette rapidité extrême dans la succession des divers mouvements et repos dont se compose cette révolution, qui constitue la principale, je dirai même la seule difficulté de cette question. Examinons d'abord ce qu'ont appris les expériences et les observations des physiologistes jusqu'aux expériences de MM. Chauveau et Marey; nous verrons ensuite ce que ces expériences ont ajouté.

Tous les physiologistes, ceux du moins qui ont fait des expériences sur des animaux vivants, et qui ont tenu un cœur entre leurs mains, ont été également frappés de deux choses, de la faiblesse des contractions des oreillettes et de la force des contractions des ventricules. Tous ont également constaté ce fait, que pendant la contraction des ventricules, le cœur éprouve un mouvement de déplacement en masse, un mouvement de propulsion contre les parois thoraciques; c'est le choc précordial. Harvey, et depuis lui tous les physiologistes, sont d'accord pour dire que ce battement a lieu au moment de la systole ventriculaire. En cela, ils n'ont pas été guidés seulement par cette pensée, que ce mouvement seul a assez d'énergie pour produire cette propulsion, mais ils ont eu pour eux l'expérience, et une expérience décisive. En tenant la main dans la poitrine ouverte d'un cheval, on sent parfaitement cet isochronisme. L'expérience a été faite aussi sur l'homme. Dans un fait consigné par Bamberg dans les *Archives de Virchow*, il est question d'un homme qui avait le cœur mis en partie

à nu par suite d'une large blessure avec perte de substance des parois thoraciques. En introduisant le doigt dans la plaie à la hauteur de la pointe du cœur, on pouvait sentir ce doigt pressé entre le cœur et la paroi thoracique pendant le mouvement de contraction ventriculaire.

Pour M. Beau, ce serait le contraire qui aurait lieu ; ce serait la contraction des oreillettes qui projetterait le cœur contre la paroi thoracique. Mais pour que cela parût possible, il a fallu supposer qu'à ce moment les ventricules étaient vides de sang. Pour lui encore, les valvules auriculo-ventriculaires devraient être toujours fermées, sauf le seul moment de la contraction des ventricules.

Je suis presque étonné d'être obligé de dire ici que c'est précisément tout le contraire qui a lieu ; les orifices auriculo-ventriculaires sont toujours ouverts, excepté le seul moment précis de la contraction des ventricules.

Voilà où est en plein la contradiction ; là est tout le nœud de la question.

Si nous demandons à M. Beau où sont ses preuves expérimentales, — nous supposons que MM. Chauveau et Marey n'aient point fait encore leurs expériences, — il invoque l'épreuve suivante : tenant le doigt dans l'orifice auriculo-ventriculaire, il a senti son doigt pressé tout le temps de la révolution du cœur, excepté au moment de la contraction des ventricules.

Eh bien, j'ai fait la même expérience, et j'ai constaté tout le contraire ; c'est-à-dire que mon doigt n'était pressé précisément qu'au moment de la contraction ventriculaire.

M. Beau ne se contente pas de défendre sa doctrine contre les objections qu'on lui oppose, il fait aussi à son tour des objections à la théorie ancienne, ou du moins celle qu'il qualifie ainsi : c'est son droit, c'est celui dont j'use largement moi-même en ce moment. Que devient, dit-il, l'ondée sanguine projetée par les oreillettes pendant leur contraction, puisque dans cette théorie qu'il combat, on admet que les ventricules sont toujours pleins ? Oui, sans doute, on admet dans cette théorie que les ventricules ne sont jamais vides ; mais on sait que les ventricules ont une assez grande capacité ; ils contiennent du sang, mais ils ne sont pas complétement remplis à ce moment. Et d'ailleurs, il ne faut pas oublier que les oreillettes ne s'effacent jamais complétement, qu'elles ne déversent jamais dans les ventricules la totalité du sang qu'elles contiennent ; elles n'y versent qu'une ondée de sang suffisante pour accroître la tension des ventricules, qui ne dépassent pas, jusque-là, celle des oreillettes elles-mêmes, et pour faire partir le ressort du cœur.

M. Beau objecte encore que si le battement correspondait à la contraction des ventricules, il faudrait supposer que le cœur s'allonge pendant la systole, tandis qu'au contraire il doit se raccourcir à ce moment. Sans doute le cœur se réduit dans tous ses diamètres pendant la systole, nous ne le contestons pas ; aussi n'est-ce pas en s'allongeant qu'il vient frapper la poitrine ; mais M. Beau oublie que le cœur se déplace, qu'il descend pendant la systole, ce que M. Bamberg a constaté dans l'expérience rappelée tout à l'heure.

Cet argument ne prouve donc pas du tout que le choc corresponde à la contraction des oreillettes, comme le voudrait M. Beau.

Nous avons répondu jusqu'ici à notre contradicteur avec les arguments que nous fournissait l'ancienne expérience de tous. Mais voici venir un nouveau procédé qui permet d'apprécier les choses avec beaucoup plus d'exactitude. Il n'avait été possible d'apprécier les choses jusque-là qu'avec la vue et le toucher. Or, on sait combien d'illusions sont possibles quand il s'agit de juger par la vue de phénomènes aussi délicats et aussi rapides dans leur évolution. MM. Chauveau et Marey, en fixant à l'aide du sphygmographe les divers temps et mouvements du cœur, nous ont transmis des signes matériels et des indications continues qui rendent cette appréciation extrêmement facile.

Je n'entrerai pas ici dans des détails descriptifs qui vous ont été déjà donnés avec tant de précision et d'exactitude dans le rapport de M. Gavarret ; vous connaissez tous l'instrument. Je me bornerai donc à dire que les tracés obtenus par MM. Chauveau et Marey prouvent trois choses principales :

1° Que la contraction des oreillettes est faible et courte ;

2° Que celle des ventricules est forte et longue ;

3° Que le pouls est isochrone au choc du cœur, et le choc du cœur isochrone à la systole ventriculaire.

En d'autres termes, que la doctrine de M. Beau est fausse de tous points, et que la doctrine que nous défendons, c'est-à-dire la doctrine ancienne, est absolument vraie.

La démonstration est aujourd'hui complète et irréfutable.

Mais, dit M. Beau, ces tracés ne parlent pas tout seuls, il faut les interpréter. Il y en a trois différents, ajoute-t-il ; et de ces trois, quel est le bon ? Pour lui, le bon, le seul vrai, est le premier tracé, parce qu'il a pu le faire concorder avec sa théorie ; mais les autres qui la renversent, il les rejette. Ce sont les derniers qui sont seuls bons. Pourquoi ? La raison en est bien simple ; c'est que les premiers ont été obtenus avec des appareils encore imparfaits et qui n'avaient pas toute la sensibilité désirable. Ce n'est que par des tâtonnements que les auteurs sont arrivés à avoir des instruments parfaits, et à obtenir des tracés exacts et toujours les mêmes. Or ce sont précisément ces tracés que M. Beau récuse.

J'aurais encore bien des objections à examiner de la part de notre collègue concernant les appareils en question, mais je laisse à M. Gavarret le soin d'y répondre.

J'arrive à ce que M. Beau a dit de mon opinion à propos des prétendues théories diverses sur les mouvements du cœur. Il n'y a pas plusieurs théories, comme il l'a dit, il n'y en a qu'une, ou plutôt il y en a deux, la sienne et la théorie qu'il appelle ancienne, et qui est aujourd'hui celle de tous les physiologistes ; c'est la théorie d'Harvey, incomplète jusque dans ces derniers temps et complétée aujourd'hui par les recherches de MM. Chauveau et Marey.

Enfin, et c'est par là que je terminerai, M. Beau a cherché à me mettre en contradiction avec moi-même, en citant un passage de mon *Traité de physiologie* dans lequel j'ai dit que la contraction des ventricules suit immédiatement la contraction des oreillettes ; or il résulte des expériences de MM. Chauveau et Marey, dont j'ai déclaré accepter les résultats, qu'il y a un intervalle entre ces deux temps. Ce passage de mon livre, je le modifierai dans une prochaine édition, mais ce ne sera pas M. Beau qui me l'aura fait changer. Oui, je dirai, d'après les expériences de MM. Chauveau et Marey, qu'il y a entre ces deux temps un intervalle que la vue seule n'avait pu apprécier, un intervalle d'un dixième de seconde.

Quant à mon honorable contradicteur, je lui demanderai si le temps ne lui a pas fait apporter de modifications à sa théorie. Il était jeune quand il l'a formulée, c'était en 1835 ; il était alors interne. Le temps a marché, la science a fait des progrès ; j'en appelle aujourd'hui de l'opinion de l'interne de 1835 à celle du savant dans la force de l'âge et dans toute la vigueur de son talent.

De nombreuses marques d'approbation accueillent cette argumentation.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 18 mai, pour deux places de chirurgien au Bureau central, vient d'être arrêté de la manière suivante :

Juges titulaires : MM. Cullerier, Monod, Ad. Richard, Velpeau et Duplay.

Juges suppléants : MM. U. Trélat et Cazalis.

— La commission nommée pour élaborer les statuts de l'Association fraternelle des étudiants en médecine s'est réunie le 2 mai 1864.

Au moment d'entrer en fonctions, elle a voté à l'unanimité qu'il serait adressé des remercîments à M. le doyen pour l'appui libéral qu'il vient de prêter à la constitution de l'Association, et pour l'impartialité qui a présidé à la formation de la commission elle-même.

La commission, voulant avant tout sauvegarder son indépendance, heureuse d'ailleurs de se trouver sur ce point d'accord avec M. le doyen, a décidé :

1° La commission siégera et délibérera seule, sans l'assistance d'aucune personne étrangère ;

2° Elle recevra avec reconnaissance les communications que voudra bien lui envoyer M. le doyen, se réservant d'entrer exceptionnellement et par un vote d'opportunité en relation directe avec lui.

— A la suite d'un brillant concours, MM. Gignoux et L. Meynet viennent d'être nommés médecins des hospices civils de Lyon.

— M. le docteur Castano, médecin principal, chef des hôpitaux militaires de la division d'occupation à Rome, vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur David, médecin-major de 2e classe ; de M. Burin, pharmacien-major de 2e classe ; de M. Fabre, pharmacien aide-major de 2e classe.

— M. Bouchut commencera son cours de *pathologie interne* le lundi 9 mai, à trois heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis et vendredis suivants.

— M. le docteur Sichel commencera un cours de clinique ophthalmologique, à son dispensaire, rue du Jardinet, n° 3, lundi prochain 9 mai, à deux heures de l'après-midi, et le continuera les jeudis et lundis à la même heure.

— M. le docteur Lallemant, maire de la ville de Pont-de-L'Arche, et médecin en chef de l'hôpital, vient de mourir à l'âge de cinquante-neuf ans.

— M. le docteur E. Verrier recommencera son cours particulier d'opérations obstétricales le lundi 9 mai prochain, à son amphithéâtre, 72 bis, rue Bonaparte, à quatre heures et demie, et le continuera tous les jours à la même heure.

Le cours comprend une revue rapide de l'ensemble des accouchements naturels et particulièrement des accouchements dangereux et des opérations qu'ils nécessitent, opérations auxquelles MM. les élèves seront eux-mêmes exercés.

S'adresser à M. Verrier, de midi à une heure.

— M. Hérard, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, commencera ses conférences cliniques au lit des malades le jeudi 12 mai, à neuf heures du matin, et les continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 54. — MARDI 10 MAI 1864. (37e ANNÉE.) N° 54. — MARDI 10 MAI 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 9 MAI 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans de précédentes recherches sur les propriétés de l'air atmosphérique, M. A. Houzeau a montré combien l'atmosphère offre de contrastes dans sa manière d'être et d'agir, du moins dans nos climats; au point qu'à un jour donné les qualités reconnues à l'air n'impliquent point à la même station les mêmes qualités pour le lendemain, ni même pour quelques heures après la dernière observation. Dans de nouvelles expériences dont il a exposé les résultats devant l'Académie, dans sa dernière séance, M. Houzeau montre qu'il est possible de rendre perceptibles à volonté ces différentes manifestations de l'atmosphère, en opérant sur deux points pris au hasard dans l'air de la campagne et distants seulement l'un de l'autre de quelques centimètres.

Ces expériences prouvent, en effet, que l'air renfermé dans une éprouvette restée ouverte n'agit pas de la même manière que l'air ambiant.

M. Houzeau ne regarde pas comme impossible que cette anomalie dans la manifestation des propriétés de l'air atmosphérique, n'explique un jour le désaccord qui existe entre M. Pouchet et M. Pasteur dans la manière de concevoir la cause originelle des générations dites spontanées. On comprend effectivement que si à la place de papiers réactifs, on substitue d'autres réactifs beaucoup plus sensibles, tels que des infusions végétales ou animales, ces mêmes liquides organiques pourraient subir de la part de l'air ambiant des altérations différentes, selon le mode d'expérimentation, la forme et la capacité des vases.

Ce que M. Houzeau signale toutefois comme très-important, c'est que ces expériences réussissent huit fois sur dix à la campagne, et même toujours quand on opère dans l'air confiné d'un appartement si grand qu'il soit, comme par exemple une salle d'hôpital.

Dans la relation de ses expériences antérieures, l'auteur signalait, sans en donner une explication satisfaisante, l'anomalie qu'accusaient déjà ses papiers réactifs d'après la manière différente dont ils se trouvaient impressionnés par l'air suivant son origine. A cette époque, pour rendre compte de ce phénomène, la théorie s'appuyait sur la destruction de l'ozone atmosphérique par les miasmes contenus dans l'air des grands centres de population. Sans contredire entièrement cette croyance, l'auteur n'hésite cependant pas à reconnaître aujourd'hui une similitude frappante entre les caractères négatifs qu'offre à l'égard du tournesol mi-ioduré l'air de Paris et l'air de l'intérieur d'une éprouvette restée ouverte en pleine campagne, alors que tout autour d'elle l'atmosphère manifeste des propriétés si actives. Il pense que la cause principale qui détermine ces effets est la même dans les deux cas.

En circonscrivant le phénomène, les récentes expériences de M. Houzeau écartent d'un seul coup les complications de toute nature qu'offrait à ce point de vue délicat l'examen chimique de l'air de Paris, et par cela même elles facilitent la recherche de cette cause qui communique à l'atmosphère une variabilité de propriétés si curieuse, et qui intéresse à un haut degré, avec la météorologie et l'agriculture, l'hygiène publique.

M. le docteur Namias, de Venise, a lu dans cette séance un mémoire sur l'infection du sang par la bile, dont nous donnons un résumé dans le Compte rendu. Les considérations que le savant médecin du grand hôpital de Venise a émises à ce sujet, intéressantes pour la physiologie pathologique, ont, comme on le verra par ce résumé, une importance considérable pour la thérapeutique.

On trouvera également dans le Compte rendu de la séance copie de la lettre que M. le docteur Belhomme a adressée au président de l'Académie pour revendiquer et établir par les citations et extraits de ses ouvrages, sa part de droits à la détermination du nœud vital. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. WOILLEZ.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires.

Avant d'aborder l'étude clinique des maladies des organes respiratoires, que je me propose de commencer aujourd'hui même, je crois devoir vous exposer quelques réflexions sur la nosologie de ces maladies.

Vous savez qu'il y a trois manières d'envisager la nosologie en général, suivant que l'on se base sur la *nature*, sur les *lésions* ou sur les *symptômes* des états morbides.

Des esprits distingués, plus préoccupés du but final de la science que des nécessités de la pratique, ont vivement critiqué la nosologie anatomique, qui est d'origine moderne. Suivant eux, la seule classification sérieuse et acceptable des maladies est celle qui est fondée sur leur nature, c'est-à-dire sur leur cause intime.

Certes, cette manière élevée d'envisager la question est bien faite pour séduire immédiatement l'esprit, comme répondant mieux que toute autre à la conclusion la plus désirable. Mais la réalité ne saurait s'élever à la hauteur de l'aspiration. Cette nosologie est malheureusement impossible à formuler d'une manière générale, dans l'état actuel de la science. Elle ne peut embrasser la médecine en un tout également satisfaisant dans l'ensemble et dans les détails. En supposant qu'on établisse, en partant de principes dits fondamentaux, quelques divisions principales, on ne saurait descendre avec certitude jusqu'aux genres et aux espèces. Que l'on admette, par exemple, comme l'a fait un ardent critique des travaux contemporains, que les maladies sont essentielles ou symptomatiques, et que les maladies essentielles chroniques se subdivisent en *diathèses* et en *dyscrasies*, cela peut sembler satisfaisant en théorie; cependant on avouera que les diathèses, et les dyscrasies surtout, sont des conditions pathologiques trop mal connues dans leur cause intime pour que l'on puisse nous dire quels sont tous les états morbides à constater au lit des malades que comprennent ces grandes divisions.

On oublie trop, ce me semble, dans les méditations de cabinet, méditations dont je suis loin d'ailleurs de méconnaître l'importance et la nécessité dans de raisonnables limites, on oublie trop que le but final des études médicales est la pratique, pour le plus grand nombre, et que les connaissances théoriques, pour être d'une incontestable valeur, doivent pouvoir être facilement utilisées auprès des malades. On perd trop de vue que le praticien est inévitablement amené, par la force des choses, à constater d'abord un ensemble de phénomènes. Ce n'est qu'en prenant ces données comme point de départ que l'esprit inducteur, par un travail spontané plus ou moins prompt, les groupe et les rapporte à une entité morbide, en rapprochant de ces phénomènes les autres particularités que révèlent l'exploration et l'interrogation.

Au point de vue clinique, ce sont donc toujours, quoi qu'on puisse dire, les données de l'observation qui forcent d'abord l'attention du médecin, qui sollicitent son jugement, et qui provoquent toute solution possible.

Il en résulte que, pour utiliser la nosologie dans la pratique, il ne faut pas qu'elle se présente d'abord sous une forme abstraite de nature ou de cause. Il faut qu'elle comprenne successivement, et comme autant d'étapes à parcourir, les symptômes plus ou moins groupés, les lésions ou plutôt les conditions anatomiques de la maladie, et enfin sa nature ou sa cause intime, autant que faire se peut.

Ainsi cette cause, loin de pouvoir être le point de départ de la nosologie clinique, doit être le point d'arrivée. Cela ne veut pas dire que je considère l'étude de la nature ou de la cause dite affective comme secondaire, mais comme devant être constatée secondairement.

Cette manière d'envisager la nosologie, c'est-à-dire d'accepter simultanément comme trois étapes toutes nécessaires la détermination des trois ordres d'éléments nosographiques, est certainement la plus utile au médecin praticien; car elle est si bien dans la condition même des faits, que ces étapes successives représentent dans leur enchaînement les deux bases fondamentales de la pratique : reconnaître d'abord la maladie, puis la traiter.

Le diagnostic, en effet, se fonde d'abord et avant tout sur les phénomènes observés, et il se complète, se consolide en quelque sorte par le groupement des symptômes et par la constatation directe ou indirecte des conditions anatomiques. Ce sont les inductions que provoque cette première observation qui conduisent, autant que faire se peut, à la détermination de la nature de la maladie.

Le traitement, au contraire, je ne parle ici qu'au point de vue de la nosologie, qu'on le remarque bien, le traitement tire un médiocre parti de l'appréciation simple des symptômes; il ne saurait trouver des indications sérieuses ou sa formule réelle dans la simple appréciation des phénomènes. Sans doute la médication doit s'attaquer dans certaines circonstances aux symptômes, puis, dans d'autres, elle doit chercher des indications dans la lésion anatomique; mais la principale base de la thérapeutique est la connaissance de la nature ou de la cause, indépendamment des conditions individuelles, qui sont loin d'être sans valeur.

Ce qui prouve manifestement la nécessité d'utiliser les trois genres de données nosologiques, symptômes, conditions anatomiques et nature, c'est qu'on ne peut pas toujours parcourir ces trois étapes. Loin d'arriver dans tous les cas à déterminer jusqu'à la nature de la maladie, combien il est fréquent de se voir arrêté dans ses inductions pratiques, au symptôme ou plutôt au groupe de symptômes, par suite de l'insuffisance des données scientifiques!

Comme il est ordinaire encore, tout en dépassant la connaissance des symptômes, ces manifestations extérieures de la maladie, de ne pouvoir aller au delà des lésions anatomiques, manifestations internes que dévoile souvent l'étude de ces symptômes! Combien il est rare, enfin, lorsqu'on ne se paye que de mots sonores et vides, d'arriver à cette détermination de la cause intime qui explique ces symptômes et ces lésions!

On le voit, la science médicale, loin d'être complète comme on le pensait dès le quinzième siècle, et comme le pensent aujourd'hui les admirateurs trop exclusifs du passé, la science médicale a ses infirmités. Il faut savoir les accepter sans découragement, tout en cherchant à en diminuer le nombre par une observation attentive et intelligente, qui est, on ne saurait trop le répéter, la base de tout progrès en médecine.

L'étude des différents états pathologiques des organes de la respiration gagne à être comprise dans le sens que je viens de vous indiquer.

Les symptômes qui les caractérisent, tout en éclairant les anciens, leur suggéraient forcément des inductions assez souvent erronées. Or, l'anatomie pathologique, en éclairant, par l'état matériel des organes, sur la valeur des symptômes constatés pendant la vie, et les moyens physiques d'exploration, notamment l'auscultation, en dévoilant la physiologie pathologique locale des affections thoraciques, a donné à leur distinction anatomique une importance fondamentale. Cette importance est telle qu'elle s'impose d'elle-même pour ainsi dire, et qu'elle doit nécessairement être d'abord établie pour servir de fondements à la détermination de la cause ou de la nature de ces maladies.

J'espère vous avoir convaincus que le cadre anatomique, lorsqu'il est possible, ne pèche nullement par son insuffisance, et qu'en allant du connu à l'inconnu, marche véritablement scientifique, on ne s'immobilise pas, comme on l'a prétendu, dans la satisfaction du phénomène constaté. Ce cadre, qui est d'ailleurs celui qui a été adopté par l'illustre Laënnec, a l'avantage de comprendre des maladies dont la qualification est connue et acceptée par tous, et de se prêter facilement aux conceptions nouvelles que peut inspirer l'étude clinique des faits.

Il me paraît inutile de vous faire la longue énumération de ces maladies. Il en est une cependant pour laquelle je demande une place à part : c'est la *congestion pulmonaire*, qui a été confondue à tort avec plusieurs autres affections, et qui non-seulement complique beaucoup de maladies et constitue un élément habituel des maladies aiguës fébriles, comme je l'ai démontré ailleurs, mais encore existe comme maladie particulière, commune, bien déterminée. Il me sera facile de vous en montrer souvent des exemples.

Quant aux autres maladies que j'aurai à examiner, il en est sur lesquelles l'observation ne m'a pas permis d'accepter les opinions généralement reçues. Il y a aussi des phénomènes de percussion, d'auscultation, ou fournis par d'autres moyens explorateurs, que j'envisagerai d'une manière qui m'est particulière. Mais nous sommes ici au lit des malades, où la vérification et la discussion peuvent se faire de première main; et vous pourrez ainsi juger par vous-mêmes et vous former une opinion.

Je finirai ces réflexions par une dernière remarque, c'est que

les faits cliniques ne se présenteront pas à nous dans un ordre méthodique, et que je devrai me conformer forcément à l'imprévu de leur succession. Pour obvier autant que possible à cet inconvénient, je reviendrai, dans mes dernières conférences, sur la coordination de ces faits, en les résumant méthodiquement.

DES RAPPORTS

qui existent entre l'augmentation du volume de la rate et les paroxysmes de la fièvre hectique.

(Extrait d'une leçon clinique de M. Piorry.)

Dans l'état actuel de la science, on ne peut révoquer en doute que la fièvre hectique des auteurs, c'est-à-dire l'état fébrile qui se manifeste dans les grandes suppurations, soit des organes extérieurs, soit des poumons, ne tiennent à l'altération du sang par le pus. Ce sont ces symptômes si fâcheux que l'on observe dans les tubercules ramollis, dans les cavernes tuberculeuses, alors que les crachats purulents sont altérés par le contact de l'air.

Ce que l'on a appelé fièvre hectique de douleur ne ressemble en rien aux accidents dont il s'agit. C'est une fièvre continue qui ne présente point les paroxysmes du soir de la septicopyémie. Je dis altération du sang par le pus, parce qu'il n'est pas démontré que l'absorption du pus altéré donne lieu à la fièvre hectique. En effet, cette collection symptomatique n'a lieu en aucune façon dans les abcès par congestion, tant qu'ils ne sont pas ouverts, pas plus que dans les collections purulentes situées dans les organes internes, tant qu'aucune ouverture n'y est faite. On remarque même qu'elle est rare dans les grandes blessures tant que le pus s'écoule facilement et n'a point de mauvaise odeur; au contraire, l'état fébrile et les paroxysmes surviennent lorsque les substances pyoïdes prennent le caractère putride.

Des faits assez nombreux, mais dont il serait impossible de fixer le chiffre, ont conduit M. Piorry à penser et presque à affirmer que les paroxysmes du soir, qui se manifestent dans les cas de pyémie, sont les résultats de la souffrance de la rate qui se déclare presque constamment dans les cas d'altération du sang par le pus.

C'est principalement chez les tuberculeux que M. Piorry a observé l'augmentation du volume de la rate; alors des redoublements avaient lieu; chez ces malades, les crachats étaient abondants, épais, et avaient séjourné pendant un temps plus ou moins long dans les voies de l'air, quelques-uns étaient très-fétides.

Or, en administrant 1 gramme de sulfate de quinine pris en une seule fois, ou deux cuillerées d'extrait Armand, la rate est redevenue d'un volume normal; comme cela arrive dans les fièvres intermittentes, les redoublements du soir ont cessé, les sueurs de la nuit ont diminué d'abondance, et il y a eu une amélioration sensible dans l'état des tuberculeux; seulement la rate redevient volumineuse quelques jours après, ce qui s'explique par ce fait, que la cause septique, le pus altéré et absorbé, qui avait produit la même lésion, agissait de nouveau sur le sang, et la rate ramenait le mal. Sur un certain nombre de ces tuberculeux, dont l'état général était amélioré sous l'influence de la médication iodique et d'une bonne nourriture, la rate resta normale et les sueurs cessèrent.

D'après ces faits, la fièvre hectique, qui a lieu dans l'infection purulente, serait le résultat de la septicopyémie; les redoublements tiendraient à l'état de la rate. On remédie facilement aux paroxysmes, mais non à l'état fébrile continu.

Cette théorie est complétement en rapport avec celle de la fièvre intermittente et des souffrances spléniques. Dans des études ultérieures, nous chercherons à fixer ce point important d'étude.

CONTRACTURES HYSTÉRIQUES. PIED BOT ACCIDENTEL.

Guérison rapide obtenue par les injections de sulfate d'atropine.

Par M. le docteur Boissarie, ancien interne des hôpitaux.

La contracture des muscles, dit M. Briquet dans son *Traité de l'hystérie*, est le plus souvent un état permanent qu'il est fort difficile de faire cesser. Je ne connais qu'un seul cas de guérison; le plus souvent tout traitement reste inutile et n'amène aucun soulagement durable. La diversion morale ou le rétablissement d'un accident hystérique antérieur sont peut-être les seuls moyens capables d'avoir de l'influence sur la contracture.

En relisant cette opinion si formellement exprimée par notre ancien maître, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de publier une observation de rétraction musculaire remarquable par son intensité et sa durée, et qui a cédé immédiatement à l'emploi d'un mode de traitement usité depuis quelques années seulement, et presque toujours dans le but de combattre les accidents douloureux.

Nous résumerons cette observation en quelques lignes pour la réduire à ses parties essentielles.

Mme B..., âgée de trente et un ans, a éprouvé depuis l'âge de onze ans des accidents hystériques qui se sont renouvelés à diverses reprises. Le chagrin qu'elle éprouva à la mort de sa mère fut le prélude des phénomènes nerveux qui se sont manifestés à cette époque.

A dix-huit ans, une deuxième attaque fut suivie d'un état léthargique qui dura trois jours et fit croire à sa mort. On se préparait à faire ses funérailles, lorsqu'elle revint à elle.

Mariée à dix-neuf ans, elle devint mère de trois enfants bien portants. Sa santé même semblait s'être rétablie, et elle n'avait ressenti qu'une atteinte assez faible, lorsque, au mois de novembre dernier, elle fut prise d'une dernière crise qui dura vingt-quatre heures, et à la suite de cette attaque elle conserva une contracture générale des membres inférieurs, qui céda le jour suivant. Seul, le pied gauche reste fortement rétracté et présente tous les symptômes d'un varus très-accusé. Il repose sur le sol par son bord externe, la face plantaire est très-concave, la malléole externe saillante, l'interne difficile à percevoir. Le tendon du jambier antérieur forme une saillie très-dure, le tendon d'Achille est également rétracté. Dans ces conditions la marche est impossible.

Pendant deux mois, tous les moyens ordinairement mis en usage contre ce genre d'accident restent sans action; et quoique toute autre manifestation hystérique ait disparu, le pied se dévie de plus en plus et semble dans un état de subluxation.

Désespérant de pouvoir triompher de cette rétraction, je songeai à la ténotomie comme ressource extrême, lorsque j'eus l'idée de mettre en usage les injections de sulfate d'atropine au niveau du point d'émergence du sciatique et vis-à-vis l'échancrure. J'injecte 12 gouttes d'une solution contenant 0,05 centigr. pour 20 gram. Une demi-heure après apparaissent les phénomènes d'intoxication, qui se prolongent toute la journée et une partie de la nuit. Nausées, constriction à la gorge, troubles de la vue. Sous cette influence, le pied, qu'aucune traction antérieure ne pouvait ramener dans sa position normale, est facilement dévié dans tous les sens. On ne perçoit aucune tension tendineuse. Dès ce moment, la malade se croit guérie et recommence à marcher. Je la perds de vue pendant quinze jours. Au bout de ce temps, les résultats obtenus se sont conservés, mais pendant la marche, le pied tend encore à se dévier, probablement par suite de la faiblesse des muscles antagonistes.

La faradisation aurait peut-être pu triompher alors de cet état, mais constatant encore une roideur dans les muscles précédemment contracturés, je pratique à la jambe et sur le trajet du jambier antérieur deux injections de sulfate d'atropine, la première de 8 gouttes de la solution indiquée, la seconde de 4. Ces deux opérations faites à trois jours d'intervalle font disparaître les dernières traces de contracture et ramènent le pied dans sa position normale.

S'il n'est pas permis de tirer d'un seul fait une conclusion définitive, nous ne pouvons cependant nous empêcher d'apprécier les résultats obtenus. Dans ce cas, en effet, la méthode endermique nous a procuré un résultat vainement cherché par les autres moyens. Les injections d'atropine, tout en permettant de doser exactement l'emploi du médicament, dont l'absorption n'est plus soumise aux variations diverses que les susceptibilités individuelles créent pour l'estomac, dispensent encore cet organe des fatigues que les médications internes lui imposent fatalement; peut-être y aurait-il lieu d'étendre leur emploi; nous ne savons si des expériences analogues ont été faites dans des cas de tétanos, mais elles nous paraissent d'une application rationnelle dans toute contracture essentielle.

DU SYPHILOME,

Par M. le docteur E. Wagner.

Existe-il un néoplasme propre à la syphilis constitutionnelle? A cette question débattue et non résolue, M. Wagner répond par l'affirmative. Le syphilome est pour lui un tissu de nouvelle production doué de caractères nettement définis, constants, et se reproduisant uniformément dans tous les organes où il se développe.

Son travail contient un long exposé des recherches auxquelles il s'est livré, des observations nombreuses et détaillées. Nous en résumons succinctement les résultats, tout en signalant les documents réunis par l'auteur aux personnes qui se livrent à une étude spéciale de la syphilis viscérale.

Le syphilome se développe probablement dans tous les tissus et organes doués de vaisseaux sanguins. M. Wagner l'a rencontré dans la peau, le périoste, les os, les méninges, les muqueuses (de la bouche, de l'arrière-gorge, de l'estomac, de l'intestin, du larynx, de la trachée, des bronches), dans les diverses membranes séreuses, le foie, la rate, le pancréas, les poumons, le cerveau, le corps thyroïde, les reins, les testicules, l'épididyme. Chez l'adulte, il est surtout fréquent dans le périoste, les os, la peau, le foie et la rate. Chez les enfants, il se montre de préférence dans les poumons et dans la peau.

Le syphilome récent est formé par un tissu gris rosé, mou, peu succulent ou contenant un suc trouble peu abondant, parsemé quelquefois de points rouges. Il se présente tantôt sous la forme d'une infiltration diffuse, tantôt sous celle de tumeurs irrégulières nettement limitées; d'autres fois, enfin, ces deux formes se trouvent réunies. Dans son évolution ultérieure, il peut subir une atrophie, une sorte de dessiccation, ou bien passer à l'ulcération, aboutissant à la formation de cavernes. Ces deux modes de terminaison ne s'excluent d'ailleurs pas entre eux, et peuvent se combiner de diverses manières.

Ce tissu est composé essentiellement de cellules et de noyaux. Les cellules dominent dans les syphilomes anciens, avancés; tandis que les noyaux sont surtout abondants dans les productions récentes, et à la périphérie de celles qui ont une date reculée.

Les noyaux ont généralement 1/300e de ligne de diamètre; ils sont arrondis, allongés ou irréguliers, et renferment un nucléole très-apparent dans lequel on remarque rarement la multiplication par division. Les cellules ressemblent aux globules blancs du sang. Elles mesurent de 1/150e à 1/300e de ligne de diamètre, et présentent une forme arrondie ou polyédrique. La membrane d'enveloppe des cellules est très-apparente; leur contenu est légèrement granuleux. Le noyau est situé tantôt excentriquement, tantôt au centre de la cellule, et présente généralement un volume considérable relativement à celui de la cellule. Il est ordinairement unique; quelquefois cependant on trouve des cellules qui renferment deux noyaux.

A côté de ces éléments, on trouve parfois des corpuscules qui n'ont pas d'une manière évidente la constitution des cellules, et en outre, des cellules fusiformes analogues à celles qui existent dans les sarcomes.

Les rapports que ces éléments affectent avec le tissu ambiant sont surtout caractéristiques : les cellules et les noyaux sont contenus dans des vacuoles formées par du tissu connectif. Les trabécules de ce tissu sont parfois très-délicates et ne circonscrivent qu'une cellule seulement ou un petit nombre de cellules. Ailleurs, on trouve des traînées assez larges de tissu connectif entre lesquelles sont groupés des amas considérables de cellules; mais là encore on voit des prolongements très-fins des trabécules s'interposer aux éléments cellulaires. Les amas de cellules et de noyaux ne sont d'ailleurs pas nettement limités, et ils se présentent avec des formes fort irrégulières.

La métamorphose que ce tissu subit le plus souvent consiste en une atrophie simple des cellules et des noyaux. La transformation graisseuse est beaucoup plus rare, et elle reste toujours partielle. La modification commence toujours par les parties centrales, les plus anciennes du syphilome : c'est ainsi que se forment, comme dans le tubercule ou le cancer, soit des ulcérations qui occupent une étendue plus ou moins considérable de la peau ou des muqueuses, soit des cavernes creusées dans l'épaisseur des noyaux développés dans les organes. Il est rare de trouver dans le tissu du syphilome des apoplexies capillaires ou des dépôts de pigment.

Le développement du syphilome se fait, soit dans le tissu connectif interstitiel des organes, soit dans la paroi des capillaires, là où le tissu connectif existe en petite quantité. Les noyaux et les cellules représentent ordinairement seuls les éléments de nouvelle formation; dans certains syphilomes, toutefois, le tissu connectif est également formé à neuf.

Les caractères qui viennent d'être exposés différencient le syphilome des autres productions accidentelles; c'est surtout la disposition réciproque des cellules ou noyaux et du tissu connectif qui a à cet égard une valeur décisive.

M. Wagner rattache au syphilome de la peau toutes les éruptions cutanées de la vérole. La sécheresse du tégument externe, la chute des cheveux chez les syphilitiques, ne tiennent pas, suivant lui, à un simple trouble nutritif; elles sont dues à une infiltration de cellules dans le *rete* de Malpighi et dans les bulbes pilifères. La radezyge est une lésion de même nature, de même que beaucoup de formes du lupus.

Parmi les observations publiées par M. Wagner, on trouvera plusieurs exemples intéressants de syphilome du système nerveux que nous ne pouvons résumer ici.

(*Archiv. der Heilkunde*, livr. 1, 2, 3; 1863; et *Gaz. hebd.*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 mai 1864. — Présidence de M. Morin.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination de la commission chargée de décerner le prix Barbier (découvertes concernant diverses branches de l'art de guérir). D'après les résultats du scrutin, la commission est composée comme il suit : MM. Rayer, Velpeau, Cl. Bernard, Serres et Cloquet.

— M. A. Houzeau donne lecture d'un Mémoire sur l'anomalie dans la manifestation des propriétés de l'air atmosphérique. (Voir le premier-Paris.)

Infection bilieuse du sang. — M. le docteur Namias présente un exemplaire de ses *Leçons cliniques* faites à l'Ecole pratique du grand hôpital de Venise sur l'infection bilieuse du sang, qui viennent d'être publiées.

« J'ai démontré dans ces leçons, dit le médecin en chef de l'hôpital de Venise, que l'ictère n'est pas un symptôme, comme on le dit généralement. Il ne faut pas confondre les symptômes avec les maladies secondaires. On démontre, par les réactions chimiques, la présence de la *cholepyrrine* et autres matières colorantes de la bile dans le sang des ictériques; et ces substances hétérogènes agissent d'une manière nuisible sur les nerfs et sur les centres nerveux, quelquefois en épuisant leurs forces vitales. Le pouls se ralentit, et peut tomber dans les jaunisses simples à moins de 30, selon les observations de M. Frerichs. Le ralentissement, dans ma clinique, n'a pas été observé au-dessous de 40. Considérant l'ictère comme une maladie, on dirige le traitement de manière à produire l'élimination de la bile, parce que l'infection du sang continue quand même la cause qui empêchait sa sortie des canaux du foie aux intestins a cessé d'agir. J'ai trouvé quelquefois, chez les ictériques, la bile obstruant la partie médullaire des reins. On peut voir, dans mes leçons, que j'ai soigné dans ma clinique des ictères graves avec succès par le traitement purgatif et les diurétiques. Mais on ne peut toujours provoquer la diurèse, à cause de la matière biliaire qui ferme les petits canalicules de l'urine. L'urémie même pourrait en être la conséquence. Il vaut mieux, dans de telles circonstances, essayer les remèdes qui pourraient dissoudre la bile épaissie. Je viens de faire l'autopsie d'une malade qui a succombé dans ma clinique à une éclampsie cérébrale, suite d'une grave jaunisse. Quelques médecins allemands considèrent à tort tous les cas de ce genre comme des atrophies jaunes aiguës du foie. Chez la femme dont je parle, le foie était hypertrophié au lieu d'être atrophié. Les canaux excréteurs de la bile étaient un peu étroits; mais l'ictère est venu à la suite de fortes émotions d'esprit, et l'infection bilieuse du sang a évidemment épuisé la force nerveuse. L'état de tous les organes n'expliquait nullement les symptômes et la mort. »

Détermination du nœud vital. — M. Belhomme adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Je lis dans l'*Union médicale* que la lecture de ma courte lettre a

été l'occasion de la part de M. Flourens d'une interruption tellement vive, que l'on attendait la version du compte rendu officiel pour en parler.

» Voici ce compte rendu, qui est peu obligeant pour moi :

« M. Belhomme prie l'Académie de vouloir bien se prononcer sur » la part qui lui revient dans les résultats qu'il a obtenus relative- » ment à la détermination du nœud vital; il ajoute que ses travaux » ne contredisent en rien ce qu'a pu faire M. Flourens.

» M. Flourens fait remarquer que les faits de cet ordre ne devaient » pas être ainsi avancés *sans preuve*. L'auteur de la lettre n'a rien » fait sur le système nerveux qui ait fixé l'attention; ses assertions » sont sans aucun fondement, et ses prétentions sont purement gra- » tuites. (Ceci est jugement avant l'examen.)

» La lettre de M. Belhomme est renvoyée à une commission com- » posée de MM. Coste, Bernard et Longet, qui jugera s'il y a lieu de » demander à l'auteur de préciser sa demande. » (Textuel.)

» Je viens, Monsieur le président, au-devant de la commission en lui présentant quatre mémoires d'une contenance de 600 pages environ, sur les localisations cérébrales; dans ces mémoires, il est question de mes recherches sur le nœud gordien de la vie: c'était alors le terme dont je me suis servi.

» A quel point de vue scientifique me suis-je placé dans l'exposé de mes doctrines physiologiques et médicales? Élève des doctrines organiciennes, je regarde le cerveau et la moelle épinière comme les centres de toute action nerveuse et de nos déterminations psychiques. J'ai étudié le cerveau suivant la méthode des Magendie, des Gall et de M. Flourens lui-même. Ce célèbre physiologiste a fait une série d'expériences sur les animaux, qui ne sont que la confirmation et l'ampliation des opinions de Haller, Zinn, de Lorry; il a mieux déterminé les divers points fonctionnels de l'encéphale.

» Cette méthode d'observer le système nerveux est-elle la seule?

» L'anatomie pathologique ne vient-elle pas confirmer ce que démontrent les vivisections?

» C'est avec l'anatomie pathologique que j'ai fait surtout mes recherches sur les localisations cérébrales. Le premier fait que j'ai publié en 1836 est celui d'un riche banquier que l'on trouva mort dans son lit en 1835; il s'était levé pendant la nuit pour satisfaire un besoin : un domestique était à son chevet.

» A l'autopsie, faite par le docteur Moreau, médecin praticien d'une probité scientifique à toute épreuve, on trouva pour seule cause de mort plusieurs petits épanchements sanguins au centre du mésocéphale. (Voir page 116 du deuxième mémoire.) C'est là, me suis-je dit alors, qu'est le nœud gordien de la vie.

» Faisant des expériences sur les animaux, en 1840, je m'attachai surtout à bien déterminer, comme l'avait fait M. Flourens, les diverses fonctions de l'encéphale; ce qui m'a frappé dans mes vivisections, c'est la sensibilité des parties centrales du cerveau et les convulsions qui suivaient les atteintes faites par un stylet aux pédoncules et au mésocéphale : la mort survenait toujours lors d'une lésion profonde du bulbe rachidien.

» En 1845, l'anatomie pathologique est venue encore confirmer mes observations relatives au siége de la vie.

» J'ai publié un fait qui se trouve dans le livre de M. Jobert sur le système nerveux; un combattant de juillet 1830 avait reçu une balle au front qui détermina un abcès dans le cerveau; le pus a cheminé d'un ventricule à un autre, jusqu'au quatrième ventricule; lorsqu'il fut arrivé au *calamus scriptorius*, la vie cessa après d'horribles convulsions.

» A la page 602 (quatrième mémoire), je m'exprime ainsi : « Ce » fait prouve que tant que l'abcès a séjourné dans le lobe intérieur » du cerveau, sans pénétrer dans les ventricules, il n'y a pas eu de » phénomènes convulsifs; mais aussitôt que le pus s'est fait jour à » travers les ventricules jusqu'au *calamus scriptorius* du quatrième » ventricule, les phénomènes convulsifs eurent lieu et la vie cessa » brusquement.

» Ce fait pathologique vient confirmer ce que nous déterminons par » nos vivisections; un stylet, qui ne fait nullement broncher l'animal » lorsqu'on attaque les parties superficielles du cerveau, détermine » des convulsions, et même la mort, si le cervelet, la protubérance » annulaire et le bulbe rachidien sont perforés. »

» Nul doute, Monsieur le président, que je n'aie déterminé un point du bulbe rachidien dont la lésion amène la mort subite!

» Maintenant, prouvons que je me suis occupé pendant de longues années des localisations cérébrales.

» Dans mon troisième mémoire, à la page 417, on trouve un mémoire sur le tournis, que j'ai lu devant l'Académie de médecine, en 1839, où je prouve que la compression d'une ou de plusieurs hydatides, chez le mouton, sur les pédoncules cérébraux, détermine un singulier phénomène : l'animal tourne du côté de la compression cérébrale.

» J'ai rapporté le fait bien curieux d'une femme qui présentait les mêmes symptômes de tournis avec une rapidité vraiment effrayante : le tournis était plutôt en broche qu'en rond, comme chez le mouton. Ces accès étaient fréquents et ne tardèrent pas à affaiblir la malade, qui succomba tout à coup le 18 avril 1838. Son autopsie fut faite en présence de MM. Maingault, Sarlandière, etc.

» On trouva deux exostoses dans la gouttière basilaire; l'exostose de gauche était plus grosse que celle de droite; il était évident que les pédoncules cérébelleux avaient été comprimés par les rugosités de ces exostoses. La protubérance annulaire présentait dans certains points une injection variqueuse dont les deux extrémités se portaient vers les lobes du cervelet. La section du pont de Varole découvre le quatrième ventricule, dont les parois ont un aspect grisâtre, elles sont ramollies; on distingue à peine le *calamus scriptorius*.

» Je ferai remarquer ici que déjà, en 1838, je portai mon attention, dans mes investigations, sur le quatrième ventricule, toutes les fois que la mort était subite!

» En 1845, j'ai publié mes *Nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés paralytiques*. J'ai rapporté quatorze observations avec autopsie, en recherchant avec soin si les lésions cadavériques pouvaient expliquer les phénomènes observés pendant la vie.

» MM. les commissaires apprécieront les efforts que j'ai faits pour désigner exactement les rapports de la paralysie générale avec les lésions cérébrales. Je fais ressortir ce fait principal, c'est que la vie est d'autant plus menacée que le ramollissement envahit les centres cérébraux et le bulbe rachidien. Je termine ce quatrième mémoire par la comparaison que je fais entre les vivisections et les lésions produites par le ramollissement cérébral; je rapporte enfin le fait du combattant de juillet, mort par suite de l'abcès dont je viens de parler, page 602.

» Le cinquième mémoire, publié en 1848, contient mon travail sur la localisation de la faculté du langage dans les lobes antérieurs du cerveau, lu à l'Académie de médecine le 1er avril 1845. Après avoir rappelé tous les travaux précédents, depuis ma thèse sur l'idiotie jusqu'alors, je termine ainsi par cette phrase, page 674 : « J'ai fait, en » 1840, une série d'expériences sur les animaux, pour prouver que » la sensibilité n'existe dans le cerveau qu'à une certaine profondeur; » plus on se rapproche des pédoncules, plus on détermine le mouve- » ment, et l'on cause la mort immédiate en détruisant le bulbe ra- » chidien. » Aujourd'hui, je m'occupe de la localisation de la faculté du langage, si bien élucidée par le professeur Bouillaud; j'énumère, à la page 710, *cent vingt-neuf faits* que la science possède en faveur de la localisation de la faculté du langage dans les lobules antérieurs du cerveau, dont la lésion amène la cessation de la mémoire des mots. (Voir mes conclusions à la page 693, cinquième mémoire.) Ces conclusions sont celles du professeur Bouillaud, dont l'autorité scientifique est incontestable.

» Voilà, Monsieur le président, une série de travaux sur la localisation cérébrale qui ne laissent aucun doute sur mes études constantes et persévérantes du système nerveux.

» Pourquoi M. Flourens a-t-il dit, dans le *Compte rendu* du 11 avril 1864, que je n'ai rien fait sur le *système nerveux* qui ait fixé l'attention, et que mes prétentions sont gratuites? La lecture de cette lettre dissipera le doute de l'honorable secrétaire perpétuel!

» Que MM. les commissaires nommés par vous, Monsieur le Président, fassent leur rapport; je l'attends avec calme, car je suis persuadé qu'ils voudront bien reconnaître mes efforts multipliés pour élucider les fonctions du cerveau, et par conséquent déclarer que j'ai contribué à la découverte du *nœud vital*.

» Il ne me reste plus qu'à faire une seule observation sur la vivisection en général.

» Les physiologistes qui se bornent à consulter les phénomènes de la vie en martyrisant les animaux, tirent de leurs expériences des inductions qu'ils appliquent à l'homme; le système nerveux de l'homme est plus compliqué et plus complexe que celui des animaux; sont-ils bien sûrs de ne pas se tromper?

» Si, au contraire, en suivant ma double méthode d'exploration, on consultait tout à la fois l'expérimentation sur les animaux et l'anatomie pathologique, n'arriverait-on pas à des résultats plus certains et plus concluants? Je laisse à MM. les commissaires, qui sont des hommes graves et impartiaux, à décider la question que je soulève.

» J'ai l'honneur d'être, Monsieur le président, etc.

» Dr Belhomme. »

Eaux thermales de la Tunisie. — M. Guyon fait hommage à l'Académie d'un opuscule ayant pour titre : *Études sur les eaux thermales de la Tunisie, accompagnées de recherches historiques sur les localités qui les fournissent.*

Les sources thermales de la Tunisie, dit M. Guyon, sont assez nombreuses; mais deux seulement se distinguent de toutes les autres par leur température, ainsi que par leurs principes minéralisateurs. Aussi sont-elles fréquentées à la fois par les indigènes et par les Européens. Ce sont les sources d'Hammam-Lif et de Gourbès, l'une et l'autre à peu de distance de Tunis.

Il y a déjà quelques années, en 1857, j'ai fait connaître à l'Académie des inscriptions et belles-lettres une inscription trouvée dans la première de ces localités. Cette inscription a de l'importance : outre qu'elle éclaircit la géographie fort embrouillée des environs de l'ancienne Carthage, elle établit de la manière la plus péremptoire que la source d'Hammam-Lif est celle dont parle, sous le nom d'*Aquæ persianæ*, l'éloquent adversaire de saint Augustin, Apulée, source à laquelle il alla demander avec succès la guérison de son entorse. « Grâce aux eaux persiennes (*aquæ persianæ*), dit Apulée, à leurs douches salutaires, j'ai recouvré la faculté de marcher.... » (*Apuleii Florides*, XVI.)

L'inscription trouvée à la source ou aux sources d'Hammam-Lif a été reproduite dans l'opuscule qui fait le sujet de notre communication, ainsi que l'interprétation qui en a été donnée par M. Léon Renier, si versé dans la lecture des anciens monuments épigraphiques.

— M. Prevet soumet au jugement de l'Académie un Mémoire sur l'emploi des graines du caroubier pour la préparation d'une boisson destinée à remplacer le café, et qui se préparerait de la même manière.

Cette boisson, que l'auteur dit être d'un goût agréable même sans être sucrée, pourrait, suivant lui, remplacer avec avantage le café-chicorée, et, à part même la question d'économie, pourrait entrer dans l'alimentation des personnes qui trouvent le café trop excitant. (Commissaires : MM. Brongniart, Bernard, Gay.)

— M. Avrard adresse de la Rochelle le Mémoire qu'il avait précédemment annoncé sur un instrument de chirurgie qu'il désigne sous le nom d'*hystéromètre dilatateur*. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 avril 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine de Bordeaux*.

— M. le docteur Porta, membre correspondant, offre en hommage à la Société, par l'entremise de M. Larrey, un mémoire intitulé : *De la fracture du fémur*.

— M. Richet présente à la Société de chirurgie, de la part de M. Jules Meugy, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rethel, un Mémoire manuscrit *sur quelques cas de drainage*. (Commissaires, MM. Béraud, Marjolin et Chassaignac.)

Enchondrome du fémur. — M. Houel expose, à l'occasion du procès-verbal, les résultats de l'examen de la pièce de M. Gamgee. Ainsi que M. Dolbeau l'avait pensé, le tissu cartilagineux semblait bien venir du périoste; on voyait çà et là quelques jetées osseuses reliées au périoste et peu nombreuses. L'os lui-même était peu altéré; le tissu osseux semblait raréfié sur quelques points de la surface.

Un bouchon de substance chondroïde occupait le canal médullaire et remontait assez haut vers la tête du fémur, nouvelle raison qui milite en faveur de la désarticulation faite par M. Gamgee, car l'amputation de la cuisse aussi haut que possible aurait pu laisser une partie de la tumeur dans le canal médullaire et ouvrir le champ à la récidive.

COMMUNICATION.

Résections traumatiques.

M. Verneuil. La communication que je vais faire à la Société porte sur une question à l'ordre du jour, les résections pour des cas traumatiques. Plusieurs faits se sont présentés à moi dans un assez court espace de temps.

Mes collègues peuvent se rappeler le succès inespéré que j'obtins à la suite d'une résection du genou chez un jeune homme qui avait eu l'articulation traversée par une balle de pistolet. Aujourd'hui la guérison est un fait accompli.

Il y a cinq mois, j'ai fait une seconde résection du genou pour un coup de feu sur un braconnier blessé dans une lutte à main armée. L'accident remontait à vingt jours, lorsque M. le docteur Surblay (de Corbeil) me fit voir son malade. L'état local et l'état général étaient des plus graves, et M. Surblay se proposait d'amputer le membre comme dernière chance de salut. Le genou était ouvert par une plaie irrégulière et sanieuse; la jambe tuméfiée était le siége d'un phlegmon diffus.

Je pensai que dans une pareille situation la résection offrait peut-être moins de dangers que l'amputation, que d'ailleurs les incisions nécessitées par l'opération et quelques tubes à drainage placés dans les interstices musculaires de la jambe, pourraient combattre avec succès le phlegmon diffus.

Je me décidai donc à faire la résection du genou. La rotule étant réduite en éclats, le fémur et le tibia n'étaient le siége d'aucune fracture, mais il y avait une synovite intense avec abondante suppuration. Je commençai la section par le tibia. Dès que son extrémité supérieure eut été séparée par la scie, un flot de pus d'un litre environ s'écoula et vida le mollet. Même chose après la section des condyles fémoraux; une fusée purulente, qui n'avait pas été reconnue avant l'opération, remontait jusqu'auprès des trochanters. Le membre fut placé dans une simple gouttière en planches, qui, à mon sens, remplace très-suffisamment les chariots compliqués.

Au bout de trois jours l'opéré n'allait pas plus mal; quinze jours après la suppuration était de bonne nature et avait diminué d'abondance. Après deux mois et demi la marche avec des béquilles était possible, et à trois mois et demi la guérison était achevée; la jambe était raccourcie bien entendu, mais droite, rigide, sans aucune fistule.

Mon premier malade avait été opéré le quatrième jour, au début des accidents inflammatoires; il avait fait un trajet de plus de cinquante lieues pour venir à Paris. Le second était en pleine période inflammatoire. Dans ces deux cas, le succès a été le même. N'y a-t-il pas là un encouragement pour la chirurgie militaire à recourir plus souvent à la résection du genou? Je ne puis croire qu'il n'y ait pas toujours une bonne ambulance ou même un hôpital à moins de cinquante lieues d'un champ de bataille.

Je passe aux résections du coude.

L'une d'elles est assez récente, et cependant l'opéré peut faire un trajet de quinze lieues pour venir me voir à Paris. Les os commencent à être réunis assez solidement pour me permettre de faire quelques légères tentatives de mobilisation. — C'est le vingtième jour que je fus appelé près du blessé. Par suite d'un accident de chasse, un coup de fusil (plomb n° 4), tiré à un mètre de distance, avait creusé dans la région du coude une plaie très-profonde et réduit les os en esquilles. Quand je fus appelé pour faire l'amputation du bras, je constatai que le membre tout entier était atteint d'une rougeur phlegmoneuse très-accusée; il aurait donc fallu non pas amputer, mais désarticuler le bras. Cette raison, ainsi que l'examen de la région, me décidèrent à tenter la résection. Aidé par MM. Devouges, Charnal et Morin (de Billancourt), je pus mener à bien l'opération, enlever toutes les esquilles et les grains de plomb. Je reconnus en même temps que par bonheur le plomb avait respecté tous les nerfs et les vaisseaux. L'amélioration fut très-rapide; la rougeur inflammatoire disparut, et au bout de cinq semaines la guérison paraissait assurée.

Le second cas de résection du coude a présenté toutes les difficultés de traitement des plaies graves. En fin de compte, j'ai dû pratiquer l'amputation du bras, à cause de complications sérieuses du côté des vaisseaux.

Un homme qui n'avait pas l'habitude des armes à feu, fait involontairement partir son fusil; le coup fait balle et traverse le coude de part en part. Immédiatement hémorrhagie abondante suivie de syncope. M. le docteur Reculez parvient à arrêter l'écoulement du sang en bourrant la plaie de charpie imbibée de perchlorure et en comprimant le membre.

Je vis le blessé le lendemain. Il refusait absolument de subir l'amputation. Je ne me dissimulai pas que l'hémorrhagie, due, suivant toute probabilité, à une plaie d'artère, était une fâcheuse circonstance. Cependant, comme les pulsations pouvaient être nettement perçues à la radiale et à la cubitale, je me décidai le quatrième jour à faire la résection du coude. Le radius avait été enlevé par le coup de feu, je n'eus à scier que le cubitus et l'humérus.

Au bout de quelques jours, l'hémorrhagie se renouvelle. Elle est encore arrêtée par un tampon imbibé de perchlorure de fer, qui détermine un gonflement inflammatoire considérable. Je suis appelé en toute hâte, et je parviens à grand'peine, la nuit, avec un seul aide, à faire la ligature de l'humérale.

A la suite de cette opération, tout semblait marcher à souhait, le bras avait perdu sa tuméfaction, lorsque le vingt-huitième jour survint une nouvelle hémorrhagie. J'arrive près du blessé à deux heures du matin, et pendant que je détache les premières pièces du pansement, le sang recommence à couler en abondance. Je pensai alors que les ressources de la chirurgie conservatrice étaient épuisées, et je pratiquai l'amputation du bras, que le malade, effrayé par les hémorrhagies répétées, accepta sans résistance.

L'examen du membre nous permit de reconnaître la source des hémorrhagies.

A 2 ou 3 millimètres de son origine, la radiale avait subi une perte

de substance. La ligature de l'humérale empêchait le sang de couler par le bout supérieur ; mais les collatérales rétablissant la circulation, le bout inférieur de la radiale ouvrait une voie facile à l'hémorrhagie. Sans doute une ligature portée sur chacun des bouts de la radiale eût été plus efficace ; mais j'étais dans la nécessité d'agir immédiatement, presque sans aide, à la lumière artificielle. La plaie était remplie de caillots, de détritus noirâtres produits par l'action du perchlorure ; la recherche des vaisseaux eût été bien difficile, et d'ailleurs deux ligatures n'eussent pas suffi. Il aurait fallu, pour opposer une barrière définitive à l'hémorrhagie, lier en même temps l'humérale, puisque la radiale était coupée à son origine, la cubitale et le bout inférieur de la radiale.

En résumé, la résection du genou m'a donné deux succès très-beaux ; celle du coude, un succès et un insuccès dû aux complications de l'appareil vasculaire. Je doute que l'amputation pour des cas semblables donne des résultats aussi satisfaisants.

M. GIRALDÈS. M. Verneuil pense que les beaux résultats obtenus par lui pousseront les chirurgiens militaires à faire plus de résections pour les plaies d'arme à feu. Mais il me semble, et sous ce rapport nos collègues militaires pourront nous renseigner plus complétement, que c'est là un point définitivement établi. Ces résections ont été faites assez souvent, ainsi que cela résulte des publications de Stromeyer sur la guerre du Schleswig-Holstein, et des chirurgiens anglais, Mackensie Grives, Mac-Leod et autres, sur la guerre de Crimée.

La résection du genou est sans doute une bonne opération ; mais il ne faut pas croire qu'elle donne une mortalité très-inférieure à l'amputation de la cuisse. M. Holmes (de Londres) a montré que sous ce rapport, les résultats sont à peu près égaux ; il est vrai qu'en cas de succès, la résection conserve un membre utile. C'est un avantage incontestable.

Pour ce qui est des cas particuliers cités par M. Verneuil, il me semble que si son second opéré du genou avait pu être bien soigné dès le début, si on avait donné issue aux collections purulentes, la guérison eût été possible sans opération. Je suis cependant loin de dire que, dans l'état où il a trouvé le malade, M. Verneuil n'ait pas bien fait d'opérer.

Ces guérisons sans résections ne sont pas très-rares pour le coude, si le membre est bien immobilisé et soumis aux irrigations froides. A la suite des affaires de juin 1848, grâce aux irrigations et aux gouttières en gutta-percha, que je crois avoir été le premier à employer, j'obtins plusieurs succès chez des jeunes gens robustes. Presque tous les blessés amenés à l'hôpital des Cliniques appartenaient à la garde mobile.

Le second malade de M. Verneuil a guéri, quoiqu'il eût été opéré en pleine période inflammatoire, c'est vrai. Mais il faut se garder de tirer de là un principe applicable à tous les cas.

Enfin, je terminerai par une dernière remarque ; c'est qu'il ne faudrait pas conclure de la série favorable que vient de nous communiquer M. Verneuil, que de pareils succès sont la règle. Ce serait s'exposer à de nombreux mécomptes.

M. VERNEUIL. Je ne me serai sans doute pas fait comprendre de M. Giraldès. Je suis loin de prétendre à l'invention des résections traumatiques ; j'ai restreint le débat à la résection du genou. On ne connaît guère que neuf ou dix cas de résection du genou pour cause traumatique, et sur ce nombre il y a deux guérisons au plus. Cette question spéciale est loin d'être résolue. Ce n'est pas un précepte en chirurgie militaire de faire la résection pour les cas de plaie du genou ; c'est l'amputation de cuisse qui est la règle. J'étais donc fondé à dire que mes deux succès plaident en faveur de la résection et montrent qu'elle peut réussir dans les cas les plus graves.

M. Giraldès me dit que l'un de nos malades eût pu être mieux soigné, et qu'alors peut-être la résection eût été inutile. C'est possible, mais là n'est pas la question. J'ai soigné le malade dans l'état où il était, et je demande si l'amputation eût été plus favorable avec ce foyer purulent situé en arrière, que nous avions tous méconnu.

Je suis d'accord avec M. Giraldès pour reconnaître que toutes les plaies articulaires ne nécessitent pas des résections et peuvent néanmoins guérir. Cependant, je crois que la résection a l'avantage de simplifier l'état de la plaie, d'abattre la rougeur et le gonflement inflammatoire, d'améliorer rapidement l'état général qui dépend de l'état de la plaie, enfin de laisser des chances de conservation des mouvements.

Je n'ai pas dit qu'il fallait opérer dans la période inflammatoire. N'ayant pas le choix, j'ai opéré mon malade et je me suis borné à constater le résultat.

Enfin, sans vouloir indiquer aucune conclusion générale, j'ai pensé qu'une série de succès devait contribuer à asseoir les indications encore mal définies des résections traumatiques.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'idée d'association fraternelle entre les étudiants en médecine fait son tour de France.

Le *Montpellier médical* nous annonce que le jeudi 28 avril, M. le professeur Dupré a appelé l'attention de ses collègues de la Faculté de médecine sur la nécessité de créer, à Montpellier, parmi les élèves, une société de secours mutuels.

La Faculté s'est associée à la démarche de M. Dupré, et M. le doyen Bérard a été prié de recueillir les documents qui pourront faciliter la réalisation de ce projet.

— A la suite du concours ouvert le 20 avril dernier, ont été nommés élèves de l'Ecole pratique d'anatomie de Montpellier :

MM. Serre, Sauvage, Gayat, Guionnet, Mazade, Donnadieu, Olivier, Boissieux, Dellard, Basset, Decrand, Barrion, Gaube, Boisson, Venard, Bernier et Leptours.

— A la suite d'un concours ouvert par la Faculté de médecine de Bruxelles, ont été nommés internes des hôpitaux de cette ville : MM. Corten, Nyst et Riboux.

— La Société médico-psychologique met au concours, pour les années 1865 et 1866, les trois sujets de prix suivants :

1° Prix Ferrus-Belhomme-Archambault : *Du crétinisme*. Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

2° Prix André : *De la manie raisonnante*. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

3° Prix Aubanel : *Etude médico-légale sur la paralysie générale*. Ce prix sera de la valeur de 800 fr.

Les mémoires pour les prix Ferrus-Belhomme-Archambault et André devront être adressés le 31 décembre 1865 au plus tard, tandis que ceux destinés au concours pour le prix Aubanel devront être déposés le 31 décembre 1864.

Les membres *titulaires* de la Société médico-psychologique sont seuls exclus de ces concours.

Adresser les demandes de renseignements et les mémoires à M. le docteur Brochin, secrétaire général de la Société, boulevard Sébastopol, 7 (rive gauche).

— Nous avons annoncé que le docteur Ernest Godard avait fondé un prix qui devait être décerné par la Société d'Anthropologie de Paris « *au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à l'anthropologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé.* »

Ce prix triennal de 500 francs sera décerné pour le 1er juin dans la séance solennelle du mois de mai 1865.

Les mémoires manuscrits écrits en français, en anglais ou en latin, et les ouvrages imprimés en une de ces trois langues et en outre en allemand, italien, portugais ou espagnol, doivent être adressés avant la séance du 5 janvier 1865 au secrétariat de la Société d'anthropologie, rue de l'Abbaye, n° 3.

Tous les mémoires manuscrits ou imprimés lus en séance ou admis par la Société pourront, sur la demande formelle de leurs auteurs, être admis au concours, à la seule exclusion des travaux couronnés par une autre Société avant leur dépôt au secrétaire de la Société.

De son côté, la Société de biologie a décidé, dans sa séance du 7 mars 1863, que tous les deux ans elle décernerait un prix au nom du Dr Ernest Godard.

On se souvient que ce savant si regretté avait inséré la clause suivante dans son testament daté de Jérusalem, le 3 septembre 1862 :

« Je lègue à la Société de biologie de Paris, ou, si elle n'est pas reconnue, je lègue à son président une somme de *cinq mille francs*, dont les revenus, *tous les deux ans*, formeront le capital d'un prix qui sera donné *au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie*. Aucun sujet de prix ne sera proposé.

» Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard. »

Après avoir rempli les conditions légales, la Société a fixé à la réunion la plus rapprochée du 6 janvier, jour de naissance du testateur, la remise du prix Godard.

Adresser les mémoires imprimés ou manuscrits, avant le 1er novembre 1864, au président de la Société de biologie, 14, rue de Londres.

— Le prix Godard, à la Société anatomique, accordé au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, concernant l'anatomie normale, l'anatomie pathologique, la tératologie, de la valeur de 420 fr., devant être décerné pour la première fois au mois de janvier 1865, les personnes qui désireront concourir devront envoyer *franco* leur travail à M. Poumet, archiviste de la Société anatomique, rue Richelieu, 108, avant le 1er août 1864.

Les mémoires imprimés avant le 1er janvier 1862 ne seront pas admis au concours. Les auteurs devront adresser, en même temps que leur mémoire, leur nom, titres et adresse.

Jésus-Christ, réponse à M. Renan, par le père GRATRY (de l'Oratoire), professeur à la Sorbonne. Un vol. in-18. Prix : 1 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Henri Plon, libr.-éditeur.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 55. — JEUDI 12 MAI 1864. (37e ANNÉE.) N° 55. — JEUDI 12 MAI 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 11 MAI 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Gavarret, en sa qualité de rapporteur, a pris la parole hier pour répondre aux critiques dont le travail de MM. Chauveau et Marey a été l'objet de la part de M. Beau; et cette position de défensive qu'avait d'abord prise M. le rapporteur, s'est bientôt tournée en une offensive qui ne laisse plus pierre sur pierre de l'édifice si laborieusement élevé par M. Beau à l'encontre de tous.

Nous connaissions le professeur autorisé, au savoir solide, aux méthodes précises et rigoureuses, à l'exposition claire et démonstrative; nous nous rappelions le savant auteur des *Principes de statistique médicale*, des Traités de l'électricité et de la chaleur; c'est assez dire ce que nous attendions de l'intervention de M. Gavarret dans la discussion.

Notre attente a été dépassée.

A cette argumentation serrée, ne marchant jamais que de preuve en preuve, de certitude en certitude, et qui semblait, à mesure qu'elle avançait, dissiper par sa vive clarté les obscurités accumulées comme à plaisir sur le phénomène de la révolution du cœur; à cette démonstration rigoureuse par les lois de l'hydrodynamique, de la concordance des expériences d'Alfort et des tracés cardiographiques de MM. Chauveau et Marey, avec la théorie classique déjà si habilement défendue par MM. Bouillaud et Béclard, et de l'impossibilité des hypothèses sur lesquelles se fonde la théorie adverse; à cette grave éloquence scientifique qui aurait pu se passer de tout artifice de langage, tant elle portait aisément avec elle la conviction dans tous les esprits, M. Gavarret a su joindre encore cette élégante pureté de langage et cette entraînante chaleur de débit qui ajoutent toujours à la puissance des meilleurs arguments.

Ce sont ces qualités mêmes, dont nous aurions craint d'affaiblir l'effet, autant que les difficultés presque insurmontables de suivre pas à pas, sur un simple souvenir, cette solide argumentation sans en rompre forcément les liens, qui nous empêchent de la mettre aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs. Quand M. Gavarret aura fixé lui-même sur le papier cette magistrale improvisation que l'Académie a interrompue plusieurs fois par ses applaudissements, nous nous empresserons de les faire participer au plaisir qu'elle nous a procuré.

L'Académie a entendu au commencement de la séance une lecture de M. Legoyt, candidat pour la place vacante dans la section des académiciens libres, sur la statistique du suicide en Europe. On trouvera dans le compte rendu un résumé des conclusions de cet important travail, qui a dû coûter des recherches considérables, et qui renferme des éléments d'un grand intérêt pour l'appréciation des causes de l'accroissement du suicide et pour l'étude de toutes les circonstances qui entourent sa perpétration.

L'Académie a procédé ensuite à l'élection d'un membre associé national. M. Girardin, de Lille, a été élu.

La discussion sur la théorie des bruits du cœur sera continuée dans la séance prochaine. La parole sera donnée à M. Parchappe. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES.

Des tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, principalement au point de vue de certains phénomènes non encore signalés qui en obscurcissent le diagnostic (1).

Par M. le docteur GUÉNIOT, chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

Dans cette observation, la multiplicité des corps fibreux (au nombre de vingt), presque tous situés dans les couches les plus superficielles de la matrice; la coexistence, avec ces produits hypergénétiques, de plusieurs exostoses développées en divers points du squelette; la terminaison par l'avortement de deux grossesses antécédentes; l'absence du trouble dans l'état habituel de la menstruation, de même que l'état inflammatoire de l'utérus et la persévérance des vomissements bilieux pendant la grossesse, sont autant de circonstances qui méritent d'être particulièrement remarquées.

Il en est de même des phénomènes qui ont accompagné le travail, c'est-à-dire de l'état de fièvre et de mal-être qui caractérise l'invasion de la varioloïde, de la rupture prématurée des membranes, de la présentation vicieuse du fœtus et de la mollesse des contractions utérines, enfin de la dilatation lente de l'orifice, de sa forme irrégulière et des difficultés considérables que présenta la version. Il est à noter, toutefois, que ces difficultés ne furent pas produites par un rétrécissement accidentel du canal pelvien, puisque toutes les tumeurs, à l'exception d'une seule, se trouvaient alors au-dessus du détroit supérieur, et que cette dernière, située à la jonction du col et du corps de la matrice, était molle, infiltrée et facilement dépressible. L'obstacle vint surtout de la résistance de l'orifice utérin incomplétement dilaté, ainsi que de l'état de rétraction et d'irrégularité de la cavité utérine, cavité qui était partiellement envahie par le relief interne du corps fibreux interstitiel.

Enfin, la facilité de la délivrance, l'absence de tranchées et d'hémorrhagie, le retrait progressif et rapide de l'utérus dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement, ainsi que l'invasion tardive d'une péritonite promptement mortelle, sont les phénomènes principaux qui signalèrent le temps des couches. Mais en dehors de ces diverses particularités, il en est de très-importantes, surtout au point de vue du diagnostic, sur lesquelles, en raison même de leur caractère insolite, il convient d'entrer dans quelques détails.

L'*aplatissement* si remarquable que présentait pendant la grossesse la volumineuse tumeur interstitielle, était évidemment la conséquence d'une double pression exercée en sens inverse, d'un côté par l'œuf, et de l'autre par la paroi abdominale antérieure. Car, aussitôt après la déplétion de la matrice, le fibrome perdit sa disposition en plaque et se confondit sous l'apparence d'un sphéroïde, avec la paroi antérieure de l'organe. D'autre part, la rétraction de l'utérus après l'accouchement dut favoriser le retour de la tumeur à l'état sphérique, qui sans doute était sa forme primitive. L'altération profonde qu'elle avait subie dans son tissu et la diminution de sa consistance, permettent d'ailleurs de comprendre comment a pu se produire le phénomène de son aplatissement.

La *mobilité* très-manifeste de la plaque fibreuse, que l'on pouvait déplacer légèrement dans le sens transversal, est un autre caractère qui n'offre pas moins d'intérêt que le précédent. La couche celluleuse qui séparait la tumeur du tissu propre de l'utérus peut en rendre raison, bien qu'elle fût peu apparente et peu propre, semblait-il, à se prêter au mouvement constaté pendant la grossesse. Toutefois cette explication me paraît d'autant plus plausible que, même sur des utérus en état de vacuité, MM. Verneuil et Fénerly (1) ont trouvé autour de certains fibromes, chacun un exemple de bourses séreuses accidentelles. Or, on sait que ces dernières indiquent d'une façon certaine l'existence de mouvements plus ou moins fréquents et étendus dans les parties contiguës. Le tissu cellulaire, dans le fait dont il s'agit, aura suffi sans doute à rendre possible le déplacement du corps fibreux dans le sens transversal.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe surtout de remarquer, au point de vue pratique, c'est que la tumeur interstitielle présentait à la fois deux caractères très-insolites (*mobilité et forme aplatie*), qui eussent pu facilement en faire méconnaître la nature. Bien qu'elle parût siéger dans la paroi utérine, le fait était loin toutefois de l'évidence; d'où la nécessité de rechercher si elle n'était pas renfermée dans la cavité de l'organe, ou même (supposition peu vraisemblable et qui fut promptement rejetée), si elle n'appartenait pas à la paroi antérieure de l'abdomen. En admettant qu'elle siégeât dans la cavité utérine, on pouvait croire qu'elle était due à un produit de conception dégénérée ou à œuf mort dans les premiers mois de la grossesse, puis aplati et refoulé par l'œuf vivant. La disposition en gâteau et la mobilité de la tumeur n'eussent alors plus rien offert d'extraordinaire.

Pendant quelques jours, j'inclinai fortement vers cette supposition, tandis que M. Depaul, se fondant sur la coexistence des autres corps fibreux, dont le diagnostic n'était pas contestable, admettait plus volontiers entre toutes ces tumeurs une entière conformité de nature. Telle me paraît être l'opinion qu'il exprima dans une de ses leçons cliniques. La manœuvre que nécessita la version fixa enfin d'une manière définitive le diagnostic. M. De-

(1) Voir les numéros des 12, 28 avril et 3 mai.

(1) F. Guyon, *loco cit.*, pag. 19.

CHRONIQUE SCIENTIFIQUE.

LES PIEDS CHINOIS.

Nous devons à MM. Fuzier et Bourot la connaissance des modifications anatomiques que présente le pied chez les femmes chinoises. On est naturellement conduit à se demander comment et pourquoi une nation tout entière s'impose une mutilation semblable. M. Morache, médecin aide-major attaché à la légation française de Pékin, vient de publier dans le *Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires* le résultat des recherches qu'il a entreprises pour donner satisfaction sur ce point aux gens curieux des usages et des origines.

« On sait, dit-il, que personne, pas même le mari, ne doit voir le pied déchaussé de sa femme; c'est dans ce membre que leur pudeur a placé ce qu'en Europe on est habitué à voir respecter dans d'autres parties du corps; on le comprendra facilement par ce que je dirai sur l'origine et les effets de cette habitude. Néanmoins, ma double qualité d'étranger et de médecin, c'est-à-dire d'homme sans conséquence, m'a permis de passer outre, cela cependant sur des femmes réputées honnêtes. J'ai pu voir le pied de l'enfant avant la déformation, pendant la période du travail, et enfin celui de la femme actuelle.

» § Ier. *Description de la déformation.* — La déformation du pied, constituant ce que les Chinois ont nommé « Lys dorés, — Ornements de l'appartement intérieur, » etc.... est loin d'être également répandue dans leur immense empire; dans les provinces méridionales elle constitue à peu près la règle pour les classes aisées; dans le nord et à Pékin surtout, le voisinage des Tartares auxquels elle est interdite, la misère plus répandue la rendent beaucoup plus rare. De même, il y a pour ainsi dire un mode de déformation spécial à chaque province, et c'est surtout dans le Kouang-si et le Kouang-toun que l'on en trouve les plus beaux spécimens. Cependant, partout les familles essentiellement chinoises et riches se donnent ce luxe, qui assure, dit-on, à leurs filles les plus beaux partis.

» J'admettrai deux grandes divisions dans l'agencement de la déformation.

» Dans l'une, les orteils sont fléchis sous la plante du pied, le pouce restant libre; la face plantaire forme une forte concavité inférieure, plus ou moins remplie par du tissu cellulaire; de plus il y a un changement du calcanéum, qui d'horizontal devient vertical. De là tous les désordres produits dans l'articulation du tarse... C'est le pied décrit par M. Fuzier, celui dont on possède en France des échantillons; je n'insiste pas.

» Mais c'est là le maximum de la déformation, c'est celui qui se rapproche le plus de l'idéal; c'est, dans le nord au moins, la forme la plus rare. En général, je ne vois ici qu'un premier degré de la déformation, c'est-à-dire la flexion des quatre derniers orteils sous la plante, sans changement de direction du calcanéum; par un bandage maintenu fort serré on a bien produit un raccourcissement de tout le pied, une sorte de tassement antéro-postérieur des os du tarse, une exagération de la voûte, mais le calcanéum est resté intact. En joignant à cela ce fait que les Chinois ont le pied et la main fort petits et souvent fort bien faits, on comprendra que l'on aura pu obtenir des pieds fort petits sans faire basculer le calcanéum.

» C'est une sorte de moyen terme qui permet à la femme de joindre aux exigences de la coquetterie celles du travail et d'une locomotion forcée.

» Voilà pour la déformation du squelette. Les parties molles ont dû se plier aux exigences de la compression; elles sont atrophiées sur l'avant-pied et ont en dessous au contraire comblé en partie la voûte exagérée de la face plantaire. La peau qui les recouvre est souvent rouge, plus ou moins érythémateuse, quelquefois même ulcérée; mais, pour ma part, je n'ai pas observé ces ulcérations, cette suppuration fétide que l'on a signalée plusieurs fois.

» Le mode de déambulation étant essentiellement modifié et les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne devenant à peu près nuls, les muscles fléchisseurs et extenseurs du pied ont dû s'atrophier: c'est en effet ce qui se produit, et la jambe prend la forme d'un tronc de cône. D'un autre côté, les mouvements de l'articulation du genou étant intimement liés à la flexion et l'extension du pied, et ceux-ci ne se faisant plus, les muscles de la cuisse ont dû diminuer d'autant.

paul put ainsi s'assurer directement qu'il s'agissait bien d'un fibrome étalé en plaque et formant dans la cavité utérine une saillie considérable. L'autopsie ne fit que confirmer ce résultat, en lui donnant un complément d'évidence.

L'*altération* très-notable du tissu de la tumeur mérite aussi d'être mentionnée d'une façon spéciale, de même que celle, plus profonde encore, qui affectait le corps fibreux situé à l'union du corps et du col de l'utérus. Mais doit-on attribuer à la grossesse le travail pathologique constaté dans ces deux fibromes? Quelques observations, et en particulier celle de M. Huguier, qui est consignée dans le tome VIII des *Bulletins de la Société de chirurgie*, autoriseraient jusqu'à un certain point à admettre cette interprétation. Dans ce fait, il s'agit d'une femme ayant eu dix enfants, et qui, deux mois après une fausse couche, succomba à une péritonite. Or, cette dernière avait été causée par la rupture d'un fibrome utérin transformé en abcès ou kyste purulent. Ici, les grossesses multipliées avaient pu sans doute favoriser l'inflammation, puis la fonte purulente du tissu de la tumeur; mais que de fois n'a-t-on pas observé, en dehors de la gestation, des modifications analogues et aussi singulières? Pour le cas que j'ai rapporté, il serait, je crois, difficile de se prononcer sur la réalité de l'influence exercée par la grossesse, et surtout sur le degré de cette influence. La question me semble donc devoir être réservée, et pour la résoudre il convient d'attendre encore de nouvelles observations.

Comme on vient de le voir, la coexistence dans les parois utérines de plusieurs tumeurs incontestablement fibreuses, avec la plaque mobile et d'origine douteuse qui masquait une grande partie de l'œuf, servit très-heureusement à déterminer, d'une manière au moins très-probable, la vraie nature de cette dernière. Il en fut absolument de même relativement au diagnostic du fibrome pédiculé ou polype sous-péritonéal. La tumeur qu'il formait dans le haut de l'excavation aurait pu sans doute appartenir à l'ovaire, à la trompe ou à quelque autre organe pelvien. Les fibromes du segment supérieur de la matrice nous firent penser qu'il s'agissait plutôt d'un corps fibreux utérin, et l'autopsie vérifia l'exactitude du diagnostic. Ce fait de la coïncidence d'une tumeur située dans le voisinage de la matrice, avec d'autres tumeurs appartenant à cet organe et dont la nature fibreuse est bien reconnue, doit donc être soigneusement enregistré, et pourra concourir très-efficacement dans les cas douteux à élucider le diagnostic de la première.

Mais il est une particularité du polype sous-péritonéal qui offre plus d'importance encore au double point de vue du diagnostic et des indications thérapeutiques, je veux parler des mouvements singuliers qu'il présenta pendant la grossesse, et en vertu desquels il se trouvait tantôt explorable par le toucher vaginal, tantôt au contraire complétement inaccessible par suite de son élévation au-dessus du détroit supérieur. Cette disparition inopinée et si bizarre est un fait bien connu lorsqu'il s'agit des polypes sous-muqueux, et Lisfranc, un des premiers, a signalé depuis longtemps (*Bull. gén. de thérap.*, 1840, t. XIX, p. 29) la rentrée dans l'utérus, puis la sortie alternative d'une tumeur de cette nature qu'il se disposait à opérer. Depuis lors, ce fait a été constaté nombre de fois, et l'on peut voir, à propos d'un exemple présenté à la Société de chirurgie en 1860 (p. 256) par M. Demarquay, que MM. Depaul et Huguier, entre autres, ont été plusieurs fois témoins de semblables phénomènes.

Il en est de même des tumeurs des ovaires, des trompes ou de tout autre organe pelvien, qui parfois s'engagent dans l'excavation, puis s'élèvent au-dessus du détroit supérieur, pour redescendre encore à quelques jours d'intervalle.

Mais, quoique de même nature et s'accomplissant sans doute sous l'influence des mêmes causes, ces mouvements oscillatoires n'ont pas encore été mentionnés dans le cas de polype sous-péritonéal compliquant la grossesse. A ce titre, notre observation II offre donc un réel intérêt, puisqu'elle nous fournit l'exemple d'un phénomène dont l'existence n'était jusqu'ici qu'à l'état de probabilité, à savoir : la possibilité pour les tumeurs utérines de subir un déplacement très-étendu, semblable à celui dont je viens de parler à propos des ovaires et des trompes. Il me paraît vraisemblable que dans ce fait les contractions de l'utérus et celles de l'S iliaque, jointes aux alternatives de plénitude et de vacuité de cet intestin, ont été les agents actifs des mouvements opérés par la tumeur, les premières en exerçant leur influence sur son pédicule, et les autres en déplaçant le corps même du polype. On se rappelle, en effet, que ce dernier était uni par des adhérences lâches, mais résistantes, à la portion terminale de l'S iliaque.

Est-il besoin maintenant de faire remarquer combien, dans la recherche du diagnostic, il importe d'être prévenu de la possibilité du phénomène que je viens de signaler, afin de ne pas s'en laisser imposer par de fausses apparences, ou de ne pas s'endormir dans une intempestive sécurité. Vous constatez chez une femme enceinte l'existence d'une tumeur qui obstrue en partie le canal pelvien et paraît devoir entraver l'expulsion du fœtus. Préoccupé de cette complication, vous vous livrez quelques jours plus tard à un nouvel examen, qui cette fois, à votre grande surprise, reste complétement négatif, et cela peut-être quand vous avez fait appel aux lumières de plusieurs confrères. Ces derniers, ne reconnaissant aucune tumeur, conçoivent des doutes en apparence très-légitimes sur l'exactitude de votre examen primitif. Et si l'on croit alors votre première exploration fautive, ou si l'on admet qu'une tumeur aussi éphémère était sans doute formée par une accumulation de fèces dans le rectum (supposition qui pourra paraître d'autant plus admissible que la malade, souvent affectée de constipation, aura eu peut-être, dans l'intervalle des deux examens, des évacuations abondantes); si, dis-je, cette erreur vient à prévaloir et que l'on considère la malade comme affranchie de tout obstacle à la parturition, il est aisé de comprendre quelles conséquences fâcheuses pourront en résulter. En pareille circonstance, il serait donc utile de se rappeler la possibilité d'une ascension de la tumeur au-dessus du détroit abdominal, puis, dans le cas où elle serait devenue accessible à la palpation, de la rechercher avec soin par une exploration attentive de l'abdomen. Enfin, pour fixer définitivement le diagnostic, on devrait, à quelques jours d'intervalle, pratiquer plusieurs fois le toucher vaginal et renouveler ainsi l'examen de la cavité pelvienne.

En ce qui concerne la thérapeutique, le phénomène dont il s'agit n'offre pas moins d'importance. Il peut, en effet, constituer une contre-indication formelle à l'emploi de l'accouchement prématuré artificiel, en raison de l'espoir très-fondé qu'il fait naître de pouvoir, au moment du travail spontané, refouler la tumeur dans la grande cavité de l'abdomen. Pour notre malade en particulier, cette considération, jointe à l'état inflammatoire de l'utérus, ne fut pas étrangère à l'abstention dans laquelle se tint M. Depaul.

D'autre part, lorsque au moment de l'accouchement le fibrome se trouvera engagé au-dessous de la partie fœtale, sa mobilité particulière et bien constatée pendant la grossesse autorisera des tentatives persévérantes pour obtenir son refoulement au-dessus du détroit supérieur. Cette nécessité est heureusement loin d'être constante, et l'on a vu que dans notre observation la tumeur se trouvait spontanément remontée, dès le début du travail, dans la grande cavité de l'abdomen.

En résumé, des faits et considérations qui précèdent, il me semble permis de déduire les conséquences suivantes :

1° Les connaissances acquises sur les corps fibreux de l'utérus, presque complètes aujourd'hui en ce qui concerne ces produits morbides considérés dans leur état de vacuité, présentent encore, au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, des lacunes importantes qui réclament de nouvelles observations;

2° Certains phénomènes insolites, non encore signalés jusqu'ici chez la femme enceinte ou en travail, tels que l'impression ou enchatonnement partiel d'un polype dans la paroi œdématiée du col utérin, l'aplatissement et la mobilité d'un corps fibreux interstitiel, etc., peuvent obscurcir ou égarer le diagnostic, soit en donnant à ces tumeurs une fausse apparence, soit en dissimulant ou en modifiant quelques-uns de leurs caractères fondamentaux;

3° Au point de vue pratique, l'importance d'un diagnostic exact ne saurait cependant être contestée, puisque le choix du mode d'intervention, dans le cas où il y a nécessité d'agir, est souvent essentiellement subordonné à l'état sessile, pédiculé ou interstitiel du fibrome, de même qu'à sa mobilité, à son degré plus ou moins prononcé d'altération, etc., toutes questions que le diagnostic est appelé à résoudre.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. GIRARD.

Rhumatisme articulaire aigu. Épanchement pleurétique à gauche, puis à droite. Thoracentèse. Mort presque instantanée.

(Observation recueillie par M. L. RAÏFFER, interne du service.)

La nommée Emilie R..., âgée de vingt-cinq ans, entre à la clinique médicale le 5 janvier, pour se faire traiter d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Quelques jours après, elle se plaint d'une douleur au côté gauche de la poitrine et de difficulté dans la respiration. A l'examen, on ne trouve rien au cœur, on ne constate qu'une pleurodynie qui ne tarde pas à disparaître, et une bronchite légère, affection qui, d'après M. Louis, accompagne souvent le début du rhumatisme articulaire aigu.

Vers le 15 janvier, le point de côté et la gêne de la respiration reparurent, mais bien plus intenses que lors de leur première manifestation. On constatait : matité dans les quatre cinquièmes inférieurs de la poitrine, à gauche; absence du murmure vésiculaire, si ce n'est tout à fait au sommet du poumon; absence de vibrations thoraciques; égophonie; bronchophonie, souffle bronchique superficiel.

M. Girard diagnostiqua un épanchement pleurétique, et prescrivit un traitement énergique. Celui-ci n'amena aucune amélioration sensible; et dans la matinée du 2 février, tout était en l'état; de plus, l'épanchement allait en augmentant; la mensuration accusait une différence de 3 centimètres et demi entre les deux côtés du thorax.

Le 4 février, la gêne de la respiration était extrême; il y avait menace d'asphyxie : un épanchement avait eu lieu dans la plèvre droite. Vu le peu de succès du traitement et l'imminence du danger qui serait résulté de l'obstacle apporté au fonctionnement de l'organe respiratoire, M. Girard se décida à pratiquer la thoracentèse.

La ponction, faite au tiers moyen du septième espace intercostal gauche, avec un trocart dont la canule avait été munie d'un tube en baudruche, donna issue à un litre de liquide citrin limpide, en tout semblable à celui de l'hydrocèle.

La malade se sentait soulagée; le murmure vésiculaire s'entendait dans un espace de moins en moins restreint, à mesure que la plèvre se vidait. Elle manifesta un grand contentement, dit qu'elle était guérie, et demanda à manger; mais sa joie devait être de courte durée. Dix minutes environ après l'opération, la pauvre femme fut prise de suffocation, puis elle rendit par la bouche une écume abondante blanchâtre : elle était morte.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

A l'ouverture de la poitrine, issue de sérosité citrine semblable à celle qu'avait fournie la thoracentèse. Les deux cavités pleurales en contiennent à peu près la même quantité, environ un demi-litre; ce liquide ne tient en suspension ni fausses membranes ni concrétions albumino-fibrineuses. Le poumon droit semble rataliné : crépitation normale; la plèvre qui entoure ce poumon est unie par quelques brides molles aux plèvres costale et diaphragmatique. Le poumon gauche est d'un moindre volume que celui du côté droit; il est refoulé en haut, et son extrémité inférieure est à quatre centimètres au-dessus de la plaie de la ponction; quelques adhérences l'unissent avec les plèvres diaphragmatique et médiastine postérieure; aucune liaison avec la plèvre costale. Les deux tiers supérieurs de ce poumon ne présentent rien de remarquable; le tiers inférieur est à l'extérieur couleur lie-de-vin, la plèvre qui le recouvre est un peu épaissie : la plus grande partie de cette portion de l'organe ne surnage pas quand on la met dans l'eau. Le tissu cellulaire du médiastin antérieur est épaissi, comme lardacé; les plèvres médiastines antérieures adhèrent aux plèvres viscérales. A droite, une lamelle circonscrite du poumon ne peut être séparée du péricarde, et y reste adhérente. Les plèvres costales sont légèrement obscurcies par une très-mince couche de matière albumineuse. A droite, en quelques points, cette couche est un peu plus épaissie; infiltration du tissu cellulaire sous-séreux.

Le diagnostic de cette affection offrait quelques difficultés et devait pourtant être nettement établi en vue de l'opération que

---

» Le mouvement de progression se fait essentiellement par l'articulation coxo-fémorale, et je ne saurais mieux comparer ce phénomène qu'à ce que l'on observe chez un amputé des deux cuisses; chez lui, comme chez la femme chinoise, la moitié du membre inférieur est transformée en une masse rigide; du pilon classique de l'amputé à la jambe chinoise, il n'y a que la différence d'une articulation, absente chez l'un, presque inutile à l'autre, pour la marche s'entend.

» § II. *Accidents dus à la compression du pied.* — De semblables modifications ne peuvent évidemment être apportées dans les organes de la locomotion sans déterminer des accidents quelquefois graves sur le pied lui-même, sans amener même un retentissement dans tout l'organisme.

» Mais par suite peut-être de la tolérance traumatique si manifeste de la race chinoise, tolérance dont j'ai eu sous les yeux plusieurs exemples, ces accidents sont moins fréquents qu'on ne pourrait le croire *à priori*, et comme l'indique fort bien M. Fuzier, ils ne se rencontrent guère que chez des scrofuleuses. Il en était ainsi dans trois cas de carie des os du tarse que j'ai pu observer chez des femmes à Pékin et dans un quatrième que j'ai rencontré chez une femme habitant les montagnes à quelques journées de la capitale; le scaphoïde, vivement pressé entre l'astragale et les cunéiformes, soulevé par le mouvement de bascule du calcanéum, quand il a lieu, serait le plus fréquemment atteint; dans mes quatre cas, il y avait lésion de cet os, mais il n'était pas le seul malade, et dans l'un d'eux toute la deuxième rangée du tarse participait à la carie.

» L'instabilité forcée qu'occasionne cette déformation chez la femme la prédispose singulièrement aux chutes de toute nature, à des entorses, à des fractures des os de la jambe. Ceux-ci ont-ils participé à l'atrophie et cette condition est-elle encore une cause prédisposante aux fractures? C'est ce que l'on peut supposer, mais ce qui reste encore à démontrer.

» Les femmes chinoises des classes aisées, c'est-à-dire vivant dans des conditions hygiéniques relativement bonnes, sont souvent anémiques, disposées aux engorgements glandulaires, plus souvent scrofuleuses que les hommes de la même classe; faut-il y voir un résultat de cette coutume barbare? C'est ce que je serais assez disposé à croire, car il me paraît évident que, privées par là d'exercice, condamnées à ne sortir qu'en voiture, elles y trouvent au moins de puissants auxiliaires pour les autres causes débilitantes.

» Nous verrons plus loin que, pour maintenir le pied à l'état voulu, il faut, même chez la femme adulte, continuer la compression. Il serait assez curieux de suivre pour ainsi dire la marche inverse, de relâcher peu à peu le bandage, de le supprimer tout à fait, et de chercher à ramener le pied à l'état normal.

» De semblables essais ont été faits sous mes yeux à l'établissement des sœurs de charité à Pékin.

» Chez quelques-unes de ces enfants, la compression avait été commencée; on n'a eu qu'à enlever les bandages pour voir en quelques semaines le pied reprendre sa forme normale.

» Je m'empresse d'ajouter que ces filles étaient fort jeunes, et que l'altération des formes n'était encore qu'indiquée.

» Les sœurs emploient pour le service des enfants un certain nombre de femmes chrétiennes qui, sous le nom de « vierges », se consacrent au service des pauvres, à l'éducation des jeunes filles, aux divers besoins de la communauté. Les unes sont Tartares, les autres Chinoises; on a tenté chez ces dernières d'abolir le « petit pied ». Jusqu'à présent, soit attachement instinctif à cette ancienne coutume, soit crainte de la gêne qu'un commencement d'essai avait naturellement amenée, on n'a pu encore arriver à aucun résultat. »

D[r] CHAMPOUILLON.

(La fin au prochain numéro).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un étudiant de Montpellier qui portait un des plus beaux noms de la médecine dans le Midi, M. Chrestien, vient de succomber à l'âge de vingt-quatre ans aux atteintes d'une variole contractée dans l'exercice de ses fonctions. La Faculté avait envoyé une délégation pour rendre hommage à cette nouvelle victime du dévouement médical.

— La Société des sciences médicales de l'Yonne tiendra sa séance trimestrielle à Auxerre, le jeudi 12 mai, sous la présidence du docteur Bally, membre et ancien président de l'Académie de médecine.

— Aujourd'hui 12 mai, la soirée scientifique de la Sorbonne sera consacrée par M. Hébert, professeur à la Faculté des sciences, à l'étude de la constitution de la croûte solide du globe.

l'on se proposait de pratiquer. Elle présentait, en effet, des caractères qui sont communs à l'épanchement pleurétique et à la pneumonie, et quelques signes qui semblent être propres à cette dernière maladie.

La bronchophonie, par exemple, et le souffle bronchique superficiel, ne se montrent d'ordinaire que dans l'inflammation du poumon.

Cependant, notre malade ne présentait pas cette bronchophonie ordinaire à la pneumonie, qui est caractérisée par les vibrations qu'elle entraîne lorsqu'elle se manifeste; la voix, au contraire, semblait traverser directement les parois de la poitrine. Pour ce qui est du peu de profondeur du souffle bronchique, on le constate parfois dans la pleurésie, comme l'attestent de nombreux auteurs, Valleix en particulier; et ce symptôme n'est pas inexplicable si l'on veut bien se rappeler que certains bruits, produits en un point du poumon, peuvent se montrer loin du lieu où ils ont pris naissance et se faire entendre dans toute la poitrine, transmis qu'ils sont par le liquide épanché. En pareille circonstance, un bruit de souffle ne saurait être que superficiel, son milieu conducteur étant en contact direct avec les parois thoraciques. Des cas analogues sont rapportés dans la *Pathologie générale* de M. Chomel; et M. Girard a observé un épanchement pleurétique, confirmé par l'autopsie, qui n'empêchait pas le murmure vésiculaire d'être perçu dans toute la hauteur de la paroi thoracique affectée.

L'inefficacité du traitement dirigé contre l'épanchement, la persistance de celui-ci, ne tiennent-elles pas à la persistance même du rhumatisme articulaire aigu, sous l'influence duquel se serait manifestée l'affection pleurale? L'idée de cette relation de cause à effet n'est peut-être pas hasardée, et l'autopsie semble lui donner quelque valeur; elle n'a montré, en effet, aucune des altérations caractéristiques de l'inflammation de la plèvre, et a prouvé, au contraire, que l'épanchement était le résultat d'une subinflammation pour laquelle je suis porté à revendiquer l'influence du rhumatisme.

La submersion d'une partie du poumon gauche, que j'ai notée dans la relation de l'autopsie, n'a pas ici la signification qu'aurait pu lui donner un examen superficiel. Il ne suffit pas, en effet, qu'un poumon ne flotte pas pour qu'on en conclue à l'hépatisation; il doit encore présenter à la coupe, au toucher, à la pression du doigt, certains caractères qui manquaient totalement dans ce cas. Cette augmentation de densité provenait du manque d'air, lequel avait été expulsé par la pression *continue* et *graduelle* du liquide de l'épanchement. Mis dans l'eau, l'organe s'est comporté comme celui de l'enfant qui n'a pas respiré.

Reste à expliquer cette mort presque instantanée. Est-elle une conséquence de l'opération? Rien ne le prouve, je ne le crois pas. Pour l'expliquer, ferait-on intervenir un déplacement brusque d'organe, une syncope, comme cela arrive parfois dans la paracentèse, on ne réussirait pas mieux. Invoquerait-on la difficulté qu'éprouvait l'hématose, et par suite une asphyxie lente? — Il est certaines morts que l'on ne peut expliquer, et celle-ci est du nombre; ne sait-on pas d'ailleurs que des gens affectés d'épanchements pleurétiques qui ne faisaient nullement présager une fin prochaine, sont tombés morts pendant qu'on les auscultait?

En résumé, cette observation, intéressante à plus d'un titre, est surtout remarquable par l'accident fâcheux qui a suivi une opération dont on connaît l'innocuité ordinaire.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mai 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Basset; de Vals (Ardèche), par M. le docteur Chabane; de Baréges (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Le Bret; de Barbottan et de Castéra-Verduzan, par MM. les médecins-inspecteurs; de Saint-Honoré (Nièvre), par M. le docteur Collin; de Martigné-Briant (Maine-et-Loire), par M. le docteur Reullier. (Commission des eaux minérales.)

2° Des rapports d'épidémies, par MM. Pujos, de Bordeaux, Palanchon, de Cuisery (Saône-et-Loire), et Guillemant, de Louhans (Saône-et-Loire). [Commission des épidémies.]

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Félix Voisin, qui se présente comme candidat pour la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

2° Une observation de rage humaine, par M. le Dr Mazel (d'Anduze). [Commission de la rage.]

3° Une note de M. le docteur Joire (de Lille), sur la théorie des mouvements du cœur. (Commissaire, M. Béclard.)

4° Un rapport sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Plombières, sur le service de cet hôpital pendant l'année 1862, par M. le docteur Verjon, médecin en chef. (Commission des eaux minérales.)

5° Un pli cacheté contenant l'énonciation de la guérison de deux épileptiques, de deux fous et d'une hystérique, à l'aide du lait arsenical, par M. le Dr Louis Bouyer, de Saint-Pierre de Fursac (Creuse).

— M. Mêlier présente, au nom de M. le docteur Rotureau, le troisième volume du *Traité des eaux minérales*. Ce troisième volume traite des eaux minérales des départements nouvellement annexés à la France, de l'Italie et de l'Angleterre.

— M. Depaul présente, au nom de M. Vauréal, un travail imprimé intitulé *Essai sur l'histoire des ferments, leur rapprochement avec les miasmes et les virus.*

M. Depaul rappelle ensuite qu'il y a environ trois semaines un médecin anglais, M. Gamgee, a présenté à l'Académie un kyste ovarique dont il avait fait récemment l'ablation. Il a appris depuis que la malade a succombé.

M. Velpeau. Il y a beaucoup d'autres opérations dont on est venu entretenir l'Académie et dont on n'a plus entendu parler depuis. Il est certain que la plupart de ces opérées dont on nous a entretenus comme autant d'exemples de succès, ont succombé depuis. Une opération de ce genre dont on ne fait pas connaître le résultat définitif n'a aucun intérêt pour la science. Il serait temps de mettre un terme à cette manière de faire.

M. le Président. Le bureau tiendra compte de ces observations.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un associé national.

La liste de présentation porte : en 1re ligne, M. Girardin (de Lille); en 2e ligne, M. Filhol (de Toulouse); en 3e ligne, M. Morin (de Rouen).

Le nombre des membres présents ayant droit de vote est de 63, majorité, 32.

Au premier tour de scrutin, M. Girardin obtient 45 voix; M. Filhol 8 voix.

M. Girardin ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

LECTURE.

Statistique du suicide en Europe. — M. Legoyt donne lecture des conclusions d'un mémoire qu'il dépose sur le bureau, et qui a pour objet l'étude statistique du suicide en Europe. Voici les faits principaux qui sont énoncés dans ces conclusions :

1° *Accroissement du suicide.* — Pour la Bavière, le Danemark, la France, le Hanovre, le Mecklembourg, la Prusse, la Saxe royale et la Suède, le suicide progresse plus rapidement que la population et que la mortalité générale.

2° *Importance numérique du suicide.* — Le suicide domine dans les Etats de l'Allemagne du Nord et dans les diverses parties du Danemark. La Suède et la Norvége, quoique appartenant à la même race, se placent à une assez grande distance du Danemark.

L'Angleterre, contrairement à une opinion généralement acceptée, se trouve aux derniers rangs dans l'ordre de la fréquence du suicide; la mort volontaire ne fait également qu'un petit nombre de victimes en Belgique, en Autriche et en Espagne, trois pays catholiques.

La France occupe une position intermédiaire. Elle viendrait au même rang que la Belgique, l'Autriche et l'Espagne, s'il était possible d'éliminer les suicides de Paris, qui forment le septième du total afférent à la France entière.

3° *Suicides féminins.* — On compte, en général, 29 à 30 suicides féminins pour 100 suicides de l'autre sexe.

4° *Suicides par âge.* — Les suicides croissent régulièrement avec l'âge, au moins jusque vers 60 et 70 ans.

5° *Suicides par mois.* — En général, c'est au mois de janvier qu'on compte le moins de suicides, et au mois de juillet qu'on en compte le plus.

6° *Causes.* — Distraction faite des maladies mentales et des souffrances physiques qui frappent à peu près également sur les deux sexes, les femmes cèdent plutôt aux influences morales, tandis que les hommes sont principalement affectés par des afflictions matérielles. L'ivrognerie et la débauche ne figurent que pour un chiffre insignifiant parmi les causes indirectes des suicides que commettent les femmes.

7° *Etat civil.* — Dans les pays où ce relevé a été fait (Danemark, Espagne et Saxe), ce sont les gens mariés qui cèdent le moins à ce funeste penchant et les veufs qui y cèdent le plus. Il est une classe pourtant qui fournit, toute proportion gardée, plus de suicides encore, ce sont les personnes en état de divorce ou de séparation.

8° *D'après les cultes.* — En Prusse, dans la période de deux années, on a constaté que les protestants ont fourni 153 suicides pour un million d'individus, les israélites 51 et les catholiques seulement 47.

9° *Villes et campagnes.* — Les suicides sont beaucoup plus nombreux dans les capitales que dans le reste du pays.

En résumé, le fait le plus caractéristique de cette enquête, c'est l'accroissement général et rapide du suicide.

L'auteur examine si cet accroissement ne doit pas être attribué à la concurrence illimitée, à la suppression de toute hiérarchie, au culte de plus en plus exclusif du bien-être matériel, à l'aspiration après les richesses, aux progrès de l'instruction publique qui suscitent les ambitions, aux crises politiques et à la spéculation.

Le travail de M. Legoyt est renvoyé à la commission d'élection pour le titre d'associé libre.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la théorie des battements du cœur. La parole est à M. Gavarret. (Voir le *Premier-Paris.*)

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 mars 1864. — Présidence de M. Guersant, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Guersant fait hommage à la Société du premier fascicule de ses *Notices sur la chirurgie des enfants.* (Remerciments).

— M. Dupuy fait également hommage d'un ouvrage qu'il vient de publier et qui a pour titre : *Traité du rhumatisme musculaire ou névro-myalgie.* (Remerciments).

ÉLECTION.

M. Masson lit un rapport favorable sur un mémoire de M. le docteur Georges, candidat au titre de membre titulaire.

Conformément aux conclusions du rapporteur, M. le docteur Georges est élu au scrutin secret membre titulaire.

— M. Magne fait également un rapport favorable sur la candidature de M. Bertulus, de Marseille, qui sollicite le titre de membre correspondant. M. Bertulus est élu au scrutin secret membre correspondant de la Société.

De l'érotisme et de ses conséquences médico-légales. — M. Legrand du Saulle. Les tribunaux ont fréquemment à s'occuper d'affaires très-scandaleuses. En face de procès si riches en détails immoraux, en face de solutions juridiques si contradictoires, on se prend à regretter que l'on ait jusqu'à présent laissé péniblement cheminer le vice, le délit, le crime, la faiblesse d'esprit, le délire ou la fureur, sans que l'on se soit rendu suffisamment compte des nuances si tranchées qui, au point de vue des applications pénales, doivent séparer ces différents états. Toute la difficulté consiste en une question de diagnostic différentiel, et il va nous être permis de démontrer qu'on peut assez aisément la résoudre.

Sous la dénomination générale d'*érotisme*, nous comprenons l'érotomanie, la folie par amour, le satyriasis, la nymphomanie, les dépravations érotiques, et enfin les actes licencieux dus à une démence sénile.

1° L'*érotomanie* est une affection mentale dans laquelle les idées amoureuses sont fixes, dominantes, et portent tantôt sur un être réel, tantôt sur un objet imaginaire. Il y a lésion de l'imagination, erreur de l'entendement. Le point de départ de cet état est dans l'encéphale, dans les fonctions cérébrales, et non pas dans les organes reproducteurs, comme dans le satyriasis et la nymphomanie. L'érotomane est le jouet de ses rêves, et il ne nourrit que des sentiments purs, chastes, honnêtes, exempts de toute appétence génitale; le satyriaque et le nymphomane, victimes d'un désordre physique, sont en proie aux plus lubriques ardeurs.

Le culte de l'érotomane porte quelquefois sur une personne qui par son âge, sa position élevée et l'état de sa fortune, ne veut ni ne peut répondre au sentiment si tendre qu'elle a inspiré et dont elle ignore même souvent l'existence et la signification propre. Le romanesque et platonique amour de l'érotomane est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme, et il s'accompagne principalement chez les jeunes filles de seize à vingt ans d'un état de langueur et de mélancolie qui dans quelques cas est suivi de mort.

Nous avons eu maintes fois l'occasion de signaler toute la valeur qu'acquièrent les écrits des malades; or l'importance de ce moyen d'investigation est considérable ici, car les rêveuses conceptions des érotomanes vont s'inscrire dans une foule de lettres, de pièces de vers et de déclarations qui dépeignent leurs soupirs, leurs larmes et leurs sanglots.

Tant que l'érotomanie n'entraîne que des pleurs, de l'attendrissement, des extravagances ou du désespoir, la maladie reste silencieusement enfouie dans l'intérieur des familles; mais lorsque des actes graves sont commis, ils viennent nécessairement retentir devant les tribunaux. Il n'est pas très-rare, par exemple, lorsque l'amour est mutuel et qu'il est menacé d'être invinciblement entravé, que l'un des amants tue l'autre et se suicide immédiatement après. Les catastrophes de cette nature sont considérées le plus souvent comme entachées d'égarement, comme involontaires, et celui qui par hasard vient à survivre et passe en justice, voit diminuer d'ordinaire de plusieurs degrés l'échelle de la pénalité. Les doubles suicides par asphyxie, dans la même chambre, sur le même lit, s'observent volontiers. Quelques lignes à l'adresse d'un ami ou de l'autorité tentent la justification de cette mort volontaire, et en assignent l'unique cause au mauvais vouloir des deux familles ou seulement de l'une d'elles. Dans plusieurs cas parfaitement authentiques, les deux jeunes gens étaient tout habillés, et les investigations médico-légales ont démontré que la jeune fille avait été chastement respectée.

Lorsque l'amour n'est point partagé, on voit parfois l'un des amants s'armer résolûment et attenter violemment à la vie de l'autre; c'est là un acte de profond désespoir, et qui n'est digne d'égards qu'autant qu'il est bien avéré que le meurtrier n'a point cédé à des sentiments d'inique jalousie, qu'il n'a pas été poussé à l'homicide par une implacable haine, ou qu'il n'a pas satisfait une horrible vengeance. L'état mental de l'inculpé demande à être examiné avec maturité, et il ne faut point se hâter de conclure.

D'autres cas se présentent encore lorsque la passion n'est pas réciproque : ou bien l'un des amants altère les traits de l'autre, le défigure, le prive de ses charmes ou le mutile, ou bien il assassine un rival préféré. Ces faits-là méritent-ils compassion, réclament-ils l'indulgence? Evidemment non, ou il faudrait alors qu'un état maladif de l'intelligence, analogue en quelque sorte à une monomanie instinctive, vînt à être bien clairement démontré.

2° *Folie par amour.* — Nous désignons par ces mots l'influence fatale exercée par un amour contrarié sur les facultés intellectuelles. Il n'est pas rare d'observer dans cette exaltation maladive les sentiments religieux poussés jusqu'aux pratiques les plus austères. Ainsi qu'on l'a fait remarquer avec justesse, la folie par amour est rare dans les classes inférieures de la société : les habitudes immorales, en effet, les unions précoces et illicites des deux sexes, ne font plus guère rechercher dans l'amour qu'une satisfaction des sens qui amène l'abrutissement de l'esprit, une triste et dégradante indifférence à propos d'une position perdue sans retour, et qui dans un trop grand nombre de circonstances ne laisse en perspective aux jeunes filles que la misère, la prostitution et les maladies honteuses.

On simule assez souvent la folie par amour. L'exagération est l'écueil naturel que ne savent point éviter les simulateurs; aussi les reconnaît-on facilement, grâce à leurs extravagances et à leurs vaines menaces de suicide. En présence de circonstances analogues, il y a d'abord lieu de rechercher si le trouble de la raison résulte d'un calcul ou d'un amour vraiment capable de produire de semblables effets. Le véritable érotomane est timide, réservé, et il ne fait qu'à un ami bien intime l'aveu de sa tristesse, de sa passion. Le faux érotomane parle à tout le monde de l'objet de sa tendresse, et par ses exubérantes confidences il cherche à exciter l'intérêt et la compassion. L'un garde malgré lui l'empreinte de la rêverie mélancolique; l'autre, par un facile oubli laisse s'enfuir son chagrin au milieu des plaisirs.

3° *Satyriasis.* — En général, les cas de satyriasis sont peu communs. L'homme est loin d'être placé, comme la femme, sous la dépendance de ses attributs sexuels. Moins sensible, plus maître de lui, libre de donner à sa guise un libre cours à ses appétits et de s'affranchir de cette exquise réserve qui s'appelle pudeur, et sans laquelle la femme est un être grossier et vil, voué enfin à une vie de labeurs, il se soustrait par cela même aux désirs tumultueux, aux impératives sollicitations que le sens génital pourrait développer en lui.

La continence est parfois l'origine première du satyriasis. Buffon a décrit les péripéties morbides qu'a traversées le jeune curé de Cours, près de La Réole, et l'on sait que dans ce cas l'hyperesthésie de la sensibilité, les illusions lascives, les hallucinations provocatrices et les

transports furieux n'ont cédé que devant une catastrophe qui alarme la pudeur, étonne la nature et déconcerte la religion.

Chez les satyriaques, le désir se laisse à peine contraindre ; il s'exprime avec emportement et va souvent jusqu'à la violence. En même temps, les organes génitaux sont excités, chauds, et en action continuelle. Il est des hommes qui, dans cet état, répètent l'acte vénérien dans des proportions prodigieuses, et des auteurs dignes de foi, dit Sandras, ont rapporté des exemples de cinquante, soixante et même soixante-dix coïts complets en vingt-quatre heures !

Lorsque le satyriasis sert de prétexte à quelques criminels et que l'inculpé persiste à s'abriter derrière l'irrésistibilité, il faut bien distinguer si l'acte incriminé a été la résultante fatale d'une lésion de la volonté, ou s'il n'a été, au contraire, que l'œuvre du plus vicieux libertinage. Le satyriasis, à moins de l'usage d'une préparation cantharidienne, n'éclate pas soudain, et pour qu'un fait soit digne d'atténuation, il faut qu'il y ait eu continence forcée, absolue, et trouble des facultés de l'intelligence. Les instincts charnels, en effet, sont placés sous l'empire de la raison : *castitas est virtus sub jugo rationis impetum libidinis refrenans*. Si, comme cela se voit quelquefois, on a devant soi un individu doué d'aptitudes viriles d'une ardeur exceptionnelle, il convient de ne point s'en laisser facilement imposer : on fait d'abord camisoler le prévenu, et l'on établit ensuite autour de lui une surveillance intelligente et continue.

4° *Nymphomanie*. Cet état consiste dans des désirs tumultueux, une exaltation du sens génital et un penchant immodéré, presque irrésistible pour la fréquentation des hommes. On peut observer chez une véritable nymphomane une sorte de gêne épigastrique, de suggestion utérine, des angoisses, de l'inquiétude, des agaceries gracieuses, des regards tendrement expressifs, des sollicitations sous toutes les formes, des attitudes provocatrices, des familiarités insolites, des paroles suppliantes, caressantes et lascives, des poses lubriques, puis l'état complet de nudité, la fureur vénérienne, les cris amoureux et les mouvements désordonnés des organes génitaux en proie à la plus violente excitation. L'orage se calme ; des sensations insensées persistent cependant, et elles provoquent à la première occasion de nouveaux et impérieux désirs, que les plus grands excès n'assouvissent en rien !

En présence d'un cas de nymphomanie, le médecin expert doit soumettre la femme à un examen minutieux et rechercher s'il n'y a point chez elle une affection vermineuse ou diverses maladies cutanées, dartreuses, par exemple, ayant leur siége dans les parties voisines des organes de la génération, et même quelquefois dans ces derniers, et il s'assurera si une affection arthritique ou hémorrhoïdale n'a pas pu également exercer quelque influence.

Il nous est impossible, on le comprendra, d'appliquer aux besoins de la science et de la justice criminelle des préceptes généraux fixes et mathématiquement définis relativement à la nymphomanie. Ce que nous pouvons dire cependant, c'est que le degré d'enchaînement de la liberté morale devra être inspiré par la nature plus ou moins insolite et insensée des actes commis, ainsi que par les manifestations intellectuelles qui ont accompagné leur accomplissement. Les nymphomanes peuvent très-bien éprouver des phases suspensives ou n'avoir que des ardeurs utérines intermittentes; le médecin légiste devra donc observer ces malades avec un grand soin et à plusieurs reprises, quelquefois même pendant longtemps, afin de pouvoir se prononcer sagement sur l'état mental et sur le degré d'imputabilité. S'il a remarqué des illusions des sens et des hallucinations, il en fera l'objet d'une mention spéciale, car ces étranges erreurs ont leur part de retentissement et sur la raison et sur la responsabilité.

5° *Dépravations érotiques*. Nous voici arrivé à la relation de faits véritablement monstrueux. Après avoir jeté les yeux sur la hideuse et révoltante clinique dont l'énoncé sommaire va suivre, on trouvera sans doute que les troubles les plus profonds et les plus graves de l'entendement humain sont seuls capables d'excuser de pareils égarements. C'est triste à dire, mais nous ne sommes cependant pas convaincu que les auteurs des attentats qui vont être rappelés aient été tous des aliénés ; nous ne le pensons même pas. Dans notre ouvrage sur *La folie devant les tribunaux*, nous avons enregistré sous toutes réserves des observations dont quelques-unes renferment des détails d'un cynisme inattendu, et qui, s'il n'était vrai, serait tout à fait invraisemblable.

En suivant l'ordre chronologique, nous trouvons la relation des forfaits du maréchal Gilles de Rays, qui, en son château de Machecoul, en Bretagne, sacrifia plus de huit cents enfants à ses appétits immondes, et cela avec des circonstances atroces qui dépassent tout ce que nous savons de la dépravation de certains empereurs romains. « Souventefois, écrit-il au roi de France Charles VII, je me lamente et me reproche d'avoir laissé votre service, mon très-vénéré sire, il y a six ans, car en y persévérant, je n'eusse pas tant forfait ; mais je dois néanmoins confesser que je fus induit à me retirer en nos terres de Rays par certaine furieuse passion et convoitise que je sentais envers votre propre Daupbin, tellement que je faillis un jour l'occire comme j'ai depuis occis nombre de petits enfants par secrète tentation du diable. » Gilles de Rays, chambellan et maréchal de France, subit la peine de mort à Nantes.

Le marquis de Sade, qui, sur un ordre de Napoléon Ier, fut séquestré à la maison de Charenton, ne fut qu'un très-pâle imitateur de Gilles de Rays. Pendant son internement, il donna un libre cours à sa verve ordurière, et son dossier renfermait, dit-on, un certain nombre de pages inédites encore plus licencieuses que ce qui avait été précédemment publié. Ce dossier a été volé dans les dernières années de la Restauration. Gilles de Rays et de Sade ont été des types de monstruosité morale dont l'humanité n'a qu'à rougir, car ils la déshonorent !

M. Morel a rapporté l'observation d'un individu du Havre, adonné à l'absinthe, fils et neveu d'aliénés, qui se livrait à la masturbation sur une promenade publique, tous les jours et à la même heure. Il fut arrêté au moment où il mangeait le produit de ses éjaculations.

M. Tardieu a signalé un exemple de la plus épouvantable perversion des sens. Une femme, jeune encore, avait défloré sa fille, âgée de douze ans, en lui introduisant les doigts très-profondément et à plusieurs reprises chaque jour, pendant plusieurs années, dans les parties sexuelles et dans l'anus. L'enfant racontait avec un accent de vérité saisissant qu'il n'était pas rare que sa mère la réveillât au milieu de la nuit et se livrât sur elle à ces actes effrénés, qui se prolongeaient pendant une heure entière, et durant cette scène, devant laquelle l'esprit recule, la mère était haletante ; son teint, son regard s'animaient, son sein s'agitait ; elle s'arrêtait, baignée de sueur.

M. Bédor a adressé en 1857, à l'Académie de médecine, l'observation d'un jeune homme de vingt-sept ans, pensionnaire de l'hôpital de Troyes, qui pendant très-longtemps s'introduisit dans la salle des morts et se livra aux plus indignes profanations. M. Baillarger fit à ce sujet un rapport très-remarquable.

Peu d'années avant la révolution de 1789, un prêtre fut convaincu d'avoir assouvi une passion brutale sur le cadavre encore chaud d'une femme auprès de laquelle il avait été placé pour réciter des prières. C'est sur ce fait que M. Kératry a établi son roman intitulé *Le dernier des Beaumanoir*.

M. Michéa a rapporté que son aïeul, médecin de la célèbre abbaye de Cîteaux, alla voir un jour, dans une cabane située au milieu des bois, la femme d'un bûcheron que la veille il avait trouvée mourante. Le mari, occupé à ses rudes travaux, loin de la cabane, se trouvait forcé d'abandonner sa femme, qui n'avait ni enfants, ni parents, ni voisins auprès d'elle. En ouvrant la porte du logis, l'aïeul de M. Michéa vit un moine quêteur accomplissant l'acte du coït sur le corps de la femme, qui n'était plus qu'un cadavre.

M. Brierre de Boismont a publié en 1849 l'observation d'un homme qui était parvenu à prix d'argent à corrompre, dans une ville de province, une femme qui était habituellement employée à veiller les morts. Il s'introduisit un très-grand nombre de fois dans le lit de jeunes femmes mortes. Une nuit, on entendit tomber un meuble dans la chambre où avait expiré la veille au soir une demoiselle de seize ans : la famille entra précipitamment, et aperçut cet homme s'échappant en chemise. Le cadavre avait été souillé. La peine de la détention perpétuelle fut appliquée au profanateur.

Le sergent Bertrand, du 74e de ligne, comparut en 1849 devant un conseil de guerre sous l'inculpation de violation de sépulture dans plusieurs cimetières. « Quand je m'introduisais dans un cimetière, a-t-il déclaré dans son interrogatoire, c'était une rage, une folie qui me poussait. Il m'est arrivé de déterrer dans la même nuit de dix à quinze cadavres, et après les avoir mutilés, je les remettais en place. » Bertrand a cohabité avec des cadavres; plusieurs fois il a essuyé le feu des gardiens de nuit, et on l'a vu rentrer le matin à la caserne avec une capote militaire trouée par les balles. On imagina alors une machine infernale qui au moindre effort devait faire explosion. Dans la nuit du 15 mars 1849, Bertrand escalada la clôture du cimetière du Mont-Parnasse et fut blessé en sautant. Le conseil de guerre le condamna à un an de prison.

Et maintenant, quelle opinion peut-on se faire sur tous ces outrages immondes? Sont-ils *fatalement* une irréfragable preuve d'aliénation mentale? Non, la folie n'est point une conséquence nécessaire de la dépravation, et il ne faut pas, sans un mûr examen, aller jeter sur la bonte et le crime le manteau protecteur du délire et de l'impunité. Nous partageons donc l'opinion de M. Morel, lorsqu'il dit : Il n'est, en réalité, acte si dépravé commis par les aliénés, et je n'en excepte pas même la violation des cadavres, qui n'ait été accompli par des individus jouissant de leur raison. »

6° *Actes licencieux dus à une démence sénile*. — On arrête à chaque instant sur la voie publique des vieillards, septuagénaires ou octogénaires, qui se livrent à des exhibitions ou à des attouchements obscènes. Leur état mental demande à être examiné, et il arrive très-fréquemment que le médecin légiste constate un affaiblissement sénile de l'intelligence et une compromission de la liberté morale.

D'autres fois, ainsi que l'a indiqué M. Tardieu, c'est sous l'empire d'une excitation physique, en quelque sorte involontaire, que l'outrage a été commis, et l'inculpé ou ses proches savent invoquer pour sa justification quelque maladie cachée qui le porte malgré lui à des actes impudiques. Ce sera, le plus souvent, une affection cutanée, une dartre au pourtour de l'anus ou des parties sexuelles, et y déterminant une démangeaison incommode, une chaleur insupportable, dont l'expert aura à apprécier la nature et les effets. Enfin, dans certains cas non moins dignes d'attention, ces actes, qui ont paru outrageants pour la pudeur publique, ne sont en réalité que la conséquence d'une affection chronique des voies urinaires qu'il appartient au médecin de reconnaître et d'expliquer.

On voit parfois survenir dans un âge très-avancé de la vie, et chez de véritables déments, un désordre sexuel fort peu en rapport avec la vieillesse. Lorsque la séquestration dans un asile n'a pas encore été accomplie, l'honneur des familles peut avoir à souffrir du retentissement scandaleux de certaines prouesses séniles. Il est bon que l'on soit prévenu, et que l'on n'aille pas trop vite imputer à mal des dérèglements purement maladifs.

Le secrétaire annuel, E. QUANTIN.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 56. — SAMEDI 14 MAI 1864. (37e ANNÉE.) N° 56. — SAMEDI 14 MAI 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Les maladies dominantes du mois de février ont été à peu près les mêmes que celles du mois de janvier, mais un peu moins nombreuses et moins graves. C'est dire que c'est encore la grippe avec ses caractères sérieux qui a tenu le premier rang. MM. Hérard et Pidoux ont observé chacun, à l'hôpital Lariboisière, un cas de grippe avec accès rémittents, simulant une fièvre typhoïde. A l'hôpital Saint-Antoine, M. Goupil a remarqué que les grippes ont été accompagnées de fièvre à redoublement le soir, avec céphalalgie extrême et augmentation de la toux pendant la soirée.

L'indication de la rémittence n'a pas échappé à nos confrères. M. Hérard a triomphé à l'aide du sulfate de quinine du cas de grippe à accès rémittents qu'il a eu à combattre, et M. Goupil a vu l'état des malades de son service, atteints de grippe avec redoublement fébrile, notablement modifié par le sulfate de quinine ou de cinchonine.

Il y avait encore, à cette époque, un certain nombre de rhumatismes articulaires.

Des embarras gastriques fébriles ont été constatés à l'hôpital Beaujon.

La pneumonie est la maladie qui, comme le mois précédent, a sévi avec le plus d'intensité sur les adultes et sur les enfants. Elle a été tantôt franche, simple et bénigne; tantôt elle s'est compliquée de bronchite capillaire, et dans ce cas elle s'est souvent terminée par la mort. La complication la plus fréquente a été la pleurésie. M. Moutard-Martin a fait à ce sujet cette remarque, que dans son service, sur cinq pneumonies, quatre ont été accompagnées de pleurésies dont l'épanchement a été assez abondant, mais peu durable. Sur ces cinq pneumonies, deux ont été doubles, avec double épanchement.

M. Vulpian, qui avait signalé la prédominance de la pneumonie à la Salpêtrière pour le mois de janvier, a fait connaître à la commission que tandis que pour les mois de janvier et de février de l'année dernière les pneumonies avaient été au nombre de 66 et les décès de 16, soit 24 pour 100, elles s'étaient élevées, pour les mois correspondants de cette année, au chiffre de 148, dont 54 suivies de décès, soit 36 pour 100. Dans le seul service de M. Vulpian, en janvier et février 1864, sur 70 décès, 28 ont eu lieu par pneumonie, soit 40 pour 100.

Ce médecin ajoute qu'aucun traitement ne lui a paru véritablement efficace.

A l'hôpital Necker, M. Delpech s'est bien trouvé du tartre stibié et de l'ipéca pour les pneumonies lobaires partielles. M. Desnos a également fait usage avec succès du tartre stibié.

L'état sanitaire des femmes en couches a été excellent à la Pitié, dans le service de M. Empis, et à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vigla, où cependant il avait vu vers la fin du mois deux ou trois cas de fièvre puerpérale imminente.

Dans le mois de mars il n'y a pas eu dans les hôpitaux de maladie prédominante bien marquée, d'après les termes du rapport; les maladies ont paru présenter le caractère mixte ou de transition, ou, suivant les expressions mêmes du rapporteur, une sorte de préparation aux affections printanières.

Les affections catarrhales encore nombreuses ont été en général moins graves; elles ont été observées surtout aux consultations.

Les embarras gastriques fébriles ont été observés par M. Bourdon à la Maison de santé, par MM. Boucher de la Ville-Jossy, Axenfeld et Goupil à Saint-Antoine.

Les maladies qui dès le mois de mars semblaient tendre à diminuer, et qui devaient dominer bientôt en effet, comme elles le font assez habituellement à cette époque de l'année, sont les fièvres éruptives.

Les varioles, en particulier, ont été nombreuses: on en a relevé 131 cas; mais elles n'ont pas été très-graves; huit malades seulement sur 131 ont succombé.

Dans le service de M. Hérard, à l'hôpital de Lariboisière, il s'est passé un fait qui paraît l'avoir assez fortement frappé. Une ou deux varioles sont entrées dans ses deux salles d'hommes et de femmes, et successivement il a vu se développer une véritable petite épidémie qui a frappé cinq ou six hommes et à peu près autant de femmes, quoique les uns et les autres fussent presque tous vaccinés. Recherchant la cause de cette épidémie, M. Hérard s'est demandé s'il ne fallait pas en accuser l'encombrement des salles, où il y avait alors des lits supplémentaires.

Il y a là une question grave à examiner, savoir si dans les époques de l'année où il y a le plus de malades et où le nombre de lits des hôpitaux est devenu insuffisant, l'établissement des lits supplémentaires n'est pas plus nuisible par la multiplication des foyers morbides et des conditions d'insalubrité qu'ils produisent, qu'ils ne sont utiles en permettant de répondre à un plus grand nombre de demandes d'admission. C'est surtout en présence des maladies contagieuses que la solution de cette question devient plus pressante. Les lits supplémentaires nous paraissent dans tous les cas un expédient dangereux auquel nous voudrions voir résolûment renoncer.

Les pneumonies, très-fréquentes en février, comme on vient de le voir, ont été moins nombreuses et moins graves au mois de mars. D'après les relevés mensuels fournis par M. Vulpian, il n'y a eu que six décès par pneumonie à la Salpêtrière, au lieu de 31 qu'avait donnés le mois précédent.

M. Léger, comparant les pneumonies qu'il a observées à Bicêtre depuis le 1er janvier jusqu'au 15 mars 1864, à celles qu'il a eues sous les yeux à partir de cette dernière date, a fait remarquer que les différences ne portent pas sur l'âge des malades, mais sur le début, le siége, les signes généraux et locaux, et sur la terminaison.

Toutes les pneumonies observées jusqu'au 15 mars, dit-il, se sont accompagnées de bronchite ou de pleurésie, ou bien même des deux affections à la fois, tandis que celles de la deuxième quinzaine de mars sont toutes franches.

Les premières affectaient la base d'un poumon ou les deux poumons à la fois; les autres ont affecté de préférence le sommet.

Les signes généraux ont dominé toute la scène symptomatologique, et les signes locaux ont été insignifiants dans les premières, tandis que dans les secondes, ils ont été les uns et les autres dans leurs rapports habituels d'intensité, et à peu près ce qu'ils se montrent habituellement chez l'adulte.

Enfin la terminaison a presque toujours été fatale dans cette première période, tandis que depuis on n'a pas perdu un seul malade, bien que la thérapeutique soit restée la même.

Nous pouvons ajouter à ce qui précède, que pour le mois d'avril, la prédominance se trouve dans les maladies éruptives, les rougeoles, et les varioles surtout, quelques cas de scarlatine et des érysipèles. Quant aux pneumonies, bien qu'assez fréquentes encore dans la plupart des hôpitaux, elles paraissent tendre cependant à diminuer. Nous reviendrons, du reste, sur de plus amples détails pour ce dernier mois.

Ataxie locomotrice. Examen microscopique de la moelle.

On se rappelle que MM. Vulpian et Charcot ont constaté que dans l'ataxie locomotrice, la substance médullaire des tubes altérés se segmente en fines granulations graisseuses, et que cette dégénérescence précède leur atrophie, qui s'effectue comme dans la partie périphérique des nerfs séparés des centres nerveux.

M. V. Cornil a eu l'occasion de vérifier cette observation chez une femme qui a succombé à cette affection dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière. Voici les principales particularités de ce fait, que nous empruntons aux comptes rendus de la Société de biologie.

La femme Marie R..., âgée de quarante-quatre ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière le 4 septembre dernier, pour une affection utérine qui s'est révélée six mois auparavant par des pertes abondantes. On constate au toucher que le col est aplati, large, bourgeonnant, à bords renversés, et que l'utérus est fixe.

Cette femme déclare en outre qu'elle a été traitée, il y a six ans, pour une paraplégie. Elle est restée deux mois à l'hôpital de la Charité avec des douleurs en ceinture et des douleurs fulgurantes dans les masses musculaires des extrémités inférieures. A la suite de l'application de quatre cautères dans la région lombaire, les douleurs ont été amendées, mais la paraplégie a persisté. Les mouvements étaient irréguliers, non coordonnés; les pieds étaient jetés à droite et à gauche; la station était impossible quand on lui fermait les yeux, et elle avait perdu la notion de position des extrémités inférieures. Les extrémités supérieures étaient atteintes, mais à un plus faible degré.

On institua le traitement au nitrate d'argent, qui fut continué pendant deux mois. Durant le cours de ce traitement, la malade n'a point eu de douleurs. Le nitrate d'argent avait causé des démangeaisons sans éruption à la peau et le liséré caractéristique des gencives. Sur ces entrefaites, il survint une métrorrhagie qui dura plusieurs jours et laissa à sa suite une anémie profonde, à laquelle la malade succomba le 29 décembre.

Nous passons sur quelques détails de l'autopsie, tels que le cancer fongueux du col utérin, la dégénérescence graisseuse partielle du cœur et la néphrite parenchymateuse, pour nous arrêter sur les lésions constatées dans la moelle.

La pie-mère spinale est adhérente, épaissie et opaque dans sa partie postérieure. Les racines postérieures sont atrophiées; les cordons correspondants sont semi-transparents et grisâtres.

Afin d'apprécier exactement les dimensions des divers diamètres de la moelle de cette malade, comparativement à ceux de la moelle saine, M. Cornil a fait durcir, à l'aide de l'acide chromique, cette moelle et celle d'une femme du même âge morte sans lésion médullaire. Cela fait, il a pratiqué des coupes exactement transversales de ces deux moelles à chacune des origines des nerfs rachidiens. Ces coupes ont été mesurées au micromètre avec un grossissement de 12 diamètres. Il a mesuré ainsi les diamètres transversal et antéro-postérieur. Dans ce dernier, il a mesuré l'épaisseur des cordons antérieurs étendus de la surface antérieure de la moelle à la commissure blanche, et le diamètre des cordons postérieurs étendu de la surface postérieure de la moelle à la commissure grise.

Pendant que le diamètre transversal a été trouvé sensiblement le même dans les deux moelles, le diamètre antéro-postérieur était diminué d'une façon constante sur toutes les coupes de la moelle du sujet ataxique. Ce dernier était diminué d'un cinquième. Cette diminution de diamètre avait lieu uniquement aux dépens du diamètre antéro-postérieur des cordons postérieurs, dont le rapport avec le même diamètre mesuré dans la moelle saine était de deux tiers, en sorte que le diamètre des cordons postérieurs de la moelle de l'ataxique avait diminué d'un tiers.

Voici maintenant quel a été le résultat de l'examen microscopique, fait à de plus forts grossissements, sur des coupes horizontales comprenant toute l'épaisseur de la moelle, et sur des coupes verticales passant par les cordons postérieurs. Sur les premières, on voit sur la coupe des faisceaux postérieurs des points arrondis, opaques, parsemés sur un fond transparent, formés par des granulations graisseuses disposées autour d'un cylindre d'axe dont la coupe apparaît au centre de ces granulations comme un point brillant. Le tissu environnant, plus clair, est constitué par les mailles étroites de tissu cellulaire, au centre desquelles passe le cylindre d'axe atrophié et pâle des tubes nerveux arrivés à la dernière période de l'atrophie.

Sur les coupes verticales, on constate les mêmes lésions sous une autre apparence. On voit les tubes nerveux dans le sens de leur longueur: un certain nombre d'entre eux paraissent opaques à un faible grossissement, et l'on reconnaît que cette opacité est due à des granulations graisseuses qui entourent le cylindre d'axe bien conservé. Le tissu voisin, qui constitue la majeure partie des cordons postérieurs, offre des lignes parallèles pâles, qui sont le vestige des tubes nerveux atrophiés et pâles.

Les cellules nerveuses de la substance grise, ainsi que celles des ganglions spinaux, sont intactes.

On voit ainsi dans ce cas que l'atrophie des tubes nerveux des cordons postérieurs n'est pas arrivée à sa dernière limite, ce qui s'explique tout naturellement par ce fait que cette malade a succombé à une affection indépendante de la moelle, à un cancer épithélial de l'utérus, et à une époque encore peu avancée de la maladie ataxique. C'est à cette circonstance particulière que l'on doit d'avoir pu saisir dans ce cas une phase du processus morbide, la dégénération graisseuse de la substance médullaire des tubes nerveux des cordons postérieurs.

Fracture du sternum.

Les fractures du sternum par contre-coup ne sont pas fréquentes; jusqu'ici on n'en compte qu'un très-petit nombre de cas, et ils sont considérés comme presque aussi exceptionnels que les deux faits singuliers rapportés par Chaussier, des fractures du sternum pendant les efforts de l'accouchement.

Un charretier, âgé de quarante-huit ans, couché au n° 19 de la salle Sainte-Vierge, à l'hôpital de la Charité, entré le 22 avril dans le service de M. Velpeau, portait une entorse de l'articu-

lation tibio-tarsienne, une ecchymose sous-conjonctivale de l'œil gauche, et une contusion de la poitrine qui occasionnait de vives douleurs et une dyspnée très-marquée.

Voici l'accident qui lui était arrivé :

Le malade conduisait une lourde voiture de farinier à quatre roues et était assis sur l'un des brancards; la voiture, en passant sur des cailloux, imprima une secousse au voiturier, qui perdit l'équilibre et tomba entre le brancard et le cheval. Dans sa chute, le malade dit que le dos et les reins ont porté sur le sol, et il ajoute qu'il s'est pelotonné pour éviter de passer sous les roues. Mais, malgré ses narrations, il n'y a pas possibilité de rien affirmer, car le malade était sans connaissance quand on l'a relevé derrière la voiture.

A son entrée à l'hôpital, le malade était très-oppressé. Outre les signes d'une entorse avec ecchymose étendue, et une ecchymose sous-conjonctivale avec chémosis qui semblait être dû à la rupture d'un vaisseau sous-conjonctival, il présentait une tuméfaction de la région pectorale sur le bord du sternum et au niveau de la partie moyenne de cet os. La main appliquée en cet endroit déterminait une douleur extrêmement vive que le malade ne pouvait supporter. Cependant, si courtes qu'aient pu être les explorations, il a été facile de sentir une crépitation particulière et ressemblant au frottement de surfaces cartilagineuses et non au frottement de deux fragments osseux, et M. Velpeau a pensé qu'il y avait une fracture du cartilage de la quatrième côte.

L'oppression du malade semblait devoir être rattachée à une contusion du poumon. Les douleurs dont il se plaignait et qui avaient leur maximum d'intensité à la région dorsale et à la région sternale, indiquaient une contusion du thorax. Un bandage de corps a été appliqué pour soutenir la poitrine.

Le lendemain, la tuméfaction au niveau de la partie moyenne du sternum avait un peu augmenté, et les pressions sur cet os déterminaient de la douleur. Il y avait une teinte ecchymotique jaunâtre sur les parties les plus élevées, et l'aspect général de la région sternale était celui de la même région chez les cordonniers; un creux arrondi existait sur la pointe du sternum. L'exploration de la région apprit qu'il existait une douleur vive à la pression. En plaçant un oreiller roulé sous les omoplates du malade et en laissant pendre la tête, puis en faisant faire de fortes inspirations au malade, si on pressait alternativement sur les parties inférieure et supérieure du sternum, on sentait une crépitation fine, osseuse, qui ne pouvait être reproduite qu'en faisant faire de nouvelles inspirations au malade.

En même temps, et pour éviter toute cause d'erreur, en pressant sur la quatrième côte on déterminait, quelle que fût la position donnée au malade, la crépitation cartilagineuse qui avait été sentie le jour de l'entrée du malade à l'hôpital.

La colonne vertébrale, examinée également, ne présentait aucune fracture des apophyses épineuses.

M. Velpeau a diagnostiqué une fracture du sternum et a fait appliquer des compresses graduées sur la partie saillante de la déformation, et une compression a été exercée par-dessus avec un bandage de corps serré. Ce pansement, un peu gênant dans les premiers jours, mais à coup sûr moins pénible pour les malades que le coussin dorsal, indiqué du reste seulement pour les fractures avec chevauchement en dedans de la poitrine, a fini par être toléré.

Diverses complications se sont présentées, mais indépendantes de la fracture. Dès les premiers jours de son séjour à l'hôpital, le blessé avait pendant son sommeil des mouvements automatiques; deux jours après, il a été pris de délire sans fièvre, et il toussait un peu. Soupçonnant que le délire pouvait être en relation avec l'alcoolisme, on a administré au malade 125 grammes de Bordeaux; deux portions de vin ont été prises et les accidents de délire ont cessé. Le jugement de M. Velpeau a du reste été légitimé par les renseignements qu'a donnés le malade. Quoiqu'il ne commit pas d'excès habituels, il était grand buveur, et consommait une bouteille de vin à chacun de ses repas.

Le 27 avril, c'est-à-dire cinq jours après l'accident, un autre accident est survenu. Le malade avait un peu de fièvre et toussait davantage; des crachats muqueux et filants ont été rejetés, et le soupçon d'une pneumonie traumatique limitée, auteur d'épanchements sanguins dans le poumon ou au moins de points congestionnés, a dû être admis.

Pendant ce temps, la fracture devenait plus évidente, une déformation angulaire du sternum était appréciable, et une teinte jaune révélait l'existence d'un épanchement sanguin autour de la fracture; les douleurs locales avaient diminué, et le malade se plaignait moins.

Le point capital de ce fait est la production d'une fracture du sternum par une chute probable sur le dos. Le sternum et un cartilage costal ont été fracturés du même coup, en vertu d'une pression exercée sur les arcs costaux, et causant une rupture au point diamétralement opposé à celui où la violence avait été transmise, ou bien par un effort musculaire, et le malade alors se serait fracturé le sternum pendant un effort considérable pour se redresser, et, comme dans les fractures par contre-coup, la solution de continuité de l'os était unique.

Parmi les fractures du sternum par contre-coup connues, l'observation de M. Rollande (1) démontre qu'une chute sur le dos peut être suivie de la production d'une fracture du sternum. Toutes les autres observations publiées avaient trait à des fractures causées par des chutes sur les fesses, sur le cou, sur la tête. Dans le cas de M. Rollande, il y avait eu une sorte de courbure forcée de la colonne vertébrale en arrière; le dos avait porté sur un banc; mais il y avait quelque chose de particulier, un chevauchement des fragments, qui n'existait pas chez le malade de la Charité; il est vrai que chez lui il y avait une fracture d'un cartilage d'un seul côté.

On attribue généralement la fracture à une contraction énergique des muscles; M. Malgaigne pense de son côté que la flexion du tronc en avant ou une secousse qui tend à rapprocher les deux extrémités du sternum est le mécanisme de ces fractures par cause indirecte.

Le fait que nous rapportons semble se prêter à une interprétation de ce genre; il peut être mis aussi sur le compte de l'action musculaire; seulement il est bon de faire remarquer que dans les deux fractures dont parle Chaussier, et qui ne peuvent être attribuées qu'à une action musculaire, il s'agissait plutôt d'un arrachement véritable que d'une fracture, et la solution de continuité portait sur la première pièce du sternum, tandis que dans le cas actuel la fracture siége au milieu de la seconde pièce du sternum.

(1) *Bull. de thérap.*, t. VI, p. 288.

Polypes du rectum.

M. Guersant vient de publier, dans le *Bulletin de thérapeutique*, une note sur le traitement des polypes du rectum chez les enfants.

Sans parler des polypes situés très-haut, et dont on reconnaît difficilement l'existence par le toucher, de ces polypes qui, suivant une remarque ancienne, sont susceptibles de descendre avec la muqueuse et de devenir accessibles au toucher, ou bien même peuvent s'éliminer spontanément, ainsi qu'Eneaux en a cité un exemple dans les *Mémoires de l'Académie de Dijon* en 1783, M. Guersant a établi deux indications bien distinctes pour les polypes du rectum.

Si le polype fait saillie à l'anus ou un peu au-dessus de l'anus, il lie le pédicule de la tumeur et laisse celle-ci tomber seule, lorsque la ligature n'a pas sectionné le pédicule du premier coup.

Si le polype est situé plus haut, une pince à griffe, dirigée sur le doigt, vient saisir le polype et le tord sur son pédicule.

Pour faciliter l'opération, le chirurgien conseille, bien que le rectum ait déjà été vidé, d'administrer un lavement immédiatement avant d'opérer. Lorsque le liquide finit d'être rendu, il amène le polype au dehors ou très-près de l'anus, où il est alors facile de le saisir.

DE LA CURABILITÉ
des luxations congénitales du fémur.

Par M. le docteur Pravaz.

(Rapport lu par M. le docteur Bouvier, à la Société de chirurgie.)

Messieurs, je viens vous rendre compte, en mon nom et au nom de mes honorables collègues, MM. Broca et Chassaignac, d'un travail qui vous a été lu le 17 février dernier sur la curabilité des luxations congénitales du fémur.

Il y a moins de quarante ans, la luxation congénitale du fémur était inconnue aux praticiens; le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, tableau assez fidèle de la chirurgie de cette époque, n'en fait pas même mention. Quoi de surprenant si l'histoire de cette singulière lésion est encore imparfaite, si ses obscurités causent encore quelque embarras dans la pratique et peuvent entraîner à des erreurs de diagnostic ou de traitement!

La question de diagnostic est tout, lorsqu'il s'agit de décider par les faits la question de la curabilité des luxations fémorales congénitales.

Or, c'est principalement par un fait qu'il regarde comme un cas de guérison, que M. le docteur Pravaz a cherché à établir cette curabilité dans son travail.

Le sujet de l'observation qu'il vous a communiquée vous a été présenté; des photographies de son état antérieur et de son état actuel ont été mises sous vos yeux.

M. Pravaz s'est attaché d'abord à démontrer que cette petite fille était affectée en 1861, alors âgée de sept ans, d'une luxation congénitale des deux fémurs. Votre commission n'émet aucun doute sur ce premier diagnostic.

Après avoir exposé le traitement employé du mois de septembre 1861 au mois de novembre 1863, c'est-à-dire pendant plus de deux ans, notre honorable confrère développe les motifs qui le font croire à la réduction des deux luxations.

Vos commissaires avaient pour mission spéciale de vérifier l'exactitude de ce second diagnostic.

Au temps d'Hippocrate, les signes de la luxation congénitale du fémur ne se tiraient guère que de la démarche des sujets et de leur aspect extérieur. « Chez certains individus, est-il dit au *Traité des articles*, dès la naissance chez les uns, chez les autres par l'effet d'une maladie, les deux cuisses se sont luxées en dehors....... Les deux jambes deviennent charnues, et, s'il y manque quelque chose, ce n'est qu'*à la partie interne*....... Ces infirmes se balancent, dans la marche, également de l'un et de l'autre côté, δμοιως σαλευουσιν ἐν τη ὁδοιπορίη ἔνθα καὶ ἔνθα; ils ont les fesses très-proéminentes, à cause de l'écartement des têtes des fémurs. » (*Œuvres d'Hippocrate*, traduites par Littré, t. IV, p. 245.)

Ces symptômes, si bien rendus par la langue pittoresque des Grecs, ne constituent néanmoins que des signes équivoques de la luxation; ils peuvent se rencontrer dans d'autres circonstances, et ils peuvent être peu marqués si le déplacement est peu étendu. On a donc dû recourir, pour fonder le diagnostic, à des indices plus certains, tels que ceux que le toucher révèle dans une exploration attentive de la région affectée.

« Les signes de toutes deloueures, dit Ambroise Paré, sont tumeurs ou gibbosités où l'os est forjeté, et cavité au lieu dont il est sorti. » Et J. L. Petit redit en meilleur français que des signes communs à toutes les luxations sont la cavité qui se trouve au lieu d'où l'os est sorti; l'éminence que l'on remarque au lieu où il s'est placé. » Hippocrate a indiqué ces signes pour la luxation traumatique du fémur, et les a rappelés, quoique plus vaguement, pour la luxation congénitale, dans le passage que j'ai cité plus haut.

La réunion de ces deux signes, vide laissé par l'os luxé, saillie de cet os à la nouvelle place qu'il occupe, donne en effet la certitude du déplacement, de même que leur disparition établit d'une manière tout aussi absolue la certitude de la réduction.

Mais la conformation naturelle ou acquise des os, leur profondeur et l'épaisseur des parties molles qui les recouvrent, ne permettent pas toujours de percevoir aisément l'un et l'autre signe : c'est ce qui a lieu, en particulier, dans les luxations congénitales du fémur.

Quel est, dans ce genre de déplacement, celui des deux signes d'Ambroise Paré qui peut jeter le plus de jour sur le diagnostic, soit de la luxation, soit de la réduction?

Votre rapporteur a dit, il y a déjà un certain nombre d'années, que c'était la saillie de l'os dans sa nouvelle place, saillie perçue, au besoin, à l'aide du procédé de Després.

Notre regretté collègue Pravaz père a dit, au contraire, que c'était le vide laissé à l'aine par le déplacement du fémur. M. Pravaz fils a attaché, dans son travail, une égale importance à l'un et à l'autre signe.

Notre honorable confrère expose, relativement à l'état actuel de l'enfant : 1° que, d'une part, la rotation et la flexion forcée des cuisses ne font plus retrouver les têtes fémorales sur la face externe de l'ilium, où on les sentait distinctement avant le traitement dans ce double mouvement du membre; 2° que, d'autre part, on sent au contraire, comme dans l'état normal, la tête de chaque fémur rouler sous le doigt au pli de l'aine, en dehors de l'artère fémorale, dans les mouvements de flexion et de rotation de la cuisse, ce que l'on ne pouvait percevoir avant le traitement; les aines, dit M. Pravaz, étaient alors profondément déprimées, tandis qu'elles n'offrent plus aujourd'hui cet enfoncement caractéristique.

Ces faits suffiraient, s'ils étaient réels, pour démontrer le replacement des fémurs dans les cavités cotyloïdes; ils ont donc dû avant tout appeler l'attention de la commission.

Vos commissaires n'ont pas tardé à reconnaître que la recherche de la tête du fémur du côté de la région inguinale ne présentait qu'obscurité et incertitude; qu'il était facile de se méprendre sur la véritable situation de l'os en voulant la déterminer par l'exploration de la région antérieure de l'articulation; qu'en un mot, dans l'espèce, le signe de réduction tiré du soulèvement de l'aine par la présence de la tête fémorale et du roulement de cette tête sous le doigt dans certains mouvements de la cuisse était équivoque et peu appréciable.

Qu'il me soit permis de rappeler que dans les faits antérieurs ce signe s'est montré tellement infidèle que j'ai retrouvé la luxation la mieux caractérisée sur des sujets qui, assurait-on, avaient présenté distinctement le roulement de la tête fémorale sous le doigt, au pli de l'aine, dans la rotation de la cuisse. J'ai fait mention ailleurs de l'inutilité de mes recherches pour sentir nettement dans l'état normal ce roulement du fémur dans l'aine; je n'y suis même parvenu sur le cadavre qu'après avoir enlevé les parties molles et mis à nu la capsule articulaire.

Il restait à votre commission le signe considéré par M. Malgaigne — qui partage en cela mon opinion — comme « le seul signe pathognomonique », celui qui se tire de la présence de la tête du fémur hors de sa cavité, s'il y a luxation, et de son absence dans le même lieu quand on l'y avait trouvée auparavant, s'il y a réduction.

Lorsqu'on examine la petite malade de M. Pravaz debout ou couchée, les cuisses dans l'extension ou modérément fléchies, on ne découvre pas tout d'abord, même en leur imprimant des mouvements de rotation, la saillie de la tête du fémur en arrière du cotyle; mais en donnant à la flexion toute l'étendue possible, en variant l'attitude de l'enfant de manière à l'observer sous différents aspects et à faire concourir à cette exploration la vue et le toucher, on finit par sentir très-distinctement les têtes fémorales, d'autant plus proéminentes et d'autant plus éloignées des crêtes iliaques que la flexion est plus forcée. On les voit alors remonter obliquement en avant dans l'extension, et s'enfoncer sous la masse musculaire qui forme la partie antérieure de la fesse. En répétant plusieurs fois cet examen, en se guidant par les rapports du trochanter, de l'épine antéro-supérieure de l'ilium et de toutes les autres parties osseuses accessibles à la vue ou au toucher, vos commissaires sont restés convaincus que chacune des têtes fémorales est placée sur la partie antérieure de la face externe de l'ilium, à peu de distance du cotyle, en arrière et au-dessus de celui-ci, dans le voisinage de l'épine iliaque antéro-inférieure; qu'en conséquence les deux luxations subsistent encore.

La persistance des luxations devait entraîner celle de tous les symptômes propres à ce genre d'infirmité. C'est aussi ce qui a lieu; seulement, ces symptômes sont moins accusés qu'ils ne le sont dans beaucoup de cas analogues, et qu'ils ne l'étaient avant le traitement, ainsi que cela est établi par la description de M. Pravaz, par le témoignage de plusieurs honorables chirurgiens de Lyon, et par la différence des photographies prises avant et après la cure.

Ainsi, le grand trochanter, quoique encore trop élevé, paraît s'être abaissé relativement à l'épine iliaque; la fesse est moins déformée, la cuisse moins courte par rapport à la jambe, la région inguinale moins déprimée; l'ensellure lombaire, la saillie du ventre subsistent, mais beaucoup moins prononcées; le mouvement d'abduction des cuisses a gagné en étendue; la marche conserve un balancement caractéristique, mais beaucoup moins apparent; elle est d'ailleurs moins laborieuse, et l'enfant se fatigue moins promptement.

Nous constatons avec plaisir ces notables améliorations, qui montrent que l'art n'a pas été, dans ce cas, tout à fait impuissant.

Comment ces améliorations se sont-elles produites? Que s'est-il passé dans les parties affectées qui puisse expliquer les changements avantageux qu'elles ont subis pendant les deux années qu'a duré le traitement?

Nous ne pouvons vous présenter à cet égard que des conjectures, n'ayant pas assisté à l'évolution des faits.

La première supposition qui se présente naturellement à l'esprit, c'est que le déplacement aurait été plus étendu avant le traitement, et que les tractions auraient amené le fémur dans un lieu plus rapproché de la cavité cotyloïde, ce qui aurait amoindri les effets sensibles de la luxation. L'un de nous a justement fait remarquer qu'il ne fallait pas pour cela une très-grande différence dans la situation de la tête fémorale, que quelques millimètres de plus, en avant ou en arrière, suffiraient, par exemple, pour changer les conditions d'équilibre du bassin, et pour modifier considérablement l'ensellure lombaire et les symptômes qui en dépendent.

Cependant, on peut concevoir des doutes sur l'exactitude de cette interprétation :

1° Parce qu'on ne connaît pas de précédents propres à lui prêter l'appui de l'analogie;

2° Parce que si la tête avait été placée plus en arrière, on l'aurait sentie à la fesse, même dans l'extension du membre, ce qui eût été noté dans l'observation;

3° Parce que divers symptômes de la luxation, tels que l'ensellure lombaire, peuvent se montrer à des degrés différents dans des cas semblables pour l'étendue du déplacement, de sorte que le plus ou moins d'intensité des symptômes n'est pas en rapport nécessaire et constant avec la place qu'occupe le fémur.

Je serais disposé, pour ma part, à hasarder une autre explication, fondée sur le rôle des muscles dans la production de certains symptômes de la luxation.

Il est, en effet, une circonstance assez fréquente dans ce genre de lésions : c'est que la rétraction des muscles fléchisseurs et adducteurs de la cuisse s'ajoute consécutivement aux autres désordres qui la constituent. Alors l'inclinaison du bassin en avant, l'ensellure lombaire qui en dépendent, sont exagérées dans la station par la prédominance des fléchisseurs, qui abaissent la partie antérieure du bassin sur les extenseurs, qui le retiennent en arrière. En même temps, l'abduction des cuisses est fort gênée. Que l'on parvienne, par des moyens quelconques, à allonger les muscles rétractés, à rétablir la puissance d'action de leurs antagonistes, on aura fait disparaître une des causes de l'attitude vicieuse du squelette, on aura rétabli en partie la liberté des mouvements normaux; la plupart des phénomènes extérieurs qui sont le produit de la luxation en deviendront moins prononcés.

En admettant, dans l'espèce, que l'insuffisance d'action des extenseurs, que l'excès de contraction ou même le raccourcissement permanent des fléchisseurs fussent en partie la cause de l'inclinaison exagérée du bassin en avant, de l'énorme ensellure qui se voit sur la première photographie, on comprend aussitôt que des tractions continues, prolongées dans la position horizontale, aient en partie fait disparaître ces symptômes en livrant la ceinture pelvienne à l'action mieux balancée des agents contractiles qui la tiennent en équilibre sur les fémurs. Des avantages tout à fait semblables ont été obtenus dans d'autres cas par des procédés analogues; j'en ai moi-même cité ailleurs un exemple qui m'est propre.

J'ajouterai que, comme l'a fait remarquer l'un de nous, M. Chassaignac, l'augmentation absolue de la force musculaire contribue sans doute également à cette position meilleure du bassin; car cette position a varié sous les yeux de la commission : selon que l'enfant était reposée ou qu'elle subissait encore l'influence de la fatigue, les symptômes apparents de la luxation étaient plus prononcés dans ce dernier cas.

Ce redressement du bassin, de quelque manière qu'il ait été produit, est le résultat le plus saillant du traitement employé chez la malade de M. le docteur Pravaz. C'est à ce redressement que sont dus d'autres changements, qui ont porté notre honorable confrère à croire à la réduction de la luxation. Ainsi, le grand trochanter lui a paru descendre par rapport à l'épine iliaque; mais, en réalité, c'est l'épine iliaque qui a remonté, avec toute la moitié antérieure du bassin, dans le mouvement de bascule que celui-ci a éprouvé, mouvement inverse de celui qui donne lieu à l'ensellure lombaire.

La cuisse s'est allongée en apparence, parce que l'angle rentrant qui répond au creux de l'aine s'est ouvert, et qu'une plus grande distance a séparé l'épine iliaque antéro-supérieure de la tête du péroné. Cette distance était nécessairement de beaucoup réduite par la flexion du bassin sur la cuisse, comme chacun sait qu'elle l'est naturellement par la flexion de la cuisse sur le bassin. On obtient instantanément un semblable allongement de trois, quatre, cinq centimètres, dans toute luxation congénitale à forte ensellure, en faisant coucher les petits malades et en redressant l'axe du bassin, très-incliné en avant dans la station.

A la suite de l'observation de sa petite malade, M. le Dr Pravaz a présenté des remarques judicieuses sur les obstacles que la conformation des os ou de la capsule fibreuse peut opposer à la réduction, et sur les conditions anatomiques qui peuvent faire que ces obstacles ne soient pas toujours insurmontables. Il fait observer avec raison que l'insuffisance des observations anatomo-pathologiques ne permet pas de prononcer en dernier ressort *a priori* sur la curabilité des luxations congénitales du fémur. Votre commission pense qu'en effet on ne saurait ici engager l'avenir, qui peut conduire, au moins pour quelques cas, à des notions et à des données nouvelles. Votre rapporteur lui-même, qu'on a trouvé parfois trop sceptique à l'endroit des guérisons annoncées, disait en 1855 et répète encore aujourd'hui : « Je réserve l'avenir pour mes confrères et pour moi-même, et surtout dans l'intérêt des malades. *Il se peut qu'on obtienne dans la suite un résultat qu'il nous a été impossible d'atteindre jusqu'ici.* »

Notre honorable confrère termine son mémoire par l'examen de quelques critiques qui ont été adressées à la méthode de traitement de son père : ces critiques ont porté spécialement sur l'utilité et les effets des tractions prolongées et de la progression horizontale au moyen du char à pédales. Les idées théoriques que M. le docteur Pravaz développe à cette occasion, paraissent assez plausibles; mais votre commission, n'ayant été témoin d'aucun fait qui les confirme, ne saurait se prononcer entre les assertions de l'auteur et celles de ses adversaires. Elle croit néanmoins que la méthode de Pravaz père est encore celle qui offrirait le plus d'avantages si on voulait faire de nouvelles tentatives pour la réduction des luxations fémorales congénitales.

En résumé, le travail de M. le docteur Pravaz est l'œuvre consciencieuse d'un homme initié de bonne heure, et par les leçons de son père, et par sa propre expérience, à la pratique spéciale qu'il a embrassée. Le fait intéressant dont il a placé le sujet sous nos yeux, jette une vive lumière sur les effets de la méthode de Pravaz, en montrant que, même sans reconstituer l'articulation normale, cette méthode peut, dans certains cas, procurer une amélioration satisfaisante dans la position des jeunes infirmes. Que notre honorable confrère persévère dans ses laborieuses recherches! Qu'il se prémunisse contre des illusions dont il n'est pas toujours facile de se défendre, et, quel que soit le résultat de ses efforts, ils lui donneront de nouveaux titres à l'estime de ses confrères et à la reconnaissance des familles.

Nous avons l'honneur de vous proposer :

1° D'écrire une lettre de remercîment à M. le docteur Pravaz pour son importante communication;

2° De déposer honorablement son mémoire dans les archives de la Société.

— Ces conclusions sont votées.

MOMENT PRÉCIS OU SE PRODUIT CHEZ LA GRENOUILLE le battement du cœur.

Par M. le docteur Judée.

Le 6 août 1862, j'incisai sur la ligne médiane et de haut en bas la peau de la poitrine d'une grenouille d'une belle grosseur; je pus voir ainsi par transparence fonctionner le cœur de cet animal.

En prenant quelque précaution, il me fut facile alors de constater qu'à un moment donné ce cœur offrait comme une pulsation, et que cette pulsation avait lieu lorsque cet organe avait acquis son plus grand volume.

J'attaquai par une seconde incision longitudinale les parties molles, de façon à permettre au cœur de faire hernie à travers la plaie, et je vis de la manière la plus manifeste qu'à chaque diastole seulement cette hernie se produisait, et qu'immédiatement après elle disparaissait.

La hernie dans ce cas était la plus forte, ou mieux se produisait au moment où sa dilatation était arrivée à son apogée, c'est-à-dire lorsque la portion ventriculaire, en s'allongeant, avait fait disparaître presque complétement l'oreillette. Je répétai un grand nombre de fois ces deux ordres d'expériences, et j'arrivai toujours aux mêmes résultats.

L'année suivante, à peu près à la même époque, je recommençai mes expériences sur les grenouilles; j'enlevai à un certain nombre d'entre elles la couche des fibres musculaires placées au-devant du cœur, et, entre autres choses, je vis d'abord :

1° Que la portion auriculaire du cœur, soit pendant la diastole, soit pendant la systole, conservait sa coloration rouge;

2° Que la portion ventriculaire pâlissait seulement pendant la systole et encore d'une façon incomplète.

Je constatai ensuite que, bien que l'oreillette conservât sa coloration, elle n'en chassait pas moins le sang dans le ventricule avec une certaine force. Sous l'influence de cette contraction, le ventricule se dilatait brusquement, principalement dans le sens de la longueur.

Cette dilatation, considérée en elle-même, présentait des particularités sur lesquelles je crois devoir insister; ainsi, quoique extrêmement brusque, on pouvait cependant la décomposer en deux temps. Dans le premier temps, l'allongement se produisait principalement vers la pointe du cœur; dans le second, il se passait vers la base du ventricule qui semblait courir au-devant de l'oreillette dont le volume devenait de moins en moins appréciable. Au moment où l'allongement était arrivé à son apogée, une sorte de soulèvement ou mieux encore un battement se produisait et immédiatement après le ventricule pâlissait, autrement dit, se contractait.

En résumé, en faisant l'expérience dans ces conditions, voici ce que l'on observait : d'abord allongement de la portion ventriculaire, puis à l'instant où cet allongement est le plus considérable, sorte de soulèvement du cœur, puis enfin immédiatement après raccourcissement.

Ces diverses expériences me semblent démontrer bien clairement que tout au moins chez les grenouilles, le soulèvement du cœur, c'est-à-dire le *battement du cœur*, ne se produit ni pendant la diastole ni même à proprement parler pendant la systole du ventricule, mais bien plutôt entre les deux, précisément au moment où chez les animaux pourvus de valvules, les unes se relèvent pendant que les autres s'abaissent, à ce moment enfin où le cœur commence à durcir.

DE L'EMPLOI DE L'ACIDE CHROMIQUE comme caustique.

L'acide chromique est un caustique très-énergique, qui désorganise rapidement les tissus. Il existe sous forme de cristaux d'un rouge vif.

On l'emploie en Allemagne, en Angleterre, en solution à la dose de 5 grammes pour 5, 10 ou 15 grammes d'eau distillée. Quelquefois on le dissout dans le moins d'eau possible.

Il est usité dans les hémorrhagies en nappe, dans les plaies atoniques, fétides, à bords calleux.

Il est douloureux pendant les vingt-quatre premières heures, et la plaie ne réclame aucun pansement pendant les huit, dix, quinze premiers jours; elle se recouvre d'une eschare. Une, deux, trois ou quatre applications suffisent habituellement.

On l'applique à l'aide de charpie ou d'un pinceau.

On l'emploie contre les carcinomes, contre les végétations syphilitiques. Le docteur Heller le considère comme spécifique dans ce dernier cas.

A l'appui de ce que nous avançons, nous empruntons à M. le docteur Reimonenq (de Bordeaux) une observation dont il a fait part à la Société de médecine le 8 février 1864.

Ce confrère a eu à traiter dernièrement une femme qui avait à la vulve des végétations remarquables par leur nombre et surtout par leur volume. Il importait pour la malade qu'on ignorât le traitement qu'elle avait à subir. M. Reimonenq renonça à l'excision des végétations, et, après avoir beaucoup hésité à employer l'acide chromique à cause des douleurs qu'il produisait, d'après ce qu'il avait lu, il eut recours cependant à ce caustique, qui lui a donné un succès extraordinaire. Les applications ont eu lieu huit fois et n'ont donné lieu qu'à une douleur fort supportable.

La première application a amené la flétrissure des choux-fleurs; à la deuxième, la partie épithéliale est tombée et peu à peu le mal a disparu. Il n'y a pas eu d'ulcération à la suite du topique. L'acide chromique datait de deux ans et avait sans doute perdu un peu de sa force.

Toutefois la malade suivait en même temps le traitement mercuriel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mai 1864. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

DISCUSSION.

Résections traumatiques.

M. LEGOUEST. Des quatre cas de résections articulaires nécessitées par des coups de feu, dont nous a entretenus M. Verneuil dans la dernière séance, deux sont relatifs à la résection du coude, deux autres à la résection du genou.

Si j'ai bien compris l'intention de notre collègue, c'est sur la résection du genou et sur la possibilité de substituer cette opération à l'amputation de la cuisse, dans la pratique de la chirurgie d'armée, qu'il a voulu particulièrement attirer l'attention. Il sait, comme tout le monde, que les résections du membre supérieur sont acceptées depuis longtemps par les chirurgiens militaires; que Percy, Larrey et leurs successeurs, ont fait de nombreuses résections de la tête de l'humérus; que la résection du coude est moins souvent pratiquée que la précédente, parce qu'il n'est pas rare de voir guérir, sans opération autre que l'extraction des esquilles, les coups de feu de cette articulation; mais il sait aussi que les résections articulaires du membre inférieur ont été pendant longtemps généralement repoussées par les chirurgiens tant civils que militaires, sous prétexte, d'une part, que ces opérations sont plus graves que les amputations; d'autre part, qu'elles ne conservent qu'un membre inutile ou gênant.

Ce dernier reproche lui paraît sans doute, comme à moi, devoir être définitivement écarté. En effet, les résultats obtenus après la résection de la tête du fémur en général sont très-satisfaisants; sur 44 guérisons confirmées, relevées par M. Léon Lefort, l'utilité du membre a été incontestable 31 fois; plusieurs opérés ont marché sans soutiens, d'autres ont pu faire à pied des trajets assez considérables. Les résultats de la résection du genou ne sont pas moins encourageants : les opérés de M. Verneuil, dont un nous a été présenté, marchent bien aujourd'hui; deux enfants soumis à votre examen par M. le Dr Duserris, marchaient avec la plus grande facilité; sur les 125 cas de résection totale du genou relevés par O. Heyfelder et suivis de guérison, 49 sont indiqués comme *parfaits*, 49 comme *bons*, au point de vue de l'usage du membre, ce qui donne un total de 98 opérés marchant très-bien; enfin, il résulte d'une statistique de Baswel, qui vous a été communiquée par M. Giraldès, que les opérés conservent généralement un membre utile. Ainsi, les résections articulaires du membre inférieur, longtemps rejetées par la plupart des chirurgiens comme ne pouvant conserver un membre véritablement utile, doivent être exonérées de ce reproche.

Reste donc à examiner comparativement la gravité de la résection et celle de l'amputation sur le membre inférieur.

La mortalité consécutive à la désarticulation de la hanche est de beaucoup supérieure à celle de la résection : 110 cas de résection de la hanche, relevés par M. O. Heyfelder et par son traducteur M. Bœckel, ont donné 50 morts ou 45 pour cent, tandis que la désarticulation donne environ 85 morts pour 100.

Une différence très-grande encore existe entre la mortalité consécutive à l'amputation de la cuisse et celle de la résection du genou. D'après les relevés de M. Heyfelder, la mortalité des résections est de 28 pour cent, tandis que pour l'amputation de la cuisse elle est de 63 pour cent d'après M. Malgaigne, de 52 pour cent d'après M. Trélat. Dans certaines circonstances elle est beaucoup plus considérable. Toutes ces opérations sont prises en masse, sans distinction de cause, de temps, d'âge, de sexe, etc.; mais il convient de faire remarquer que les résections ont été presque toutes pratiquées sur de jeunes sujets et pour des affections organiques.

Quoi qu'il en soit, les résections du membre inférieur paraissent être moins graves d'une manière générale que les amputations. La supériorité de leurs résultats doit être expliquée autrement que ne l'a fait M. Verneuil, c'est-à-dire par l'ablation des surfaces articulaires altérées jouant le rôle de corps étrangers : dans les résections, le canal médullaire des os n'est généralement pas ouvert, les vaisseaux et les nerfs sont respectés, la perte subie par l'économie est moindre; partant les accidents nerveux, les hémorrhagies, les phlébites, l'ostéo-myélite, l'infection purulente se montrent moins souvent.

Les chirurgiens militaires ignorent-ils ces diverses circonstances? Non, messieurs. A la suite de coups de feu, dans des cas déterminés, ils pratiqueraient tous aujourd'hui, je l'espère, la résection de la hanche, de préférence à la désarticulation : le choix ici n'est pas douteux.

Mais pourquoi ont-ils fait si peu de résections du genou, et sont-ils peu disposés à pratiquer cette opération? Pourquoi, tout en tenant grand compte des faits cités par M. Verneuil, hésiteront-ils à l'imiter?

Mes confrères de l'armée répondront avec moi, je n'en doute pas, qu'autre chose est de faire une résection du genou pour un coup de

feu, dans la pratique privée, sur des adolescents, comme le premier des opérés de M. Verneuil, dans un petit hôpital contenant peu de malades, sur des sujets placés dans les meilleures conditions hygiéniques, ou de pratiquer la même opération sur des soldats blessés faisant partie d'une armée nombreuse, ayant enduré les fatigues et les misères d'une longue campagne ou d'une grande bataille, exposés à des transports, reçus dans des locaux souvent insalubres, dans des hôpitaux que les mesures administratives les plus sages et les mieux entendues ne peuvent pourvoir de toutes les ressources, préserver de l'encombrement et des épidémies, ces deux grandes causes des mortalités désolantes enregistrées par la chirurgie en campagne.

Mais, dira-t-on, vous amputez cependant la cuisse dans ces conditions : pourquoi ne feriez-vous pas de résections du genou? C'est que les hommes amputés sont plus facilement transportables, raison de moindre valeur aujourd'hui qu'avant l'établissement des chemins de fer, bien que ce moyen de transport soit à peine meilleur que le transport en voiture ordinaire; c'est que la résection du genou exige consécutivement un appareil compliqué, si simplifié qu'il soit, des pansements fréquents et minutieux, une immobilité presque absolue; c'est que la résection du genou guérit moins rapidement que l'amputation de la cuisse, et que moins les malades restent dans les hôpitaux, moins ils sont exposés à la funeste influence de ces établissements.

A Dieu ne plaise que je repousse systématiquement la résection du genou dans les cas de coups de feu : la meilleure preuve que j'en puisse donner, c'est que j'ai assisté M. Verneuil *manu et consilio* dans sa première opération. Je désire même ardemment que cette opération puisse trouver sa place dans la chirurgie d'armée proprement dite; mais j'avoue qu'elle m'inspire peu de confiance. Les résections du genou pratiquées par M. Stromeyer dans la guerre des duchés du Schleswig-Holstein, celles qui ont été faites dans la dernière guerre des Indes et devant Sébastopol ont toutes été suivies de mort : ce n'est pas une raison péremptoire cependant de reculer devant de nouvelles tentatives dans les cas où le désordre de l'articulation serait peu considérable, sur des blessés jeunes et placés dans les meilleures conditions de repos et d'hygiène. Malheureusement, comme je l'ai dit ailleurs (*Traité de chirurgie d'armée*), ces conditions sont bien rares en campagne, où les ressources, quoi qu'on fasse, restent la plupart du temps au-dessous des besoins; et la difficulté, sinon l'impossibilité de les rencontrer, éloignerait peut-être à jamais de la chirurgie d'armée le principe général de substituer la résection du genou à l'amputation de la cuisse.

M. GIRALDÈS. J'avais demandé la parole dans la dernière séance pour dire que le principe des résections traumatiques était adopté par la chirurgie militaire. Cela est vrai pour les résections du membre supérieur, et aussi pour celles du membre inférieur. Stromeyer et Esmarck, en donnant le résultat de leur pratique, racontent que le seul blessé soumis par eux à la résection du genou succomba. Mac-Leod obtint le même résultat funeste. Dans ses *Commentaires de chirurgie militaire* (1855), Guthrie dit qu'il faut amputer la cuisse, à moins qu'on ne puisse faire la résection.

Mais pourquoi, si le principe est adopté, les résections du genou sont-elles si rares? M. Legouest en a déjà donné plusieurs raisons; il y en a d'autres encore. Les projectiles de guerre font des ravages bien autrement étendus et graves que les projectiles de chasse. Aussi les conditions où la résection est possible existent bien rarement. J'ajoute qu'il y a souvent des fêlures, des éclats osseux s'éloignant plus ou moins du siége de la lésion principale; nouvel obstacle à la résection.

J'ai dit qu'il ne fallait pas se faire d'illusions au point de vue de la mortalité de la résection du genou. Celle-ci est aussi grande que pour l'amputation de la cuisse, si on ne confond pas les résections partielles, les ablations de séquestres ou d'esquilles avec la résection totale. En effet, M. Holmes a cité des malades qui, donnés comme guéris, ont dû subir deux fois la résection, d'autres qui ont été amputés par la suite.

M. Verneuil a dit que la résection du coude permet de conserver les mouvements de l'articulation, tandis que l'ankylose se produit si la guérison a lieu sans résection. C'est vrai en général; cependant Esmark a vu que sur 40 opérations, 13 fois il y eut ankylose. Quelle que soit la valeur de l'explication donnée par Stromeyer sur ce résultat, toujours est-il que la résection ne permet pas d'espérer sûrement la conservation des mouvements.

M. VERNEUIL. L'ordre du jour de la séance étant très-chargé, je demande à renvoyer ma réponse à notre prochaine réunion. J'examinerai la meilleure thérapeutique à suivre pour les plaies d'arme à feu du genou et l'avantage qu'il y a, suivant le cas, à faire ou à ne pas faire la résection du coude quand cette articulation a été atteinte par un coup de feu.

— La discussion sera continuée.

RAPPORT.

De la curabilité des luxations congénitales du fémur, par le docteur Pravaz. — M. BOUVIER donne lecture du rapport qui suit. (Voir plus haut.)

M. CHASSAIGNAC présente quelques observations sur la difficulté qu'on éprouve dans certains cas à reconnaître et à sentir la tête du fémur; sur la valeur de la dépression inguinale et la sensation de vide qui en résulte; sur la nécessité de tenir compte de la puissance musculaire des malades au point de vue de l'équilibre, qui sera maintenu par des muscles énergiques ou fera défaut si les muscles sont faibles; enfin sur un nouveau signe : l'existence d'un mouvement exagéré d'extension du fémur, chose impossible quand il n'existe pas de luxation congénitale.

M. BOUVIER répond qu'il avait depuis longtemps signalé la difficulté qu'on éprouve parfois à sentir la tête du fémur, et que M. Malgaigne y avait insisté depuis; que ce n'est pas sur la dépression inguinale qu'il a voulu appeler l'attention, mais sur la sensation de roulement de la tête qu'on éprouverait, suivant M. Pravaz, en plaçant le pouce sur cette dépression. Malgré les recherches les plus attentives, M. Bouvier n'a jamais pu obtenir cette sensation. Il reconnaît avec M. Chassaignac que l'énergie musculaire joue un rôle important pour le maintien de l'équilibre. Quant au signe nouveau indiqué par notre collègue, l'extension exagérée du fémur, l'observation ultérieure pourra seule en indiquer la valeur. Il est bon de remarquer que Pravaz père avait appelé l'attention sur un signe absolument inverse, la flexion exagérée.

M. VERNEUIL demande quelques éclaircissements à M. le rapporteur sur la position exacte de la tête fémorale dans le cas de M. Pravaz, et sur l'absence complète des mouvements de bas en haut, qui semblerait devoir être attribuée au traitement.

M. BOUVIER rappelle quelques passages de son rapport relatifs à la situation de la tête fémorale, et ajoute que l'absence de mouvements de glissement vertical n'a pas de valeur, car ce signe, indiqué par Dupuytren, fait le plus souvent défaut.

COMMUNICATION.

Corps fibreux de l'utérus. — Difficulté du diagnostic, par M. GUÉRIN. (Sera publié.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de la non-acceptation de MM. Cazalis et Duplay, M. Moutard-Martin est désigné comme juge titulaire, et M. Axenfeld comme juge suppléant au concours des chirurgiens du Bureau central.

— Un congrès médical aura lieu à Lyon au mois de septembre 1864. Nous ferons très-incessamment, dès que la commission organisatrice nous l'aura communiqué, connaître le programme de ce congrès.

— A la suite de l'exploration du fleuve Ogo-Waï (cap Lopez), par MM. Griffon du Bellay, chirurgien de 1[re] classe de la marine, et Serval, lieutenant de vaisseau (Cf., *Revue maritime et coloniale*, pour septembre 1863, le département de la marine a décidé l'envoi à la côte occidentale d'Afrique de M. Touchard, chirurgien de 1[re] classe de la marine, déjà connu par ses explorations dans les rivières O'Como et Ramboe.

Cet officier de santé, ajoutent les *Archives de médecine navale*, désigné pour commander un des stationnaires de nos possessions du Gabon, vient de faire l'acquisition d'un petit bâtiment à vapeur de la force de cinq chevaux, destiné à remonter l'Ogo-Waï, qu'on suppose communiquer avec les grands lacs de l'intérieur de l'Afrique.

— Le mercredi 18 mai et les mercredis suivants, à quatre heures, le docteur Romain Vigouroux, ancien interne des hôpitaux, exposera ses vues sur la physiologie et le traitement des affections du système nerveux et spécialement des affections convulsives : amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

— La séance annuelle de la Société anatomique aura lieu le vendredi 27 mai. Le banquet de la Société aura lieu le samedi 28, aux Frères Provençaux. Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la pneumonie, par M. A. GRISOLLE, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition, entièrement refondue et augmentée. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences et l'Académie de médecine (prix Itard). Un vol. in-8° de XII-744 pages. Prix : 9 fr. — Paris, 1864, chez J. B. Baillière et fils.

Traité des maladies du cœur et de l'aorte, par M. STOKES, professeur royal de médecine à l'université de Dublin; ouvrage traduit, avec l'autorisation de l'auteur, par M. le docteur SENAC, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Un fort vol. in-8°. Prix : 10 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur.

Recherches critiques et expérimentales sur les mouvements réflexes, par M. le docteur Jules CAYRADE. Un vol. in-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit.

Lettres à M. Ricord sur la syphilis, chancre et blennorrhagie, suivies d'une lettre au docteur Ed. Langlebert sur la contagion et l'infection syphilitique; par M. le docteur G. DE LA PLAGNE. Un vol. in-12 de 132 pages. Prix : 1 fr. ; *franco*, 1 fr. 25. — Paris, chez Asselin, libr.-éditeur.

Dictionnaire de la langue française, contenant la Nomenclature, la Grammaire, la Signification des mots, la Partie historique et l'Etymologie, par M. E. LITTRÉ, de l'Institut (Académie des inscriptions et belles-lettres). La 9e livraison (DON-ENC) vient de paraître. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1864, chez L. Hachette et C[ie].

De l'Association fraternelle des étudiants en médecine. (Cette brochure combat l'idée de cette association.) Prix : 75 c. — Paris, 1864, chez Louis Leclerc, rue de l'Ecole de médecine, 14.

Notes and observations on army surgery (Notes et observations sur la chirurgie d'armée), par M. le docteur FORMENTO, ancien chirurgien en chef de l'hôpital Louisiane, de Richmond. — New-Orléans, 1863. Une broch. in-8°.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 MAI 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

La physiologie du cœur est débattue sur toute la ligne, à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences. Pendant qu'à l'Académie de médecine c'est la théorie tout entière de la révolution du cœur qui est en cause, à l'Académie des sciences, le débat ne porte que sur un point très-circonscrit, sur le mécanisme du battement seulement. Enfin, tandis qu'à la rue des Saints-Pères la discussion a lieu entre les membres de la Compagnie eux-mêmes, à l'occasion des travaux qui ont été soumis à leur juridiction, au palais Mazarin les choses se passent tout autrement. La question de la théorie du recul, exposée par M. Hiffelsheim, contestée par plusieurs physiologistes, déclarée inacceptable par quelques-uns, considérée au contraire par d'autres comme le fait le mieux acquis à la science, cette question, disons-nous, est soumise à l'examen d'une commission. Le rapporteur, n'envisageant que le problème mécanique formulé par l'auteur, abstraction faite du phénomène complexe de la révolution cardiaque, à l'égard duquel il entend ne rien préjuger, déclare la théorie de M. Hiffelsheim parfaitement conforme aux lois de la mécanique, et ses expériences d'une complète exactitude. Et l'Académie vote les conclusions du rapport sans discussion. — Encore un argument, s'il en était besoin, en faveur de la corrélation du choc précordial avec la systole ventriculaire.

La question des eaux et des égouts de la Seine a encore occupé quelques-uns des moments de l'Académie. M. le docteur Grimaud, de Caux, commentant le beau travail de M. Péligot sur la recherche des matières organiques, dont nous avons entretenu nos lecteurs il y a huit jours, a fait remarquer avec raison, dans la lecture qu'il a faite à l'Académie sur ce sujet, que ce travail faisait faire un pas à la doctrine des eaux publiques, en comblant une lacune qu'il avait lui-même signalée dans son ouvrage sur la matière. Il est un point, toutefois, du travail de M. Péligot qui n'avait pas échappé à notre attention, bien que nous ne l'ayons point indiqué, mais qui devait particulièrement frapper l'auteur du livre des *Eaux publiques*. En comparant l'eau de la Seine dans Paris, qui marque de 18° à 20° hydrométriques, avec l'eau de Saint-Laurent du Havre, qui en marque 40, M. Péligot trouve néanmoins cette dernière préférable, l'eau la plus pure, à son avis, étant celle qui est exempte de produits organiques, contînt-elle d'ailleurs le maximum de principes minéraux. M. Grimaud fait ici une distinction très-juste. Quand il s'agit de pourvoir aux nécessités d'une population agglomérée, il ne faut pas se préoccuper exclusivement des besoins relatifs à la boisson; — ce sont les plus importants, sans contredit, pour l'hygiène, sinon au point de vue de la quantité de consommation; — il faut considérer aussi les besoins relatifs à l'économie domestique et à l'industrie. D'où la nécessité de tenir toujours compte de ces deux éléments du problème dans le choix des eaux publiques.

Quant au fait de la contamination croissante des eaux de la Seine d'amont en aval, si bien démontrée par les recherches de M. Péligot, et qui a conduit le savant académicien à conclure qu'il fallait désormais sacrifier la Seine à l'industrie, M. Grimaud le considère comme le point le plus important de ces recherches; mais il n'en tire pas la même conséquence. Entrant dans la voie ouverte par l'administration, qui a déjà commencé le grand travail d'assainissement de la Seine par l'établissement des grands égouts collecteurs, il voudrait qu'on le complétât en utilisant leurs produits en irrigations, au lieu de les jeter dans la rivière. Il y a là une vue de haute hygiène publique qui mérite l'attention de l'administration.

L'Académie a encore entendu dans cette séance une nouvelle lecture de M. le docteur Namias (de Venise), sur l'action de l'électricité pour diminuer les obstacles qui dans la maladie de Bright s'opposent à la séparation de l'urée du sang. Elle a reçu enfin un grand nombre de communications médicales ou physiologiques; une note de M. le docteur Bérenger-Féraud, sur un cas de diabète sucré développé spontanément chez un singe; des recherches expérimentales de M. Bernard (de l'île Maurice), concernant la question des générations spontanées; un mémoire de M. le docteur Rochard, sur l'influence de l'altération du sang dans la pathogénie et le traitement des dartres; un travail de MM. Bouché de Vitray et Desmartis, sur la possibilité de transmission de l'oïdium des végétaux à l'homme, etc. Le défaut d'espace ne nous permettant pas de reproduire aujourd'hui un résumé de ces divers travaux, nous le renvoyons à un des numéros prochains. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUÉRIN.

Corps fibreux de l'utérus. — Difficulté du diagnostic.

Certaines questions semblent très-simples à résoudre si on s'en rapporte seulement aux symptômes théoriques, et se présentent au contraire dans la pratique environnées des plus grandes difficultés. Le fait que j'ai récemment observé dans mon service prouve bien ce que j'avance.

Voici l'observation recueillie par M. Legros, mon externe :

Le 12 avril 1864 entrait à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, dans le service de M. Guérin, la nommée B..., âgée de trente ans.

Cette femme est modiste; elle est mariée et a eu quatre enfants. Ses accouchements ont tous été pénibles; mais jouissant alors d'une parfaite santé, elle se rétablissait promptement. Elle était toujours bien réglée.

Au mois de janvier 1862, elle accouchait, en Espagne, de son dernier enfant. Le travail dura trois jours et trois nuits; ce ne fut qu'au bout de ce temps que les médecins se décidèrent à agir. D'après le récit de la malade, ils amenèrent l'enfant par les pieds, sur lesquels ils exercèrent des tractions violentes pour avoir la tête, qui sortit en même temps que le placenta.

La malade perdit beaucoup de sang. Elle garda le lit pendant quarante jours. Les lochies furent très-peu abondantes; mais quinze jours après sa délivrance commença une perte blanche considérable, qui persista jusqu'au mois d'août suivant. Ses règles ne parurent que neuf mois après son accouchement; mais jusqu'à cette époque, chaque période menstruelle était marquée par une augmentation de la perte blanche et des douleurs vives pendant trois ou quatre heures. A partir du moment où elles se montrèrent, elle vit très-régulièrement ses règles pendant cinq mois, jusqu'au mois d'avril 1863, où elles cessèrent brusquement à la suite d'une émotion morale.

Le même jour, la malade eut de violentes coliques et des douleurs intolérables dans le bas-ventre.

A partir de ce moment reparut la perte blanche, qui continue encore aujourd'hui.

Les rapprochements sexuels ne causaient pas de douleur.

La malade n'a jamais remarqué qu'elle portât une tumeur quelconque dans le vagin.

Le 14 avril, M. Guérin examine la malade avec la plus grande attention.

Par le toucher, il trouve au fond du vagin une tumeur très-volumineuse. C'est en vain qu'il cherche le col de l'utérus; la muqueuse vaginale semble faire suite à la membrane qui revêt la tumeur.

Le doigt porté dans les culs-de-sac ne trouve aucun obstacle, et perçoit très-manifestement que la paroi de la tumeur se continue avec la muqueuse du vagin. Tous les doigts de la main gauche ayant été introduits dans le vagin, M. Guérin arrive facilement à saisir la tumeur; elle est globuleuse, arrondie, parfaitement lisse, présente peu de consistance, et donne, quand on la presse, la sensation d'un corps vide à l'intérieur.

Le spéculum ne fournit aucun renseignement; supérieurement on aperçoit la tumeur, qui est d'un rouge légèrement bleuâtre, et inférieurement la paroi du vagin.

Cet examen fait perdre un peu de sang à la malade.

Le 15 avril : hier, dans la soirée, la malade a été prise de fièvre, de nausées et de douleurs de ventre; la nuit s'est passée sans sommeil. Ce matin, il y a de la stupeur de la face; le pouls est fréquent, petit; le ventre est sensible et ballonné; plusieurs vomissements dans la matinée. — 20 sangsues au-dessus du pubis; 60 centigrammes de calomel en une dose; glace à l'intérieur.

Le 16, la malade a été plusieurs fois à la garde-robe; le pouls est toujours petit, moins fréquent; le ventre est encore ballonné, mais bien moins douloureux; elle a eu des nausées et quelques vomissements. — Glace à l'intérieur; 10 paquets de calomel de 1 centigr. chacun; lavement purgatif.

Le 17, il y a une amélioration très-manifeste; le ventre est à peine ballonné, le pouls à peine fréquent. Elle n'a plus ni nausées ni vomissements. La nuit a été très-bonne. — Glace, lavement purgatif.

Le 18, hier la malade reçoit la visite de son mari et de ses enfants; elle pleure beaucoup, et après leur départ les douleurs de ventre ont été très-marquées; le soir, elles étaient très-vives. La nuit s'est passée sans sommeil, les nausées ont reparu. Pendant qu'elle souffrait, la malade avait une dyspnée très-grande, qui a persisté toute la nuit. Elle a été très-souvent à la garde-robe en diarrhée. Ce matin, la dyspnée a disparu; le pouls est petit, très-fréquent; le ventre est sensible. — Frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain belladoné; 10 paquets de calomel de 1 centigr. chacun.

Le 19, les paquets de calomel ont agi comme un purgatif violent; hier et dans la nuit, la malade a été un grand nombre de fois à la selle. Ce matin elle se trouve bien, le ventre est souple, peu douloureux, le pouls est moins fréquent.

Le 21, la malade a peu dormi la nuit précédente, elle a eu de la fièvre; ce matin elle est abattue, répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Le pouls est très-fréquent, filiforme; le ventre n'est pas douloureux. A dix heures, délire tranquille très-prononcé; le pouls donne 140 pulsations.

Le 22, le délire a persisté toute la nuit; ce matin, les mains sont froides, la figure cyanosée; le pouls à peine sensible; la respiration anxieuse.

Elle meurt dans la soirée.

Autopsie. — L'abdomen étant ouvert et les intestins relevés, on aperçut l'utérus dans sa position normale, un peu plus volumineux qu'il n'est ordinairement et un peu bosselé. Les ligaments larges étaient sains, et le péritoine ne présentait aucune adhérence. On incisa le vagin et l'on découvrit la tumeur, ayant le volume d'un gros œuf de dinde; lisse à sa surface, de la forme d'une poire, elle adhérait à l'utérus par un pédicule large de 3 à 4 centimètres. Nous recherchâmes le col de la matrice pour voir ses rapports avec le pédicule; mais tout d'abord nous n'en trouvâmes pas de vestige. La tumeur semblait se continuer avec le vagin au lieu d'être entourée et limitée en haut par le col utérin, qui, ordinairement, fait un bourrelet autour du pédicule des polypes de cette région.

Cette continuité de tissus nous expliqua comment le toucher nous avait laissé dans le doute sur la nature de la maladie. En arrière, il y a bien un intervalle entre le pédicule de la tumeur et la partie correspondante du conduit dans lequel la tumeur s'était développée; mais sur le vivant, à cause du volume de la tumeur et de sa convexité en arrière, le doigt ne pouvait pas arriver à cet intervalle. Si, du reste, on avait pu atteindre et explorer ce point, on eût encore commis une erreur, car on aurait cru ce bourrelet formé par le col de l'utérus, tandis que c'était une partie de l'utérus lui-même.

Toute la portion de l'utérus placée au-dessous du pédicule s'est dilatée au point de se confondre avec le vagin, et c'est à 4 centimètres au-dessous de l'insertion du polype que l'on découvre une légère saillie circulaire dans laquelle on reconnaît les traces du col. Cette saillie n'est devenue bien appréciable que lorsque le vagin a été détaché de son insertion à la vulve.

Comme en palpant la tumeur on avait eu la sensation que donne un corps ayant une cavité, on était très-désireux d'en avoir l'explication. Ayant fait une large incision, M. Guérin ne trouva que les éléments ordinaires des corps fibreux, et il ne put s'expliquer ce qu'il avait senti que par le glissement possible des couches lamelleuses qui constituaient la tumeur. Il y a bien évidemment dans cette tumeur tous les éléments de l'utérus, bien que, pour l'affirmer, il nous manque de l'avoir examinée à l'aide du microscope.

L'orifice de la trompe droite correspond au centre de l'implantation du polype qui se fait au fond de l'utérus. La trompe gauche s'ouvre dans la cavité utérine.

Le cerveau est légèrement congestionné. Dans les plèvres on trouve un épanchement séro-purulent assez abondant, à la surface duquel nagent des fausses membranes.

Le poumon droit est hépatisé dans tout son lobe inférieur (hépatisation rouge).

La surface des deux poumons est recouverte de fausses membranes. Le cœur est volumineux; le cœur gauche est rempli de sang noir, et ses parois présentent une coloration rouge violacé très-remarquable : cette coloration ne disparaît ni par le lavage ni par le frottement.

Le foie, les reins, n'offrent rien de particulier.

La rate est très-ramollie, se dissocie à la moindre pression, donnant un détritus très-liquide, couleur gris violacé.

Les intestins sont très-injectés; mais dans la cavité du péritoine on ne trouve qu'une petite quantité de sérosité trouble.

La mort a donc été causée par une de ces pleuro-pneumonies si fréquentes dans nos hôpitaux et en même temps si insidieuses dans leur marche que souvent elles échappent aux soins les plus attentifs.

En résumé, cette tumeur est un corps fibreux de l'utérus à large pédicule; elle a tellement effacé le col de l'utérus que celui-ci correspondait lâchement à la partie la plus volumineuse du polype et n'entourait pas son pédicule, comme cela a lieu d'habitude. Cette disposition, ainsi que la continuité de ce que nous prenions pour la muqueuse vaginale, avec la surface de la tumeur, m'avaient fait pencher vers l'idée d'un renversement de l'utérus, rendu très-possible par le dernier accouchement tel qu'il nous était raconté.

Cette tumeur s'est-elle développée depuis deux ans, ou bien est-elle antérieure au dernier accouchement? Je serais assez porté à croire que c'est elle qui a rendu l'accouchement laborieux et qui a nécessité des efforts de traction énergiques.

Cette observation, ayant été lue à la Société de chirurgie, a donné lieu à la discussion suivante :

M. BLOT. J'ai observé quelques cas de renversement de l'utérus, et dans tous j'ai constaté la dépression du fond en cul-de-lampe. J'attendais que M. Guérin signalât l'absence de ce signe, ce qui aurait dû faire rejeter l'idée d'un renversement de l'organe ; d'autant plus que le corps de l'utérus devait former une tumeur saillante, sensible à travers le parois abdominales.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. J'avais indiqué autrefois un signe distinctif entre le renversement de l'utérus et les polypes. Dans le premier cas, le doigt promené autour de la tumeur sent un pli longitudinal, tandis que dans le second la surface est lisse et parfaitement continue.

M. TRÉLAT fait remarquer que la dépression en cul-de-lampe du fond de l'utérus est un signe des renversements récents, mais qu'elle peut manquer lorsque l'affection est ancienne, à cause des adhérences vicieuses qui s'établissent.

MM. GUYON et MARJOLIN signalent différents cas dans lesquels des opérations très-innocentes, le toucher, des cautérisations superficielles, chez des malades prédisposées par l'anémie ou l'épuisement, ont déterminé des péritonites fort graves.

M. FORGET. Je demanderai à M. Guérin s'il croit qu'après deux années l'utérus pouvait conserver un volume et une mollesse aussi considérables qu'on l'observe sur cette tumeur. Il me semble qu'après un aussi long temps, l'utérus renversé aurait dû se rétracter et devenir beaucoup plus ferme.

M. GUÉRIN. Notre malade était très-grasse, et il était impossible de trouver le corps de l'utérus à travers ses parois abdominales épaisses. Nous n'avons pu constater ni l'existence ni la forme de l'utérus. Nous ne pouvions donc avoir aucune notion sur le signe qu'a rappelé M. Blot. Il en était de même pour le mode de recherche de M. H. de Chégoin ; je rappelle que le volume de la tumeur empêchait le doigt ou la tige de l'hystéromètre de passer en arrière, et que nous sommes restés jusqu'à l'autopsie dans l'ignorance sur la disposition de la tumeur dans ce point.

J'ai vu, touché, soigné assez de maladies utérines pour savoir qu'on observe des péritonites à la suite de manœuvres en apparence très-innocentes ; ce que j'ai voulu dire, c'est que l'apparition rapide de signes de péritonite chez notre malade concordait mieux avec un renversement de l'utérus qu'avec un corps fibreux. Enfin, je répondrai à M. Forget que j'ai vu assez souvent l'utérus conserver après l'accouchement un volume considérable, et cela pendant un temps fort long, aussi long que la durée de la métrite, pour être bien convaincu que le même phénomène aurait pu et même aurait dû se produire, s'il y avait eu un renversement.

BRUITS CARDIAQUES.

Défense du travail de MM. Chauveau et Marey, et des conclusions du rapport de la commission.

Par M. GAVARRET.

Nous reproduisons les principales parties de l'argumentation de M. Gavarret dans la discussion sur les théories des bruits du cœur.

S'il m'était permis de recourir à un langage fort usité dans une autre enceinte, je dirais volontiers que, dans les deux dernières séances, mes deux honorables collègues MM. Bouillaud et Béclard ont épuisé la discussion générale. Je n'ai pas à revenir avec détail sur les importantes questions qu'ils ont traitées d'une manière si magistrale ; le rôle que les circonstances m'assignent dans ces débats est beaucoup plus modeste. Il y a un an passé, dans la séance du 21 avril 1863, au nom d'une commission par vous chargée d'examiner un travail de MM. Chauveau et Marey sur la circulation intra-cardiaque, j'eus l'honneur de soumettre à votre approbation un rapport dans lequel nous proclamions hautement la parfaite exactitude des résultats obtenus par ces deux habiles physiologistes. Les conclusions de ce rapport furent adoptées à l'unanimité et sans discussion. J'ai pensé que je devais à l'Académie, que je me devais à moi-même de venir défendre le travail de MM. Chauveau et Marey et les conclusions de notre rapport contre les attaques dont ils ont été l'objet de la part de notre honorable collègue M. Beau. Et d'abord, pour que la discussion ne s'égare pas, permettez-moi de préciser nettement la question en litige. Entre M. Beau et nous, le désaccord porte sur trois points principaux :

1° Après Harvey et Haller, comme la presque universalité des anatomistes et des physiologistes de nos jours, MM. Chauveau et Marey disent : Le choc du cœur contre les parois thoraciques est un phénomène systolique ; il est dû à la systole des ventricules. — M. Beau dit de son côté : Le choc du cœur est un phénomène diastolique ; il est dû à la diastole des ventricules.

2° MM. Chauveau et Marey disent : Immédiatement après la systole ventriculaire, les parois des ventricules entrent en relâchement, et le sang, qui déjà remplit les oreillettes, coule de lui-même, et par son propre poids, dans la cavité ventriculaire : ainsi commence la diastole ventriculaire *simplement complétée* plus tard par la systole des oreillettes. — Pour M. Beau, la diastole des ventricules se fait *tout entière* pendant et par la systole des oreillettes ; tant que les oreillettes ne se contractent pas, il ne passe pas une goutte de sang de la cavité auriculaire dans la cavité ventriculaire correspondante.

3° MM. Chauveau et Marey disent enfin : Du moment où la systole auriculaire est terminée, les parois des oreillettes relâchées cèdent à la pression du sang des veines, et la diastole auriculaire commence pendant la systole ventriculaire. — Pour M. Beau, la diastole des oreillettes ne commence qu'*après la systole ventriculaire*. Ainsi il dit (*Traité d'auscultation*, p. 224) : « Cela fait que, dans le premier moment où le ventricule est complétement vide, l'oreillette commence à se dilater de nouveau. »

Pour bien comprendre la théorie de la circulation intra-cardiaque de M. Beau, il me paraît nécessaire de la rapprocher d'une autre théorie de notre honorable collègue sur la physiologie du cœur. Ces deux théories sont inséparables, solidaires l'une de l'autre ; l'une est la conséquence forcée de l'autre.

Peu satisfait de la doctrine généralement adoptée des claquements valvulaires, M. Beau, après et comme tant d'autres, a voulu avoir sa théorie des bruits du cœur. Pour lui, le premier bruit, bruit inférieur, est le résultat du choc de l'ondée sanguine lancée par les oreillettes contre les parois relâchées des ventricules. Le deuxième bruit, bruit supérieur, est produit par le choc de l'ondée sanguine lancée par les veines contre les parois relâchées des oreillettes.

M. Beau a parfaitement compris que pour que le passage du sang des veines dans les oreillettes et des oreillettes dans les ventricules s'accompagne d'un choc capable de produire des bruits aussi considérables, aussi éclatants que les deux bruits du cœur, l'ampliation diastolique des cavités auriculaires et ventriculaires ne doit pas commencer par un afflux lent et graduel du liquide sanguin. Aussi a-t-il dû admettre que le passage de l'ondée sanguine des veines dans les oreillettes et des oreillettes dans les veines se fait par irruptions soudaines et violentes. C'est ainsi qu'il s'est trouvé entraîné à professer, en matière de circulation intra-cardiaque, les propositions les plus inattendues.

Pour M. Beau, la systole auriculaire *ferme exactement* les orifices de toutes les veines qui débouchent dans les oreillettes, et cette occlusion complète persiste jusqu'à ce que les ventricules aient opéré leur systole. En présence d'une affirmation aussi nette, aussi catégorique, on se demande avec quelque étonnement quels sont donc les moyens d'occlusion? La veine coronaire est pourvue d'une valvule semi-lunaire, très-mince (valvula Thebesiana), assez développée pour recouvrir la lumière du vaisseau ; de ce côté nous n'avons rien à dire. La veine cave inférieure nous présente à son orifice un repli membraneux connu sous le nom de valvule d'Eustachi ; mais cette valvule semi-lunaire est très-peu développée et ne peut recouvrir que très-incomplétement la lumière du vaisseau. Quant à la veine cave supérieure et aux quatre veines pulmonaires, jamais personne n'a rencontré à leur orifice la moindre trace de valvule ; aussi tous les anatomistes et tous les physiologistes sont-ils d'accord pour reconnaître que la communication n'est jamais interrompue entre les oreillettes et le système veineux, et que, par suite, une partie de l'ondée sanguine reflue toujours, et forcément, des oreillettes dans les veines pendant la systole auriculaire. Privé du secours de valvules même rudimentaires, M. Beau est donc obligé de recourir à la dure nécessité de munir les orifices des veines de sphincters assez puissants pour opérer cette occlusion complète qui lui est nécessaire, et pour maintenir cette occlusion malgré la pression du sang, jusqu'à ce que les ventricules aient opéré leur systole. On trouve bien dans les traités d'anatomie, et surtout dans les publications des micrographes, la description de quelques fibres musculaires placées aux orifices des veines et capables de diminuer le calibre de ces vaisseaux. Mais il y a loin de là à des sphincters capables d'opérer et de maintenir une occlusion complète.

Il y a lieu de s'étonner que M. Beau ne donne aucune preuve de l'existence de ces très-puissants sphincters, la découverte en valait bien la peine ; nous serions tenté de croire que notre honorable collègue ne les a admis si facilement que parce que sa théorie de la circulation intra-cardiaque ne pouvait s'en passer. Je parle devant une assemblée d'anatomistes et de physiologistes ; il suffit que de semblables hypothèses soient signalées pour que chacun en apprécie la portée et la valeur.

D'après M. Beau, c'est seulement au moment où les oreillettes se contractent que les valvules auriculo-ventriculaires sont soulevées. Jusque-là ces valvules restent appliquées contre les orifices auriculo-ventriculaires, qu'elles ferment hermétiquement, et pas une goutte de sang ne passe des oreillettes distendues dans les ventricules vides. Déjà M. Béclard, dans la dernière séance, vous a parlé de cette belle expérience de M. Chauveau, qui permet d'introduire le doigt dans l'oreillette et de suivre les mouvements de la valvule auriculo-ventriculaire pendant les diverses phases d'une révolution cardiaque. Il vous a dit que si l'on sent nettement cette valvule repoussée du côté de l'oreillette pendant toute la durée de la systole ventriculaire, on sent aussi que cette valvule se détache de l'orifice et est repoussée vers la cavité ventriculaire au moment où les parois du ventricule se relâchent. M. Beau nie ce refoulement de la valvule. Je me contenterai d'ajouter qu'à Alfort et à l'École pratique, à l'exception de la personne intéressée, tout le monde a été d'accord pour reconnaître l'exactitude du fait annoncé par M. Chauveau.

Mais, pour que les valvules résistent ainsi à la poussée du sang qui leur arrive du côté des oreillettes, il faut qu'elles soient maintenues en place par une résistance qui ne peut venir que du côté du ventricule. Cette résistance ne doit pas être cherchée dans le sang lui-même ; car M. Beau admet que, par le fait de leur systole, les ventricules se sont déjà complétement vidés. Ce sont donc les parois ventriculaires qui résistent; car personne, sans doute, ne pensera à invoquer la rigidité des valvules elles-mêmes. Or, M. Beau a pris soin de nous apprendre l'état des parois ventriculaires pendant la diastole auriculaire. Nous lisons, en effet, dans une leçon publiée en 1861 : deuxième temps, diastole auriculaire, ventricule *vide mais relâché;* diastole auriculaire, ventricule *vide mais relâché*, et, à propos des mouvements du cœur du cheval, diastole auriculaire, *vacuité, immobilité, mollesse* du ventricule. Tout le monde sait ici quel est le degré de résistance d'un muscle *relâché* et *à l'état de mollesse.* Voyons maintenant quelle est la poussée que les valvules auriculo-ventriculaires éprouvent du côté des oreillettes.

Il résulte des mesures prises par M. Périer, aide d'anatomie de notre Faculté, que l'orifice de la veine cave supérieure représente une surface de deux centimètres carrés; d'autre part, les veines caves communiquent directement et librement avec les sinus de la dure-mère par les jugulaires internes. Si nous tenons compte de la hauteur de cette colonne sanguine, et si nous admettons avec M. Beau que le passage de l'ondée se fait brusquement et en masse, le choc de la veine liquide contre la paroi qu'elle rencontre équivaut à une pression de 200 grammes. Or, M. Beau nous le dit lui-même, « c'est la paroi *antérieure* de l'oreillette qui est ainsi choquée. »

J'ouvre le *Traité d'anatomie* de M. Sappey, et j'y trouve cette phrase : « La paroi antérieure de l'oreillette est remarquable par la présence de l'orifice auriculo-ventriculaire. » C'est donc la valvule auriculo-ventriculaire, simplement retenue en place par un muscle à *l'état de mollesse*, qui supporte sans se déplacer cette pression subite de l'ondée sanguine. Et plus tard, lorsque l'oreillette était distendue, chacun des points de sa paroi supporte la pression statique de la colonne veineuse, la résistance de la valvule au déplacement va nous paraître bien plus extraordinaire encore. M. Bouillaud nous dit, dans son *Traité des maladies du cœur*, que l'orifice auriculo-ventriculaire droit a trois pouces dix lignes de circonférence ; cela équivaut à une surface de 8 centimètres carrés et demi. Dès lors la valvule qui ferme cet orifice supporte une pression totale de 425 grammes : elle n'est retenue en place que par un muscle *relâché*, et pourtant elle ne cède pas! les principes de la statique ne permettent pas d'admettre que la valvule puisse rester en équilibre entre deux forces de sens opposés et d'intensités aussi disproportionnées.

Il semble d'ailleurs que M. Beau lui-même ait compris ce qu'il y avait d'extraordinaire dans cette résistance opposée par la valvule à la poussée du sang de l'oreillette. Dans sa leçon de 1861, il a assuré d'une autre manière cette occlusion complète de l'orifice auriculo-ventriculaire si nécessaire à sa théorie. Nous lisons, en effet : « Le sang qui vient dilater et remplir l'oreillette au second temps est empêché de tomber dans le ventricule parce que, à l'état normal, l'orifice auriculo-ventriculaire est fermé par la simple tonicité des faisceaux musculaires qui entourent cet orifice. » Voilà donc deux nouveaux sphincters dont M. Beau a enrichi l'anatomie du cœur pour les besoins de sa théorie!

A l'époque déjà éloignée où j'étudiais la clinique à la Charité, toutes les fois que, élèves inexpérimentés, nous éprouvions quelque embarras pour distinguer le premier du second bruit du cœur, notre maître nous disait : Placez un doigt sur la carotide, et prenez pour premier bruit celui qui coïncide avec le pouls carotidien. Je pense que les choses se passent encore de la même manière, et que M. Beau lui-même donne quelquefois ce conseil à ses élèves. En tout cas, il ne pourrait pas leur indiquer de règle plus sûre et plus facile à suivre. Mais le pouls carotidien est évidemment un phénomène de systole ventriculaire.

Il y a dès lors au moins forte présomption pour que le premier bruit soit lui-même un phénomène systolique. M. Beau a certainement compris cette difficulté lorsque, s'élevant contre la théorie des claquements valvulaires, il a voulu faire considérer ce premier bruit comme un résultat de la diastole ventriculaire.

Notre honorable collègue a une manière toute particulière de répondre à cette pressante objection. Dans le premier temps du cœur, il a compris trois phénomènes intérieurs : la systole auriculaire, la diastole ventriculaire et la systole ventriculaire; et par suite, trois phénomènes extérieurs correspondants : le choc, le premier bruit et le pouls. Or, ces six phénomènes, il les a concentrés dans un espace de temps indivisible. Voici, en effet, ce que nous lisons : « Ces différents mouvements par lesquels l'ondée sanguine passe de l'oreillette dans l'artère se succèdent fort rapidement, comme convulsivement, de telle sorte que leur ensemble paraît former un mouvement unique, et que la contraction de l'oreillette, qui est le premier de tous, est presque isochrone avec le pouls artériel, qui en est le dernier. » Ne semble-t-il pas, en réalité, que ce mouvement convulsif du cœur, qui pourtant comprend tant de choses, est la dernière ressource d'un esprit poussé dans ses derniers retranchements, et n'a été inventé que pour couper court à toute espèce de discussion! Mais, à notre tour, ne sommes-nous pas autorisé à demander à M. Beau de quel droit, dans cette convulsion tellement rapide que le premier et le dernier phénomène sont synchrones, il affirme que le premier bruit du cœur se produit pendant la diastole et non pendant la systole ventriculaire?

Un mot encore sur ce sujet. Il faut que vous compreniez jusqu'où M. Beau a pu glisser sur cette pente rapide des hypothèses. Ouvrez son *Traité d'auscultation*, et vous y trouverez la phrase suivante, tellement inattendue qu'au moment où je parle il faut que j'aie le texte lui-même sous les yeux pour pouvoir croire à la réalité de semblables illusions : « On peut dès lors considérer l'oreillette comme l'*agent central* de la circulation, le *cœur proprement dit*, tandis que le ventricule ne serait que le commencement du tube artériel... » Voilà donc le centre circulatoire déplacé, les ventricules déshérités au profit des oreillettes! Comme l'a très-bien dit M. Bouillaud, puisque ces oreillettes ont des parois musculaires, elles sont contractiles, et puisqu'elles sont contractiles elles se contractent à un moment donné; le fait est incontestable. Mais ces contractions des oreillettes, quand on les recherche dans les grands animaux et dans le corps de l'organe lui-même, elles sont obscures et très-difficiles à discerner. C'est seulement dans l'appendice auriculaire que l'œil peut facilement et nettement constater la contraction systolique. Le doigt appliqué sur le corps de l'oreillette sent ses parois durcir au moment où l'œil perçoit le mouvement de contraction de l'auricule; et c'est ainsi seulement qu'on arrive à la démonstration absolue de la réalité de la contraction de la masse auriculaire.

Si M. Beau avait pris la peine de lire avec quelque attention l'ouvrage récemment publié par M. Marey, que du haut de cette tribune il nous montrait avec quelque dédain, il y aurait trouvé un chapitre consacré à la mesure de la puissance contractile de l'oreillette droite et des deux ventricules ; il aurait vu alors que par des expériences rigoureuses M. Marey a démontré que le maximum de pression exercé par l'oreillette droite contractée ne dépasse pas 3 gr. 4 dixièmes, tandis que la pression correspondant à la contraction des ventricules s'élève à 34 grammes pour le ventricule droit et à 174 grammes pour le ventricule gauche. La puissance contractile du ventricule droit est donc dix fois et celle du ventricule gauche cinquante et une fois plus considérable que celle de l'oreillette droite. Comme moi, vous serez sans doute frappés des rapports remarquables qui existent entre la force de contraction de ces diverses portions du cœur et les fonctions qu'elles sont appelées à remplir pour assurer la circulation du sang.

En présence des contractions si obscures, si difficiles à constater du corps de l'oreillette et de ces derniers résultats empruntés au travail de M. Marey, on se demande à travers quel prisme fascinateur M. Beau a étudié les phénomènes de l'économie pour persister encore à considérer l'oreillette comme l'*agent central de la circulation*, le *cœur proprement dit*.

Telles sont les nombreuses hypothèses sur lesquelles repose la double théorie de M. Beau, de la circulation intra-cardiaque et des bruits du cœur. Toutes lui sont également nécessaires. Il n'est pas possible d'en supprimer une seule sans que l'édifice s'écroule tout entier. Je laisse à l'Académie le soin de se prononcer sur la valeur de semblables doctrines.

Cependant, en raison sans doute de son apparente simplicité, la théorie des bruits du cœur de M. Beau avait entraîné quelques esprits distingués, dont la conviction, d'ailleurs, avait été fortement ébranlée

par les belles expériences de M. Chauveau, que M. Béclard vous a si brillamment exposées dans la dernière séance. Je ne reviendrai pas sur ce sujet; il serait difficile de rien ajouter à ce qu'en a dit notre honorable collègue et d'en parler en aussi bons termes. Je me contenterai de dire ici que, malgré ces nouvelles épreuves si convaincantes et si décisives pour tout esprit désintéressé, M. Beau persistait à défendre vaillamment sa doctrine, et la discussion continuait. C'est au milieu de ces circonstances que se produisit dans la science un travail dans lequel toutes ces questions de la circulation intra-cardiaque étaient considérées à un point de vue tout nouveau : le travail cardiographique de MM. Chauveau et Marey.

C'est au mois d'octobre 1861 que MM. Chauveau et Marey firent leur première publication. Engagés dans la voie difficile, pénible, mais sûre de la méthode expérimentale, ces deux habiles physiologistes durent subir le sort commun; ils ne donnèrent pas du premier coup à leur méthode d'observation toute la rigueur, toute l'exactitude, toute la sensibilité dont elle était susceptible. Personne ne s'étonnera ici quand je dirai que leur premier tracé cardiographique, leur tracé du 7 octobre 1861, n'était qu'une ébauche, mais une *ébauche bien faite*, qui à ce titre enregistrait d'une manière nette et précise, et dans leurs véritables rapports de succession, les principaux phénomènes de la révolution cardiaque. A ce premier tracé, beaucoup de choses manquaient; on n'y trouvait aucune trace de phénomènes de moindre importance, et nécessaires pour compléter le tableau d'une révolution cardiaque.

En étudiant ce premier tracé, M. Beau saisit avec beaucoup de sagacité, et signala une lacune dans la courbe de la révolution ventriculaire. On ne trouvait pas, en effet, sur cette courbe l'indication de l'augmentation de pression, qui doit nécessairement correspondre à la systole auriculaire. MM. Chauveau et Marey s'empressèrent de reconnaître la légitimité de cette réclamation, ils étudièrent avec soin la marche de leur instrument, et n'eurent pas de peine à constater que cette lacune tenait à ce que l'ampoule exploratrice du ventricule était trop paresseuse, n'était pas assez sensible pour traduire une augmentation de pression de l'ordre de celle que la systole auriculaire peut produire dans la cavité ventriculaire. Ils modifièrent en conséquence leur appareil, et dès le 6 janvier 1862 ils produisaient un second tracé, dans lequel est nettement comblée la lacune signalée par M. Beau. Il semble que notre honorable collègue eût dû être touché de l'empressement de MM. Chauveau et Marey à faire droit à ses justes réclamations. Tels ne sont pas, il paraît, les sentiments de M. Beau; il repousse ce second tracé; il ne veut pas en tenir compte, parce que ce second tracé diffère du premier.

Ce second tracé était déjà un progrès; MM. Chauveau et Marey ne se sont pas arrêtés dans la voie du perfectionnement : après bien des tâtonnements et des essais, ils sont parvenus enfin à construire un cardiographe dont tous les organes sont bien coordonnés, jouissent d'une sensibilité en harmonie avec l'intensité des phénomènes dont ils doivent tracer le tableau. C'est ainsi qu'ils ont obtenu le troisième tracé, communiqué à l'Académie de médecine en avril 1863.

La marche suivie par MM. Chauveau et Marey est bien connue de tous ceux qui ont réfléchi sur les conditions du progrès dans la méthode expérimentale. Nous devons les remercier de ne s'être pas arrêtés en route, et d'avoir par des efforts successifs porté leur cardiographe au degré de perfection que votre commission a été appelée à constater, et à vous signaler officiellement.

Quant à M. Beau, il se refuse absolument à reconnaître un progrès dans ces modifications successives de l'appareil cardiographique; il repousse obstinément le troisième et le deuxième tracé; il veut absolument enfermer ses contradicteurs dans leur premier tracé. Messieurs, depuis Lavoisier, jusqu'à notre éminent collègue M. Dumas, l'acide carbonique a été bien souvent analysé, et les résultats de l'analyse, en se modifiant, se sont successivement approchés de la vérité. Que penserait-on d'un chimiste qui viendrait dire aujourd'hui : Je ne veux admettre que l'analyse primitive, celle de Lavoisier; je considère les autres comme non avenues? C'est là pourtant ce que fait M. Beau par rapport aux tracés successifs de ses contradicteurs. — Le grossissement des premières lunettes introduites en astronomie par Galilée était seulement de 32 diamètres; ce grossissement s'est successivement élevé à 600, et maintenant nos astronomes disposent d'appareils au grossissement de 3,000. Avec ces divers grossissements, on a fait bien des cartes de la lune. On retrouve nécessairement dans les dernières cartes tous les détails indiqués par les premières, mais on trouve forcément dans ces dernières cartes des détails qui ont échappé au faible grossissement des instruments employés pour dresser les premières. Que penserait-on d'un astronome qui ne voudrait admettre pour vraies et acceptables que les cartes incomplètes fournies par les lunettes à faible grossissement? Toutes les indications du premier tracé de MM. Chauveau et Marey sont reproduites dans les derniers, mais ces derniers tracés contiennent beaucoup de détails qui ne sont pas dans le premier, et cela parce que les derniers appareils sont plus sensibles, mieux coordonnés que le premier. En repoussant les derniers tracés, c'est donc le progrès que repousse notre honorable collègue.

« Je suis et je serai toujours pour le premier tracé, dit M. Beau, » parce qu'il n'y a rien à en retrancher, rien à y ajouter! » Rien à en retrancher, nous sommes d'accord; Mais rien à y ajouter! Notre honorable collègue y a-t-il bien réfléchi quand il a formulé une proposition si absolue? Rien à y ajouter! Mais cela équivaut à dire qu'en octobre 1861 la méthode cardiographique avait atteint le plus haut degré de perfection possible. Voilà donc M. Beau qui ose dire à la méthode expérimentale : Tu arriveras jusque-là; mais tu n'iras pas plus loin dans la voie du progrès. Et quel temps choisit-il pour assigner ainsi la barrière que les efforts des expérimentateurs ne parviendront pas à franchir!

En présence des vérités qu'ils ont répandues à pleines mains dans le monde, les chimistes ont le droit d'être fiers de leur œuvre; on leur aurait pardonné si, dans un juste mouvement d'orgueil, ils avaient dit : Nos procédés analytiques ont atteint la perfection, il n'y a rien à ajouter à l'exactitude de nos résultats. Si quelques-uns d'entre eux se sont endormis dans cette douce quiétude, leur sommeil a dû être profondément troublé lorsque Kirchhoff et Bunsen sont venus leur dire : Voici une nouvelle méthode d'observation, l'observation spectrale, qui prouve que la croûte de notre globe contient des métaux dont vous ne soupçonnez seulement pas l'existence; et cette observation spectrale, élargissant le champ de nos spéculations, nous fournit le moyen de déterminer avec certitude quels sont ceux des métaux de notre terre qui doivent prendre rang parmi les éléments constituants de l'atmosphère solaire. Les chimistes ont-ils repoussé ce nouvel instrument de recherches, qui faisait son apparition dans la science d'une manière si inattendue? Non; ils se sont mis courageusement à l'œuvre, ils ont perfectionné leurs procédés d'analyse; leurs efforts ont été couronnés d'un plein succès; ils sont parvenus à isoler, à saisir ces métaux, qui la veille encore échappaient à leurs efforts les mieux combinés; ils en ont étudié les propriétés, ils leur ont assigné leur place dans la série des métaux.

Dans notre jeunesse, nous avons tous été élevés dans le respect des lois de Mariotte et de Gay-Lussac. Les méthodes expérimentales se sont perfectionnées depuis; les coefficients ont été déterminés avec plus de rigueur, et des physiciens de premier mérite sont venus nous dire : Ces lois de Mariotte et de Gay-Lussac ne sont que la traduction des résultats d'observations vraies, dans les limites d'exactitude des anciens appareils, mais incomplètes; ces lois doivent disparaître de la science. Nous avons entendu alors des esprits timorés s'écrier qu'avec ces prétendus perfectionnements, on marchait droit à la négation des véritables rapports des faits particuliers, à la destruction de toutes les lois générales, à la destruction de la science elle-même, car il n'y a pas de science sans lois générales. Eh bien, du milieu de ces ruines justement accumulées, — car renverser une erreur accréditée, c'est encore travailler pour le progrès, c'est rendre un service presque équivalent à la découverte de la vérité, du milieu de ces ruines, dis-je, est sortie tout à coup la plus grande idée scientifique des temps modernes. C'est parce que le terrain était déblayé, que les physiciens ont pu établir l'invariabilité de la somme du principe dynamique répandu dans l'univers, s'élever à la constitution de cette grande doctrine de la corrélation des forces, de la transformation des forces les unes dans les autres par voie d'équivalence, de cette doctrine née d'hier, qui déjà règne en autocrate dans les sciences physico-chimiques, et qui, grâce aux efforts de MM. Hirn et Béclard, a déjà conquis dans la biologie une place qui s'élargit tous les jours et que rien ne peut plus lui faire perdre.

Voilà par quelle voie et à quelles conditions s'opère le progrès dans les sciences, et non en repoussant systématiquement les perfectionnements que les observateurs font subir à leurs méthodes, et en faisant de vains efforts pour les enfermer irrévocablement dans les premiers résultats de leurs premières tentatives.

Quelles sont donc les raisons de cette prédilection si prononcée de M. Beau pour le premier tracé? (La première raison, c'est que M. Beau est parvenu à trouver une interprétation du premier tracé qu'il se croit autorisé à considérer comme la démonstration irréfutable de ses doctrines physiologiques, et qu'il est constitué par des ondulations régulières, séparées par des lignes également régulières; tandis que les deux autres sont difficiles à suivre et fatigants à regarder, tellement leurs lignes sont troublées et tourmentées).

Quant à moi, poursuit M. Gavarret, je suis heureux que les tracés originaux de MM. Chauveau et Marey ne présentent pas cette régularité de détail tant prisée par M. Beau. Il est, en effet, de la nature des phénomènes de l'économie de passer par des variations d'intensité qui ne suivent pas une régularité parfaite dans leur marche ascendante ou descendante. A un moment donné, la pression dans une cavité du cœur est la résultante de forces nombreuses, les unes puissantes, les autres secondaires, qui se combinent dans des proportions variables; à côté des contractions et des relâchements musculaires qui dominent tout, nous trouvons la tonicité, l'élasticité, la hauteur des colonnes sanguines, l'afflux plus ou moins abondant, plus ou moins rapide du flot sanguin, les aspirations déterminées dans la cavité thoracique par les mouvements respiratoires. Et l'on voudrait, au milieu de ce conflit de forces, de nature et d'origine si diverses, que les variations de pression accusées par le cardiographe suivissent une marche parfaitement régulière, et vinssent se traduire par une série de lignes tracées à la règle et au compas! — Je le déclare ici formellement, et tous ceux qui ont tenté d'appliquer des instruments de précision à l'étude des phénomènes de la vie seront de mon avis, si MM. Chauveau et Marey m'avaient présenté, comme résultat cardiographique, le tracé dont la régularité plaît tant à M. Beau, s'ils m'avaient dit : Ceci n'est pas un *schema*, c'est le tracé original du cardiographe lui-même, j'aurais été fort péniblement impressionné. La politesse m'aurait peut-être empêché de leur exprimer nettement ma pensée, mais je n'aurais certainement pas pris la peine de lire leur mémoire.

Ne l'oublions pas, dans des tracés de cette nature l'irrégularité de chaque ligne en particulier est l'état normal. Il y a cependant un genre de régularité qu'il faut chercher, exiger, qui est la garantie de la régularité de la fonction explorée. Les tracés de chacune des révolutions successives du cœur doivent so composer des mêmes lignes, placées de la même manière, avec les mêmes irrégularités partielles; en d'autres termes, les tracés de deux révolutions complètes doivent être exactement superposables. Voilà la régularité qu'il faut chercher, exiger, et c'est celle qui se rencontre dans tous les tracés de MM. Chauveau et Marey.

M. Beau donne de sa prédilection pour le premier tracé une raison que j'aurais aimé ne pas rencontrer dans la communication à l'Académie, et que je ne relève que parce que ma position m'en fait un devoir. Ce premier tracé, dit-il, « est apparu comme la manifestation *spontanée* du cardiographe. » — Les autres tracés ne sont donc pas des manifestations *spontanées*, ils sont donc le résultat du jeu cardiographe soumis à l'*intervention illicite* de la main de l'expérimentateur. Mais alors MM. Chauveau et Marey auraient sciemment trompé le monde médical, et l'Académie, et les membres de la commission, le rapporteur surtout, se seraient faits les complices de cette fraude. Ce sont là des insinuations calomnieuses qui ne sauraient nous atteindre, et que nous nous contenterons de renvoyer à son auteur. Si de pareilles expressions avaient échappé dans le feu de l'improvisation, nous ne les aurions peut-être pas relevées. Mais elles se trouvent dans une communication écrite, préparée, méditée pendant une année entière, elles ont été lues à cette tribune, publiées dans les journaux de médecine et reproduites dans les bulletins officiels de nos séances; nous n'avons pas dû les laisser passer sans protestation, et nous demandons que notre protestation soit mentionnée au procès-verbal.

Quels sont donc les principaux reproches adressés par notre honorable collègue au troisième tracé, au tracé de l'Académie, comme il l'appelle?

(Ici M. Gavarret entre dans des détails d'analyse du troisième tracé cardiographique de MM. Chauveau et Marey, et réfute une à une les critiques dont il a été l'objet de la part de M. Beau; puis arrivant au premier tracé, il le discute le *schema* que M. Beau en a donné lui-même. Il résulte de cette discussion et de l'interprétation que M. Beau donne de ce *schema* que non-seulement la pression intra-auriculaire diminuerait, mais qu'elle descendrait au minimum pendant la contraction des parois de l'oreillette.)

Il est nécessaire ici de citer textuellement, pour montrer comment M. Beau comprend la possibilité d'un fait aussi inattendu. « On sait, » en effet, dit-il, que la nature proportionne toujours les forces aux » résistances. Et par conséquent la force du retrait systolique varie » *suivant les différents diamètres de l'ondée, qui a la forme d'un* » *ovoïde* à son passage dans les cavités du cœur. Ainsi, le grand diamètre de l'ondée étant, par exemple, représenté par 4, la force » systolique qui pressera sur ce diamètre sera de 4; le diamètre diminuant de 4 à 2, par suite du passage de l'ondée, la force systolique diminuera de 4 à 2, etc., etc. »

A entendre ce passage, ne dirait-on pas que ce n'est pas une ondée liquide, mais un corps solide de forme déterminée et invariable qu'il s'agit de faire passer à travers l'orifice auriculo-ventriculaire? Sans doute, s'il s'agissait de chasser ainsi de l'oreillette dans le ventricule un bloc d'acier ou de cuivre de forme ovoïde, la grosse extrémité passerait plus difficilement que la petite à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. Mais depuis quand un liquide a-t-il une forme qui lui soit propre; depuis quand, en raison de la mobilité de ses molécules, le liquide ne se prête-t-il pas sans résistance à prendre exactement la forme du vase qui le contient? Depuis quand la forme du vase influe-t-elle sur la quantité du liquide qui s'écoule en un temps donné par un orifice de grandeur donnée? Depuis quand la vitesse d'écoulement d'un liquide ne dépend-elle pas exclusivement de la pression qu'il supporte, transformée en hauteur de colonne liquide?

En matière de circulation, faisons de l'hydrodynamique; ce n'est pas moi qui m'opposerai à cette tendance. Mais n'oublions pas que l'hydrodynamique est une science dès longtemps constituée, dont les principes sont établis sur les expériences les plus rigoureuses. Sous peine de tomber dans les erreurs les plus déplorables, sachons respecter ces principes que nous voulons appliquer. N'inventons pas à chaque instant des principes nouveaux, dont le seul mérite est de se plier complaisamment à tous les caprices de nos idées préconçues. Soyez, si vous le voulez, de l'école de Bichat, proclamez que la biologie doit être maintenue indépendante de toute application des sciences physico-chimiques; je ne vous suivrai pas dans cette voie; je vous combattrai au besoin, mais je vous comprendrai parce que vous serez logique dans vos raisonnements. Mais, si vous voulez appliquer les principes d'une science à l'explication des phénomènes de la vie, commencez par apprendre et respecter les principes de cette science.

Mais laissons là l'hydrodynamique; le simple bon sens, le bon sens le plus vulgaire, est suffisant pour montrer tout ce qu'il y a d'inadmissible dans cette prétendue diminution de la pression intra-auriculaire pendant la contraction de l'oreillette. Deux élèves distingués de notre Faculté, M. le docteur Ollivier et M. Bergeron, ont commencé des recherches très-intéressantes sur les propriétés des muscles. Je ne veux pas ici déflorer leur travail; je veux leur laisser la joie et l'honneur de vous communiquer eux-mêmes leurs résultats, quand ils seront plus complets. Avec leur assentiment, il me suffira aujourd'hui de m'appuyer sur quelques-unes de leurs expériences auxquelles j'ai assisté. Tout muscle soumis à une traction s'allonge; mais pour une traction déterminée, l'allongement du muscle est aussi déterminé. Si la traction augmente, l'allongement devient plus considérable; si la traction diminue, le muscle se raccourcit et reprend sa longueur primitive, quand la traction cesse complétement. En cela, le muscle de constitution fibrillaire se conduit donc comme toute réunion des fils ou fibres élastiques. Eh bien, quand l'ondée sanguine passe de l'oreillette dans le ventricule vide, elle est obligée de se faire elle-même sa place en repoussant les parois ventriculaires, et, par conséquent, en allongeant les fibres musculaires de ces parois.

A mesure qu'une plus grande quantité de sang pénètre dans le ventricule, la distension des fibres des parois musculaires devient plus considérable; il faut donc que ces fibres soient soumises à une traction croissante, à mesure que s'accroît la cavité ventriculaire ellemême pour recevoir de nouvelles quantités de sang. Mais d'où vient cette traction exercée sur les fibres musculaires, qu'est-ce autre chose que la pression exercée sur les parois du ventricule? Et cette pression, n'est-ce pas l'ondée sanguine elle-même qui l'exerce? et cette pression, n'est-ce pas purement et simplement la pression intra-auriculaire transmise par le liquide jusqu'aux parois du ventricule? Loin donc que la pression intra-auriculaire diminue pendant la systole de l'oreillette, comme le veut M. Beau, il est évident que cette pression augmente depuis le début jusqu'à la fin de la systole, et cela par cette raison toute simple que les dernières gouttes de l'ondée sanguine entrent plus difficilement que toutes les autres dans le ventricule, dont la résistance croît nécessairement avec la distension de ses parois.....

Je m'arrête dans cet examen des doctrines de M. Beau. Pour achever complétement ce travail ingrat, ce n'est pas un chapitre, mais tous les chapitres, et dans chaque chapitre toutes les phrases, et dans chaque phrase, presque tous les mots qu'il faudrait examiner, peser, critiquer. Je demande pourtant à l'Académie la permission de lui soumettre encore quelques courtes réflexions.

Je veux faire à M. Beau toutes les concessions possibles; j'admets pour parfaitement vraie son interprétation du premier tracé cardiographique de MM. Chauveau et Marey, et comme démontrée sa double théorie de la circulation intra-cardiaque et des bruits du cœur. Voyons donc si réellement cette interprétation est, comme il le croit et le dit, une nouvelle et sérieuse démonstration de l'exactitude de ses doctrines physiologiques; voyons à quelles conséquences inévitables va nous conduire la combinaison de sa double théorie et de son interprétation. Rappelons d'abord deux principes fondamentaux dans les doctrines physiologiques de notre honorable collègue :

1° La diastole auriculaire ne commence qu'après la systole ventriculaire. Ce principe n'est pas seulement reproduit à chaque page du *Traité de l'auscultation*. M. Beau a déclaré au commencement de cette séance et déclare encore en maintenir l'exactitude;

2° Les bruits du cœur étant le résultat du choc de l'ondée sanguine contre les parois du ventricule et de l'oreillette vides, se produisent

nécessairement : le premier au début de la diastole ventriculaire, le second au début de la diastole auriculaire.

D'après l'interprétation qu'en donne M. Beau, la diastole auriculaire commencerait en pleine diastole ventriculaire, et non après la systole du ventricule, comme M. Beau le soutient, l'enseigne et le répète dans tous ses écrits. Voilà donc cette interprétation du premier tracé cardiographique en contradiction flagrante avec un des axiomes fondamentaux de cette théorie de la circulation intra-cardiaque, dont elle était appelée à démontrer l'exactitude.

Passons maintenant à la théorie des bruits du cœur.

La combinaison de l'interprétation de M. Beau et de sa théorie des bruits du cœur nous conduit à cette conséquence inattendue, forcée, que les deux bruits du cœur se produisent dans un même instant indivisible, se superposent, arrivent forcément ensemble à notre oreille.

Les deux bruits du cœur sont synchrones ! Que deviennent alors les beaux travaux de Laënnec et de M. Bouillaud, et les efforts de M. Beau lui-même pour distinguer le premier du second bruit, pour reconnaître si tel bruit anormal coïncide avec avec le premier ou le second bruit, afin de s'élever à la détermination du siége et de la nature de la lésion intra-cardiaque ! Que deviennent ces belles pages que nous avons tous méditées la nuit et le jour, qui assuraient l'immortalité à leur auteur ! Ne l'oublions pas, les deux bruits sont synchrones ! Ces pages, que nous avons tant admirées, ne contiennent, en réalité que des rêveries, des contes des *Mille et une Nuits* ; elles doivent disparaître de nos bibliothèques ; c'est du papier pour le pilon de l'épicier.

En s'attaquant aux tracés cardiographiques, notre honorable collègue a voulu manier une arme qui n'est pas à sa main. Il a voulu la violenter, la fausser, pour la plier aux caprices de ses idées préconçues, aux exigences de ses doctrines physiologiques inadmissibles. L'arme était de bonne trempe, elle a résisté, elle s'est redressée, elle l'a blessé, blessé à mort.

En résumé, en proclamant que le premier tracé cardiographique de MM. Chauveau et Marey est la reproduction exacte des phénomènes fondamentaux de la révolution cardiaque, M. Beau s'est placé lui-même dans ce dilemme, dont il ne lui est plus permis de sortir. — Ou bien il admet l'interprétation que le bon sens et la logique commandent, imposent, que tout le monde accepte, et alors sa double théorie de la circulation intra-cardiaque et des bruits du cœur n'existe plus. — Ou bien il persiste dans l'interprétation qui lui est propre, et alors il a accompli sa mission pénible, mais pieuse, de creuser de ses propres mains la fosse dans laquelle il a enfoui à tout jamais sa double théorie. — Quoi qu'il en soit, dans l'un comme dans l'autre cas, les doctrines physiologiques M. Beau ont cessé d'être..... il n'y a plus de place pour une discussion sérieuse.

PATHOGÉNIE DES DARTRES.

Influence de l'altération du sang. — Traitement.

Par M. le Dr Félix Rochard.

M. Rochard, à l'Académie des sciences, présente un mémoire sur l'influence de l'altération du sang dans la pathogénie et le traitement des dartres. L'auteur avait déjà présenté dans la séance du 21 mars dernier un premier mémoire sur le même sujet.

Voici les conclusions qui résument ces deux mémoires :

1° Dans l'étude histologique de la peau, il faut séparer le derme des éléments superposés. La pathogénie des dartres est alors nettement saisie et l'observateur peut s'expliquer les différences que présentent ces lésions cutanées suivant le siége exact qu'elles occupent ;

2° Il existe huit espèces de dartres correspondant à cinq siéges anatomiques ; leur caractère commun est d'attaquer les parties les plus superficielles de la peau ;

3° La congestion, cause efficiente, est toujours, quel que soit son point de départ, unique pour toutes les formes ;

4° Les manifestations dartreuses étant purement locales, il importe de les combattre par des agents thérapeutiques locaux exerçant sur les éléments malades une action élective et puissante ;

5° L'iodure de chlorure mercureux est dans ce cas d'une grande efficacité : il détermine un mouvement expulsif qui aboutit *nécessairement* à l'élimination des produits morbides ;

6° Il n'y a pas *nécessairement* altération du sang dans toute maladie dartreuse, mais lorsque l'action expulsive de l'iodure de chlorure mercureux est entravée, c'est qu'il existe, comme complication plus ou moins grave de la congestion initiale, une diminution de globules sanguins, avec prédominance absolue ou relative de la fibrine et de l'albumine ;

7° Le mouvement expulsif que détermine notre traitement des dartres, la réaction qu'il provoque, sont en raison directe des symptômes morbides ;

8° Lorsque le tégument externe est malade, il importe de le traiter localement ; mais lorsque l'harmonie des éléments constituants du sang est rompue, il faut associer à la médication topique si efficace, un traitement général qui rappelle à leur exercice normal les grandes fonctions auxquelles la constitution du sang est directement et immédiatement subordonnée ;

9° Sous l'influence de cette thérapeutique rationnellement combinée, la vie des tissus cutanés se réveille et la guérison alors s'effectue.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 mai 1864. — Présidence de M. Morin.

Théorie des battements du cœur. — M. DELAUNAY, au nom d'une commission composée de MM. Coste, Cl. Bernard et Delaunay, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur une note de M. Hiffelsheim, relative à la théorie des battements du cœur.

La proposition que M. Hiffelsheim avait déjà formulée dans un précédent mémoire, présenté le 27 novembre 1854, et sur laquelle il revient et insiste dans cette note, consiste en ce que les battements du cœur sont dus à un recul de cet organe, occasionné par l'expulsion périodique du sang dans les artères. M. Hiffelsheim y avait été conduit par des considérations théoriques, et il avait cherché à confirmer l'exactitude de ses idées par l'expérience, à l'aide d'un appareil où il avait reproduit autant que possible les conditions dans lesquelles le phénomène se développe naturellement.

Ce travail a été l'objet de nombreuses critiques, et, à l'aide de raisonnements spécieux, on a tenté de prouver que l'effet de recul auquel l'auteur attribue les battements du cœur n'a pas d'existence réelle. M. Hiffelsheim, que ces critiques n'ont pas convaincu, persiste à penser qu'il est dans le vrai en disant que, à chaque pulsation, le cœur éprouve un mouvement de recul. Nous sommes complétement de son avis. Les principes de la mécanique rationnelle ne permettent pas le moindre doute à cet égard. Toutes les fois qu'un système matériel est en repos, et que, par suite du développement de forces intérieures, une partie du système se met en mouvement dans un sens, il se produit *nécessairement* dans d'autres parties du système un mouvement en sens contraire, de telle manière que si l'on projette les mouvements de toutes les parties du système matériel sur un axe quelconque, *la somme algébrique des quantités de mouvement projetées soit égale à zéro.*

Au moment où les ventricules du cœur, remplis de sang, se contractent de manière à lancer ce sang dans les artères, le double jet liquide qui se produit ainsi, par deux orifices situés d'un même côté du cœur, détermine nécessairement un mouvement de la masse du cœur lui-même dans le sens opposé, c'est-à-dire un véritable mouvement de recul de son centre de gravité. Si après chaque pulsation le cœur conserve à l'intérieur du corps exactement la même position qu'avant, c'est que le déplacement dû à ce recul est bientôt détruit en totalité par la réaction des organes élastiques voisins, auxquels le cœur est attaché ou simplement juxtaposé.

Quant à la part que ce mouvement de recul du cœur a nécessairement dans la production de ses *battements*, nous ne l'apprécions pas. Nous devons nous tenir à cet égard dans une grande réserve, en raison de la complexité du phénomène dont il s'agit.

Nous proposons à l'Académie de remercier M. Hiffelsheim de son intéressante communication, et de l'engager à continuer ses utiles travaux sur l'application des sciences physiques à la physiologie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

— **M. GRIMAUD** (de Caux) lit un mémoire *sur les eaux et les égouts de Paris.* (Voir le premier-Paris.)

— **M. MARTIN-DUCLAUX**, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vilefranche (Haute-Garonne), adresse des *Études sur la pellagre,* mémoire destiné au concours pour le prix proposé par l'Académie sur cette question.

« Je ne crois pas, dit l'auteur, avoir donné la solution de tout le problème posé ; mais j'ai le premier constaté la présence de cette maladie dans ma circonscription cantonale, j'en ai donné la description, j'en ai exposé expérimentalement l'étiologie et la médication. »

(Renvoi à la commission du concours pour le prix concernant la pellagre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Goffres, médecin principal de 1re classe, est détaché au camp de Châlons pour y remplir les fonctions de chef du service médical.

— Nous apprenons avec la satisfaction que nous causent tous les actes honorables pour le corps médical qu'un modeste praticien du VIe arrondissement, M. le docteur Vasseur, dont la mort récente et imprévue a si vivement affligé ses nombreux amis, avait fait une large part dans son testament aux œuvres de bienfaisance. Membre fondateur de l'Association des médecins de la Seine, M. Vasseur a légué à cette institution une somme de 2,000 fr. (libre de tous frais de succession) ; médecin du bureau de bienfaisance, il a laissé une somme de 600 fr. aux pauvres de son arrondissement.

— M. Milne-Edwards ouvrira mercredi prochain 18 mai, à deux heures, au Muséum d'histoire naturelle, son cours de zoologie (mammifères et oiseaux), et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

Le professeur traitera de l'anatomie, de la physiologie, des mœurs et de la classification des mammifères et des oiseaux.

Erratum. — Dans le numéro du samedi 14 mai, page 222, colonne 2, ligne 35, il faut lire *pince à polype* au lieu de *pince à griffes* ; et page 222, colonne 1, ligne 75, *visqueux* au lieu de *muqueux.*

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 MAI 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur le cœur continue. M. Parchappe a eu la parole, mais beaucoup trop tard pour qu'il ait pu terminer son argumentation. Des deux points qu'il s'était proposé de traiter, l'action des oreillettes et celle des appareils auriculo-ventriculaires, il n'a pu parler que du premier ; et encore, pressé par l'heure, il a dû écourter ce qu'il avait à en dire. Nous devons donc attendre à la séance prochaine pour apprécier la part de l'intervention de M. Parchappe dans la discussion.

Une grande partie de la séance a été consacrée à peu près en pure perte à la lecture d'un rapport dont l'Académie a voté le renvoi à la commission. Il s'agissait d'un mémoire sur une méthode prophylactique et curative du choléra-morbus de l'Inde, qui, du cabinet de l'Empereur où il avait été adressé, a été dirigé vers la barre de son juge naturel, l'Académie de médecine.

M. Briquet, au nom de la commission dont il était l'organe, a présenté une longue et savante analyse de ce mémoire ; mais les conclusions n'ont pas paru assez explicites à l'Académie, et les membres de la commission eux-mêmes les ont combattues. Exemple nouveau de l'inconvénient, quand il s'agit surtout de rapports officiels, de présenter à l'Académie des conclusions qui ne sont que l'expression de l'opinion particulière du rapporteur. Quand les commissions prendront-elles donc leurs devoirs au sérieux ?

L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre un rapport sur les candidats à une place de membre associé national. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BOUCHARDAT.

Leçon d'ouverture du cours d'hygiène (1).

Définition. — L'*hygiène* est cette partie des sciences médicales qui a pour but d'étudier les moyens de conserver et de perfectionner la santé de l'homme. On donne le nom d'*hygiène privée* à l'ensemble des connaissances qui s'appliquent à l'individu pris isolément, et celui d'*hygiène publique* aux règles ou préceptes qui s'appliquent aux agglomérations d'hommes. Cette distinction, qui est utile dans la pratique, paraît au premier abord satisfaisante sous le rapport scientifique ; mais l'expérience montre qu'en séparant complétement l'hygiène publique de l'hygiène privée, on s'expose, lorsqu'on traite de l'une ou de l'autre, à de nombreuses répétitions, si l'on ne veut pas scinder les questions. Il est bien préférable de confondre dans une étude commune ces deux parties de la science, et de ne réserver pour la division de l'hygiène publique que les questions pour ainsi dire administratives, qui se séparent nettement du cadre principal. Nous reviendrons bientôt sur ce sujet en traitant des classifications.

Simplicité apparente de l'hygiène. — Dans l'esprit des gens du monde, des médecins eux-mêmes, l'hygiène est la science la plus facile ; elle se résume pour ainsi dire en un précepte : User de tout modérément. Sans nier la vérité de cette maxime, sans vouloir prétendre qu'en hygiène il s'agisse en général d'autres choses que des conditions les plus ordinaires de la vie, qui nous sont familières par notre première éducation et qui nous ont été transmises par la tradition la plus positive, nous dirons : Les études ne sont plus aussi simples lorsqu'on veut élever l'hygiène au rang des sciences. Il faut connaître l'homme dans les diverses conditions où il peut exister ou être placé ; tout ce qui se rapporte aux âges, aux sexes, aux imminences morbides, aux professions, etc., est du ressort de l'hygiène. Il faut connaître l'action sur l'homme de tous les modificateurs physiques et intellectuels, et savoir en régler la mesure la plus favorable à la santé. Pour bien démêler l'action de ces différents modificateurs, il faut les avoir étudiés en eux-mêmes ; une connaissance implique nécessairement l'autre. On voit par cet exposé rapide quelle est la grandeur des études qui sont indispensables au médecin hygiéniste.

De la direction nouvelle de l'hygiène. — Jusqu'ici je marche assez d'accord avec tous les auteurs qui ont traité de l'hygiène, dans la manière dont j'envisage les généralités de cette science, et cependant on verra, par la suite de cet ouvrage, que dans bien des occasions je me place sur un terrain d'étude pour ainsi dire nouveau. Mais, avant de chercher à donner une idée de la direction que j'essaye d'imprimer à l'hygiène, je dois indiquer ses principaux rapports avec les différentes parties de la médecine.

La branche des sciences médicales qui a les rapports les plus intimes avec l'hygiène est certainement la *physiologie* ; l'une est la science de la vie, l'autre de la santé. Là où la physiologie finit, l'hygiène commence ; leurs moyens d'étude sont les mêmes, ils se continuent et se complètent les uns par les autres : on peut dire en quelque sorte que sous beaucoup de rapports l'hygiène n'est que la physiologie appliquée.

La *physique* nous apprend à connaître les modificateurs les plus puissants, la chaleur, l'électricité, la lumière, etc. Sous ce point de vue, c'est une base de l'hygiène ; mais un écueil qu'il faut éviter, c'est de refaire, à propos de l'hygiène, l'étude de ces grands modificateurs, et de confondre ainsi la physique et l'hygiène. Si l'on veut parcourir les traités d'hygiène les plus récents, on ne tardera pas à s'apercevoir que bien des pages écrites dans cette direction doivent être supprimées ; les lois physiques sont mal exposées, mal démontrées, et l'on ravit ainsi un temps précieux qu'on emploierait bien mieux à scruter les problèmes ardus de l'hygiène.

L'*histoire naturelle* nous apprend à connaître les modificateurs les plus divers. Sous ce rapport, c'est un auxiliaire indispensable de l'hygiène ; quand elle se spécialise, elle peut en être considérée comme une extension : ainsi les connaissances qui se rapportent aux aliments, aux parasites nuisibles à l'homme, sont à la fois du domaine de l'histoire naturelle médicale et de l'hygiène.

La *chimie* touche à l'hygiène par les points les plus essentiels : c'est elle qui nous fait connaître les modificateurs les plus importants, l'air, les eaux, les aliments, etc. ; elle nous apprend à en suivre, à en comprendre l'usage, à pénétrer dans l'intérieur des phénomènes les plus intimes qui se passent dans l'économie vivante. C'est par son secours que nous pouvons suivre bien souvent la filiation qui existe entre nos aliments et les excrétions. C'est depuis que Lavoisier nous a appris à aborder, par l'observation et la balance, l'étude des principaux phénomènes de la vie, que l'on a fait dans cette direction des conquêtes définitives. C'est en suivant la route tracée par Lavoisier que l'hygiène est entrée dans une ère nouvelle, qu'elle peut souvent rapprocher par la synthèse les conditions qui, avant son concours, paraissaient les plus disparates.

Après avoir proclamé aussi haut les services que nous a rendus et que l'on peut attendre de la chimie, j'ai besoin de dire que dans l'organisme vivant il y a autre chose que des phénomènes ordinaires. Les forces que la chimie emploie sont toutes-puissantes pour décomposer ; mais pour former des molécules organiques complexes, sa puissance a des limites, à moins qu'on ne fasse intervenir une force nouvelle : la vie. C'est dans les organes vivants que se produisent seulement des matières organiques, telles que l'albumine, la fibrine, que nous savons parfaitement décomposer par les moyens ordinaires de la chimie, mais que par eux nous ne pouvons former, en empruntant au règne organique les éléments nécessaires pour les produire. Une objection qui ne manquera pas de venir à l'esprit est celle-ci : On n'a pas produit jusqu'ici par les seules forces chimiques de la fibrine, mais cela se réalisera un jour, comme, en empruntant au règne inorganique ses éléments, on a formé l'urée de toutes pièces. A cela nous répondrons : L'urée est une combinaison chimique définie qu'on a observée d'abord parmi les produits de l'organisation, mais qui ne leur est pas plus spéciale que l'acide carbonique exhalé des poumons. Jusqu'ici au moins ce n'est que dans les organes vivants, sous l'impulsion d'une force spéciale, que les molécules inorganiques ont pu s'associer, pour former une molécule complexe comme la fibrine, l'albumine.

Je ne méconnais pas les conquêtes brillantes qu'on doit à la chimie moderne, marchant résolûment dans la voie synthétique ; mais ne donnons pas à ces découvertes, comme on a cherché à le faire, la portée qu'elles n'ont pas. Redoutons l'ivresse de Prométhée.

Si jusqu'ici l'hygiène a emprunté des secours aux autres branches des sciences médicales, elle va à son tour en prêter à la plus importante, à la *thérapeutique*.

Dans la plupart des maladies, c'est le plus souvent à la bonne direction des moyens hygiéniques que l'on doit la promptitude et la sûreté du rétablissement. Certes, ce n'est pas moi qui veux médire des remèdes empruntés à la pharmacologie ; mais je puis affirmer, sans crainte d'être démenti, que l'évidente utilité des remèdes est beaucoup moins générale qu'on ne le dit et qu'on ne le croit. On trouvera par hasard, de temps à autre, à en faire des applications heureuses, et, par contre, tous les jours les prescriptions hygiéniques bien entendues ont une incontestable utilité. Notre maître à tous, le divin Hippocrate, avait une thérapeutique aussi simple que bornée ; c'est par les moyens hygiéniques que le père de la médecine traitait la plupart des maladies. Sydenham n'avait pas moins de confiance en eux. Répétons avec lui : « *Ego sum medicus, non autem formularum prescriptor.* »

La thérapeutique des convalescents n'est-elle pas presque toujours une application des lois de l'hygiène ? n'est-ce pas en les observant qu'on peut éviter ces maladies incidentes qui viennent si souvent compliquer et entraver les convalescences, et éterniser la maladie ?

La thérapeutique et l'hygiène se confondent souvent dans le but qu'elles se proposent, les moyens d'action seuls diffèrent. N'avons-nous pas vu, de notre temps, un empirique remplacer, et souvent avec succès, tout l'arsenal thérapeutique par un seul agent hygiénique : l'*eau froide*? Combien l'exemple des succès réels de Priestnitz doit nous engager à réfléchir ! J'ai la ferme confiance que l'emploi ra-

(1) Nous reproduisons cette leçon d'après la *Revue des cours scientifiques*. Nous sommes heureux de saluer à cette occasion une publication qui rend de véritables services sous la direction de M. Germer Baillière.

CHRONIQUE SCIENTIFIQUE.

LES PIEDS CHINOIS (1).

« § III. *Bandages, manœuvres employés pour produire la déformation.* — Dans les familles riches, dans celles qui veulent faire acquérir à leurs filles un renom de beauté, on ne commence guère les manœuvres avant l'âge de quatre ans ; chez d'autres, la petite fille conserve les pieds libres jusque vers six à sept ans. Pendant ces premières années, on chausse le pied, comme celui des jeunes garçons, d'une large pantoufle dont la partie antérieure, presque rectangulaire, est beaucoup plus large que le talon.

» Enfin l'époque est venue : tantôt la mère elle-même se charge de l'opération ; d'autres fois ce sont des femmes spéciales, remplissant auprès des dames le rôle de médecins intimes, de sages-femmes, d'entremetteuses quelquefois ; les grandes familles en ont aussi une ou plusieurs dans leur domesticité.

» On commence à masser le pied, à fléchir plus ou moins les derniers orteils, à les maintenir dans cette position par un bandage en huit de chiffre. Ce bandage, que j'ai fait exécuter plusieurs fois devant moi, se fait avec une bande de coton ou de soie de 5 ou 6 centimètres et plus de large, de 1 mètre à un 1 mètre 50 de long ; on applique le chef initial de la bande sur le bord interne du pied, au niveau de l'articulation tarsienne du premier métatarsien ; on porte la bande sur les quatre derniers orteils, laissant le pouce libre, puis sous la plante du pied ; on la relève sur le cou-de-pied pour former une anse derrière le calcanéum, en ayant soin de l'appliquer sur la tête de l'os, non au-dessus, puis on revient au point de départ pour continuer de la même façon ; en un mot, on fait un huit de chiffre dont l'entre-croisement se trouve sur le bord interne du pied. Au-dessus de cette première bande, on en place une seconde destinée surtout à la maintenir, et on arrête par quelques points de couture.

» Le mode d'application du bandage ne varie pas pendant toute la durée des manœuvres.

» En étudiant son effet, on constate qu'il produit deux résultats :

» 1° Flexion des quatre derniers orteils et torsion des métatarsiens correspondants sous la plante du pied ;

» 2° Tassement antéro-postérieur du pied par son point d'appui sur le calcanéum, peut-être même aussi, mais à un faible degré, exagération de la concavité plantaire.

» Pendant les premiers temps, le bandage est médiocrement serré ; peu à peu on en augmente la tension. A chaque nouvelle application, qui se renouvelle au moins tous les jours, on laisse quelques instants le pied à nu, on le lave et on le frictionne avec l'alcool de sorgho, dont les Chinois font grand usage *intra et extra*. L'oubli de cette précaution contribue puissamment à faire naître ces ulcérations dont nous avons parlé plus haut.

» La chaussure de l'enfant consiste en une sorte de bottine dont l'extrémité se rétrécit peu à peu, et arrive enfin à être complètement pointue ; l'étoffe remonte assez haut et se réunit en avant avec un lacet. La semelle est plate et sans aucun talon, comme celle d'une pantoufle.

» Par ces seuls moyens, on arrive à produire ce pied vulgaire, celui que nous avons décrit plus haut comme le plus commun dans le nord, le seul usité par les classes pauvres. Mais il en faut continuer l'usage, sous peine de perdre le fruit de ses efforts ; la jeune fille, la femme s'appliquent leurs bandages avec régularité, car là, ainsi qu'en beaucoup de choses, si l'on n'acquiert pas, on perd. La chaussure reste toujours la même comme forme, elle varie seulement avec la croissance du pied, car quoi que l'on puisse croire, il n'y a pas arrêt de développement du pied, mais seulement perversion.

» Si, maintenant, la mère veut donner à sa fille un pied encore plus élégant, elle a recours à d'autres procédés. Lorsque le premier degré est bien établi, que la flexion des orteils est permanente, on commence à exercer un massage plus énergique, puis on place sous la face plantaire un morceau de métal de forme demi-cylindrique et d'un volume proportionné au pied ; on applique le bandage en huit par-dessus le tout, en le tenant fortement et en portant les entre-croisements non plus sur le bord interne du pied, mais sous la face plantaire.

(1) Voir le numéro du 12 mai.

tionnel et bien dirigé des moyens hygiéniques que les entraîneurs savent si bien appliquer, aurait une puissance considérable dans une foule d'affections chroniques. Dans le traitement de la glycosurie, sur lequel mon attention s'est fixée depuis un si grand nombre d'années, combien la place des moyens pharmaceutiques est restreinte, si je la compare aux services que je demande aux modificateurs hygiéniques. En publiant son ouvrage remarquable sur les applications de l'hygiène à la thérapeutique, M. le professeur Ribes (de Montpellier(n'est-il pas entré dans le même ordre d'idées? Les applications raisonnées et bien étudiées de l'hygiène formeront bientôt la base de la thérapeutique vraiment scientifique.

La *pathologie* offre un point de contact avec l'hygiène, qui, dans un avenir que chacun peut prévoir, pourra réunir ces deux parties de la médecine en ce qu'elles ont de plus essentiel. Ce point de contact est l'étiologie.

Si jusqu'ici le pathologiste a cherché ailleurs que dans l'étiologie la base de ces études, c'est moins la philosophie que l'imperfection de la science qu'il faut en accuser. On comprend de plus en plus que les classifications nosologiques qui s'appuient sur les lésions des organes, sur les symptômes, etc., sont des classifications temporaires, qui sont les meilleures aujourd'hui, parce que la connaissance des causes est encore trop peu avancée, mais auxquelles il ne faudra plus penser quand la science sera faite. Cet avenir que j'entrevois ne se réalisera pas pour nous; c'est des générations nouvelles que sortira le Messie de la médecine définitivement constituée. En attendant, je suis heureux de proclamer ici que si le drapeau du pathologiste est encore hésitant, celui de l'hygiéniste ne doit plus l'être. C'est l'étude des causes qui constitue aujourd'hui le fondement de l'hygiène; ceci me conduit naturellement à exposer les principes généraux qui me guident dans la direction nouvelle que je cherche à imprimer à cette branche importante de nos connaissances médicales.

Cette direction va découler naturellement de l'extension que je vais donner à la définition de l'hygiène. Nous avons dit : « L'hygiène est la branche des sciences médicales qui a pour but d'étudier les moyens de conserver et de perfectionner la santé, etc. » Comment conserve-t-on la santé? Evidemment en prévenant les causes des maladies. Pour prévenir ces causes, il faut les connaître; de même que pour éviter un précipice, rien n'est mieux que de savoir où il est et quelle en est la profondeur.

Il ne sera pas besoin d'insister longuement pour établir l'utilité pratique de la connaissance des causes, quelques exemples suffiront pour cela. Quand on a su que la cause de la gale était l'*acarus*, le traitement de cette maladie n'a pas tardé à devenir sûr, inoffensif et rapide. La connaissance des mucédinées qui accompagnent ou déterminent les teignes, a rationalisé le traitement de ces affections. Quand on a su rapporter à l'intoxication plombique les accidents aussi redoutables que variés qui de temps en temps ont apparu après l'usage de vins, de bières, de cidres ou d'eau même falsifiés ou altérés par leur séjour dans des réservoirs métalliques, toute incertitude a été écartée pour guérir et prévenir ces affections.

Je pourrais multiplier ici ces exemples; mais ces vérités apparaîtront avec plus de netteté dans le cours de cet ouvrage, quand elles auront reçu les preuves et les développements qu'elles comportent.

L'étude des causes est, comme je l'ai dit, la partie la plus élevée, mais aussi la plus difficile de la médecine. Autrefois cette étude consistait en une classification ingrate et banale que chacun abordait à son corps défendant; j'ai l'espérance qu'il n'en sera bientôt plus ainsi. En s'appuyant sur les données expérimentales de la chimie et de la physiologie, on pourra s'élever par la synthèse aux questions les plus ardues de l'étiologie : selon moi, l'avenir de l'hygiène est dans cette direction. C'est aussi celui de la médecine. Jadis les systèmes se succédaient, en laissant à peine des traces de leur passage: aujourd'hui c'était le jour de Brown, demain c'était celui de Broussais. Personne n'a mieux que notre célèbre réformateur montré dans son *Examen des doctrines* l'inanité de ces systèmes ; le sien n'a pas été plus heureux. De son vivant il a pu en contempler les ruines, et voir naître et se fortifier ce doute général, cet éclectisme poussé jusqu'à l'exagération, qui a pu ébranler pour un moment les esprits les plus fermes. Mais, grâce à Dieu, nous savons aujourd'hui dans quelle voie nous devons marcher. Si nous reconnaissons qu'un système général de médecine est un rêve qui n'est plus de notre temps, nous admettons aussi que les connaissances médicales peuvent se grouper en divers faisceaux, pour constituer des doctrines isolées qui formeront la philosophie de la science, que le temps ne fera que consolider. Ces doctrines médicales ont pour base principale l'étude des causes qui forme ainsi le fondement de l'hygiène et l'avenir de la médecine.

Pour créer ces doctrines médicales, il est une époque de transition qui est indispensable. C'est par le temps et par les efforts de tous que les vérités s'établissent. Pour diriger ces efforts, il faut un fanal qui nous éclaire. C'est ce fanal auquel on donne le nom d'*hypothèse* auquel on ne peut se dispenser d'avoir recours. Sans doute la lumière qu'il nous fournit est souvent trompeuse ou vacillante, mais on ne peut s'en passer.

Seulement il ne faut accepter les résultats de l'hypothèse que pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire comme douteux et éminemment transitoires. L'hypothèse conduit à la vérité, mais il ne faut pas la prendre, comme on le fait encore si souvent en médecine, pour la vérité elle-même. Voilà l'hypothèse qui rend mieux compte des faits, c'est une locution à laquelle nous aurons souvent recours.

Nous saurons à chaque instant avouer que nous ne savons pas, et pour cela nous ne resterons pas immobiles. Nous nous dirigerons dans des routes nouvelles en nous servant d'hypothèses qui s'élèveront au rang de doctrines immuables, quand par des observations ou des expériences que tous pourront répéter, on aura démontré leur réalité.

Une hypothèse ne peut passer à l'état de vérité qu'autant que les conséquences légitimes auxquelles elle conduit se vérifient, et qu'on démontre ensuite que, réciproquement, l'exactitude des déductions entraîne celle du principe.

Les vérités s'établissent, avons-nous dit, par des expériences ou des observations irréprochables et convenablement répétées. L'anatomie pathologique, qui n'est qu'une des formes de l'observation et qui a été abordée avec tant d'ardeur et de succès par les médecins éminents de notre époque, a fourni son contingent de vérités pour grouper les faisceaux des connaissances médicales. Et, par exemple, les travaux si admirables de M. Louis sur la fièvre typhoïde, lui ont permis de constituer une espèce morbide parfaitement définie, en prenant pour point de départ des caractères anatomiques aussi remarquables par leur constance que celle des pustules dans la variole. La lumière étant produite, tous les faits qui paraissent exceptionnels, inexplicables, n'ont pas résisté à un examen attentif.

Autour de cette espèce morbide viennent s'en réunir d'autres, la peste d'Orient, le typhus fever, qui forment aujourd'hui un des groupes les plus naturels de la pathologie.

La féconde utilité de ces rapprochements nous apparaît surtout lorsque nous abordons les grands problèmes de l'étiologie; si nous pouvons arriver, par l'observation et l'expérience, à démêler les causes d'une de ces grandes affections, il ne nous restera plus qu'à appliquer à la maladie congénère les connaissances que nous aurons acquises: en marchant ainsi du connu à l'inconnu, les difficultés s'aplanissent et des doctrines médicales partielles s'établissent d'une façon définitive.

On peut déjà entrevoir par les considérations que j'ai exposées combien l'étude des causes des maladies et des moyens de les éviter est hérissée de difficultés; elles ne sont guère moins considérables lorsqu'on aborde scientifiquement l'étude du perfectionnement physique de l'homme.

Comment pouvons-nous perfectionner notre santé? C'est en étudiant à l'aide de l'observation et de l'expérience les modifications heureuses qu'on peut faire éprouver à l'organisme par le régime. Les enseignements si nets que nous pouvons puiser dans les pratiques variées de l'entraînement nous montrent que l'on peut entrevoir dans cette direction des progrès considérables. Nous reviendrons souvent sur ces sujets intéressants; mais combien ces études, qui avaient séduit la brillante imagination d'Hippolyte Royer-Collard, sont neuves, variées, difficiles!

(La fin prochainement.)

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. Hervieux.

De la variole dans l'état puerpéral.

Comment se comporte la variole dans l'état puerpéral? Quelle influence exerce-t-elle sur cet état? Quelles modifications en reçoit-elle dans son évolution, dans ses manifestations locales ou générales? La variole constitue-t-elle une immunité contre le développement des accidents puerpéraux? Quelle est la gravité, quelle est la terminaison la plus habituelle de cet exanthème fébrile chez les femmes en couches? Toutes questions intéressantes que l'observation seule peut résoudre, et à la solution desquelles nous tâcherons de contribuer par l'exposé des faits suivants.

Obs. Ire. — *Variole dans l'état puerpéral. — Apparition de l'éruption le lendemain de l'accouchement. — Mort le douzième jour de l'éruption. — Autopsie.*

Fille M..., domestique âgée de vingt-cinq ans, primipare, originaire de la Haute-Marne, entre à la Maternité le 21 décembre 1861. Elle habite Paris depuis deux ans; bonne santé antérieure; vaccinée dans son enfance, elle porte aux deux bras de très-belles cicatrices vaccinales.

Menstruée à dix-sept ans, elle a eu ses règles pour la dernière fois le 12 mai 1861.

Commencement du travail, le 29 décembre, à dix heures du matin; membranes entières; présentation du sommet; contractions énergiques et assez rapprochées. L'accouchement se termine à quatre heures du soir. L'enfant (fille) est vivante et *au terme de sept mois* environ. Délivrance naturelle ; pas d'hémorrhagie consécutive.

Le 30 décembre, la malade est transportée à l'infirmerie avec une éruption papulo-vésiculeuse offrant déjà tous les caractères de l'exanthème variolique.

Le 31, l'éruption abondante sur la face a gagné le tronc et les membres; peau chaude; pouls à 96; anorexie; soif très-vive; rougeur pointillée de la muqueuse palatine et gutturale; douleur en avalant; pas de nausées; un peu de constipation; souplesse des parois abdominales; l'utérus s'élève encore à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lochies abondantes. — Mauve sucrée, deux pots; julep diacodé, gargarisme d'eau d'orge miellée; injections avec la camomille chlorurée.

Le 1er janvier, l'éruption a fait de nouveaux progrès. Très-confluente à la face, elle est plus discrète sur le tronc et surtout sur les membres. Presque partout à l'état miliaire, les papules offrent en quelques points le diamètre d'un grain de millet; sur les membres, on aperçoit quelques pustules assez larges et un peu aplaties. Chaleur modérée à la peau; pouls à 96; langue recouverte d'un enduit muqueux assez épais; pointillé blanchâtre sur le voile du palais, les amygdales et la partie postérieure du pharynx. Douleurs lombaires; courbature; sentiment de fatigue; inappétence; soif vive, persistante; pas de garde-robes depuis hier. Lochies fétides, abondantes et très-colorées. — Même traitement.

Le 2, l'exanthème continue à se développer. Très-confluentes et plus volumineuses qu'hier à la face, les pustules ont donné lieu à une légère infiltration des paupières; quoique plus discrètes sur le tronc, elles sont très-nombreuses et très-rapprochées dans certaines régions, telles que la paroi abdominale antérieure, les lombes, les fesses et le voisinage des parties génitales externes. Aux membres, elles ont acquis un volume assez considérable; aux membres supérieurs, elles sont arrivées à un développement presque complet; quelques-unes même présentent un commencement d'ombilication. Pas de douleur appréciable à la pression du ventre. Lochies toujours fétides, très-abondantes et rosées. Aggravation des symptômes généraux : céphalalgie, insomnie, abattement, brisement des membres, vomissement des boissons, langue blanche à la surface et rouge sur les bords, soif intense, anorexie. — Même traitement.

Le 3, la confluence des pustules de la face a encore augmenté; la plupart d'entre elles se touchent par leur circonférence; gonflement des paupières. Sur le tronc et les membres, l'éruption se développe dans la même proportion. Les jambes sont moins atteintes que le reste du corps. Au tronc, quelques pustules déchirées laissent échapper du sang. Langue très-sèche sur la ligne médiane; moins de gêne dans la déglutition. Voix rauque et voilée; toux légère, probablement due à quelques pustules laryngées. Pouls large et plein à 108. Constipation opiniâtre; ni vomissements ni diarrhée. Même fétidité et même coloration des lochies. — Lavement émollient.

Le 4, le gonflement s'est étendu des paupières au nez, aux joues, au menton et surtout à la lèvre supérieure. Les pustules faciales sont remplies les unes d'un liquide transparent, les autres d'un liquide lactescent et même purulent. Au tronc, les pustules, larges, aplaties et ombiliquées, ne présentent de confluence marquée que dans les régions dorsale et abdominale antérieure. La plupart contiennent déjà une sérosité lactescente. Il n'en existe qu'un petit nombre au niveau des deux hypochondres et dans les plis inguinaux. La paume des mains en est totalement dépourvue. L'état général reste le même.

Le 5, suppuration des pustules faciales; même tuméfaction des parties sous-jacentes. Au tronc et sur les membres, les pustules, quoique très-développées, ne sont pas encore aussi manifestement en suppuration. Sécheresse et dureté ligneuse de la langue; pouls fort et plein, à 108; voix très-altérée, presque éteinte. Toux et expectoration fréquente de mucosités épaisses, blanchâtres et visqueuses. Constipation.

Le 6, commencement de dessiccation des pustules situées au pourtour de la bouche et à la base du nez; l'infiltration palpébrale diminue, ainsi que la tuméfaction de la face. Sur le tronc, les pustules sont en pleine suppuration, mais le fond sur lequel elles reposent est à peine rosé; presque partout la peau est décongestionnée; il semble s'être produit un affaissement général assez notable des pustules va-

---

» Le rôle de ce corps étranger, placé et maintenu ainsi, me paraît facile à comprendre : le point d'appui doit être considéré comme pris sur le demi-cylindre métallique et sur la masse osseuse centrale du pied; les points mobiles sont le calcanéum d'une part, les orteils de l'autre, qui tendent à se rapprocher en basculant autour de la masse rigide comme autour d'un centre; si l'on veut encore, on peut considérer les orteils, les métatarsiens, le demi-cylindre comme point d'appui fixe, la partie postérieure du calcanéum comme point mobile. Dans tous les cas, cet os sera sollicité à changer de direction et à devenir plus ou moins vertical, d'horizontal qu'il est normalement.

» Lorsqu'un premier résultat a été obtenu, on n'a qu'à porter les tours de bande sur le calcanéum lui-même par-dessus l'insertion du triceps jambier, et l'on augmente ainsi l'action du bandage. Enfin, pour s'opposer à la contraction de ce muscle qui en contrarierait l'effet, on entoure quelquefois la jambe de quelques tours de bande assez resserrés.

» Un puissant moyen employé pour arriver au résultat cherché se trouve encore dans le massage. La mère, appuyant sur son genou la face inférieure du demi-cylindre de métal, saisit d'une main le calcanéum, de l'autre la partie antérieure du pied de l'enfant, et cherche à le plier. On dit que, dans ces efforts, elle produit quelquefois une fracture (une luxation?) des os du tarse; que si elle n'y parvient, elle frappe avec un caillou sur la face dorsale et cherche à y arriver par ce moyen. Enfin, dans certaines provinces, il serait d'usage d'enlever un os, probablement le scaphoïde, lorsque celui-ci, faisant saillie après des manœuvres nombreuses, peut-être fracturé déjà, rend possible une opération que jamais les Chinois ne pratiqueraient sans cela.

» Dès le début du travail, on a substitué à la chaussure à semelle plate une bottine dont la semelle est fortement convexe. Cette bottine aide d'abord, puis maintient chez les adultes la concavité de la face plantaire.

» En résumé, de même que je crois devoir admettre deux degrés de déformation, je reconnais deux degrés de manœuvres. Dans le premier degré : flexion des quatre orteils sous la plante du pied, tassement d'avant en arrière, obtenus par les bandages. Dans le second degré (supposant le succès du premier) : bascule du calcanéum, diminution énorme de la longueur du membre, exagération de la voûte plantaire obtenus par le bandage, aidé du demi-cylindre de métal, le massage et les efforts exercés aux deux extrémités du pied, le point d'appui étant pris sous la face plantaire.

» § IV. *Origine et causes de cet usage.* — Je ne saurais entrer ici dans une étude, fort curieuse peut-être, fort longue tout au moins, sur les origines présumées, sur les premières causes de l'usage de cette déformation du pied des femmes en Chine. D'autres, plus habiles que moi, versés dans la langue chinoise, ont fait ces recherches sans arriver à établir des preuves certaines en faveur de telle ou telle des versions données jusqu'à ce jour. C'est ainsi que l'on raconte qu'une impératrice illustre par ses vices et pied bot de naissance, vivant vers l'an 1100 avant Jésus-Christ, aurait voulu que toutes les femmes de l'empire participassent à sa difformité. Mais cette origine est nécessairement traditionnelle, puisqu'elle remonte à une époque antérieure à la destruction des livres chinois, sous la dynastie de Tsin, 300 ans avant Jésus-Christ.

» Je crois que l'on peut plutôt arriver à une probabilité par l'étude actuelle du fait, et cela cependant par voie hypothétique. Cela encore ne laisse pas que d'être fort difficile, car parler à un Chinois du pied de sa femme équivaut aux plus graves indécences en Europe; or, si ce peuple est profondément corrompu, il veut, surtout avec les étrangers, garder un vernis de bienséance.

» En Chine la forme est tout, le fond importe peu. Le respect des usages anciens, des traditions d'une époque où la moralité régnait, paraît-il, de ces temps où se rendaient ces lois qui ont valu à la Chine un renom de civilisation et excité l'admiration de Voltaire, constitue le seul sentiment honorable qui reste encore debout. Encore ne faut-il pas y voir plutôt le résultat de l'extrême apathie des Chinois, de leur haine du changement, de leur paresse, et ce serait alors un vice. Changer, modifier quelque chose coûte : il est si facile de rester immobile en se donnant un faux air de sagesse immuable!

» La petitesse du pied est le critérium, je ne dirai pas de la beauté, mais de la valeur commerciale d'une femme. Le mariage chinois se concluant exclusivement par les parents et sans que le futur mari voie sa fiancée, il ne peut être question d'affection; de plus, comme dans presque tous les pays d'Asie, la famille de la femme reçoit une somme d'argent proportionnée à la richesse des deux familles. Le mariage, à ce titre, devient une affaire, la femme non pas la compagne de l'homme, mais un objet de luxe ou d'utilité, et le soulier de la jeune fille, exhibé devant les parents du mari, est un des argu-

rioliques. Mêmes symptômes généraux; même état des lochies. Epistaxis assez abondante pendant la nuit.

Le 7, le gonflement de la face a totalement disparu; les pustules se dessèchent de plus en plus dans cette région. Sur les autres parties du corps, l'exanthème n'est encore qu'à la période de suppuration. Langue toujours sèche, soif ardente, raucité de la voix, impossibilité d'avaler la salive; pouls à 104; ventre souple et indolent. Il y a eu du délire cette nuit. Lochies fétides, mais incolores et peu abondantes.

Le 8, affaissement de toutes les pustules; l'auréole rouge qui les entourait a disparu; dessiccation des pustules de la face, de la région pelvienne et des membres inférieurs. Les pustules de la partie antérieure du tronc contiennent encore une certaine quantité de liquide; langue toujours sèche; soif vive; pas de nausées; ventre indolent à la pression; diarrhée abondante; voix moins altérée. La malade se plaint d'une grande difficulté de respirer.

Le 9, affaissement des pustules sur toutes les parties du corps, plus prononcé encore que la veille; résorption du liquide que contenaient certaines d'entre elles; extinction complète de l'auréole rose qui entourait leur base. La face a repris son volume primitif. Phlyctènes volumineuses sur la face dorsale de la première phalange du petit doigt de la main gauche, sur la malléole cubitale droite et sur la partie antérieure des cuisses. Aggravation de tous les accidents; commencement d'agonie. Lochies très-colorées et assez abondantes.

Le 10, teinte asphyxique de la face; anxiété respiratoire de plus en plus grande; râles trachéaux et bronchiques perceptibles à distance; pouls assez fort, à 104; diarrhée abondante. Cette nuit, la malade a eu un grand refroidissement; on n'a réussi qu'à grand'peine à la réchauffer; puis elle a transpiré abondamment. La dessiccation est complète; partout des croûtes ont remplacé les pustules. Conservation de l'intelligence; la malade répond nettement à toutes les questions.

Le soir, convulsions tétaniques des muscles de la face et des membres, et mort dans la nuit, à quatre heures du matin.

Autopsie. — Abcès du volume d'un œuf de pigeon sous le grand pectoral. Utérus revenu sur lui-même et parfaitement sain. Un peu de bouillie rougeâtre à sa surface interne, mais sans trace de pus. Aucune apparence de phlébite suppurée dans les sinus utérins, ni au col de l'organe, ni à l'insertion des ligaments larges. Ovaires assez volumineux et parcourus par de très-belles arborisations rouges. Un peu de pneumonie hypostatique à droite; emphysème pulmonaire superficiel à gauche. La surface du poumon gauche est, en outre, parsemée de taches ecchymotiques nombreuses, d'un diamètre qui varie depuis celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Rien de notable dans les autres organes.

Plusieurs circonstances importantes méritent d'être mises en relief dans cette observation.

On remarquera d'abord que la malade n'était pas à terme lorsqu'elle est accouchée, que l'enfant est né à sept mois, et que l'éruption variolique est apparue le lendemain de l'accouchement. Or, n'est-il pas évident qu'on ne peut faire débuter la maladie du jour même où s'est manifesté l'exanthème? L'accouchement a donc coïncidé avec la période prodromique, et il est naturel de se demander si ce ne sont pas en réalité les prodromes de la variole qui ont déterminé l'accouchement prématuré. Cela est d'autant plus probable que ces prodromes consistent en douleurs lombaires et quelquefois en pertes de sang qui doivent singulièrement faciliter le décollement des membranes.

Cette opinion, d'ailleurs, n'est pas exclusivement mienne. Elle est partagée par tous les praticiens qui ont recherché cliniquement quelle était l'influence de la variole sur la grossesse.

Dans un travail intitulé *Considérations nouvelles sur la variole et son traitement* (*Gaz. méd.*, 1832, p. 78), M. Serres considère la métrorrhagie qui signale souvent le début de la variole comme une cause d'avortement.

Plus tard, dans sa thèse *Sur quelques points de l'histoire de la variole* (Paris, 1837), M. Gariel s'exprime ainsi : « L'intensité des douleurs lombaires dans la variole chez la femme grosse donne lieu à un avortement certain. »

On trouvera encore dans la thèse de M. Chaigneau (Paris, 1847) des faits nombreux de variole chez les femmes grosses, laquelle a entraîné également l'avortement. Dans tous ces faits, il est vrai, l'avortement, au lieu de succéder immédiatement à la période prodromique, a souvent eu lieu soit pendant, soit après la période exanthématique; mais de ce que les prodromes de la variole ne produisent pas toujours l'avortement, il ne s'ensuit pas qu'on doive leur contester ce triste privilége dans certains cas. Les faits que j'ai encore à produire me portent à croire que cette influence des prodromes de la variole sur la production de l'accouchement prématuré est très-sérieuse et très-réelle.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que chez la malade dont j'ai rapporté l'observation, il ne faille attribuer l'accouchement avant terme à la période prodromique de la variole.

Rappelons maintenant que pendant l'état puerpéral l'exanthème a parcouru ses phases d'une manière assez régulière, et ici il importe de mentionner qu'il s'agissait d'une variole modifiée par la vaccine, puisque la malade portait aux deux bras de très-belles cicatrices vaccinales.

La période d'éruption proprement dite et celle de suppuration ne présentèrent rien de notable quant aux phénomènes locaux de l'exanthème. Mais nous devons appeler l'attention sur la fièvre qui accompagna la période de suppuration et qui manque habituellement, comme on sait, dans la varioloïde. Cet état fébrile s'accompagnait de phénomènes généraux assez graves, tels que la sécheresse ligneuse de la langue, l'intensité de la soif, l'inappétence, la céphalalgie, l'insomnie, l'abattement, le brisement des membres, parfois le vomissement des boissons et le délire. Or, il n'y avait ni du côté du ventre ni dans les viscères des autres cavités splanchniques, aucune lésion, ainsi que l'autopsie l'a démontré, qui pût expliquer ces désordres fonctionnels. C'est donc à la variole qu'il faut les rapporter.

Mais la circonstance capitale de cette observation, celle qui en fait l'intérêt, c'est le brusque affaissement des pustules et la mort qui s'en est suivie. Le dixième jour de l'éruption, les pustules ont pâli, le liquide qu'elles contenaient s'est résorbé, leur volume s'est amoindri, l'auréole qui les entourait a disparu; partout la peau s'est détuméfiée et décongestionnée; puis la respiration s'est embarrassée, des convulsions tétaniques ont eu lieu, et la malade a succombé.

Je me contente de signaler ce dénoûment de la maladie, me réservant de le rapprocher du mode de terminaison observé dans les autres cas que je vais relater.

Je ferai remarquer enfin que la variole n'a exercé aucune influence sur l'écoulement lochial, qui est resté jusqu'au dernier jour abondant, fétide et mêlé de sang.

Obs. II. — *Variole dans l'état puerpéral. — Accouchement au terme de sept mois. — Eruption le jour même de l'accouchement. — Symptômes typhoïdes. — Affaissement rapide des pustules au douzième jour de l'éruption. — Mort. — A l'autopsie, péritonite et ovarite suppurée.*

D..., âgée de vingt-trois ans, célibataire, enfant trouvée, primipare, née à Paris, élevée en Bourgogne, entre à la Maternité le 30 janvier 1864.

On la fait travailler dans les champs jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, époque à laquelle elle est venue à Paris pour y être domestique.

Vaccinée dans son enfance, elle porte au bras droit des cicatrices de vaccine, mais peu marquées.

Bonne santé antérieure, constitution forte, intelligence peu développée; fièvre typhoïde légère il y a deux ans.

Réglée à treize ans, sans trouble aucun; depuis lors, menstruation régulière, mais peu abondante. Point d'accidents pendant la grossesse.

Huit jours avant d'entrer à la Maternité, elle était allée voir, à l'hôpital Beaujon, un malade, mais qui n'avait pas, dit-elle, de fièvre éruptive.

Le 30 janvier, jour de son arrivée, elle accouche à cinq heures du soir d'une fille vivante, mais faible, du poids de 1,900 grammes, et au terme de sept mois, qui meurt le lendemain. Délivrance simple, pas d'hémorrhagie consécutive.

On avait constaté au moment de l'entrée de la malade l'existence sur la partie antérieure de la poitrine de quelques taches rouges, légèrement saillantes, dont on n'avait pas reconnu la nature, la malade assurant n'avoir éprouvé aucun malaise la veille de l'accouchement.

Le lendemain 31 janvier, ces taches avaient envahi la face et même la voûte palatine et le voile du palais.

A dater de ce jour, la variole, car c'en était une, se développa normalement sans symptômes généraux graves, confluente à la face, discrète sur tout le reste du corps. Auréole inflammatoire le 3 février, gonflement de la face le 4, salivation abondante le 5 et le 6. Pas de diarrhée, fièvre modérée, pas de tuméfaction des extrémités.

Le 6 février, la dessiccation commence à la face et est à peu près générale le 8. Mais alors surviennent de la diarrhée et des douleurs abdominales; la fièvre redouble, la soif devient intense, la sécrétion lactée est complétement tarie.

Le 9 février, continuation de la fièvre et de la diarrhée; ventre non développé, mais douloureux à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque droite; odeur fétide de la malade.

Le 10 février, plusieurs frissons violents dans la journée d'hier. Affaissement rapide de toutes les pustules, mais surtout des pustules du tronc; langue sèche, soif intense; pouls petit et fréquent, subdélirium; respiration accélérée, anxieuse; ventre toujours douloureux, mais sans météorisme.

Le 11, le dessèchement des pustules est tel que depuis la veille elles ont diminué de plus de moitié de leur volume; la peau sur laquelle elles reposent est pâle et n'offre plus trace d'inflammation. On ne voit plus que des croûtes brunâtres ou acajou, sans trace aucune d'humidité. Etat général grave : agitation, délire, langue de perroquet, lèvres et dents fuligineuses; respiration fréquente, râlement par écume bronchique, évacuations involontaires.

Tous ces symptômes continuent de s'aggraver pendant la journée, et la malade succombe le lendemain matin 12 février, à onze heures.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, écoulement d'une grande quantité de liquide séro-purulent; concrétions purulentes et pseudo-membraneuses sur tous les points de la cavité péritonéale. Agglutination des anses intestinales en une seule masse par l'intermédiaire de ces concrétions.

Foie volumineux, brun noirâtre à sa surface, ramolli, friable et d'une couleur plus foncée qu'à l'état normal. Rate également ramollie, d'une couleur bleu clair, offrant au-dessous de sa membrane d'enveloppe une couche de substance d'un ton beaucoup plus foncé que les parties centrales. Pas d'abcès dans ces deux organes.

Reins ramollis, très-pâles, presque exsangues. Ovaire droit complétement suppuré; ovaire gauche sain. Le tissu de l'utérus est ramolli, friable, mais sans trace aucune de suppuration. Un peu de sérosité dans le péricarde. Cavités pleurales remplies d'un liquide séro-sanguinolent.

Les deux poumons sont splénisés dans la plus grande partie de leur étendue.

Légère infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Rien dans la substance encéphalique. Pas de pus dans les principales articulations.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la mort a été précédée d'un affaissement brusque des pustules varioliques; seulement, l'issue fatale a eu lieu un jour plus tard, c'est-à-dire le quatorzième jour de l'éruption au lieu du treizième.

Mais de plus, chez la malade dont je viens de rapporter l'observation, l'autopsie a démontré l'existence d'une ovarite suppurée et d'une péritonite. Or, on peut se demander si la péritonite n'a pas eu pour point de départ la suppuration de l'ovaire, et même si la suppuration de l'ovaire n'était pas placée sous la dépendance de l'exanthème varioleux.

On connaît l'intéressant travail publié par notre honorable collègue M. Béraud, sur l'orchite et l'ovarite varioleuses. (*Arch. de méd.*, 1859, 5e série, t. XIII, p. 588.) Des observations recueillies par le chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, il résulterait que l'ovaire peut être, chez les femmes variolées, le siége d'une congestion caractérisée soit par une injection vasculaire de sa surface externe, soit par une hyperémie du parenchyme ovarique, et dans tous les cas, par la production à la périphérie de l'ovaire de fausses membranes, indice d'une péritonite locale.

Or, dans l'observation que je viens de rapporter, l'ovaire droit était transformé en un petit sac de pus. Dans l'observation précédente on a vu que la surface externe des deux ovaires était parcourue par de très-belles arborisations rouges. Enfin, j'ajouterai que dans l'observation qui va suivre, on a noté que les deux ovaires étaient noirâtres à leur surface comme à la coupe, et dans une sorte d'état ecchymotique, résultat d'une infiltration sanguine évidente.

Ces faits, rapprochés des cas beaucoup plus nombreux d'orchite varioleuse relatés par M. Béraud, méritent de fixer l'attention des cliniciens.

Parmi les autres circonstances les plus saillantes de l'obser-

---

ments décisifs employés lors de la discussion de la somme à payer.

» Pour qui connaît le degré de lubricité des Chinois, il est évident qu'ils attachent une idée de cette nature à la petitesse du pied.

» Ceci est un fait qui m'est affirmé par les missionnaires, par des Chinois même. Regarder le pied de la femme qui passe dans la rue est une suprême inconvenance; en parler ne se fait pas entre gens bien élevés. Dans les peintures chinoises, jamais on ne représente le pied d'une femme, toujours la robe le cache; il en est tout le contraire dans certains albums de nature plus que légère que l'on fait circuler à la fin du repas.

» Lorsqu'un chrétien se confesse, s'il ne s'en accuse lui-même, le missionnaire ne manque pas de lui demander s'il a regardé le pied des femmes. Enfin, on m'assure que la vue et le toucher de souliers petits et fort coquets est l'une des jouissances de ceux auxquels la nature affaiblie refuse d'autres plaisirs; or, ils sont nombreux, car l'épuisement arrive vite, grâce à l'opium.

» Tous ces faits et bien d'autres encore me démontrent que la cause de ce détestable usage réside dans une idée de lubricité y attachée par les Chinois.

» Il serait fort curieux de rechercher jusqu'à quel point la physiologie donnerait raison à cette idée.

» Nous avons à Pékin en présence deux races de femmes assez voisines, ethnologiquement parlant, les Tartares et les Chinoises. Les unes ont le pied normal, les autres le pied déformé. Y aurait-il une différence analogue dans la conformation des organes génito-urinaires?

» On comprend que la solution de cette question ne laisse pas que d'être fort difficile. Cependant plusieurs personnes m'ont affirmé que chez la Chinoise toute la partie antérieure du bassin, le mont de Vénus formaient une masse considérable, séparée par un pli marqué de l'abdomen; que les grandes lèvres étaient également plus développées : les Chinois trouvent naturel que par une loi d'équilibre un développement anormal compense une atrophie déterminée volontairement. A l'appui de cette opinion, ils citent les procédés employés en horticulture pour développer telle ou telle partie d'un végétal.

» La question ne me paraît donc pas résolue, mais simplement posée; si dans un jour éloigné on arrive à établir à Pékin des services hospitaliers sur le modèle de ceux d'Europe, si les recherches anatomiques sont possibles, on pourra arriver à un résultat positif.

» Pour le moment, il demeure établi que la majorité des Chinois croient fermement produire un effet de cette nature en resserrant le pied des femmes. On comprend alors leur répugnance à en parler, l'inconvenance à regarder le pied des femmes, les questions du confessionnal, etc....

» Les Chinois sont-ils disposés à renoncer à cette absurde coutume?

» Plusieurs empereurs de la dynastie tartare, et même Kang-si, de la dynastie précédente, ont rendu des décrets pour défendre aux Chinois de mutiler leurs femmes. Les décrets sont restés lettre morte.

» Les Tartares auraient eux-mêmes adopté cet usage si l'on n'y avait mis opposition en n'acceptant au palais, depuis la première impératrice jusqu'à la dernière des suivantes (qui sont toutes de familles tartares), que des femmes au grand pied, et s'il n'avait été enjoint aux fonctionnaires de n'épouser que des Tartares ou des Chinoises au pied non mutilé.

» Enfin, les évêques, agissant sur les chrétiens avec bien plus de force morale que l'empereur, ont flétri et proscrit cet usage dans plusieurs mandements. Ils n'ont obtenu quelques succès que chez un petit nombre de Chinois établis en Mongolie. »

Dr Champouillon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des syphilides malignes précoces, par M. le docteur Dubuc, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. Un volume in-8°. Prix : 3 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur.

Nouvelle méthode de traitement à suivre après l'opération de la cataracte, par M. le docteur Massol. Brochure in-8°. Prix : 75 c. *franco*. Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur.

Recueil de questions posées aux examens de médecine sur les accouchements. Prix : 1 fr. 50. — Paris, chez Adrien Delahaye, libr.-édit.

Traité de la stérilité chez la femme, considérée particulièrement sous le rapport de ses causes et de son traitement, suivi de nombreuses observations de guérison; par M. le docteur H. D. Maheux. Un vol. grand in-18 de 216 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, chez G. Baillière.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

vation précédente, je mentionnerai l'accouchement au terme de sept mois et la manifestation de l'exanthème pendant le travail de l'accouchement. Ici encore, par conséquent, c'est sous l'influence de la période prodromique que se sont produites les premières contractions utérines. La malade, il est vrai, n'a accusé aucun malaise préalable; mais n'est-il pas possible qu'elle ait confondu le lombago prodromique de la variole avec les douleurs lombaires qui précèdent l'accouchement? D'ailleurs, il n'en reste pas moins prouvé que c'est au début de la variole qu'il faut attribuer, dans ce cas, l'accouchement prématuré.

Enfin, on a pu remarquer qu'il s'agissait aussi, chez notre malade, d'une variole modifiée par la vaccine.

TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALIE ACQUISE,

suivant les travaux de Gœlis.

Au début de la maladie, si l'enfant est de bonne constitution et né de parents bien portants, raser la tête et l'enduire deux fois par jour de la pommade suivante :

Onguent de genièvre.	24 grammes.
Onguent napolitain.	12 à 16 —

En même temps, faire prendre chaque jour à l'enfant deux paquets de la poudre ci-après :

Calomel.	0gr 0,7 centigr.
Sucre blanc pulvérisé.	4 grammes.

Divisez en 6 paquets.

On suspend le calomel si les évacuations alvines sont abondantes.

Modérer l'emploi de la pommade mercurielle dès que l'amélioration se manifeste.

Bains légèrement irritants, et couvrir la tête d'un bonnet de laine pendant la durée du traitement par les frictions.

Régime. Le lait de la nourrice aux enfants à la mamelle; aux enfants plus âgés, viande, œufs et café de glands.

Dans les beaux jours, mettre l'enfant au grand air; le tenir en hiver dans une chambre à une température de 16°; enfin, usage de matelas de crin.

Ce traitement, dit le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* paraît avoir eu à Vienne des résultats très-encourageants.

S'il échoue, Gœlis met de côté toute médecine active et se contente de parer aux accidents, sans tourmenter les petits malades par des sétons ou des cautères, qui ne sauraient qu'aggraver leur situation.

DE LA CONSERVATION

du chloroforme par la soude caustique.

Le chloroforme demande à être maintenu dans l'obscurité. Exposé à la lumière solaire, il ne tarde pas à contenir de l'acide chlorhydrique et contracte alors une odeur de chlore très-reconnaissable.

M. Boetger propose de purifier le chloroforme ainsi altéré en l'agitant avec quelques fragments de soude caustique.

Il devient alors, de nouveau, propre à servir aux inhalations; il peut même être conservé indéfiniment à la lumière diffuse, du moment qu'il est en présence de quelques morceaux de soude caustique. (*Bull. de Thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 mai. — Présidence de M. MALGAIGNE, vice-président.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Munaret, sur le service médical des eaux minérales de Nérac (Ardèche), pendant l'année 1863.

2° Un exemplaire d'une circulaire adressée aux préfets dans le but de rappeler les délais dans lesquels les rapports relatifs aux services de la vaccine, des eaux minérales et des épidémies, doivent parvenir chaque année au ministère.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une note de M. Vieillard, vétérinaire à Billom, sur la possibilité de la transmission de l'oïdium à l'homme.

— M. le secrétaire annuel donne lecture de deux lettres de remercîments de M. Chauveau (de Lyon), récemment élu correspondant, et de M. Girardin (de Lille), élu membre associé national dans la dernière séance.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire d'un de ses correspondants, M. le docteur Le Bidois (de Caen).

— M. LE PRÉSIDENT informe ensuite l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre un rapport sur les candidats à une place vacante d'associé national.

— M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Edmond Langlebert, un ouvrage intitulé : *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes.* Cet ouvrage, dit M. Depaul, est la réunion d'une série de leçons que M. Langlebert a faites depuis deux ans sur les maladies vénériennes. C'est un Traité complet sur la matière; l'auteur y a traité en particulier des questions qui ont beaucoup occupé les médecins dans ces derniers temps, telle que celles des accidents secondaires et de la dualité du virus syphilitique. Il combat cette dernière doctrine avec un cortége de preuves contre lesquelles il y a peu de chose à répondre.

— M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Boudin, deux brochures, l'une, sur la taille et le poids de l'homme chez les différents peuples; la seconde, sur le croisement des races, en réponse à un travail de M. Dally sur le même sujet.

RAPPORT.

M. BRIQUET donne lecture d'un rapport officiel demandé par le cabinet de l'Empereur sur un mémoire *sur le choléra-morbus épidémique de l'Inde, indiquant sa cause, sa nature et son origine, et contenant les méthodes prophylactique et curative de cette maladie,* par M. le docteur Jos. Mailloux (de l'île Maurice).

Une discussion s'élève au sujet des conclusions de ce rapport entre MM. Mélier, Gibert, Gavarret, Dubois (d'Amiens) et le rapporteur. Sur la proposition de M. Gavarret, fondée sur ce que les membres de la commission ne paraissent pas d'accord avec le rapporteur sur le sens des conclusions, le rapport est renvoyé à la commission.

Suite de la discussion sur les théories des bruits du cœur.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les théories des bruits du cœur.

La parole est à M. Parchappe.

M. PARCHAPPE. Après les remarquables improvisations des dernières séances, ce serait une entreprise téméraire de revenir sur le même sujet. Plutôt que d'aborder des questions si magistralement traitées, je me serais borné à applaudir et j'aurais gardé le silence. Sur le fond de la question, il y a chose jugée et très-bien jugée. Ce n'est donc pas le rapport de la commission qui motive mon intervention dans la discussion. Mais on remarquera qu'il y a un an que ce rapport a été fait; il portait principalement sur des données qui résultent d'expériences d'une portée parfaitement définie. Or, depuis lors le cercle de la question s'est agrandi; la publication du nouvel ouvrage de M. Marey a ajouté de nouveaux faits. Ces faits, basés sur des expériences physiques qui ne peuvent résoudre que des problèmes d'un ordre purement physique, ont conduit à des conclusions qui m'ont paru un peu excessives, et à l'égard desquelles j'ai cru devoir faire quelques réserves. Ce sont ces réserves dont je désire faire part à l'Académie.

Elles portent sur deux points, savoir : l'action des oreillettes et l'action des appareils auriculo-ventriculaires.

Relativement à l'action des oreillettes, il y a eu à ce sujet, depuis quelques années, une tendance excessive et contraire à la vérité. Le rôle des oreillettes a été tellement atténué, qu'il y a lieu de se demander à quoi l'on veut le réduire. Cette opinion n'est pas nouvelle. Ces oreillettes, si petites, si peu contractiles, sont réduites à presque rien. On ne voyait dans le cœur que les ventricules. Ce n'était pas là du tout la manière de voir d'Harvey ni celle de Haller. Cette opinion avait cours déjà avant Harvey, qui l'a combattue en disant que les oreillettes sont les premiers moteurs de la circulation, qu'elles sont nécessaires pour remplir les ventricules, tellement nécessaires, qu'elles vivent les premières et meurent les dernières. Ce rôle n'est donc pas aussi nul qu'on l'a dit; et surtout il n'est pas exact de dire, quand on réduit le rôle des oreillettes à l'action d'un simple réservoir, qu'on soit dans l'esprit de la doctrine d'Harvey. On n'est pas non plus dans la doctrine de Haller.

La détermination de cette action de l'oreillette repose sur la méthode expérimentale. D'après les expériences que j'ai faites moi-même, j'ai pu constater que les oreillettes se contractent efficacement, de manière à s'effacer presque contre le ventricule et à pâlir en se contractant. Je maintiens donc, à cet égard, l'exactitude des opinions d'Harvey et de Haller. Sans doute cette contraction est faible, beaucoup plus faible que celle des ventricules, puisque la force de pression des oreillettes a pu être évaluée au dixième de la force de pression des ventricules; mais elle existe, et elle a son utilité, son rôle dans la révolution cardiaque, rôle plus important que celui qu'on paraît disposé à lui accorder aujourd'hui; voilà ce que je tenais à constater.

L'heure étant trop avancée pour que M. Parchappe puisse terminer son argumentation, la parole lui sera maintenue pour terminer dans la prochaine séance.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

La commission chargée d'élaborer les statuts de l'Association fraternelle des étudiants en médecine, rappelle à MM. les étudiants qu'elle recevra avec reconnaissance toutes les communications qu'on voudra bien lui adresser.

Le siége de la commission est rue d'Enfer, 62 bis.

— La question écrite pour le concours de chirurgie au Bureau central a eu pour sujet : *les tumeurs érectiles.*

N° 59. — SAMEDI 21 MAI 1864. (37e ANNÉE.) N° 59. — SAMEDI 21 MAI 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la paralysie consécutive de l'angine couenneuse.

C'est toujours une bonne fortune (pour la science bien entendu) quand un médecin nous fait la confidence des sensations morbides qu'il a éprouvées lui-même à propos d'une affection encore peu connue, complétant ainsi par une sorte d'autonosographie ce que les renseignements fournis par les malades ont presque toujours d'incomplet ou d'inexact, quand il s'agit surtout de symptômes de l'ordre subjectif.

Nous devons donc savoir gré à M. le docteur Billard d'avoir bien voulu nous faire part, dans un opuscule qu'il vient de publier, des phénomènes qu'il a éprouvés jour par jour pendant le cours d'une angine couenneuse dont il a été affecté, et de nous avoir fait connaître, par la reproduction exacte de ses sensations, beaucoup mieux que nous ne les connaissions jusqu'ici, les caractères principaux de la paralysie consécutive, qui paraît avoir atteint chez lui une intensité peu commune.

Voici la relation abrégée de cette intéressante observation :

Vers le 15 juin 1862, M. Billard est appelé à donner des soins à un enfant atteint d'angine couenneuse. L'affection était très-bénigne, c'était un de ces cas légers comme on en rencontre si fréquemment dans la pratique; elle céda à quelques cautérisations au nitrate d'argent. M. B... était alors lui-même mal à l'aise depuis quelques jours, il avait peu d'appétit, se fatiguait promptement; il était en un mot dans cet état qui constitue la prédisposition à contracter aisément les affections épidémiques. A la suite des soins qu'il avait donnés à cet enfant, il se sentit atteint : des productions membraneuses envahirent le voile du palais, les amygdales et une portion du pharynx. L'angine fut modérée; la durée de la diphthérie fut d'une quinzaine de jours, durant lesquels il lui fut impossible de prendre la moindre alimentation. Le traitement fut celui de toutes les angines de même nature : vomitif, cautérisations répétées, insufflations d'alun et de tannin dans la gorge, gargarismes astringents, puis toniques.

Pendant le cours de cette première phase de sa maladie, le voile du palais avait été complétement paralysé; la voix était légèrement nasonnée, la déglutition était difficile, mais toutefois sans rejet des boissons et des aliments par les fosses nasales.

Les forces musculaires étaient très-affaiblies. Néanmoins, toute la semaine qui suivit fut assez bonne.

Mais à dater du 10 juillet, M. B... se sentit plus faible; un phénomène bizarre le frappa alors par sa persistance. Ses lèvres avaient perdu leur sensibilité tactile. Bientôt cette abolition ou plutôt cette perversion de sensibilité s'étendit à la moitié antérieure du palais et de la langue. La dégustation se trouva ainsi modifiée profondément. Ensuite les muscles des lèvres, puis les ailes du nez et enfin les joues furent successivement atteints de paralysie. La face devint presque immobile et sans expression. Ce fut alors qu'apparut un nouveau symptôme : la paralysie des muscles moteurs accompagnée de diplopie. Les oreilles furent ensuite atteintes, et bientôt le mal envahit le cuir chevelu tout entier, avec le muscle occipito-frontal.

Pendant dix jours, M. B... prit sans effet des bains sulfureux et des bains de Pennès, qu'il remplaça sans plus de succès par des frictions avec du vin aromatique.

Le 29 juillet, les forces continuant à diminuer, M. B... fut obligé de s'aliter. Sa voix en ce moment devint de plus en plus voilée, la déglutition de plus en plus difficile; il devait, avant d'avaler, avoir soin de faire une longue inspiration pour chasser le bol alimentaire, qui à chaque instant venait s'arrêter à l'orifice du larynx et pénétrer en partie dans la glotte. Les boissons étaient rejetées par le nez, ou pénétraient dans les voies respiratoires....

D'après le conseil de MM. Lustreman, Beau, Michon et Ricord, le voile du palais fut faradisé; M. B... s'électrisa lui-même les membres : mais loin d'en obtenir de bons résultats, il dut cesser, à cause de l'ébranlement nerveux qu'il en éprouvait. Il se soumit alors à l'usage du quinquina et de l'eau de Bussang.

Pour donner une idée de la nature de la paralysie diphthéritique, M. B... la compare à un *aura*, un souffle annihilateur de la puissance musculaire : chaque muscle qui subissait son action, dit-il, perdait dans quelques heures la plus grande partie de sa contractilité.

Au 1er août, M. B... ressentit dans le ventre une barre transversale profonde, qui lui sembla d'abord fixée au diaphragme et qui descendait chaque jour, en même temps que la sensibilité tactile de la peau diminuait. Enfin la vessie et le rectum furent à leur tour incomplétement paralysés.

Au bout d'une douzaine de jours, ces nouveaux phénomènes s'amendèrent; mais, chose singulière, l'*aura* parut rétrograder. Les muscles du larynx furent atteints, et il survint des sortes de vibrations continuelles avec des fourmillements insupportables dans les avant-bras et surtout dans les mains. La sensibilité tactile des doigts était très-altérée.

Vers le 15 août, les muscles de la poitrine se paralysaient pour la première fois, mais incomplétement. Cette paralysie était accompagnée de la sensation d'un corps étranger qui étreignait le thorax dans tous les sens. La vessie et le rectum étaient revenus presque à l'état normal, et la sensation de bande transversale du ventre et de la région vésicale se fixa à la racine des cuisses. Un nouvel essai de l'électricité n'eut pas de meilleur résultat que le premier.

Cet état pathologique dura quelques jours, en gagnant graduellement jusqu'aux genoux et aux extrémités inférieures, qui étaient parcourues de haut en bas par des vibrations presque constantes en suivant les cordons nerveux. Les membres supérieurs présentaient à peu près les mêmes phénomènes, sans avoir totalement perdu toute contractilité.

Cet état persista sans changement jusqu'au 25 août.

Le 26, à la suite d'une diarrhée colliquative qui amena une résolution complète du peu de forces musculaires qui subsistaient encore, l'oppression devint plus grande. Alors l'absence de forces respiratoires, jointe à l'accumulation des mucosités bronchiques, dont l'expulsion était impossible, rendit l'asphyxie imminente pendant à peu près une heure et demie. L'application d'un large vésicatoire sur la poitrine et de synapismes dissipa cette crise.

Dès le 27, M. B... était hors de danger. Les muscles pectoraux avaient repris un peu d'activité, et l'expectoration commençait à se faire mieux. Mais, par contre, *l'aura* paralytique envahit les muscles des épaules, et il lui fut impossible non-seulement de faire le moindre mouvement des bras, mais même de mouvoir le tronc lui-même.

Toutefois, cette nouvelle crise fut suivie d'une notable amélioration.

Dès le 28, la voix, qui était perdue depuis le 9 août, reprit un peu de force, et la déglutition fut moins difficile.

Le 1er septembre, les membres devinrent bientôt le siége unique de l'affection. Le tronc était libre. On eut recours au massage, qui dissipa les vibrations nerveuses des extrémités. Le mieux coïncida avec d'abondantes transpirations des membres.

Le 20, tandis que tous les accidents étaient en décroissance graduelle très-sensible, un nouvel accès d'oppression et d'étouffement se manifesta, accompagné cette fois d'un point de côté névralgique, qui céda à l'action d'un vésicatoire.

Dès le 22, la paralysie de la poitrine avait disparu, et à dater de ce moment l'amélioration alla graduellement croissante. Le retour des mouvements coïncida avec des sueurs profuses des membres; l'appétit reparut et une convalescence franche et rapide ne tarda pas à être suivie d'un rétablissement complet.

L'étude analytique des phénomènes que nous venons d'esquisser rapidement, faite après coup par M. Billard, qui en avait si bien étudié sur lui-même toutes les phases, l'a conduit à se faire sur ces sortes de paralysies consécutives une idée un peu différente de tout ce qui en a été dit jusqu'ici. Les considérations qu'il a émises à ce sujet nous ont paru tout à fait dignes d'attention.

« Après avoir comparé entre elles les différentes relations des auteurs, dit-il, après avoir surtout bien pesé les différents symptômes et les sensations variées que j'ai éprouvées, je suis arrivé à cette conclusion que le mot *paralysie* donné à l'abolition plus ou moins totale des forces du malade, ne rend pas complétement compte de ce genre de troubles.... En étudiant les phénomènes qui se sont présentés dans le cours de ma paralysie, je me suis demandé souvent quelle était leur nature intime. Il y a, en effet, dans les sensations que le malade éprouve, des modifications spéciales qui évidemment n'existent pas chez le paralytique par lésion cérébrale. J'avais conscience de mon être en entier; des vibrations passagères et souvent répétées m'en confirmaient l'intégrité. On ne peut trouver d'analogie entre ces deux états. »

Dans la plupart des observations de paralysie consécutive qui ont été publiées, les malades ont accusé à peu près les mêmes troubles nerveux. On a admis d'après ces observations qu'il y a dans ces cas altération de la motilité seule, sans trouble de la sensibilité. M. B... a constaté que chez lui ces deux fonctions avaient été modifiées l'une et l'autre, mais inégalement, la sensibilité moins que la motilité. Il percevait la plupart des impressions extérieures, mais d'une manière confuse.

Une autre circonstance, qui vient à l'appui de la distinction que notre confrère cherche à établir d'après ses propres impressions, c'est la mobilité des symptômes, les transitions brusques des phénomènes paralytiques d'une région à une autre, qui les lui ont fait assimiler à un *aura*. « Dans toutes les phases, dit-il, la conscience perçoit les sensations, constate l'existence des organes. Le mouvement réflexe se produit. Les muscles seuls sont affaiblis; il y a asthénie musculaire plus ou moins prononcée. Les mouvements ont une certaine analogie avec ceux de l'ataxie locomotrice. Les muscles guidés par la volonté n'obéissent que d'une façon très-incomplète. »

M. Billard rappelle enfin que ces sortes de phénomènes morbides ont presque toujours été observés dans la convalescence, et qu'ils paraissent intimement liés à l'état d'anémie et de faiblesse qui persiste toujours plus ou moins longtemps à la suite des maladies aiguës, ainsi que l'a si bien établi, il y a quelques années, M. Gubler. Et c'est avec raison qu'il regarde, avec ce médecin, l'asthénie musculaire consécutive avec les perversions sensoriales qui lui servent de cortége, comme une névrose ou une altération fonctionnelle du système nerveux périphérique sans trouble local des centres.

Au point de vue étiologique, M. Billard a fait une observation également vraie, c'est que l'angine couenneuse, comme toutes les affections réputées contagieuses, ne se transmet qu'à de certaines conditions de réceptivité. La plus manifeste de ces conditions est une disposition morbide, un trouble général préexistant de l'économie. Il se trouvait en effet lui-même dans cet état, et il lui a été facile de grouper un certain nombre de faits qui confirment cette vérité pour l'angine couenneuse en particulier.

Pour ce qui a trait à la thérapeutique, M. Billard a fait l'épreuve de l'inefficacité de la plupart des moyens de traitement préconisés contre la paralysie consécutive. La médication tonique, et surtout la réparation alimentaire, sont les seuls dont il ait pu apprécier l'utilité.

Tubercules des organes génitaux internes de la femme.

Pendant le mois d'octobre 1863, la *Gazette* publiait une note sur les tubercules de l'utérus, empruntée aux Comptes rendus de la Société obstétricale de Londres. Il ressortait de la communication de M. Thomlinson que les tubercules de l'utérus, évidents à l'autopsie, n'avaient pas été diagnostiqués sur le vivant, et cette difficulté de diagnostic rencontrée hors de notre pays, disions-nous, confirmait les résultats de la pratique française, qui, quoi qu'on en ait dit, n'a pas encore perdu ses droits à la direction du progrès médical.

Il en est des tubercules de l'ovaire et de la trompe comme des tubercules de l'utérus, on les diagnostique encore moins. Voici deux faits empruntés à la riche collection des *Bulletins de la Société anatomique* du commencement de cette année, qui démontrent une fois de plus cette proposition, mais qui fournissent aussi des documents importants et qui auront un jour leur valeur diagnostique.

M. Negrié, interne du service de M. Bernutz à l'hôpital de la Pitié, a présenté les organes génitaux internes d'une femme morte à la suite d'une tuberculisation du poumon.

La trompe de Fallope du côté droit était dilatée, adhérait à l'ovaire et était oblitérée à ses deux extrémités; elle renfermait une sérosité citrine sans mélange d'autres produits, mais cette lésion n'était que secondaire. L'ovaire droit renfermait un gros tubercule ramolli à son centre, l'ovaire gauche était infiltré de petites masses blanchâtres au milieu d'un tissu présentant une coloration rouge et analogue à la lie de vin; un petit kyste séreux de la grosseur d'une noisette existait sur cet ovaire. L'examen microscopique a permis de reconnaître l'existence de granulations irrégulières, qui ont été considérées comme la granulation tuberculeuse.

Dans les antécédents de cette malade on a retrouvé un accident qui n'est pas sans quelque valeur au point de vue de l'étiologie des tubercules de l'ovaire. Sept ans avant sa mort, la malade avait été atteinte d'une péritonite assez grave, et depuis ce moment elle avait cessé d'être réglée. Bien qu'il ne soit

pas possible de dire que la péritonite a été le point de départ de la tuberculisation, il est permis néanmoins de supposer qu'elle a été une cause occasionnelle, une condition de développement, un coup de fouet, pour se servir d'une expression appliquée à l'orchite, dans son action sur la marche du testicule tuberculeux.

Ajoutons que cette malade, ayant séjourné trois jours seulement à l'hôpital, il a été impossible de rechercher s'il existait quelque caractère clinique de la tuberculisation de l'ovaire.

Un autre fait a été présenté par M. Pelvet, interne de M. Lallier à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'une malade âgée de vingt et un ans, qui était entrée à l'hôpital le 20 février 1863. La malade n'avait jamais eu d'enfants et avait présenté les signes rationnels de la tuberculisation pulmonaire. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, ses règles avaient cessé. Depuis ce moment, elle se plaignait de douleurs dans le ventre, et à son entrée à l'hôpital, elle avait de la fièvre et des douleurs abdominales continues. Le ventre était tuméfié, le palper abdominal était douloureux, le toucher vaginal n'avait rien appris, si ce n'est qu'il existait une antéflexion assez prononcée. L'auscultation avait appris qu'il existait une caverne au sommet du poumon droit. Les symptômes de tuberculisation pulmonaire continuèrent à s'aggraver, la diarrhée qui existait depuis plus de deux mois, épuisait la malade, et, chose singulière, les douleurs abdominales avaient peu à peu presque complétement cessé. La malade était morte le 25 mai.

A l'autopsie, on a trouvé une péritonite tuberculeuse du petit bas-in. La tunique péritonéale des intestins, les ligaments larges étaient recouverts de tubercules, les deux trompes flexueuses non oblitérées, étaient farcies de tubercules friables, jaunâtres, d'un aspect caséeux; leur pavillon était également recouvert de tubercules. L'utérus était sain.

Les poumons étaient remplis de tubercules crus, et le sommet du poumon droit était creusé d'une vaste caverne.

Ce fait de tuberculisation des trompes est moins caractérisé que les faits précédents; il peut être considéré comme un effet de la péritonite tuberculeuse. La lésion de la trompe ne pouvait être diagnostiquée, tout au plus aurait-il été possible de préciser la nature de la péritonite, soit à cause du caractère chronique des douleurs abdominales, soit à cause de la coexistence de tubercules pulmonaires. Et ici encore la tuberculisation des organes génitaux internes de la femme échappait au diagnostic.

Un autre fait de tuberculisation de la trompe a été récemment présenté à la Société anatomique, et était indépendant d'une péritonite tuberculeuse. Nous en parlerons à nos lecteurs dès que les bulletins auront paru.

Du sel de soude dans l'infection purulente et les fièvres graves.

Lorsque l'on eut démontré l'existence du chlorure de sodium dans le sérum du sang, les recherches hématologiques de MM. Andral et Gavarret ayant calculé la quantité de ce sel dans le sérum, une idée devait naturellement se présenter à l'esprit, l'utilité du chlorure de sodium comme médicament reconstitutif.

Ce fut d'abord Chomel qui prescrivit dans le traitement de la fièvre typhoïde, et surtout dans la période adynamique de cette maladie infectieuse, la *tisane chlorurée*, dont voici la formule :

Chlorure de soude. . . .	2 grammes.
Décoction d'orge.	1,000 —
Sirop de gomme.	64 — (1).

Ce médicament, oublié dans les formulaires modernes, avait été justifié par les analyses de Becquerel et H. Rodier sur le sang dans les maladies. Il avait été prouvé que le chiffre normal de chlorure de sodium, 4,2 pour 1,000 parties de sang desséché, descendait dans la fièvre typhoïde à 2 ou 2,5, et l'usage des sels de soude se trouvait autorisé. Et bien plus, il avait suscité l'emploi du sel marin en pilules dans la phthisie, recommandé par M. A. Latour, et l'emploi de la solution antipériodique au chlorure de sodium, vantée par M. Moreschlin pour la fièvre intermittente.

La physiologie, de son côté, discutait la valeur de l'alimentation par le chlorure de sodium, et son action sur le sang. D'un côté, MM. Plouviez et Poggiale ont montré que par l'administration du sel marin on peut faire monter le chiffre du chlorure de sodium dans le sang de 4, 4 à 6,4; d'un autre, Ludwig (2) affirmait que la proportion de chlorure de sodium reste toujours la même, et il en était résulté une opinion moins exclusive que celle du chimiste allemand. Il était généralement admis, après les expériences de MM. Plouviez et Poggiale, que le sel de sodium était destiné à entretenir les globules du sang et à favoriser leur réparation. Le nombre des globules du sang s'était trouvé élevé en proportion de l'élévation du chiffre du chlorure de sodium.

Il y a des idées qui font lentement leur chemin, et qui reparaissent de temps en temps comme des nouveautés. L'usage des sels de soude dans les maladies où le sang est altéré est de ce nombre.

M. Mirone vient de publier dans l'*Imparziale* deux cas de guérison d'infection purulente, ou un au moins d'infection putride, avec accidents fébriles rémittents, par un traitement combiné où entraient l'hyposulfite de soude et la strychnine.

(1) *Formulaire pratique des hôpitaux*, 4e édit., revue par Mialhe, 1861.
(2) *Nouvelles lettres sur la chimie.*

Le sel de soude avait été donné dans une potion à la dose de 1 gramme, et la potion était administrée une fois le matin et une fois le soir, ce qui constituait une administration de 2 grammes de sel dans les vingt-quatre heures.

L'auteur ajoute que la strychnine n'était donnée qu'en vue de consolider la guérison.

Ces deux observations seront-elles le point de départ de nouvelles communications? Nous l'espérons, en attendant qu'il soit permis de constater que les sels de soude, carbonate de soude, chlorure de soude, hyposulfite de soude ou autres, ne sont pas des remèdes empiriques, et qu'ils sont au nombre des médicaments indiqués par la médecine physiologique.

DES BONS EFFETS DES EAUX DE LUXEUIL
contre les affections cancéreuses;

Par le Dr Martin-Lauzer, ancien chef de clinique de la Faculté.

Les eaux de Luxeuil ont été généralement proscrites dans les maladies cancéreuses, comme accélérant la marche de ces maladies. Il est cependant des distinctions importantes à établir. Si ces eaux sont trop actives quand le cancer ne siége pas le long du parcours du tube digestif, quand l'affection ne laisse plus aucun doute, quand il y a ulcération ou dégénérescence, quand déjà la diathèse cancéreuse a pris naissance, il n'en est plus de même dans deux circonstances particulières qu'il est important de noter :

1° Lors du début d'une affection organique de l'estomac, alors qu'il n'existe que des symptômes de dyspepsie avec ou sans empâtement de la région;

2° Après l'ablation des tumeurs cancéreuses, après toute opération de glandes ou de ganglions suspects et dont la récidive est à craindre.

1° Pour les affections douteuses de l'estomac, caractérisées par les symptômes divers de la dyspepsie : digestions mauvaises, vomissements plus ou moins fréquents, rapports acides, éructations plus ou moins bruyantes, pesanteurs, crampes, alternatives de constipation et de diarrhée. Qu'il y ait ou non des antécédents héréditaires, que l'on constate ou non un peu d'empâtement à l'épigastre, nous conseillons encore avec toute assurance les eaux de Luxeuil. En voici les raisons :

S'il n'existe là que des phénomènes de dyspepsie, la guérison est à peu près certaine. Si c'est une affection organique tout à fait au début, ces eaux peuvent encore l'enrayer, en arrêter le développement et agir ici, vu le siége, non plus seulement en modifiant l'état général des solides et des liquides, mais localement et comme topique, comme agit le chlorate de potasse sur les tumeurs épithéliales de la bouche et du rectum. Enfin, si la maladie est plus avancée qu'on ne peut le supposer, si elle est très-voisine ou au début de la dégénerescence, l'action curative de ces eaux devient de plus en plus douteuse sur l'affection elle-même; mais elles ont encore de bons effets et une action évidente sur les complications les plus pénibles de la maladie. Elles font cesser les symptômes de dyspepsie, elles facilitent les digestions, calment les vomissements et maintiennent les forces pendant un certain temps.

2° Après les opérations de chirurgie faites sur des tumeurs suspectes, la grande préoccupation du chirurgien est tournée vers une récidive possible et vers les moyens qui pourraient la prévenir. Il s'efforce, par les toniques et le régime, de reconstituer l'organisme souvent affaibli, parfois détérioré. C'est dans ces circonstances que les eaux de Luxeuil sont d'une précieuse ressource. Elles sont, d'une part, un des meilleurs préservatifs contre les récidives, un des meilleurs agents pour éloigner la diathèse cancereuse; elles sont, de l'autre, le meilleur des reconstituants. Par leur action, la santé générale se raffermit, les fonctions digestives s'accomplissent avec régularité, l'appetit revient, la peau reprend sa coloration normale et l'embonpoint commence à se manifester.

Ce n'est point au chlorure de sodium, au fer, au manganèse, etc., que l'on doit cette action des eaux de Luxeuil, mais à la faible partie d'arsenic qu'elles contiennent.

DU MOYEN DE REMÉDIER
à la variabilité des préparations d'aconit.

Nous extrayons d'un article publié dans le *Bulletin de thérapeutique* quelques considerations qui mettront les praticiens à même d'étudier d'une manière plus sûre les effets de l'aconit.

On sait combien sont variables les effets obtenus par les diverses préparations de cette plante. M. Debout pense qu'il faut attribuer cette variabilité à son état cultivé et aux parties (feuilles) généralement employées.

Notre honorable confrère conseille de ne se servir que de la racine de l'aconit napel, cette partie étant la plus riche en alcaloïde, et de n'user que de la plante *sauvage*.

Il propose un extrait alcoolique qu'on obtiendrait de la manière suivante :

Epuiser la poudre de racine d'aconit au moyen de l'alcool à 65° centigr.; — évaporer en consistance d'extrait; — reprendre par l'alcool à 80° centigr.; — faire évaporer dans le vide ou au bain-marie, à une température qui ne dépasse pas 60° centigr.

Cet extrait s'emploie à la dose d'un ou deux centigrammes. Il se prête à toutes les combinaisons pharmaceutiques, et s'il arrive que le malade ne puisse avaler de pilules, même d'un centigramme, on peut formuler le sirop suivant :

Extrait alcoolique de racine d'aconit napel.	0,10 centigr.
Sirop simple	200 grammes.
Mêlez.	

Chaque cuillerée à bouche (20 grammes) contiendra un centigramme d'extrait.

Ce sirop n'étant ici qu'un véhicule, peut être donné en moindre proportion, mais il faut faire en sorte que chaque centigr. d'extrait réponde à 5 grammes de sirop ou une cuillerée à café.

On peut encore user de la teinture d'aconit préparée avec la racine; il faudrait alors avoir soin de formuler de façon que la quantité de celle-ci répondît exactement à celle de l'extrait, autrement on n'obtiendrait pas des effets égaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 mai 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

INCIDENT.

— Sur quelques paroles prononcées par M. Giraldès au sujet des notes écrites, communiquées au secrétaire et publiées dans le *Bulletin*, s'élève une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres de la Société.

M. le président fait observer qu'aucune disposition du règlement ne s'applique à ce fait, et qu'il ne peut être le sujet d'une discussion régulière que lorsqu'une proposition de modification au règlement, signée par trois membres, aura été l'objet d'un rapport fait par une commission nommée à cet effet.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Montpellier médical*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

— M. Legouest présente, au nom de M. le docteur Mire, médecin stagiaire à l'École du Val-de-Grâce, sa thèse inaugurale intitulée : *Des procédés de névrotomie applicables au traitement de la névralgie sous-orbitaire.*

— M. Guyon présente, au nom de M. Formento, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de la Louisiane, à Richmond, une brochure intitulée : *Notes et observations sur la chirurgie d'armée*. Ce travail présente un intérêt spécial en raison de la guerre actuelle d'Amérique.

— M. le docteur Heurtaux adresse à la Société une observation intitulée : *Tumeur kystique du testicule; lésions de l'enchondrome et du cancroïde; castration; guérison*. (Commissaires, MM. Boinet, Dolbeau et Guyon.)

— M. le docteur Rouhier adresse une observation de *Gangrène diabétique accompagnée d'hydropisie générale avec albumine dans l'urine.* (Commissaire, M. Forget.)

— M. Ollier adresse une observation intitulée : *Polype naso-pharyngien. — Ablation du maxillaire supérieur comme opération préliminaire. — Conservation du périoste et reproduction de l'os. — Guérison constatée sept mois après l'opération.*

DISCUSSION.

Résections traumatiques.

M. Larrey. La résection du genou proposée par M. Verneuil pour des coups de feu est, au point de vue de la chirurgie militaire, une question grave que je regrette de n'avoir pu discuter dès la dernière séance. La Société m'excusera de n'avoir pu y venir en m'accordant aujourd'hui son attention pendant quelques instants.

La proposition émise par M. Verneuil de substituer la résection du genou à l'amputation de l'extrémité inférieure de la cuisse dans les blessures par armes à feu, est assurément une pensée fort louable pour les principes de la chirurgie conservatrice, dont je me suis toujours déclaré l'un des plus zélés partisans. Les deux succès obtenus par notre honorable collègue dans des cas particuliers ont pu lui faire espérer bien davantage et lui suggérer la pensée d'étendre le principe de cette opération à la pratique des armées, sans que ces deux faits puissent suffire, comme l'a déjà dit M. Legouest, pour généraliser une proposition aussi contestable aux yeux de la plupart des chirurgiens militaires.

M. Verneuil ne prétend pas avoir eu recours le premier à la résection du genou pour des blessures par armes à feu, car il avait été précédé dans cette voie, ainsi que l'a rappelé M. Giraldès, par d'habiles praticiens des armées, sinon en France, où cette opération avait été proscrite par nos devanciers, du moins à l'étranger, où elle ne compte que d'assez tristes résultats et peu de partisans, malgré les tentatives de Guthrie et de MM. Mac-Leod, Stromeyer, Esmark, etc.

Nous connaissons tous cependant quelques-uns des faits assez rares de résection du genou appliqués heureusement à des tumeurs blanches articulaires, depuis le premier succès dû à Parck, vers la fin du siècle dernier, et encore était-ce, dans ce cas, après bien des difficultés et après plusieurs mois de traitement. On ne saurait donc contester certains résultats favorables obtenus pour des lésions organiques du genou, mais on ne peut méconnaître non plus les résultats contraires, fussent ils attribués à d'autres causes qu'à la résection. Et celle-ci est du nombre des opérations dont il est impossible de juger exactement la statistique, parce que l'on a eu soin d'en publier les succès et d'en cacher les revers.

Il fallait avoir la bonne foi et toute l'autorité de notre ancien maître, M. Roux, par exemple, pour déclarer ses échecs aussi loyalement que ses réussites en chirurgie. Nous en avons tous été témoins, et parmi les cas auxquels je fais allusion en ce moment, se présentait la première des résections du genou pratiquées par l'habile chirurgien. Il éprouva d'abord de grandes difficultés dans l'opération, ne put conjurer ensuite des accidents graves, et eut enfin le regret de voir périr le malade, qui lui reprochait de n'avoir pas été amputé de la cuisse.

Admettons néanmoins que la résection du genou doive rester dans la pratique générale comme une opération régulière, préférable quelquefois au sacrifice du membre, pour des tumeurs blanches reconnues incurables ou pour des lésions organiques de l'articulation; mais

je ne saurais admettre l'application de ce principe à la plupart des blessures par armes à feu, compliquées de plaies pénétrantes du genou, telles que nous les voyons en campagne.

Les circonstances au milieu desquelles se trouvent les blessés à la guerre, diffèrent essentiellement de la situation des malades dans un hôpital, et si l'on peut quelquefois les placer dans des conditions analogues, par le peu d'importance de l'action engagée, par le petit nombre des hommes atteints, par la facilité des moyens de transport, par les ressources de la pratique chirurgicale et par la surveillance des opérés, il en est tout autrement d'ordinaire après une grande bataille.

Les blessés, par centaines, si ce n'est par milliers, présentent toujours un nombre plus ou moins considérable de lésions du genou, dépassant le nombre des brancards disponibles, malgré l'activité des ambulances volantes et malgré l'empressement des premiers secours. Une résection du genou ne serait d'ailleurs jamais praticable sur le terrain, tandis qu'à la rigueur une amputation de cuisse serait plus facile sous le feu de l'ennemi. Il en serait à peu près de même aux ambulances stationnaires et dans les hôpitaux provisoires, dépourvus des ressources indispensables au succès d'une opération délicate à faire, importante à surveiller et lente à guérir. Ces conditions, pour tout prévoir, sont plus difficiles encore au milieu des marches forcées, dans une retraite, dans une déroute, ou à la poursuite de l'ennemi. Je reconnais bien que les difficultés sont à peu près les mêmes pour les amputations de la cuisse, mais elles n'entraînent pas d'aussi graves conséquences que pour les résections du genou, exigeant plus de précautions chirurgicales.

Les indications précises de la résection me paraissent, du reste, fort restreintes à la suite des blessures d'armes à feu des combats. Ce ne sont plus, en effet, comme à la chasse, dans un duel, ou par accident, des plaies étroites, produites par de petits projectiles, grains de plomb, chevrotines ou balles de pistolet, qui perforent l'une des surfaces articulaires ou s'y enclavent. Dans ces cas-là, comme dans les deux observations de M. Verneuil, la résection serait préférable à l'amputation, pourvu encore que la lésion articulaire n'offrît aucune chance de guérison par les ressources de la chirurgie conservatrice.

Mais il s'agit pour nous de blessures bien autrement graves, depuis surtout que les projectiles de guerre ont été perfectionnés pour la plus grande destruction des armées. Ce sont donc ordinairement des mutilations par des projectiles de plus gros calibre, balles cylindriques ou cylindro-coniques, déchirant les parties molles et brisant les os comminutivement, ou par des biscaïens et des éclats d'obus qui dilacèrent le genou et fracassent les extrémités articulaires du fémur ou du tibia, écrasent la rotule, arrachent la tête du péroné, en déterminant des fissures profondes inter-articulaires ou prolongées dans la diaphyse osseuse, avec tous les désordres des plaies articulaires compliquées de la présence de corps étrangers.

Comment préciser alors les limites de la blessure pour fixer le niveau de la résection? Comment s'assurer que la fracture comminutive de l'articulation ne s'étend pas au loin, sous forme de fracture longitudinale? Rester en deçà de la lésion deviendrait une opération insuffisante; aller au delà serait inutile, et, dans l'une ou l'autre alternative, on compromettrait le succès d'une opération aussi hasardée, en supposant même que les vaisseaux et nerfs ne fussent pas atteints.

Supposons même que provisoirement la résection du genou simplifie les accidents de la blessure, elle en provoquera d'autres inévitablement redoutables, par l'étendue de la plaie, par le développement de l'inflammation et de la fièvre traumatique, par l'abondance de la suppuration, si la plaie ne peut être réunie assez immédiatement, d'où le phlegmon, les abcès, les fusées purulentes dans la profondeur de la cuisse ou de la jambe, exigeant des incisions, des contre-ouvertures, qui donnent accès par autant de points à la fatale résorption. Et si l'opéré se trouve soumis en même temps aux effets du froid, aux conditions de l'insalubrité, aux miasmes de l'encombrement, ou aux ravages d'une épidémie d'érysipèle, de pourriture d'hôpital, de dyssenterie, de choléra, de typhus, par la prolongation forcée de son séjour au milieu de ces foyers d'infection, ou par l'impossibilité de son évacuation sur d'autres lieux; quel sort sera le sien? Les mêmes dangers sans doute menacent l'amputé de la cuisse avec plus de gravité, même dans certains cas, mais beaucoup mieux cependant pour d'autres raisons, et je vais les exposer.

Que la résection du genou ne soit pas absolument difficile pour un chirurgien exercé, lorsqu'elle ne retranche qu'une partie des extrémités osseuses de l'articulation, elle n'en est pas moins une opération sérieuse, par la dénudation considérable des tissus, par l'isolement nécessaire des vaisseaux et nerfs poplités, ainsi que de certaines attaches musculaires.

Cette opération est d'ailleurs incontestablement plus longue à pratiquer que l'amputation, et bien que cette différence ne doive jamais entrer en ligne de compte, pour quelques cas isolés, elle ne saurait être méconnue au milieu de la multitude des blessés d'un champ de bataille, alors qu'il faut les secourir tous, selon la gravité des cas, et les fractures compliquées du genou s'y trouvent d'ordinaire dans une proportion assez notable.

Or, voici l'alternative où se trouveraient les chirurgiens des ambulances et des hôpitaux, soit de pratiquer la résection, avec quelque chance de succès, pour des lésions assez circonscrites du genou, mais alors que des pansements méthodiques et des soins actifs suffiraient peut-être à la conservation du membre, soit de recourir à cette opération, sans aucune probabilité de réussite, pour des fractures compliquées de l'articulation, suivies d'accidents graves et entraînant enfin l'amputation consécutive de la cuisse dans les conditions les plus mauvaises.

La réunion immédiate de la vaste plaie ne semble pas difficile après une résection superficielle et limitée, pour une lésion circonscrite et peu profonde; mais il n'en serait pas de même, à la suite d'une résection plus considérable, pour une fracture compliquée à la fois des accidents de la blessure et des accidents de l'opération.

La résection une fois faite par un chirurgien de talent, nécessite une surveillance attentive et l'immobilité complète du membre, sous peine d'être compromise dans ses résultats par des mouvements immodérés et inévitables, par l'écartement, le déplacement ou le défaut de juxtaposition des surfaces osseuses, par la rétraction musculaire, par le défaut de vitalité des lambeaux ou par le refoulement de la peau, par des conditions défectueuses de l'appareil, par toutes les causes, en un mot, de dérangement mécanique. L'un des partisans les plus connus des résections, Moreau fils (de Bar-le-Duc), voyait dans cette surveillance spéciale et prolongée une condition indispensable au succès de la résection du genou, qu'il avait tentée seulement pour des lésions organiques de l'articulation.

De la difficulté d'une contention exacte, sinon parfaite, par ces différentes causes, résulte une tendance regrettable au défaut de consolidation osseuse; et cependant cette soudure des extrémités réséquées est le but de l'opération, car il n'y a pas à espérer une pseudarthrose assez favorablement établie, pour suppléer jamais, dans ce cas, à l'articulation naturelle. Ce défaut de consolidation a donc pour inconvénient un défaut de rectitude et une mobilité persistante, sans bénéfice pour le membre qui tend à se dévier de plus en plus dans un sens ou dans un autre, surtout en dehors, offrant ainsi une difformité plus ou moins marquée, en même temps qu'il perd à peu près ses fonctions et s'atrophie progressivement.

Je n'ai pas à examiner ici la valeur des appareils contentifs dont on a fait usage et qui paraissent insuffisants, s'ils sont trop simples, embarrassants, s'ils sont trop compliqués, dans les conditions même les plus favorables de la pratique civile. Que serait-ce, en campagne, pour ce seul point matériel de la question, au milieu des difficultés de transport et d'approvisionnement de nos appareils de chirurgie militaire?

Et si l'insuffisance des moyens mécaniques, gouttières ou autres, empêche la consolidation ou contribue seulement à y mettre obstacle, combien d'autres accidents peuvent y suffire ou compromettre la guérison! C'est d'abord l'hémorrhagie, qui semble cependant devoir être plus rare ou moins redoutable qu'après l'amputation de la cuisse, mais dont la source peut être plus difficile à trouver et à tarir; c'est ensuite l'inflammation suppurative, dont nous avons indiqué les conséquences graves; ce sont enfin les complications de toutes les blessures ou de toutes les grandes opérations faites à la guerre.

Deux de ces complications me paraîtraient plus particulièrement à craindre, si on tentait de généraliser la pratique de la résection du genou à l'armée.

Ce serait, en premier lieu, la gangrène traumatique, déjà provoquée par la lésion ou la dénudation du nerf et des vaisseaux poplités, soit contuse par le projectile ou les fragments d'os, soit comprimée par le rebord des portions réséquées, ou bien par la contention de l'appareil. Cette gangrène aurait du reste plus de tendance à se manifester alors, sous l'influence des causes générales observées en campagne.

Ce serait, en second lieu, l'ostéomyélite, plus redoutable aussi qu'après l'amputation. Le fait de la blessure ou l'action du projectile, qui aurait fracturé l'articulation en éclats prolongés vers la diaphyse, la fissure ou la fracture longitudinale qui en résulte, la contusion violente des os brisés, la commotion du tissu médullaire et la vaste surface ouverte par la résection elle-même aux accidents de l'inflammation traumatique, seraient autant de causes de cette ostéomyélite, avec laquelle les chirurgiens sont obligés de compter aujourd'hui.

Ajoutons que des fragments osseux méconnus ou peu mobiles d'abord peuvent surgir, s'isoler, se nécroser, s'éliminer par leur contact avec le pus, et agissent alors comme des corps étrangers au voisinage ou dans le foyer de la plaie et à la surface des os réséqués, de manière à constituer là une nouvelle cause d'ostéomyélite ou de nécrose, sinon de gangrène.

Et si l'extraction de ces esquilles tertiaires ou de ces séquestres était trop tardive, on ne pourrait enrayer la marche des accidents; il faudrait bien aviser à une ressource extrême.

De là des indications nouvelles compromettant à la fois le succès de la résection primitive du genou et celui d'une amputation consécutive de la cuisse, car il n'y aurait plus à tenter les chances d'une résection secondaire en pareille occurrence, et sans doute que les chirurgiens les plus disposés à recourir tout d'abord à cette opération s'en abstiendraient ensuite.

Mais en supposant qu'aucune de ces graves complications ne survienne et que la résection du genou soit faite dans les conditions les plus favorables à une blessure articulaire, la cicatrisation sera certainement plus longue et plus difficile que celle de l'amputation de la cuisse, en même temps que l'opéré sera davantage exposé à toutes les vicissitudes de sa situation en campagne.

Quant au résultat définitif, fût-il présumé le plus heureux, il ne garantirait pas encore d'une manière durable la soudure complète et régulière des extrémités réséquées de l'articulation, ni la déviation consécutive du membre, ni sa faiblesse ou son impuissance.

Resterait un raccourcissement inévitable proportionné à l'étendue de la résection, et rectifié sans doute par une chaussure assez haute; mais cette difformité elle-même exigerait pendant longtemps encore des précautions et l'usage prolongé des béquilles, pour rendre la marche moins pénible et pour prévenir de nouvelles complications.

Il y aurait enfin une grave responsabilité morale pour les chirurgiens militaires à substituer, dans de telles conditions, le principe de la résection du genou aux soins de la temporisation pour les cas simples, et à l'amputation de l'extrémité inférieure de la cuisse, pour les cas compliqués de blessures de l'articulation fémoro-tibiale. Il faudrait avant tout, comme en présence des dangers d'une opération douteuse, en faire connaître les chances aux blessés, afin de leur laisser à peu près le choix des risques à subir, et de ne pas les autoriser autrement à adresser des reproches à leurs chirurgiens.

Je n'hésite pas à le déclarer en terminant : s'ils connaissaient d'avance les incertitudes et les périls d'une opération présumée simple, bon nombre de soldats mutilés au genou par des coups de feu, préféreraient sans doute les chances de l'amputation de la cuisse aux chances de la résection articulaire, et les avantages d'un cuissard solide aux inconvénients d'un appareil incommode pour la marche et pour les mouvements du membre. Il faut savoir enfin que l'esprit militaire attache souvent un légitime orgueil à ne point dissimuler par les moyens de prothèse les mieux fabriqués, l'aspect d'une mutilation glorieuse.

La conclusion générale que je suis porté à établir, d'après toutes ces considérations, au point de vue de la chirurgie militaire, c'est que les blessures par armes à feu de l'articulation fémoro-tibiale, inguérissables par les ressources de la chirurgie conservatrice, doivent être soumises en principe, pour la plupart à l'amputation de la cuisse dans son tiers inférieur, et par exception, ou pour des cas réservés, à la résection du genou.

M. VERNEUIL. En communiquant mes observations de résections articulaires pour plaies d'armes à feu, et en particulier deux cas heureux de résection du genou, mon intention n'était pas assurément de revendiquer la moindre part de priorité dans l'idée ni dans la pratique. Je savais trop que pour le membre supérieur ces opérations étaient acceptées en principe par tout le monde et depuis fort longtemps; je savais que la résection du genou avait été pratiquée dans ces circonstances une dizaine de fois environ, mais qu'elle n'avait jusqu'à présent donné que d'assez mauvais résultats, et qu'elle était en conséquence rejetée par la plupart des chirurgiens militaires, au moins en France.

Certes je n'avais pas l'outrecuidance d'opposer mon expérience d'hier à celle de nos éminents confrères de l'armée, ni la prétention de leur faire la leçon; cependant je me croyais autorisé à leur demander s'il n'y aurait pas lieu de reviser les objections opposées à la plus belle peut-être des opérations conservatrices. Je présentais donc deux succès aussi complets que possible, offrant une valeur incontestable au point de vue de la chirurgie des batailles, puisque l'un de nos opérés avait fait cinquante lieues pour venir chercher la résection, et que l'autre avait été opéré tardivement au milieu des accidents locaux et généraux les plus formidables. Ces conditions de transport lointain et de délai prolongé pouvaient se représenter en temps de guerre, et du moment qu'elles ne rendaient pas la résection impraticable, j'en concluais que la sphère d'application de cette dernière se trouvait singulièrement agrandie.

M. Giraldès, sans blâmer ma conduite dans l'espèce, a cependant contredit la plupart de mes assertions dogmatiques. Concluant du général au particulier, il a avancé que la résection du genou pour plaies d'armes à feu était adoptée par les chirurgiens d'armée et qu'elle était entrée dans la pratique des camps. Il a cité divers chirurgiens étrangers qui l'auraient préconisée, entre autres notre collègue M. Mac Leod et ceux qui ont écrit sur la guerre des duchés (1849). Je n'ai pu vérifier toutes les citations de M. Giraldès. Cependant j'ai pu constater que l'accord n'était point unanime. En effet, voici comment s'exprime M. Mac Leod : « Admirant comme je le fais les courageux essais qui ont été tentés dans la pratique civile pour sauver les membres par l'excision du genou, je regrette qu'ils ne puissent être appliqués à la pratique militaire; mais, sauf de rares circonstances, je crois qu'ils ne réussissent pas à cause du traitement consécutif qui exige trop de soins, et de la longue convalescence nécessaire au succès. » (*Notes on the Surgery of the Crimean war*, 1858.)

M. Esmarck, chirurgien danois très distingué, qui a pris part à la guerre des duchés et qui est grand partisan de la résection du genou en général, dit à son tour; « Toute plaie d'arme à feu de l'articulation du genou dans laquelle l'épiphyse du fémur ou celle du tibia a été affectée réclame l'amputation immédiate de la cuisse. C'est une déplorable règle de nécessité formulée déjà par les meilleurs autorités et que notre expérience confirme entièrement. »

En ce qui touche la chirurgie militaire française, qui n'est, que je sache, ni moins conservatrice ni moins progressiste que toute autre, M. Legouest dans la première séance, M. Larrey dans celle-ci, se sont chargés de répondre indirectement à M. Giraldès et de confirmer mes appréciations sur l'état où en est la question pour les praticiens de l'armée.

Ce n'est point *à priori* que M. Legouest repousse la résection susdite, c'est en alléguant des motifs très-sérieux; il invoque entre autres les mauvaises conditions des blessés en campagne, les difficultés du transport, la longueur de la suppuration et de la cicatrisation, la minutie et la multiplicité des pansements, la complication des appareils si simplifiés qu'on les suppose, les dangers d'un séjour de trois mois au moins dans les ambulances ou les hôpitaux si souvent encombrés, etc.

M. Larrey a parlé dans le même sens et s'est montré moins confiant envers l'opération elle-même et ses suites; il a rappelé, comme M. Giraldès, les délabrements considérables occasionnés communément par les projectiles de guerre et contre-indiquant par leur étendue l'excision simple du genou; puis les grandes dimensions de la plaie; le danger des hémorrhagies, de la gangrène, de la pourriture d'hôpital; les difficultés d'immobiliser le membre; la crainte d'un défaut de consolidation et la menace d'une amputation consécutive; il considère enfin l'opération comme délicate et longue, ce qui empêchera de la pratiquer sur le champ de bataille, où l'on a si peu de temps à soi, et enfin les déceptions qui attendent le blessé et le chirurgien si le résultat que le second promettait au premier fait défaut, etc.

Il est évident que j'ai bénéficié de conditions générales bien différentes, et qu'elles doivent compter pour beaucoup dans les succès que j'ai obtenus. Je reconnais bien volontiers que si elles m'avaient manqué, j'aurais hésité beaucoup à tenter la conservation du membre. Au sein même de nos hôpitaux civils si abondamment munis de tout, et dans lesquels le temps ne compte pour ainsi dire pas, je n'aurais sans doute point obtenu quatre guérisons sur quatre opérations.

J'accepte donc dans une certaine limite les arguments de mes honorables contradicteurs, mais la question n'en peut rester là; ils me permettront donc de leur répondre et de porter le débat sur un terrain moins étroit.

Et d'abord j'ai dit intercurremment que ma communication pouvait intéresser les chirurgiens militaires, mais ce n'est pas pour eux seuls qu'elle est faite, et j'ai l'espoir que la pratique civile en pourra tirer profit. Si dans moins de deux ans j'ai rencontré quatre occasions, c'est que celles-ci ne sont pas très-rares; cependant, si je consulte les recueils périodiques français de ces dernières années, je constate, non sans surprise et regret, l'absence presque complète de documents relatifs aux résections articulaires par causes traumatiques. J'examinerai plus loin si j'ai trop facilement admis les indications opératoires, et sous ce rapport je livre ma conduite à votre critique; mais si je n'ai pas violé les règles d'une chirurgie sage, il est vraisemblable que le principe salutaire des résections, si généralement accepté qu'il puisse être dans les livres, n'est pas encore appliqué sur une assez large échelle, et que le sacrifice du membre lui est encore trop uniformément préféré.

J'affirme qu'il n'entre dans mon esprit aucune arrière-pensée de blâme; mais je dois dire que la presque totalité des praticiens instruits, qui avaient vu les malades cités, convaincus d'ailleurs de l'impuissance de la thérapeutique, avaient considéré l'amputation comme inévitable.

Je vais plus loin, et sans calomnier personne, je soutiens qu'en ce moment même la plupart des chirurgiens français, dans les grandes

villes et dans les provinces, à Paris même, dans nos hôpitaux, émettent encore des doutes sur la valeur définitive de la résection du genou considérée dans toutes ses applications. Sans en tirer la moindre vanité, je crois être, dans ce pays et depuis la renaissance de cette pratique, le seul qui ait exécuté l'opération pour des cas traumatiques, et comme je pense être dans le vrai, je crois utile de faire cesser les préventions et de montrer l'exemple, surtout à nos confrères de province, qui précisément sont mieux en mesure que nous de tenter et de mener à bonne fin l'entreprise. Ils disent bien que l'opération n'offre aucune difficulté sérieuse, qu'elle n'est pas plus dangereuse que l'amputation de la cuisse, qu'en cas de réussite elle satisfait pleinement les malades et l'opérateur; ils savent bien qu'une jambe ankylosée vaut mieux qu'une jambe de bois; mais, pour convertir les sceptiques et décider les hésitants, rien ne vaut les faits récents et palpables.

La première chose à faire était de démontrer la valeur absolue de l'opération. Je répéterai donc que la résection du genou est une opération très-facile, qui s'exécute sur le vivant comme à l'amphithéâtre, et qu'un chirurgien très-ordinaire peut la pratiquer sans préoccupation; c'est à ce point que si je n'avais à ma disposition qu'un petit nombre d'aides ou des aides peu exercés, je la trouverais beaucoup plus facile que l'amputation de la cuisse, à cause de l'hémostase qui dans cette dernière constitue toujours un temps délicat. Dans la résection, pourvu que le bistouri côtoie toujours les os et n'aille pas blesser l'artère poplitée, il n'y a véritablement rien à craindre. L'opéré ne perd que très-peu de sang, quelquefois il n'y a pas une ligature à faire. Quoi qu'on en dise, l'étendue totale de la plaie de la résection n'est pas supérieure à la surface du cône creux ou des lambeaux de l'amputation. Quant à la durée de l'acte opératoire et du pansement primitif, elle dépasse à peine celle de la section complète du membre, y compris les ligatures et la réunion; la différence serait d'ailleurs de quelques minutes seulement.

Si j'ajoute que la mortalité n'est pas plus considérable qu'à la suite de l'amputation, que si cette dernière devient ultérieurement nécessaire, elle offre alors une grande bénignité; qu'en cas de réussite la résection satisfait pleinement le blessé et l'opérateur; que le raccourcissement inévitable peut être facilement pallié par une protbèse très-simple et par un appareil infiniment moins onéreux et plus commode que la jambe de bois; qu'au point de vue du moral il y a une différence immense à proposer à un malheureux blessé le sacrifice radical de la cuisse ou à lui présenter la perspective de la conservation d'un membre ankylosé; si, en un mot, je prouve que la résection peut à la fois sauver la vie menacée et conserver un membre utile, les hésitations, les scrupules, les préventions auront un terme, et ma conduite sera approuvée et imitée par ceux qui se trouveront dans des conditions analogues à celles où je me suis trouvé.

Dans ma pensée, les faits que je livre à la publicité démontrent la valeur absolue de l'opération conservatrice quand elle est pratiquée dans des *circonstances convenables*. Ces termes, si vagues qu'ils paraissent, sont faciles à comprendre pour un chirurgien sagace; ils signifient que la réussite exige :

1° Des lésions anatomiques bornées à une certaine étendue;

2° Des conditions adjuvantes de milieu, de temps, de soins consécutifs, etc., ni plus ni moins que pour toute autre opération de même genre.

MM. Giraldès et Larrey pensent que l'excision du genou est rarement utilisée par les chirurgiens d'armée, parce que les lésions déterminées par les redoutables projectiles actuels sont trop étendues en général. J'admets le cas, et reconnais qu'une balle volumineuse et conique traversant le genou de part en part y cause de grands ravages; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. L'articulation peut être plus ou moins profondément atteinte, les os partiellement brisés. J'ai vu des pièces anatomiques comportant très-bien l'opération conservatrice, quoique provenant de lésions de ce genre. Les événements de février et de juin ont donné encore aux chirurgiens civils une certaine expérience. Que conclure de cela? Que lorsque les désordres sont trop étendus, il faut amputer, et réséquer si les dégâts le permettent. En cas d'incertitude, il faut faire ce que M. Legouest et moi avons fait chez mon premier malade; savoir, ouvrir la jointure, examiner l'état des parties, et se décider alors soit à réséquer, soit à amputer. Cette exploration n'aggrave rien, elle demande à peine quelques minutes, en supposant qu'elle ne serve qu'à démontrer la nécessité de l'amputation. En résumé, la résection ne saurait être responsable des fautes et des témérités qu'on pourrait commettre en son nom. Il semble, au premier abord, que cette témérité a eu cours dans le cas de Corbeil, où nous constatâmes l'existence d'une vaste fusée purulente s'étendant jusqu'au haut de la cuisse dans les interstices musculaires. Toutefois, notre conduite est explicable. Cette terrible constatation fut faite alors que l'opération était finie. Fallait-il, séance tenante, amputer la cuisse au milieu du foyer purulent ou tout proche du petit trochanter, ou dans l'article coxo-fémoral? Cela nous parut trop aléatoire, et nous jugeâmes meilleur d'en rester là.

Dans tous les cas, le malade nous paraissait voué à une mort presque certaine, et il nous parut que la médecine opératoire avait fini son rôle. Le malade guérit par miracle.

Je n'en conclus pas que la résection est indiquée quand le membre tout entier est sillonné par des fusées purulentes. Je donne le fait pour ce qu'il vaut, c'est-à-dire pour une démonstration éclatante, mais fortuite, des ressources de la nature, pour un argument en faveur de la légitimité des opérations *in extremis*, plutôt que comme un exemple concluant en faveur de l'opération conservatrice que je préconise.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société de médecine de Gand met au concours les questions suivantes, pour l'année 1865 :

1° Indiquer les notions hygiéniques applicables aux écoles gardiennes et à celles destinées à l'enseignement primaire et moyen.

2° Décrire les maladies qui peuvent tirer leur origine de l'exercice des industries linière et cotonnière.

3° Du rhumatisme et de la diathèse rhumatismale.

4° Quelles sont les maladies produites par les parasites et quelles sont celles où les parasites ne sont qu'un produit de la maladie? Quels sont les meilleurs parasiticides?

5° De l'influence de la diathèse syphilitique sur la production des maladies internes.

6° Rechercher, au point de vue pathogénique, la valeur des lésions anatomiques trouvées à l'autopsie chez les aliénés. Déterminer par des faits les signes auxquels on peut reconnaître ces lésions pendant la vie.

7° Quels sont les moyens de prévenir la résorption purulente à la suite des opérations chirurgicales?

8° Décrire les différentes stomatites; insister sur les caractères différentiels et sur le traitement.

9° Dans l'état actuel de nos connaissances, quels sont les effets thérapeutiques obtenus par la compression dans les anévrysmes, les tumeurs en général et les ulcères?

10° Quels sont les avantages et les inconvénients de la version dans les cas de rétrécissement du bassin?

11° Discuter les avantages et les inconvénients des divers modes d'application du forceps.

12° De l'action des alcalins dans le traitement des maladies.

13° Résoudre une question de médecine, de chirurgie ou d'accouchement, au choix de l'auteur.

Les mémoires envoyés en réponse à ces questions doivent être écrits lisiblement en flamand, en français ou en latin, et adressés *franco*, dans les formes académiques, avant le 1er mars 1865, au secrétaire de la Société, le docteur E. Leseliers, rue Basse, 23, à Gand.

Il sera décerné à l'auteur d'un mémoire couronné : une médaille en or de 200 francs, frappée à l'effigie de la Société; le titre de membre correspondant, et cinquante exemplaires de son mémoire.

— M. le docteur Mourier vient d'être chargé d'une mission scientifique au Japon. Notre honorable confrère doit adresser le résultat de ses observations au ministre de l'instruction publique et à nos grandes sociétés savantes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Alphonse Vayer, de Nogent-le-Roi.

— La commune de Walincourt (Nord), centre de cinq villages d'une population de 12,000 habitants, demande toujours un docteur en médecine. On garantirait un traitement très-convenable. S'adresser à M. Lamouret, maire.

— Le banquet annuel de la Société anatomique aura lieu le samedi 28 mai 1864.

— M. Follin, agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique d'ophthalmologie le lundi 23 mai à deux heures, à la consultation des maladies des yeux, au Bureau central des hôpitaux (parvis Notre-Dame), et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

— La Société de médecine pratique tiendra sa séance le 2 juin. Voici son ordre du jour :

Névralgie de la vessie, M. Beyran; — Modification opératoire relativement à la kératotomie supérieure, M. Coursserant; — Anesthésie obstétricale, M. Verrier; — Nouvelles observations de diphthérie de la conjonctive, M. Magne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité théorique et pratique des maladies vénériennes. Leçons cliniques sur les affections blennorrhagiques, le chancre et la syphilis, par M. le docteur Edmond Langlebert, recueillies et publiées par M. Evariste Michel, revues par le professeur. Un vol. in-8° de 750 pages. Prix : 8 fr. — Paris, 1864, chez F. Savy, rue Hautefeuille, 24.

Traité élémentaire de pathologie interne, par MM. J. Béhier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, et A. Hardy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Tome deuxième, contenant les Inflammations du tube digestif et des appareils respiratoire, circulatoire et nerveux. Deuxième édition, considérablement augmentée. Un très-fort volume in-8° de 1,200 pages, divisé en deux parties. Prix : 12 fr., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — Paris, chez P. Asselin, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Une saison à Contrexéville (Vosges), par M. le docteur Auguste Millet. Deuxième édition, in-8° de 75 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1864, chez F. Savy.

Traité de pathologie générale et de séméiologie, accompagné de planches d'anatomie pathologique générale; par M. E. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un volume grand in-8° de 1,020 pages. — Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Troisième compte rendu de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps (à Bordeaux), pour le deuxième semestre, par M. le Dr Delmas, directeur de cet établissement. In-8° de 150 p. Prix : 2 fr. 50 c. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 60. — MARDI 24 MAI 1864. (37e ANNÉE.) N° 60. — MARDI 24 MAI 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 MAI 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Namias, dont le court séjour à Paris a été très-utilement employé pour la science, ainsi que l'attestent les comptes rendus des dernières séances de nos académies, a encore adressé à l'Académie des sciences, par l'entremise de M. Cl. Bernard, une nouvelle communication relative à un cas d'anomalie rare; il s'agit d'une hernie diaphragmatique congénitale donnant passage à l'estomac et à une partie des intestins dans la cavité thoracique. Le savant chirurgien de Venise a saisi cette occasion pour émettre quelques considérations générales sur les liens qui existent entre la tératologie, l'embryologie, l'anatomie pathologique et l'anatomie comparée.

Nous avons annoncé, à l'occasion de la précédente séance, que M. le docteur Béranger-Féraud avait constaté le développement spontané du diabète sucré sur un singe. Nous publions aujourd'hui un extrait de la note de M. Béranger-Féraud, qui montre ainsi, par un nouvel exemple, combien les analogies entre la pathologie humaine et la pathologie des espèces animales élevées dans l'échelle zoologique se multiplient, à mesure que les observateurs y regardent de plus près, et de quel intérêt peuvent être un jour ces études de médecine comparée pour la recherche de la genèse et de l'étiologie d'un grand nombre de nos maladies.

Dans le comité secret qui a terminé la dernière séance, la section de médecine et de chirurgie a présenté une liste de candidats pour une place de correspondant vacante par suite du décès de M. Denis (de Commercy).

La section a présenté en 1re ligne, M. Gintrac, à Bordeaux; en 2e ligne, M. Pétrequin, à Lyon; en 3e ligne, M. Stoltz, à Strasbourg; et en 4e ligne, M. Serre (d'Uzès), à Alais. L'élection aura lieu dans la séance d'aujourd'hui. Nous en ferons connaître le résultat dans le numéro prochain.

Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BOUCHARDAT.

Leçon d'ouverture du cours d'hygiène (1).

Les rapports du physique et du moral, et réciproquement, occupent une grande place dans l'hygiène. Que de difficultés présente cette étude! Les problèmes si élevés qui se rapportent à l'*hygiène de l'âme* doivent nous offrir de beaux sujets de méditation.

Cette branche de l'hygiène se confond avec la philosophie, son domaine est immense; à l'époque où notre savant prédécesseur, Hallé, a réuni l'hygiène dans ses leçons en un corps de doctrine, il cherchait à l'agrandir encore; il s'est efforcé de faire un inventaire général des connaissances humaines dans leurs rapports avec l'hygiène. On comprend sans peine comment ce programme était pour ainsi dire infini; il était formé d'un assemblage de lambeaux empruntés à toutes les sciences, et particulièrement à la physique, dont l'enseignement était à cette époque réuni à celui de l'hygiène. On retrouve encore la trace de ces deux cours dans les ouvrages les plus modernes, qui ont en cela, bien à tort, suivi religieusement les pas du maître. Craignant, pour ainsi dire, qu'on n'aperçoive pas à l'hygiène une raison d'être bien distincte, Hallé a cherché à faire converger vers elle l'ensemble des connaissances humaines. Sans doute cette vue est grande et vraie; mais, pour bien faire, il faut savoir se borner à ce qui peut nous conduire plus directement au but, que nous ne devons jamais perdre de vue.

Eclairés aujourd'hui par les lumières des sciences physiques et naturelles, par les progrès de la physiologie nouvelle, on peut approfondir quelques-unes des questions les plus importantes; il faut pour cela, tout en comprenant l'ensemble de ces questions, scruter celles qui peuvent éclairer d'une lumière vive, inattendue, les causes des maladies les plus communes et les plus curieuses, ou celles qui peuvent nous montrer comment on peut perfectionner la santé en éloignant aussi loin que possible ces deux ennemis implacables de l'humanité, la vieillesse et la mort.

Il ne faut pas se contenter de sentences s'appliquant à tout, et débitées sans preuves, mais n'aborder que ce qui peut être démontré par l'expérience et par l'observation. Si Hallé s'efforçait de tout comprendre dans l'hygiène, je crois qu'il faut laisser dans l'ombre une foule de détails oiseux, ou qui ne peuvent se démontrer. Il restera beaucoup à faire pour nos successeurs, mais à chaque jour suffit sa peine. Nous nous bornerons, autant que possible, à ce qui peut aujourd'hui nous faire approcher du but que nous poursuivons. En entrant dans cette direction, on verra que l'hygiène ne comprend plus un ensemble de connaissances banales, mais qu'elle s'attaque aux problèmes les plus élevés et les plus difficiles de la science, et qu'elle réclame les connaissances les plus précises.

Si nous considérons maintenant d'une manière générale l'hygiène au point de vue de ses applications, nous trouvons que depuis le commencement de ce siècle, avec des oscillations diverses, elle a fait d'incontestables progrès, qui sont nettement accusés par la progression de la durée moyenne de la vie.

Avant 89, les tableaux de Duvillars nous apprennent que la durée moyenne de la vie était de 28 ans; en 1817, elle s'élève à 31; en 1834, à 34, et en 1853, à 36.

Ainsi, d'une manière générale, on peut dire que l'hygiène a marché avec les progrès de la civilisation (1). Hâtons-nous cependant d'ajouter qu'une civilisation trop avancée dans une certaine direction, trop raffinée, conduit l'humanité à la décadence, et tend évidemment à abréger la durée moyenne de la vie. L'agglomération du peuple dans de grandes manufactures n'a pas été un progrès sous tous les points; il n'est besoin que de rappeler ici l'état déplorable d'une partie des populations ouvrières de Manchester et de Lille.

Dans certains quartiers de ces villes, la durée moyenne de la vie était descendue au-dessous du chiffre le plus bas que nous avons cité.

Le mouvement des habitants des campagnes vers les grandes villes est un résultat fâcheux des progrès de la civilisation. Dans ces populations éloignées des champs naissent des besoins factices qu'il faut satisfaire en négligeant les réels; avec bien d'autres maux il apparaît chez elles avec plus d'intensité, cet état que l'on peut désigner sous le nom d'ennui de la vie, que l'on cherche à combattre par ces moteurs du système nerveux, le tabac, l'alcool, ces fléaux de l'humanité, qui la conduiront à la décadence, si leur usage abusif s'étend incessamment.

Les progrès de l'hygiène effectués chez nous s'appuient sur trois bases principales: l'égalité devant la loi, le travail énergique et la moralité.

L'habitant des campagnes, par le jeu régulier de nos lois, est devenu propriétaire de la plus grande partie du sol, qui a constitué sa grande caisse d'épargne (Bouchardat, *Du morcellement*). Depuis le commencement du siècle, il est devenu prévoyant pour économiser, afin d'acheter un coin de terre sur lequel il a bravement employé ses forces; le travail énergique et continu a éloigné la misère et raffermi la moralité. L'aisance et les bonnes mœurs sont les meilleurs auxiliaires de l'hygiène.

Ajoutons ici que les grands travaux conçus par des hommes qui savent s'élever à la hauteur des grands problèmes de l'hygiène publique peuvent rendre des services immenses en augmentant l'aisance des travailleurs et en assainissant de vastes contrées.

Depuis un siècle de grands progrès ont été réalisés, de plus grands encore sont en voie de réalisation; je vais, dans une rapide esquisse, indiquer les uns et les autres.

Certaines grandes endémies qui ont exercé des ravages considérables dans les siècles passés se sont beaucoup amoindries de notre temps.

Le scorbut était une des grandes causes de mort des marins et des populations qui habitaient les mers du Nord; grâce aux progrès de l'hygiène, les ravages de cette redoutable affection ont été successivement refoulés dans les contrées de plus en plus septentrionales.

A Paris, à la fin du siècle de Louis XIV, le scorbut a sévi avec une redoutable intensité; il y a trente ans à peine, il exerçait des ravages constants dans la division des aliénées agitées, à l'hospice de la Salpêtrière: aujourd'hui le scorbut endémique a disparu de Paris.

Quand la Hollande était habitée par des familles entassées dans des logements humides, le scorbut endémique y apparaissait souvent. Aujourd'hui que le Hollandais se distingue par le confort de ses habitations, la maladie du Nord y a disparu; elle ne se montre plus endémiquement que parmi les populations pauvres des contrées les plus septentrionales de l'Europe.

L'ergotisme, l'acrodynie, ont à bien des reprises décimé les populations nécessiteuses de l'Europe dans les siècles qui ont précédé le dix-huitième; aujourd'hui c'est à peine si l'on peut en signaler de rares exemples.

Si le goître endémique et le crétinisme qui le suit se montrent encore dans plusieurs vallées encaissées des montagnes éloignées de la

(1) Voir le numéro du 19 mai.

(1) Partout, dans les campagnes, où l'on a plus et mieux travaillé à la terre, la vie moyenne s'est accrue. Des études savantes, que M. Delatrambais a consignées dans un mémoire sur le mouvement de la population dans le Berry, établissent que l'ouverture des routes agricoles a contribué à élever le niveau de la vie moyenne dans les localités qui en ont été largement pourvues. Le crétinisme a disparu de certaines localités de notre Savoie, quand elles ont été sillonnées par de larges voies de communication.

LETTRES OBSTÉTRICALES.

DE LA POSITION DE LA FEMME PENDANT L'ACCOUCHEMENT (1).

XIX.

Le médecin est appelé tantôt auprès d'une femme qui l'a consulté pendant sa grossesse, tantôt auprès d'une femme qu'il ne connaît pas et que l'on suppose en travail. Dans le premier cas il a constaté l'état de gestation et prévu l'époque de l'accouchement; s'il n'y a point de contre-indication, il a permis les bains à température agréable, une ou deux fois par semaine, pour calmer l'agitation nocturne; il a conseillé un exercice modéré et engagé à choisir un endroit calme, sain, pour accoucher.

Dans le second cas vous avez trois questions à résoudre, nous disait M. Pajot, avant de songer à l'accouchement: 1° La femme est-elle enceinte? 2° Est-elle à terme? 3° Est-elle en travail? Vous disposerez donc la femme de manière à vous éclairer par les divers procédés d'exploration. Nous voilà ramenés, après un détour, à l'objet principal de ces études.

Les simples comme vous et moi ne se prononcent qu'après avoir touché, palpé, ausculté, longuement examiné. Nous ne sommes pas de la force de certain médecin qui prétend reconnaître la grossesse par le seul examen des yeux de la femme. Ménageons les susceptibilités ombrageuses, et ne disons pas même sous quel degré de latitude réside ce clairvoyant confrère.

La femme peut avoir différentes positions pendant que le médecin pratique le toucher: tantôt elle est couchée dans son lit sur le dos ou sur le côté; tantôt elle est assise sur le bord d'une chaise; d'autres fois elle est debout, appuyée contre le mur ou contre un meuble; enfin on a cru devoir, dans certains cas, la faire placer sur les genoux et sur les coudes. On sait qu'au début du travail l'orifice est souvent tourné en arrière: nouvelle preuve en faveur de ce fait que la physiologie comparée démontre, à savoir que l'humanité est bien mal partagée sous le rapport de la parturition, puisque le fœtus décrit une courbe très-prononcée pendant son passage de la vie intra-utérine à la vie extérine. C'est pour mieux atteindre l'orifice tourné en arrière dans la concavité du sacrum, ou pour ménager la pudeur de la femme (1) que certains accoucheurs anciens ont conseillé de placer la femme sur les genoux et sur les coudes, et d'introduire le doigt par derrière; mais l'antéversion utérine est la cause ordinaire de la disposition qui nous occupe; or, le décubitus dorsal est nécessaire pour ramener le corps de la matrice à sa direction, et conséquemment pour rendre l'orifice accessible. Dans les cas de ce genre, il sera utile de mettre un coussin sous la femme et de déprimer le périnée pour atteindre le col utérin.

On a cité quelques faits d'inclinaison postérieure du corps de l'utérus et de position du col en arrière du pubis; pour trouver l'orifice en pareille circonstance, il est avantageux de faire basculer le fond de la matrice en avant par la position de la femme sur les genoux et sur les coudes, et d'introduire les doigts par derrière.

La tête de l'enfant est quelquefois au-dessus du détroit supérieur et difficilement accessible. Dans l'observation CX de sa *Clinique obstétricale*, M. Mattei n'avait pu atteindre la tumeur céphalique avec l'index seul, mais en pratiquant le toucher vaginal avec le médius et l'index, il lui fut possible de parvenir à cette tumeur.

Si l'orifice est situé à une grande hauteur, si la partie fœtale est très-élevée, si l'accouchement est contre nature, on fait coucher la femme en travers du lit, dans la position des opérations obstétricales, et on introduit toute la main, en évitant de rentrer le périnée et en écartant les poils des grandes lèvres: si vous négligez cette précaution, la femme criera, et vous commencerez à perdre le sang-froid qui est si nécessaire en obstétrique pour bien délibérer et pour bien agir.

En Angleterre, on fait coucher la femme dans son lit sur le côté gauche, avec une courte-pointe sur elle, si elle est en chemise: on glisse la main le long de la partie postérieure des cuisses jusqu'au périnée, et de là immédiatement au vagin, dans lequel on introduit l'index. Vous savez que la pudique Albion préfère aussi cette position pour l'accouchement et pour les opérations obstétricales. Il faut lire dans l'ouvrage de John Burns (1) les précautions minutieuses qui sont en usage chez nos voisins d'outre-Manche, quand l'accoucheur pratique le toucher. L'introduction du doigt est faite le plus promptement et le plus doucement possible, et on observe la plus grande délicatesse; il faut que la chambre soit dans l'obscurité, que les rideaux du lit soient entièrement fermés, que les personnes présentes soient mariées, etc. Rien n'est plus respectable que le sentiment de la pudeur; aussi nous garderons-nous de blâmer ces recommandations, mais il y aurait pruderie à les observer avec affectation.

(1) Voir les numéros des 22 et 31 mars, et 12 et 21 avril.

(1) Jacobs, professeur à Gand, *Ecole pratique des accouchements*, 1785, Bruxelles.

(1) *Principles of Midwifery*, 9e édition, London, 1837.

mer, on peut prévoir le temps où les effets désastreux de cette cause puissante de la dégradation humaine s'amoindriront considérablement.

Nous connaissons bien aujourd'hui les conditions de formation et de propagation des effluves des marais, de ce fléau qui énerve et décime les populations de certaines régions des pays chauds et tempérés; il ne s'agit plus que de se mettre à l'œuvre pour éloigner un des plus grands obstacles au progrès de l'humanité.

Si nous concentrons nos regards sur ce que nous pouvons observer autour de nous, nous voyons certaines grandes diathèses y exercer des ravages qui ont semblé jusqu'ici presque toujours croissants; j'ai l'espérance que l'étude philosophique des causes nous montrera la voie qu'il faut suivre pour conjurer ces grands maux.

Nous sommes sinon impuissants, au moins bien insuffisants pour guérir les affections scrofuleuse, tuberculeuse ou cancéreuse : quand les grands accidents ont éclaté, nous assistons souvent comme des témoins passifs aux progrès du mal; mais plus on scrutera attentivement ces difficiles problèmes, mieux on verra que ces accidents n'éclatent que lorsqu'ils ont été préparés de longue date par une mauvaise direction hygiénique. L'édifice de la santé se mine peu à peu; il faut l'élément du temps pour qu'une cause désastreuse prépare l'organisation à un mal dont on n'a pas su prévoir l'invasion. J'ai la ferme espérance que le temps n'est pas éloigné où l'on appréciera très-nettement l'influence de ces causes qui préparent ainsi l'organisme à l'invasion de ces irrémédiables affections. Bien souvent il sera facile d'éviter le mal en évitant les causes qui le produisent.

La goutte, la pierre urique, sont des maladies très-difficiles à combattre médicalement quand elles sont déclarées, très-faciles au contraire à prévenir chez les prédisposés par le régime, un exercice suffisant et une surveillance attentive des grandes excrétions.

Plus les idées saines et grandes sur la médecine gagneront du terrain, mieux on s'apercevra que le médecin de la santé est infiniment plus et plus souvent utile que le médecin des maladies; qu'il peut être bien autrement puissant pour prévenir les maux que pour les guérir; mais pour que ces vérités s'établissent et se vulgarisent, bien des efforts sont encore nécessaires.

Avant tout, des études longues et difficiles sont indispensables pour éclaircir des questions qui jusqu'ici ont paru inabordables, mais que, grâce au progrès des sciences d'observation, on pourra attaquer aujourd'hui.

Pour répandre ces vérités dans le public éclairé qui doit en profiter le premier, pour ensuite les propager, il faut le convaincre de l'élévation de ces études et de leur mérite. Pour cela, il ne faut pas procéder par préceptes et sentences, mais ne rien avancer qui ne puisse se prouver à l'aide des méthodes exactes dont la science moderne est en possession.

Les grandes vérités de l'hygiène ont été conquises ou par l'empirisme, ou par l'observation médicale. Si jusqu'ici la part de l'empirisme ou de l'observation universelle a été la plus large, le rôle du médecin a grandi de notre temps et est appelé à grandir encore. Les vérités qui se sont établies par le temps, par l'observation universelle, sont associées à des préjugés, le bon grain est mêlé à l'ivraie; aujourd'hui nous devons chercher à le démêler. Les changements de condition dans lesquels l'homme se trouve placé sont de nos jours beaucoup plus fréquents; ces changements nécessitent des changements dans la direction de la santé : ce que l'expérience nous avait appris pour une condition donnée n'est plus acceptable pour une autre; si l'on persiste dans la voie qui était bonne, quand la condition vient à changer, des causes imprévues de maladies apparaissent et se révèlent par des désastres. C'est surtout dans l'hygiène du soldat, du marin, qu'on trouvera de nombreuses exceptions à ces règles fondées par l'empirisme.

Jadis les grands préceptes d'hygiène publique empirique étaient conservés et consacrés, ou par les généraux d'armée, ou par les législateurs religieux. Ne citons ici que quelques-uns des admirables préceptes hygiéniques qu'on trouve ou dans les livres saints, ou dans le Coran. L'abstinence des alcooliques, du porc, ce type des animaux à graisse, n'était-elle pas de première nécessité dans ces régions brûlantes habitées par les Juifs et par les Arabes? L'utilité dans ces conditions des ablutions journalières ne peut échapper à personne.

Les connaissances approfondies des grands généraux d'armée de l'antiquité en hygiène publique positive nous sont attestées par trop de faits pour que nous puissions les mettre en doute. Ce que nous savons sur l'éducation physique des soldats de Sparte, des légionnaires de Rome, montre que rien d'essentiel n'était oublié. Les généraux romains avaient des connaissances pratiques des plus solides sur les soins se rapportant à l'alimentation, à l'emploi des forces, à la graduation des exercices, aux vêtements, aux campements. Ces connaissances pratiques nous sont accusées par ce fait capital de la conservation de grandes armées dans des campagnes lointaines et de longue durée. A Rome, il existait plusieurs charges se rapportant à l'hygiène de la ville.

Les généraux modernes se reposent sur les médecins de la conservation et de la direction de ces grands préceptes d'hygiène publique, et ils ont raison; assez d'autres choses leurs sont dévolues : les progrès des connaissances humaines en ont nécessité la division. Constatons seulement que cette intervention des médecins a souvent manqué son but parce qu'elle n'a pas été complète. Quand on abdique, il ne faut pas abdiquer à demi. C'est après les désastres qu'on apprécie l'importance des lois de l'hygiène qu'on a transgressées. Citons au hasard :

Après les funestes journées de juin, un grand nombre de familles d'ouvriers parisiens allèrent en Algérie chercher de la tranquillité et du travail. Les idées saines d'hygiène ne présidèrent pas toujours aux installations; plusieurs localités furent imprudemment choisies. Ainsi, cent trente-sept familles s'établirent en 1849 dans le village de Zurich; après un an à peine, il n'en restait plus que treize : la fièvre ou la dyssenterie qui les avaient décimées n'avaient épargné personne. Dans les campagnes longues et lointaines, il tombe bien plus d'hommes par la maladie que par le plomb de l'ennemi; la responsabilité qui pèse sur le général de la santé est aussi grande que celle qui incombe au général de la bataille; mais pour qu'il l'accepte et remplisse son rôle avec l'élévation qu'il comporte, il lui faut un pouvoir qui souvent ne lui est pas accordé, parce que l'utilité n'en est pas comprise comme elle devrait l'être.

Ce n'est pas seulement dans les conseils des armées que le médecin est devenu le représentant des idées exactes de l'hygiène, mais encore dans toutes les carrières civiles, ce rôle providentiel se révèle surtout auprès des classes militantes.

C'est pour les travailleurs, pour les êtres éprouvés par la misère et la souffrance, que la vigilance de l'hygiène est indispensable. Quand on traite les grandes questions qui les intéressent, les yeux se tournent tout d'abord aujourd'hui du côté du médecin; mais, pour qu'il soit à la hauteur de sa tâche, des études longues, sérieuses, lui sont indispensables : il faut que la science, par sa précision, impose à tous la confiance. Dans les conseils d'hygiène où il va s'asseoir, il se trouvera à côté de magistrats, d'ingénieurs, de pharmaciens, tous hommes recommandables par une éducation forte, et il doit être l'arbitre suprême dans une foule de questions qui peuvent se présenter. Je vais en citer quelques-unes.

S'agit-il, par exemple, d'une distribution d'eau potable dans la ville qu'il habite, c'est à lui qu'on demandera si ces eaux sont parfaitement saines, si leur usage ne déterminera à la longue aucune maladie endémique, le goître par exemple. Si ces eaux ont besoin d'être conservées, il faudra qu'il connaisse et apprécie l'influence des réservoirs, des tuyaux conducteurs; si elles ne sont pas limpides, il faudra qu'il puisse se prononcer sur la valeur des différents procédés de filtration qui sont en usage.

L'éclairage au gaz tend chaque jour à s'établir dans les villes les moins importantes : que de questions intéressantes vont se présenter, se rapportant au choix du gaz qui peut être fourni par les corps gras, les résines, la houille, etc.; au choix des tuyaux de conduite, dont les imperfections amènent des fuites qui déterminent avec le temps l'infection du sol des villes, comme nous en avons des exemples si nets à Paris, et qui peuvent causer des explosions, des asphyxies.

Tout ce qui se rapporte aux engrais prend chaque jour dans le sein des villes qui les produisent une importance capitale. D'un côté on veut à tout prix écarter ces odeurs infectes, quelquefois dangereuses et toujours si incommodes; de l'autre, on veut utiliser pour l'agriculture ces engrais si riches qu'on laisse encore en beaucoup de lieux, par une déplorable incurie, se perdre en infectant l'air. Il faut que le jeune médecin, membre des conseils d'hygiène, connaisse tout ce qui se rapporte aux voiries, aux désinfectants, etc.

Les questions les plus diverses se rapportant au chauffage, à la ventilation, se présenteront à l'improviste à propos de la construction d'hôpitaux, de salles d'asile, de crèches, de théâtre.

Les avaries et falsifications de substances alimentaires feront naître des questions qu'il faudra immédiatement résoudre : Quelle est la ville où l'on ne débite que des vins naturels, des vinaigres vrais, de la bière faite seulement avec de l'orge germée et du houblon, du lait qui n'a pas été écrémé ni additionné d'eau? Et par-dessus tout cela vienne la disette, c'est au médecin hygiéniste qu'il faudra s'adresser pour prévenir les altérations de l'aliment usuel, pain, maïs, afin de prévenir le retour de ces épidémies d'ergotisme, d'acrodynie, de pellagre.

Dans la pratique médicale, chaque jour le jeune médecin est interrogé sur ces questions d'hygiène usuelle sur lesquelles les hommes bien élevés ont des notions assez exactes. Ses réponses serviront à le juger.

L'hygiène, dans notre temps, est une science aussi mobile et aussi progressive que tous les arts utiles qui reçoivent des perfectionnements journaliers. Ces progrès merveilleux de l'industrie créent de nouvelles conditions hygiéniques qui peuvent être bonnes et mauvaises.

Combien de questions hygiéniques nouvelles n'a pas fait naître l'établissement des chemins de fer? La vivacité de l'air, la réverbération des fourneaux, les mouvements spéciaux, ont créé l'hygiène spéciale des chauffeurs et des mécaniciens des voies ferrées.

Pour maintenir les fils du télégraphe électrique, on emploie des crochets émaillés; dans la fabrication de l'émail intervient le cristal à base de silicate de plomb; les ouvriers qui l'insufflent sur les pièces sont atteints d'accidents saturnins, surtout lorsqu'ils abusent des alcooliques.

Parmi les arts qui ont été heureusement modifiés par les progrès de la science, nous citerons la dorure sur métaux, qui, grâce aux belles inventions de Ruolz et Elkington, n'expose plus les ouvriers aux accidents mercuriels; citons encore la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb, l'utilisation du gluten des amidonneries, etc.

Parmi les arts nouveaux qui ont fait naître pour les ouvriers des conditions hygiéniques mauvaises, mentionnons la fabrication des allumettes chimiques, qui expose les ouvriers à la carie des mâchoires, et tous à l'empoisonnement, à l'incendie. La découverte du phosphore rouge, l'emploi des allumettes sans phosphore, permettront d'éviter ces dangers. La dissolution du caoutchouc dans le sulfure de carbone produit chez quelques ouvriers une paralysie passagère et l'impuissance. Je pourrais multiplier ces citations; mais ces questions seront ultérieurement traitées.

Tout concourt donc à nous prouver, non-seulement l'utilité des connaissances précises en ce qui se rapporte à l'hygiène, mais encore l'extrême mobilité de ces connaissances.

Ai-je besoin de redire que si le jeune médecin s'assied dans les conseils des armées et de la marine, quelle responsabilité immense peut peser sur lui, quand il s'agira de régler le régime le plus convenable suivant les lieux et la saison; les localités les plus favorables aux campements, la durée et la puissance des travaux, les conditions si difficiles qui doivent présider aux colonisations? Le bien qu'il peut faire est immense; mais une science complète lui est indispensable pour entraîner les convictions par la puissance de la raison et par des preuves que l'expérience ne doit que fortifier.

DU MOUVEMENT DE ROTATION DE LA TÊTE

dans l'accouchement.

Par M. le docteur JOUNIA-REYMOND.

L'influence des plans inclinés dans la production de ce mouvement a été niée par M. P. Dubois (*Journ. des connaiss. méd.-chirurg.*); il admet des influences complexes, telles que le volume, la forme, la mobilité des parties expulsées; la forme, la capacité, la résistance du canal parcouru, par suite les parties du fœtus se placeraient dans les parties les plus favorables à leur passage. M. Cazeaux explique ce phénomène par la direction des forces d'expulsion et de résistance. Les deux explications reviennent à dire que la tête tourne parce qu'elle doit tourner.

Il m'a semblé qu'il était possible de trouver la solution de ce problème. Il est permis de supposer que, quelle que soit la position de la tête au détroit supérieur, les épaules conservent dans l'utérus une position sinon directement antéro-postérieure, du moins légèrement oblique. Or le diamètre bi-acromial est de 12 centimètres pour un fœtus de 50 centimètres d'après Chaussier; ce diamètre franchira le détroit dans le sens le plus favo-

---

XX.

Les procédés d'exploration vous indiqueront si la femme est à terme et vous traceront votre rôle. On a vu des accoucheurs, trompés par des coliques intestinales, etc., faire préparer le lit de travail, et exhorter la femme à pousser pendant des journées entières. Lorsqu'on a annoncé une parturition prochaine, il est désagréable de savoir que la femme se promène encore quinze jours après; en outre, et ceci est plus grave, les efforts anticipés peuvent occasionner des accidents fâcheux.

M. le professeur Paul Dubois nous décrivait parfaitement la variété de faux travail qui se manifeste par des douleurs utérines, intermittentes, durcissant la matrice, etc. « Ce faux travail, nous disait-il, survient en général chez des femmes qui ne sont pas à terme; c'est bien un travail d'enfantement, mais il résulte de contractions indolores qui sont devenues douloureuses accidentellement, et ont revêtu les apparences d'un travail réel : c'est une aberration de la nature. En pareille circonstance, faites vos réserves; dites qu'il s'agit effectivement de douleurs de travail, mais que peut-être elles cesseront. » (*Lettres inédites*, 1854.)

L'illustre clinicien que nous venons de citer disait qu'il est indispensable de toucher quand on croit à un commencement de travail. En effet, si la présentation est vicieuse, s'il y a procidence du cordon, etc., on prend immédiatement des mesures particulières pour que les membranes se rompent le plus tard possible. Ainsi on invitera la femme à se coucher dès le début du travail, quand l'orifice est à peine assez grand pour laisser passer le doigt; on lui défendra de se lever, de pousser, d'aider les contractions; enfin, on fera placer un coussin ferme sous le matelas, au niveau du siége. Vous vous souvenez qu'à la Clinique il nous était interdit alors de pratiquer le toucher; beaucoup d'entre nous se récriaient, mais on avait raison d'empêcher la rupture prématurée des membranes, et de mettre l'intérêt de l'humanité avant l'intérêt de l'enseignement.

Les bassins viciés par amplitude, c'est-à-dire trop grands, entraînent un accouchement rapide; or cet accouchement offre des dangers qu'il importe de prévenir en faisant coucher la femme dès les premières douleurs, en lui recommandant de ne pas pousser, etc.

XXI.

C'est ordinairement à l'époque cataméniale que l'avortement survient chez les femmes prédisposées. Il faut donc combattre la congestion utérine, qui tient à cette époque cataméniale par le repos au lit, dans l'attitude horizontale, et sur un matelas ferme; la plume entretient trop de chaleur. Les mêmes précautions seront prises aux époques cataméniales suivantes, et conduiront la femme au terme ordinaire de la grossesse.

On conseille aussi de faire observer rigoureusement le repos au lit et de donner à la femme la position dans laquelle elle éprouve le moins de douleurs, quand on a lieu de croire à l'existence d'une placentite. C'est à cette inflammation que l'on a attribué les adhérences anormales; on a même décrit les symptômes de la placentite, qui serait caractérisée par une douleur vive dans un point de l'utérus, avec réaction fébrile, etc. Ce sujet appelle de nouvelles recherches. J'ai rencontré, comme tous mes confrères probablement, des adhérences morbides qui n'avaient pas été précédées des symptômes de la placentite. Ainsi, l'hiver dernier, je délivrais une dame qui avait une adhérence très-intime du placenta, et cependant sa grossesse s'était passée sans fièvre, sans douleur localisée, sans vomissements, etc. L'année précédente, un autre médecin avait été appelé pour remédier au même accident chez la même dame, et d'après les renseignements qu'il m'a donnés, l'inflammation du placenta était hors de cause; du moins, elle ne s'était pas montrée avec les symptômes qu'on lui attribue.

D'autre part, on constate les symptômes supposés de la placentite sans adhérences. Je voyais, il y a huit mois, une fille dont la grossesse avait été troublée par des coups, des chutes, des purgatifs drastiques et des applications intempestives de sangsues. Une douleur localisée en un point du bas-ventre, la fièvre hectique, les vomissements, etc..., me faisaient penser à la placentite et à des adhérences consécutives. Eh bien, la délivrance fut naturelle, et l'examen attentif de l'arrière-faix ne m'offrit aucun des signes anatomiques de l'inflammation placentaire. L'accouchement eut lieu à terme, et fut gémellaire. L'insuffisance des contractions me mit dans la nécessité d'employer le forceps deux fois de suite, pour extraire successivement deux filles, encore vivantes aujourd'hui; mais, je le répète, la délivrance fut naturelle. Je reviendrai sur cette observation quand j'aurai à vous entretenir de la position de la femme pendant les opérations obstétricales (1).

Dr LEGROS.

(La suite prochainement.)

Étude sur l'hygiène des ouvriers peaussiers, par MM. les docteurs G. PÉCHOLIER et C. SAINTPIERRE, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8°. Prix : 1 fr. 50 *franco*. — Paris, chez P. Asselin, libr.-éditeur.

(1) Un de mes compatriotes, M. Geoffroy de Montreuil, a soutenu une thèse sur la *placentite*. (Voyez Thèses de la Faculté de Paris, 1858.)

rable à sa longueur et à sa position. L'engagement des épaules par les diamètres obliques du bassin est possible, mais elles s'engageront bien plus souvent suivant une direction parallèle à celle du diamètre transverse. Cette tendance des épaules à se diriger suivant la direction du diamètre transverse est constante; on peut sentir avant la rupture des membranes la tête tourner sous le doigt pendant la contraction et reprendre sa position première après qu'elle a cessé; ce mouvement est évidemment transmis à la tete par les épaules. La position de la tête au détroit déterminerait donc primitivement la position des épaules dans l'utérus; mais une fois que la tête a franchi le détroit supérieur, c'est l'engagement des épaules qui détermine le mouvement de rotation de la tête.

En appliquant ces données, on voit que dans la position occipito-iliaque gauche antérieure (première position) le diamètre bi-acromial est parallèle au diamètre oblique droit; l'engagement des épaules par le diamètre transverse amènera forcément l'occiput sous la symphyse pubienne; de même pour la position occipito-iliaque droite antérieure.

Dans les occipito-postérieures droites, j'admets que les épaules sont directement antéro postérieures, deux cas pourront se présenter : pour que leur engagement ait lieu, il faut que le plan latéral antérieur décrive un quart de rotation à droite ou à gauche, de façon à ramener en avant le plan antérieur ou le plan postérieur du fœtus; dans le premier cas, l'occiput restera en arrière, il reviendra en avant dans le second. Pour les positions de la face, il en est de même. Ceci explique comment le mouvement de rotation peut être incomplet; les épaules se sont engagées par l'un des diamètres obliques; comment il peut ne pas s'opérer; comment, par exemple, on a vu l'occiput placé au début du travail en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite, se trouver successivement en rapport avec l'extrémité droite du diamètre transverse; la face postérieure de la cavité cotyloïde droite, la symphyse des pubis et la cavité cotyloïde gauche; les épaules ont subi dans ce dernier cas un mouvement de rotation complet avant de s'engager à travers le diamètre transverse, mouvement qui s'est communiqué à la tête.

J'abrége pour arriver au point pratique de la question. Dans les presentations du sommet, l'occiput doit être en avant; dans celles de la face, c'est le menton qui doit se mettre en rapport avec la symphyse du pubis, en sorte que dans le premier cas c'est toujours le plan postérieur du fœtus, dans le second le plan anterieur, qui doit être en avant; il serait possible de prévenir que l'une ou l'autre de ces parties restât en arrière. Supposons le menton ou l'occiput en arrière et à droite, il suffirait, par des pressions sur l'hypogastre dirigées de droite à gauche au moment de la contraction, de refouler l'épaule antérieure vers le côté gauche de la mère, manœuvre qui ramènerait dans les deux cas l'occiput ou le menton en avant.

SOLUTION STIBIÉE DE PARKER.

Le tartre stibié surmonte les résistances du col et des muscles du périnée et augmente la sécrétion muqueuse qui lubréfie le canal utéro-vulvaire.

Le docteur Parker — ainsi que le rapporte le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* — fait prendre jusqu'à production de nausées, toutes les dix ou quinze minutes, une cuillerée à café de la solution suivante :

Tartre stibié.	5 à 10 centigrammes.
Eau sucrée.	Un demi-verre.

L'obstacle venant à céder sous l'influence de la médication, les contractions se régularisent et semblent acquérir plus de force, parce que trouvant moins de résistance, elles sont plus efficaces.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 mai 1864. — Présidence de M. MORIN.

Liens entre la tératologie, l'embryologie, l'anatomie pathologique et l'anatomie comparée. — M. CL. BERNARD présente au nom de M. le docteur Namias (de Venise) une note sur ce sujet, conçue en ces termes :

Un interne très-éclairé m'appela, peu de jours avant mon départ de Venise, pour voir dans le service de mon collègue M. Santello, qui était malade, le cadavre d'un pneumonique mort au Grand Hôpital, y ayant trouvé l'estomac et bonne partie de l'intestin grêle dans la cavité gauche de la poitrine. Presque tout le poumon droit était à l'état d'hépatisation rouge; le poumon gauche, poussé à la partie antérieure et supérieure, occupait un petit coin de la cavité, évidemment comprimé par l'ancienne intrusion des viscères abdominaux. Au côté gauche, vers les piliers du diaphragme, un trou circulaire, ayant 6 centimètres à peu près de circonférence, mettait en communication les deux cavités. Un bord tendineux, poli, ancien, circonscrivait le trou. Nulle adhérence ne liait les organes; on pouvait, sans obstacle, faire repasser l'estomac et les intestins à leur siége naturel. La pneumonie aiguë avait suivi son cours ordinaire; elle se montrait même, m'a-t-on dit, en train de résolution lorsque le pauvre malade, surpris par des symptômes abdominaux, perdit la vie rapidement. On m'assura qu'il était parfaitement sain auparavant, et qu'il ne pouvait être question d'anciennes blessures cicatrisées. J'ai recherché un cas rapporté dans l'*Anatomie pathologique* de M. Baillie, publiée à Venise avec des notes de MM. Sœmmering et Pannini. L'observation donne l'autopsie d'un homme blessé plusieurs mois auparavant, chez lequel on trouva dans la poitrine des anses intestinales entrées par le trou de la blessure. On lit aussi dans les livres de Morgagni des exemples de pareilles altérations sans péril immédiat pour la vie. M. Cruveilhier regarde l'observation représentée par la planche V, 47e livraison de son *Anatomie pathologique*, comme un exemple de hernie diaphragmatique congéniale. La mienne serait un exemple de même genre; mais une plus grande partie des intestins, et même l'estomac, auraient passé dans le thorax par suite des efforts de toux.

« Les hernies diaphragmatiques, dit l'anatomiste français, sont rares, et leur théorie encore mal établie. Un grand nombre de faits (je rapporte encore ses paroles) m'autorisent à n'admettre qu'un seul mode de formation pour les hernies accidentelles. Une masse adipeuse se forme entre le péritoine et le diaphragme, derrière l'appendice xyphoïde, etc., « et par ce chemin, selon M. Cruveilhier, les viscères abdominaux pourraient passer dans la poitrine. Il n'y a aucune circonstance qui m'autorise à juger accidentelle la hernie diaphragmatique que je viens de voir. Les caractères des bords du trou, le défaut d'accidents du côté du bas-ventre, jusqu'au dernier jour de la vie, me font pencher vers l'idée d'une hernie congéniale. Comme l'ouverture était libre, peut-être les efforts de la toux auront-ils chassé dans le thorax une plus grande masse d'intestins avec l'estomac, d'où les derniers phénomènes par tiraillement du péritoine pourraient s'être développés. Il s'agirait, en admettant cette hypothèse, d'un cas de tératologie qui se lie étroitement à l'embryologie, à l'anatomie comparée et pathologique. Depuis longtemps je m'occupe des liens entre ces quatre branches de notre science. Je publiai en 1850 l'histoire d'une atrophie de la partie grise de la moelle épinière, faisant observer que son défaut est le cas normal pour quelques animaux qui ont le centre de la moelle percé d'une espèce de canal, ce qui est l'état transitoire à une certaine époque de la vie embryonnaire. Plus tard, en 1862, j'ai étudié la persistance du trou ovale du cœur des adultes, et les rapports, qu'il est ici inutile de répéter, entre ce fait tératologique, l'état fœtal de l'homme et la condition naturelle et permanente de plusieurs animaux.

J'ai recueilli quelques observations d'où il paraît résulter qu'en des circonstances spéciales le trou ovale s'ouvre de nouveau, permettant le mélange des deux sangs, lorsque principalement le cours de ce liquide rencontre quelques obstacles dans la circulation pulmonaire. Je ne suis pas de ceux qui croient que l'embryon humain en se développant représente d'abord un zoophyte, puis un mollusque, un ver, un poisson, un reptile, etc. Il est évident, comme M. Longet l'a dit, que l'homme, à quelque époque de son développement embryonnaire qu'on veuille le prendre, offre son aspect caractéristique et différent des autres animaux.

Cependant il y a des conditions analogues qui établissent les liaisons des sciences dont je viens de parler. Les observations d'une branche font prévoir celles des autres, et ces différentes études, se donnant réciproquement la main, pourraient conduire à quelque découverte nouvelle. Le cas actuel, que je considère comme tératologique, m'a fait supposer qu'il devait y avoir, à quelque époque de la vie fœtale que ce soit, une communication entre l'abdomen et le thorax à la région même des piliers du diaphragme. J'en ai parlé hier à M. Coste, et voilà ce qu'aujourd'hui il a eu la honté de m'écrire :

« La poitrine et l'abdomen ne forment dans les premiers temps de » la vie embryonnaire qu'une seule et même cavité. A trente-cinq » jours de gestation, chez l'espèce humaine, les poumons font encore » hernie dans l'abdomen à travers le diaphragme (voir les planches IV » et V de l'Atlas de l'*Histoire du développement*, etc., par M. Coste). » Du trente-cinquième au cinquantième jour, le diaphragme devient » une cloison complète et sépare entièrement les viscères de la poi- » trine de ceux du ventre. »

Quant à l'anatomie comparée, on sait très-bien comment dans les oiseaux les organes de la respiration s'introduisent dans le ventre par les ouvertures du diaphragme, qui mérite à peine ce nom, divisant très-imparfaitement leur thorax de l'abdomen. Venant à l'anatomie pathologique, je tiens comme possible une autre manière de communication que celle bien établie de M. Cruveilhier. Le fait tératologique que je viens de soumettre au jugement de l'Académie me porte à le croire, et je me propose à cet égard des recherches dont je ferai hommage dans le temps, si elles me paraissent dignes d'attention.

— La section de médecine et de chirurgie présente, par l'organe de son doyen M. Serres, la liste suivante de candidats pour une place de correspondant vacante par suite du décès de M. Denis, de Commercy :

En première ligne,	M. Gintrac, à Bordeaux.
En deuxième ligne,	M. Pétrequin, à Lyon.
En troisième ligne,	M. Stolz, à Strasbourg.
En quatrième ligne,	M. Serre (d'Uzès), à Alais.

Les titres des candidats sont exposés par M. Velpeau.

Ces titres sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Cas de diabète sucré développé spontanément chez un singe. — M. BERNARD présente, au nom de M. Bérenger-Féraud, quelques considérations sur ce sujet.

On a observé bien des maladies de l'espèce humaine chez les divers animaux de l'échelle zoologique; la pneumonie, la tuberculose, la dyssenterie, les affections vermineuses se rencontrent peut-être aussi fréquemment chez les quadrumanes, les carnassiers, les ruminants, etc., que chez l'homme; mais je ne sache pas qu'on ait rencontré jamais le diabète sucré spontané chez les animaux réduits en domesticité. Si on a constaté quelquefois une polyurie simple chez le cheval, on n'a jusqu'à présent pas trouvé chez les animaux la glycose urinaire en ces proportions élevées qui constituent la cruelle affection que nous venons de nommer.

Il ne répugne cependant pas d'admettre que le diabète peut se développer spontanément chez quelques animaux; probablement même, si on ne l'a pas encore rencontré, c'est parce qu'il a échappé jusqu'ici aux investigations par l'obscurité de ses symptômes. Ayant eu l'occasion de constater un cas de diabète sucré spontané bien caractérisé chez un singe femelle, je l'ai étudié avec soin, et j'en apporte aujourd'hui l'histoire complète, dont voici le résumé.

Pendant les voyages que j'ai faits à la suite de S. A. I. Mgr le prince Napoléon, j'ai observé entre autres animaux deux singes du genre guenon que nous avons rapportés d'Égypte. Connaissant ces faits si communs de la tuberculisation pulmonaire chez les animaux de la zone torride apportés dans nos climats, j'ai voulu voir les résultats que donnerait une modification raisonnée de leur alimentation, et j'ai essayé de faire manger à ces singes des substances animales, par conséquent plus riches en matières albiles que les fruits qui font leur nourriture habituelle.

Un des deux singes n'a pas voulu accepter ce régime et a succombé bientôt à la tuberculose aiguë. L'autre s'y est parfaitement prêté, au contraire, et a très-bien supporté les premiers froids. Mais si son existence, entretenue ainsi artificiellement, a semblé devoir d'abord se prolonger, l'œuvre de destruction a rapidement repris le dessus, et la mort est survenue dans un temps relativement court.

En effet, au milieu des attributs d'une santé florissante, quelques phénomènes insidieux se présentèrent : ce fut d'abord un amaigrissement rapide, malgré la riche nourriture consommée; une soif impérieuse se manifesta; les urines, devenues plus abondantes, commencèrent à laisser par l'évaporation spontanée, sur les poils de la queue, comme dans un vase, un résidu blanchâtre, pulvérulent ou poisseux, donnant à la potasse caustique, au sous-nitrate de bismuth et au réactif de Fehling les réactions caractéristiques de la glycose et donnant au goût l'impression sucrée; puis une amaurose survint, des phénomènes convulsifs, etc., etc. Bref, neuf mois après son arrivée en France, le second singe que j'avais rendu omnivore succomba comme le premier resté frugivore, avec cette différence cependant que la maladie présenta d'autres symptômes d'évolution.

Préoccupé depuis quelques années de la genèse et de l'étiologie du diabète sucré, le fait que j'avais sous les yeux devait m'intéresser grandement; aussi l'ai-je suivi avec tout le soin possible, et si malheureusement les exigences d'un service militaire, si les difficultés matérielles de manipulations chimiques faites dans l'espace restreint qui est dévolu à chacun sur les navires de l'Etat ne m'ont pas permis les expériences les plus variées et les plus complètes, j'ai au moins porté la plus grande attention à la constatation des résultats que j'indique précédemment. (Commissaires, MM. Péligot et Bernard).

— M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet un mémoire que l'auteur, M. A. Guien, ancien médecin sanitaire en Orient, désire soumettre au jugement de l'Académie. Ce mémoire a pour titre : *Traité complet du mal de mer, avec dissertation hygiénique sur les bateaux à vapeur,* etc. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Cloquet.)

— M. E. GEORGE soumet au jugement de l'Académie une note sur un moyen préventif contre les empoisonnements par le phosphore. (Renvoi à l'examen de M. Payen, qui jugera si cette note est de nature à devenir l'objet d'un rapport.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces imprimées de la correspondance deux opuscules de M. Pécholier, destinés au concours pour les prix de médecine et de chirurgie et intitulés : *Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'ipécacuanha,* et *Recherches expérimentales sur l'action physiologique du tartre stibié.*

— MM. BOUCHÉ DE VITRAY et DESMARTIS adressent un mémoire sur la *possibilité de transmission de l'oïdium des végétaux à l'homme.*

Depuis 1852, disent les auteurs, c'est-à-dire depuis la première apparition de l'*oïdium Tuckeri* sur la vigne, le nombre des croups, des angines couenneuses, des diphthéries de tout genre, que nous regardons comme produite par une variété de l'*oïdium albicans*, parasite reconnu du muguet, est devenu beaucoup plus considérable. Il nous a semblé qu'il pourrait y avoir entre l'apparition de l'*oïdium Tuckeri* et l'extension plus grande de l'*oïdium albicans* autre chose qu'une simple coïncidence. C'est ce que nous nous sommes efforcés de faire ressortir dans le mémoire que nous avons l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie. On nous objectera certainement que les deux cryptogames ne sont pas de même espèce; mais ils sont de la même famille, du même genre; mais ils engendrent tous deux sur leur *habitat* connu une maladie spéciale toujours contagieuse, souvent épidémique. Ajoutons que rien ne prouve que l'oïdium ne soit, comme tant d'autres cryptogames, susceptible de protéisme... (Renvoi à l'examen de la commission composée de MM. Payen, Tulasne et Cloquet.)

— M. LÉCHELLE présente au concours pour le prix Barbier un mémoire ayant pour titre : *Nouvelle théorie physiologique sur les causes des maladies et les moyens de les combattre.* (Commission du prix Barbier.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Suite de la séance du 11 mai 1864. — Présidence de M. RICHET.

(Suite de l'allocution de M. Verneuil.)

Il ne s'agit évidemment point de substituer toujours la résection à l'amputation; chacune de ces opérations a sa sphère d'application plus ou moins bien définie; elles sont congénères et non antagonistes, et je ne comprends pas qu'on soit exclusivement partisan de l'une ou de l'autre. Je veux seulement dire que lorsque la résection du genou est anatomiquement praticable, elle doit être préférée à l'amputation de la cuisse.

Une fois acquise au débat la valeur réelle, intrinsèque de la résection du genou, nous devons procéder à la recherche des moyens qui peuvent en assurer la réussite, c'est-à-dire à la manière de réaliser ces conditions adjuvantes, dont je reconnais avec M. Legouest l'immense importance. Il est clair que cette recherche eût été vaine et futile si l'expérience s'était prononcée sans réplique en faveur de l'amputation de la cuisse, et nous revenons ainsi à la pratique des champs de bataille.

Je ne méconnais nullement les conditions tout à fait particulières dans lesquelles se trouvent forcément nos confrères en campagne. A l'impossible nul n'est tenu, et il serait bien injuste de considérer comme une faute chirurgicale l'adoption d'une méthode quelconque imposée par la nécessité.

Un anévrysme étant donné, tout chirurgien préférera la compression manuelle ou mécanique à la ligature; mais si l'on n'a ni aides ni machines, il faudra bien se décider à découvrir l'artère et à l'étreindre.

Dans les longs débats relatifs à l'amputation de la jambe, vous avez entendu plusieurs de nos collègues les plus éminents vous dire que les chirurgiens militaires étaient en quelque sorte contraints d'adopter la section au lieu d'élection supérieur, quoique l'innocuité de l'amputation sus-malléolaire soit beaucoup plus grande à leurs yeux. Nous-mêmes, chirurgiens civils, nous ne pouvons pas toujours faire à l'hôpital ce que nous faisons dans la pratique privée, ni à la ville ce qui est possible à la campagne, etc.

Je comprends donc très-bien que dans telle circonstance donnée le chirurgien d'armée, tout en reconnaissant *scientifiquement* l'indi-

cation de la résection, soit forcé pour ainsi dire de faire l'amputation de la cuisse; mais la force majeure ne porte nulle atteinte aux principes, qui n'en restent pas moins debout.

Autorisez-moi donc à faire quelques hypothèses, ne fût-ce que pour l'avenir : Un combat a lieu auprès d'une ville, dans un pays civilisé, sillonné de routes, de voies ferrées. On relève les blessés dans les premières vingt-quatre heures, et on les répartit dans les ambulances, dans les hôpitaux, quelquefois même chez des particuliers de bonne volonté, comme cela s'est vu dans la campagne d'Italie. Qui empêcherait de placer dans des conditions aussi favorables que possible les blessés atteints au genou et qui seraient susceptibles de subir la résection du genou? La chose serait d'autant plus praticable que souvent pendant quelques jours les plaies articulaires offrent une bénignité relative, et que l'on a même vu des malades qui pouvaient faire quelques pas avec un coup de feu dans le genou. Tel fut entre autres le jeune Bourguignon, qui après son accident put rentrer chez lui, essayer de seller son cheval, et qui d'ailleurs supporta très-bien son long voyage. Si les ligaments du genou sont conservés, le transport sera plus facile qu'à la suite d'une fracture de la diaphyse du fémur. Mes faits prouvent d'ailleurs que la résection peut être pratiquée avec succès plusieurs jours après l'accident, tandis que l'on s'accorde à dire que l'amputation, si elle est résolue, est beaucoup plus urgente, et qu'elle réussit beaucoup plus rarement si elle est pratiquée au moment où sévissent les complications inflammatoires.

J'attache avec M. Legouest une importance extrême à la question de milieu, et je pense qu'il vaudrait mieux, toutes choses égales d'ailleurs, opérer deux jours plus tard dans un lieu suffisamment salubre, que deux jours plus tôt dans un établissement encombré. C'est précisément pour appuyer cette manière de voir que j'ai mis en relief les conditions variées et assez défavorables dans lesquelles se trouvaient mes blessés. Pour l'un, grande distance; il arrive dans les deux premiers jours de la Bourgogne à Paris : il n'est opéré que le quatrième jour. Pour l'autre, transport beaucoup plus restreint, mais temporisation prolongée dans l'espoir d'une guérison par la nature : développement lent et insidieux de phénomènes locaux et généraux graves; préoccupation morale mauvaise équivalant à l'influence dépressive d'une défaite, c'est-à-dire la cour d'assises en perspective. Opération vers la fin de la troisième semaine, et avec des lésions qui contre-indiquent presque l'amputation elle-même. Chez les deux autres (coude), essai de conservation; accidents locaux et généraux graves aussi; phlegmon local énorme; action chirurgicale inévitable; amputation paraissant indispensable. Dans les quatre cas, la résection agit si efficacement au point de vue thérapeutique, que dans les quatre premiers jours, en moyenne, le cortége des accidents s'évanouit et que la conservation de la vie est presque assurée. D'où cette conclusion qu'en dépit de l'époque, la résection dût-elle ne pas fournir plus tard un membre bien utile, semble le moyen le plus énergique et le plus efficace de conjurer les menaces de mort.

Voilà le résultat empirique d'une série de faits à la vérité petite, mais à coup sûr encourageante. Est-ce à dire, pour cela, qu'on sauvera tous les réséqués? Personne ne me prêtera une semblable exagération. Cependant je crois que le hasard n'a pas seul présidé à d'aussi beaux succès. On croyait autrefois que l'amputation, plus rapide, plus simple et plus régulière que la résection, devait nécessairement donner plus de succès. Aujourd'hui, et en y regardant de plus près, on est arrivé à d'autres conclusions; puis l'expérience a parlé, et, tout compte fait, on est convaincu que l'amputation donne en général plus de revers, abstraction faite du sacrifice irréparable du membre. Et d'ailleurs, une résection articulaire à la suite d'une plaie d'armes à feu n'est guère autre chose que l'application méthodique d'un principe dès longtemps proclamé par les chirurgiens militaires et civils en fait de fractures compliquées graves. Je veux parler du débridement et de la soustraction des esquilles et des corps vulnérants. Voici une région articulaire traversée par une balle; la jointure est ouverte, les os sont brisés et les éclats disséminés dans les parties molles. Une inflammation traumatique formidable va surgir, provoquée par ces corps étrangers; les liquides morbides s'écouleront difficilement et s'infiltreront dans les interstices celluleux.

On ouvre très-largement l'article dans un lieu convenable. On extrait les esquilles, on retranche les aspérités osseuses; on met en présence et en contact des surfaces lisses, larges, taillées dans le tissu spongieux; on supprime en grande partie la douleur, et l'on soustrait les nerfs, les muscles et les vaisseaux à de dangereux contacts; on assure le dégorgement du tissu cellulaire et l'écoulement du pus. Quoi d'étonnant si cette pratique *éminemment antiphlogistique* fait cesser comme par enchantement l'orage inflammatoire local?

M. GIRALDÈS. Je me borne à donner lecture d'une phrase de Guthrie, que j'emprunte à ses *Commentaires de chirurgie*, p. 82. Voici cette phrase : « Les plaies d'armes à feu de cette articulation (celle du genou) réclament l'amputation, à moins que la résection ne soit substituée à celle-ci; c'est un point à déterminer de savoir si la résection ne doit pas toujours lui être substituée quand cette articulation est blessée par balle de fusil. »

Je pourrais indiquer encore d'autres passages, mais je me borne à cette citation.

M. VERNEUIL. Je laisse à juger si cette citation indique que la résection du genou est formellement conseillée.

LECTURE.

Au nom de M. DEBOUT, M. Dolbeau donne lecture d'une note *sur l'hémimélie thoracique*. Il fait voir des plâtres et des dessins relatifs à cette malformation. M. Debout démontre dans ce travail que l'hémimélie est le résultat d'un vice du développement et non d'amputations ou de destructions intra-utérines, ainsi que le prouvent diverses observations physiologiques et des dissections de pièces, et en particulier celle qui a été faite par notre collègue M. Dolbeau.

M. Debout indique les conséquences importantes des dispositions anatomiques, au point de vue de la prothèse.

Cette note fera partie d'un travail plus complet que M. Debout doit communiquer à la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Abcès de l'extrémité inférieure du tibia. — M. RICHET présente le pied et l'extrémité inférieure de la jambe d'un malade qu'il a amputé dans les conditions suivantes :

Le malade, âgé de trente ans, souffrait depuis l'âge de sept ans, par intervalles et souvent d'une manière très-violente; tout travail était impossible. Il demandait avec instance qu'on le débarrassât de son mal.

A l'extérieur, on ne remarque aucune lésion. Le tibia, fendu par le milieu, laisse voir à sa partie inférieure une petite cavité de forme pyramidale, effilée par en haut dans l'espace de 6 à 7 centimètres, et remplie d'une substance d'aspect cartilagineux, mais constituée par un tissu analogue à celui des cicatrices. Cette cavité s'ouvre tout près de l'articulation, sous le périoste, par une étroite fistule osseuse. Le périoste est épaissi et enflammé, et il y a en même temps une ostéite condensante.

M. Richet pense qu'il y a eu là autrefois un abcès dont le pus s'est écoulé par la fistule et dont il ne reste plus que la membrane pyogénique épaissie.

M. DOLBEAU. Sans nier qu'il y ait eu là un abcès, je n'en vois aucune preuve, et peut-être faut-il rapporter les lésions que nous avons sous les yeux à autre chose qu'à un abcès. Deux fois déjà, sur un petit ramoneur et sur une jeune fille, j'ai eu occasion de voir et d'opérer de ces ostéites fongueuses où on ne trouve rien autre chose que des fongosités analogues à des bourgeons charnus. Et cependant les symptômes m'avaient fait croire à une nécrose, et ce n'est que par une recherche très-complète pendant le cours de l'opération que je reconnus l'absence de tout séquestre. Dans ces deux opérations j'eus à traverser, avant d'arriver à la cavité, une masse épaisse de tissu osseux éburné.

M. RICHET. La maladie dont parle M. Dolbeau est bien connue, et je l'ai observée un bon nombre de fois; mais dans ces cas, on observe des fistules s'ouvrant à l'extérieur. Ici il n'y en a jamais eu; le pus, si tant est qu'il y ait eu du pus, a toujours été renfermé dans l'épaisseur des tissus. Rien ne pouvait donc nous mettre sur la voie du diagnostic réel, puisqu'il n'y avait aucune lésion extérieure.

M. MARJOLIN. Cette curieuse observation montre à quel point il faut être circonspect avant d'affirmer la guérison des affections osseuses chez les enfants. Voilà un homme souffrant depuis l'âge de sept ans et qu'on a dû souvent croire guéri depuis cette époque. Je suis persuadé qu'un grand nombre de maladies des os observées dans les services hospitaliers d'adultes ont commencé et duré plus ou moins longtemps dans nos hôpitaux d'enfants.

M. BROCA. Je n'ai jamais observé de cas analogue à celui que nous présente M. Richet. J'avais bien connaissance des faits dont a parlé M. Dolbeau, et je ne pense pas qu'il y ait entre eux et celui-ci autant de différence que l'indique notre collègue. Dans les deux cas, l'effet est le même, bien que la cause première ou mieux le commencement de la maladie soit différent. Je suis persuadé qu'il y a eu primitivement une nécrose dans les faits de M. Dolbeau. Ici le diagnostic était à peu près impossible, mais je pense que si une semblable lésion pouvait être reconnue, et je ne doute pas que cela devienne possible à mesure qu'on connaîtra mieux les symptômes de chaque maladie osseuse, s'il n'y avait pas de fistule communiquant avec l'articulation, je pense que la trépanation de la cavité serait encore la meilleure thérapeutique; cette substance dure, presque cartilagineuse, se ramollirait sûrement, et ce qu'on ne pourrait enlever disparaîtrait ou serait remplacé par un bourgeonnement de bonne nature.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

PRIX CHATAUVILLARD. — Ce prix, de la valeur de 2,000 fr., est décerné chaque année en séance publique par la Faculté de médecine de Paris au *meilleur travail sur les sciences médicales*, imprimé dans le cours de l'année qui précède la séance dans laquelle il doit être distribué. — Les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours.

Les ouvrages destinés au concours doivent être écrits en français. — Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Le prix Châtauvillard devant être décerné pour la première fois par la Faculté de médecine dans la séance de rentrée du mois de novembre 1864, les travaux imprimés du 1er janvier au 31 décembre 1863 qui seront présentés pour le concours devront être adressés au secrétariat de la Faculté *avant le 30 juin prochain*. — Le montant du prix pour cette première année est seulement de 1,466 fr.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 61. — JEUDI 26 MAI 1864 (37e ANNÉE.) N° 61. — JEUDI 26 MAI 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 MAI 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre associé national. La liste de présentation portait : en 1re ligne, M. J. Roux, à Toulon; en 2e ligne, M. Stoltz, à Strasbourg; en 3e ligne, M. Gaillard, à Poitiers, et en 4e ligne, M. Scoutteten, à Metz. Au premier tour de scrutin, sur 69 votants, M. Stoltz a obtenu 36 voix et a été proclamé, en conséquence, membre associé national. — Les armes, aujourd'hui, l'ont cédé à la toge ; — elles auront leur tour plus tard.

Pendant qu'on recueillait les votes, M. A. Sanson a eu la parole pour la lecture d'un travail sur les virus. Nous n'avons ni pu entendre ni pu consulter ce travail; nous le regrettons d'autant plus que le mérite bien connu de l'auteur et l'intérêt du sujet eussent été pour nous un double motif d'attrait.

M. Parchappe a terminé l'argumentation qu'il avait commencée dans la précédente séance sur la théorie des mouvements du cœur. Se plaçant un peu en dehors ou plutôt à côté du véritable sujet de la discussion, M. Parchappe a tenu surtout à motiver quelques réserves faites à l'égard du rôle, beaucoup trop amoindri suivant lui, qui est assigné par les physiologistes modernes aux oreillettes et aux valvules auriculo-ventriculaires; ce qu'il a fait à l'aide de considérations anatomiques et de démonstrations expérimentales qui ne nous ont paru laisser rien à désirer à cet égard. Tout le monde sait, du reste, que M. Parchappe est l'auteur de recherches anatomiques et physiologiques sur le cœur, qui sont très-justement estimées.

M. Beau est seul inscrit maintenant pour répliquer. A moins que sa réplique ne provoque de nouvelles observations de la part du rapporteur, il y a toute apparence que le débat se terminera là.

— Nous avons annoncé dans le numéro de mardi dernier une élection de membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie à l'Académie des sciences. On se rappelle que les candidats portés sur la liste étaient :

1° M. Gintrac, à Bordeaux; 2° M. Pétrequin, à Lyon; 3° M. Stoltz, à Strasbourg; 4° M. Serre (d'Uzès), à Alais. C'est M. Gintrac qui a été élu. — Dr Brochin.

ÉCOLE IMPÉRIALE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Paris, le 27 avril 1864.

Sire,

Le service de santé de l'armée, objet de la constante sollicitude de Votre Majesté, a largement participé aux améliorations introduites sous votre règne dans toutes les parties de l'organisation militaire. Le matériel de nos ambulances a servi de modèle à la plupart des armées étrangères; le fonctionnement de nos hôpitaux a été étudié et apprécié par les juges les plus compétents ; enfin l'Ecole d'application de la médecine et de la pharmacie militaires a fourni à l'esprit pratique de nos voisins d'outre-Manche l'idée et le plan d'une institution presque identique, tandis que les programmes de son enseignement sont recherchés par les médecins étrangers qui la visitent.

C'est dans cette Ecole, au Val-de-Grâce, que les jeunes docteurs, formés dans l'Ecole préparatoire de Strasbourg, viennent chercher un complément d'instruction pratique et des connaissances spéciales qui leur permettent d'aborder l'exercice professionnel dans l'armée.

Le recrutement du corps de santé militaire a été jusqu'en ces derniers temps une des difficultés de l'administration de la guerre. Dans les premières années du siècle dernier, on confiait aux chirurgiens-majors des principaux hôpitaux le soin de former des élèves. Des ordonnances de 1775, 1777 et 1781 ouvrirent à cet enseignement, dans les places de Strasbourg, Lille, Toulon et Brest, des écoles dites amphithéâtres, auxquelles se substituèrent ensuite trois écoles de santé qui sont devenues les trois Facultés actuelles de l'empire.

Un enseignement spécial, réorganisé dès l'an V dans les grands hôpitaux militaires dits d'instruction, est venu aboutir enfin, après diverses vicissitudes, à la création de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, destinée à recevoir un contingent de docteurs. Mais ce mode de recrutement ne commença à répondre aux besoins du service qu'à partir de l'institution de l'Ecole de santé militaire à Strasbourg (décret du 12 juin 1856). L'expérience n'a pas tardé à démontrer la nécessité du casernement des élèves de cette Ecole et la convenance d'une scolarité de quatre années qui, combinée avec un système d'interrogations hebdomadaires sur toutes les parties de l'enseignement de la Faculté, permet de régler les études, de graduer le travail, d'acheminer les élèves aux épreuves successives du doctorat.

Le décret du 28 juillet 1860, résultat d'une entente de mon ministère avec celui de l'instruction publique, a sanctionné un ensemble de dispositions fondées sur le recrutement des élèves sans inscriptions et sur leur casernement. Trois années révolues ont pleinement justifié l'initiative que j'ai prise de cette double mesure.

Admis dès le début de leurs études médicales, nos élèves militaires se plient plus aisément à la règle, contractent l'esprit d'ordre et de discipline, travaillent avec plus de méthode et de suite ; les échecs aux examens et aux réceptions de doctorat ont diminué de nombre ; le niveau moyen des promotions que l'Ecole de Strasbourg transmet au Val-de-Grâce tend à s'élever.

L'Ecole du service de santé militaire ayant ainsi traversé sa période de formation, j'ai jugé que le moment était venu de la soumettre à une réglementation définitive, que j'ai fait préparer par une commission dans laquelle la science, les traditions scolaires et les exigences administratives étaient représentées dans une juste proportion (1). Le projet de décret qui suit ce rapport coordonne les décrets du 12 juin 1856 et du 28 juillet 1860; il s'est inspiré de l'expérience acquise depuis l'ouverture de l'Ecole de Strasbourg en 1856, des observations recueillies dans les inspections annuelles de l'établissement et des vœux formulés par l'autorité qui la dirige.

Le recrutement de la pharmacie militaire comportant des mesures analogues à celles qui ont eu pour effet d'assurer et de régulariser celui de la médecine militaire, l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg offre à mon administration le même concours que la Faculté de médecine de la même ville, et en recevant une division complémentaire d'élèves pharmaciens militaires, l'Ecole du service de santé répondra à la pensée de son institution comme au sens de son titre.

En ce qui concerne la concession des bourses et des demi-bourses, il a paru équitable et rationnel d'étendre à l'Ecole de Strasbourg les principes de la loi du 5 juin 1850 qui, antérieure à sa création, ne s'applique nominativement qu'à l'Ecole navale de Brest. L'engagement militaire, exigé des élèves boursiers et demi-boursiers, est une garantie de stabilité et de soumission disciplinaire.

L'administration de l'Ecole du service de santé sera subordonnée aux principes généraux du règlement du 10 mai 1844, qui s'appliquent déjà dans les autres écoles ressortissant du ministère de la guerre. Enfin le service intérieur de l'établissement donnera lieu à un règlement ministériel.

Si l'Empereur daigne approuver le projet de décret que j'ai l'honneur de lui soumettre, une institution, dont la création est l'œuvre de son auguste sollicitude pour les intérêts sanitaires de l'armée, devra aussi à Sa Majesté sa consolidation et sa prospérité dans l'avenir.

Je suis avec le plus profond respect, etc.

Signé : RANDON.

(Suit un décret conforme, que nous publierons prochainement).

(1) Cette commission était composée comme il suit :
MM. Michel Lévy, médecin inspecteur de l'armée, directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, président; Hutin, médecin inspecteur de l'armée, membre du conseil de santé; Poggiale, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé; de Lavalette, sous-intendant militaire de 1re classe à la 1re division militaire; Vigo-Roussillon, sous-intendant militaire, professeur à l'Ecole d'état-major; Laveran, médecin principal de 1re classe, sous-directeur de l'Ecole supérieure d'application de médecine et de pharmacie militaires; Meurs, médecin-major de 1re classe, attaché à la même Ecole, secrétaire.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

De la variole dans l'état puerpéral (2).

OBS. III. — *Variole dans l'état puerpéral. Accouchement au terme de huit mois. Début de l'éruption le lendemain de l'accouchement. Symptômes typhoïdes. Hémorrhagie utérine. Affaissement subit des pustules et mort le quatrième jour de l'éruption. — Autopsie. Ovarite hémorrhagique.*

La fille C..., primipare, âgée de seize ans et demi, née à Paris, entre à la Maternité le 19 février 1864, et y accouche le même jour d'une fille pesant 2,150 grammes, au terme de huit mois.

Durée du travail, trente-quatre heures et demie ; délivrance naturelle.

Pas de maladies graves antérieures ; n'a jamais été vaccinée.

Réglée à douze ans, sans troubles ; l'écoulement durait trois jours, et avait une coloration normale.

Son père et sa mère jouissent d'une santé parfaite et n'ont jamais été variolés. Elle a six frères dont elle est l'aînée, et qui ont tous la variole en ce moment.

Deux jours avant son entrée à la Maternité, elle a commencé à éprouver de la céphalalgie, des douleurs lombaires, des vomissements, de la diarrhée et de la toux avec expectoration.

Le jour de l'accouchement, on a remarqué sur la paroi antérieure de l'abdomen quelques taches rosées lenticulaires.

Le 20 février, une éruption papulo-vésiculeuse très-abondante s'est développée sur la face et a envahi rapidement tout le reste de la surface tégumentaire externe; fièvre intense, langue sèche, dents et lèvres fuligineuses, douleur dans la gorge au moment de la déglutition, vomissements et diarrhée.

Le 21, l'exanthème s'est caractérisé. Très-confluentes à la face, les pustules varioliques ont beaucoup grossi. Mêmes symptômes généraux que la veille ; mais de plus une hémorrhagie utérine assez abondante s'est déclarée. — Limonade à l'intérieur; potion avec l'extrait de ratanhia ; lavements laudanisés.

Le 22, l'hémorrhagie utérine persiste ; l'éruption a continué à se développer, mais la face a pâli, les muqueuses se sont décolorées, la malade est très-faible. — On prescrit la glace à l'intérieur et à l'extérieur, les boissons froides et acides, l'extrait de ratanhia en potion.

Le 23, l'hémorrhagie n'a pas cessé ; les pustules sont affaissées, l'éruption éteinte presque partout, le pouls petit et faible; sentiment d'une grande souffrance dans toutes les parties du corps. Mort le même jour à midi.

Autopsie. — Sérosité rosée dans le péritoine. Utérus plein de caillots sanguins et d'une bouillie noirâtre ; ramollissement du tissu de l'organe à sa surface. Ovaires noirâtres, ramollis, infiltrés de sang et comme ecchymosés. Muqueuse intestinale pâle; quelques plaques de Peyer rouges, épaissies, mais non ulcérées. Le foie, la rate et les reins sont exsangues, sans autres modifications. Les deux plèvres sont remplies d'une sérosité sanguinolente ; le poumon droit est engoué à la base et en arrière. Rien dans le cœur ni dans le péricarde.

Même issue fatale dans ce cas que dans les deux précédents; même affaissement brusque des pustules varioliques quelque temps avant la mort; mais il faut signaler ici, comme circonstance spéciale, une hémorrhagie utérine abondante survenant le deuxième jour de l'éruption et contribuant sans nul doute pour une très-large part à précipiter le dénoûment.

Toutefois, sans vouloir exonérer l'hémorrhagie de l'influence grave qu'elle a dû exercer sur la terminaison funeste à une époque si rapprochée du début de l'éruption, je dois rappeler que des symptômes généraux graves se sont manifestés, en même temps qu'apparaissaient les phénomènes locaux de la variole.

On se souvient que dès le premier jour où est apparu l'exanthème, un état typhoïde des plus alarmants s'était déclaré, non moins caractérisé qu'on le rencontre parfois dans certaines varioles malignes à la période de suppuration. Or, je soupçonne cet état typhoïde d'avoir été la cause de tout le mal; *inde mali labes;* c'est de là qu'a procédé l'hémorrhagie; c'est sous l'influence de cet état général grave que s'est produite la perte utérine; de même qu'on voit dans bon nombre de fièvres graves se produire des hémorrhagies par diverses voies, signes précurseurs de la terminaison fâcheuse. L'accouchement, qui avait eu lieu deux jours auparavant, avait assurément préparé l'hémorrhagie utérine; mais ce n'était là qu'une cause prédisposante, la cause efficiente réelle, c'était l'état typhoïde qui compliquait l'éruption variolique.

Une autre remarque, relative au cas particulier que nous venons de rapporter, c'est que la période prodromique, loin de passer inaperçue comme cela est arrivé chez une des malades précédentes, s'est affirmée par des symptômes d'une certaine gravité. Outre le lumbago classique, il y avait de la céphalalgie, de la diarrhée, des vomissements, et même des accidents thoraciques, toux, expectoration.

Notons de plus qu'il s'agissait d'une variole non modifiée par la vaccine. La malade ne portait aux deux bras nulle cicatrice vaccinale, et elle avait pris le germe de cette fièvre exanthématique dans un foyer tout imprégné du miasme varioleux, puisque, au moment où elle est entrée à la Maternité, elle assura qu'elle venait de quitter ses six frères atteints de cette maladie. Et puis, autre circonstance aggravante, il s'agissait d'une fille de seize ans et demi, chez laquelle le travail de l'accouchement avait duré trente-quatre heures.

Pour terminer ce qui concerne cette jeune femme, je mentionnerai l'altération de deux ovaires et le double épanchement pleural constaté à l'autopsie.

Voyons maintenant ce qui ressort de l'ensemble de ces faits :

1° La variole qui survient dans l'état puerpéral, qu'elle soit ou non modifiée par la vaccine, quand la vaccine remonte aux premières années de la vie, est une affection grave et habituellement mortelle. Je me fonde pour établir cette proposition, non-seulement sur les trois faits que j'ai rapportés, mais sur

(2) Voir le numéro du 19 mai.

trois autres cas observés par M. Guéniot dans le service de M. Delpech, en 1861, et qui ont été tous également suivis de mort.

J'ai appris toutefois que vers la même époque on avait vu à l'hôpital Cochin la variole se développer chez une femme en couches et se terminer favorablement.

En admettant qu'il existe encore d'autres exceptions à ce qui me paraît être la règle concernant la variole dans l'état puerpéral, il n'en reste pas moins acquis à la science que cet état physiologique, loin d'être une sauvegarde, loin de constituer une immunité pour les femmes atteintes par l'exanthème varioleux, est une circonstance aggravante de cette maladie, et qu'on doit la redouter presque à l'égal de la péritonite et de la phlébite utérine.

Ce qui nous confirme encore dans l'opinion que nous soutenons, c'est que tous les auteurs qui se sont occupés de la variole chez les femmes enceintes sont unanimes pour reconnaître la gravité de cette complication. J'ai déjà cité l'opinion de M. Serres et de M. Gariel sur cette question; j'ajouterai que M. Chaigneau, qui porte un pronostic moins défavorable que ses devanciers, n'hésite pas à proclamer le danger de la variole dans l'état de grossesse.

Il cite le fait d'une malade qu'il a observée dans le service de M. Paul Dubois, et qui, arrivée au sixième mois de la grossesse, prit la variole, avorta au dixième jour de l'éruption et succomba douze jours après avec des symptômes de péritonite, mais enfin succomba.

Il importe de faire remarquer que M. Chaigneau regarde cette observation comme établissant que la variole n'est pas aussi grave qu'on le pense chez les femmes grosses. Sans nul doute la mort, arrivée dans ce cas, doit être surtout mise à la charge de la péritonite; mais qu'est-ce qui prouve que la péritonite n'a pas eu pour point de départ une ovarite varioleuse? Et d'ailleurs, ne peut-on pas faire valoir qu'une malade qui avorte au dixième jour d'une éruption variolique, et qui par conséquent subit depuis douze jours environ l'influence débilitante d'une fièvre éruptive aussi sérieuse que la variole, se trouve singulièrement préparée à contracter les accidents puerpéraux les plus graves?

Ce que je viens de dire de la malade de M. Chaigneau est exactement applicable et à plus forte raison à notre seconde malade, chez laquelle l'autopsie a révélé une ovarite suppurée et une péritonite.

Quant aux deux autres femmes observées dans mon service, les complications constatées *post mortem* relevaient bien évidemment de la variole.

2° Les trois cas que j'ai rapportés sont un argument de plus en faveur de cette opinion généralement adoptée, et étayée d'ailleurs sur des faits nombreux, à savoir: que la variole, modifiée ou non par la vaccine, est une cause d'avortement au premier chef.

Quelle a été chez nos trois malades l'époque de début de l'éruption? Chez l'une d'entre elles, le jour même de l'accouchement, chez les deux autres le lendemain. C'est donc pour toutes les trois pendant la période prodromique qu'a eu lieu la parturition; mais dans les trois cas l'accouchement a eu lieu avant terme: pour l'une à huit mois, pour deux d'entre elles à sept mois. L'avortement est donc incontestable dans les trois cas, et ce qui n'est pas moins bien démontré pour moi, c'est le rapport de causalité entre la période prodromique et l'expulsion prématurée du fœtus.

J'ai déjà indiqué plus haut l'influence directe qu'attribuent quelques auteurs aux douleurs lombaires et à la métrorrhagie qui souvent les accompagne sur le décollement des membranes. Sans être à cet égard aussi exclusif que M. Serres et que M. Gariel, je pense que l'on ne peut refuser à l'ensemble des accidents qui constituent la période prodromique, à savoir: la fièvre d'invasion, les vomissements, la céphalalgie, les douleurs lombaires, etc., une action dissolvante réelle sur les liens matériels qui unissent la mère au fœtus. Ce n'est pas une coïncidence pure et simple qui chez nos trois malades a placé l'accouchement pendant ou immédiatement après cette période.

3° La variole chez nos femmes en couches a présenté, au point de vue de l'éruption, ce caractère remarquable que dans les trois cas il y a eu, après une évolution plus ou moins complète de l'exanthème, affaissement subit des pustules. Dans l'espace de quelques heures, ces pustules s'amoindrissent au point que leur volume peut être réduit de plus des deux tiers; le liquide qu'elles renferment, pus ou sérosité, se résorbe, la tuméfaction des parties sous-jacentes disparaît, le fond rouge sur lequel reposaient les pustules fait place à une décoloration complète de la peau; les pustules perdent leur forme, leur couleur, leur humidité, pour se métamorphoser en croûtes brunes, sèches, petites, discrètes, et qui contrastent d'une manière étrange avec les caractères si différents de l'éruption observée la veille.

Ce phénomène de l'affaissement des pustules a eu lieu chez une de nos malades le quatorzième jour, chez une autre le treizième, chez une dernière le quatrième de l'éruption.

4° Les trois faits dont j'ai été témoin me paraissent plaider la cause de l'ovarite varioleuse.

5° La conséquence pratique des observations que je viens de faire connaître, c'est qu'il faut, et surtout en temps d'épidémie variolique, revacciner les femmes grosses, d'abord parce que la variole est une cause presque constante d'avortement; en second lieu, comme l'a démontré M. Chaigneau, parce qu'elle peut déterminer la variole chez le fœtus et faire périr le produit de la conception; enfin, parce que chez la plupart des femmes grosses ou récemment accouchées elle est presque toujours pour elles une cause de mort.

HOSPICE DE LA VIEILLESSE (hommes). — M. Foucher.

Cystite purulente. — Abcès de la prostate. Kyste des reins.

(Observation recueillie par M. Pentray, interne provisoire).

B. M..., âgé de soixante-six ans, ancien instituteur, entré le 9 mars 1864 à l'Infirmerie de la Vieillesse (hommes), service de M. Foucher, est couché au n° 10 de la salle Saint-Victor.

Il rapporte qu'il s'est bien porté jusqu'à l'âge de soixante ans. A cette époque, il a commencé à éprouver des douleurs dans la région lombaire en même temps que les membres inférieurs perdaient de leur force. Des symptômes de paraplégie incomplète apparurent: la marche devint difficile et parfois la défécation était involontaire; le besoin de la miction ne se faisait plus sentir, et il y avait des alternatives d'incontinence et de rétention d'urine, qui nécessitèrent le cathétérisme. Ces accidents s'accompagnèrent ensuite de catarrhe de la vessie, de douleurs dans la région des reins, parfois très-violentes, qui obligèrent le malade à entrer à l'hôpital Necker, puis une première fois à l'Infirmerie de l'hospice à la fin de l'année 1862. Après un séjour de quatre mois, il en sortit avec une amélioration notable, mais les troubles de la miction présentaient une certaine recrudescence.

B. M... entra de nouveau à l'Infirmerie le 9 mars 1864.

Etat actuel. — Le malade urine continuellement et goutte à goutte sans pouvoir retenir ses urines; celles-ci sont peu abondantes, épaisses, blanchâtres, chargées de beaucoup de mucus, elles ne contiennent pas et n'ont jamais contenu de graviers.

Le cathétérisme est pratiqué avec facilité à l'aide d'une sonde ordinaire: il n'existe pas de rétrécissement de l'urèthre; aucun signe de calcul de la vessie. Il y a incontinence des matières fécales.

Les membres inférieurs peuvent exécuter quelques mouvements; ils sont encore un peu sensibles à la douleur et à la palpation, mais la marche est très-difficile.

Des douleurs existent à l'hypogastre et dans la région lombaire, mais sans autres signes de coliques néphrétiques. Les fonctions digestives ne sont pas altérées; la respiration est normale, le pouls à 70 pulsations.

Le 11 mars, la nuit a été agitée, sans sommeil; de temps en temps apparaissaient des frissons irréguliers, alternant avec de la chaleur et de la sueur.

A la visite du matin, le malade accuse de la céphalalgie, de la soif et de l'inappétence; la langue est sèche, le pouls dur, fréquent: 96 pulsations à la minute.

Douleur plus vive à l'hypogastre et dans les lombes, de chaque côté de la colonne vertébrale, augmentée par les mouvements et la palpation.

Le 12, l'état général n'a pas changé, de plus le malade vomit tout ce qu'il prend; à partir de ce moment apparaît du hoquet. Les urines, toujours rendues involontairement, contiennent une plus grande quantité de muco-pus.

Le 19, affaiblissement graduel, émaciation assez grande; la fièvre persiste; le pouls se maintient au-dessus de 104; l'appétit est nul, la soif vive; les vomissements et le hoquet existent toujours. Douleurs assez fortes et persistantes dans le bas-ventre et dans les reins; les urines sont fortement chargées de pus; la diarrhée est continue.

Le 25, maigreur extrême, teinte jaunâtre, cachectique de la peau; la fièvre hectique n'a point disparu, elle s'accompagne de vomissements presque continuels et de hoquet. La pression à l'hypogastre cause de la douleur. On remarque pour la première fois que les draps du lit sont souillés par une assez grande quantité de pus, évaluée à un demi-verre, que l'on suppose avoir été évacué par l'urèthre.

Le 28, à trois heures du soir, le malade meurt sans avoir présenté d'autres symptômes particuliers.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — L'encéphale ne présente aucune lésion bien caractérisée. Au niveau des dernières vertèbres dorsales, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, la moelle, sans présenter d'injection notable, est ramollie, la substance grise surtout: elle se désagrège facilement sous l'influence d'un jet d'eau.

Le péricarde ne contient pas de liquide; le cœur est sain.

Les poumons légèrement engoués à leur base et à la face postérieure présentent, surtout vers les bords tranchants, de larges cellules emphysémateuses, sous-pleurales. Les poumons ne contiennent pas de tubercules. Pas d'épanchement dans la plèvre.

Nous ne trouvons pas de liquide dans la cavité péritonéale; le foie et la rate sont parfaitement sains. Dans la cavité du petit bassin, le péritoine est recouvert de fausses membranes qui font adhérer le rectum à la face postérieure et au sommet de la vessie. Le rectum ne présente aucune solution de continuité, il ne communique pas avec la vessie; la muqueuse rectale est injectée assez fortement.

Le rein gauche est augmenté de volume, il a 16 centimètres de longueur, 7 1/2 centimètres en largeur et 3 en épaisseur; la membrane fibreuse adhère au tissu rénal et laisse voir par transparence un grand nombre de kystes du volume d'une tête d'épingle à peu près, contenant les uns (et ils sont les plus nombreux) du pus, les autres une sérosité louche, comme gélatineuse. Ces petites poches sont situées uniquement dans la couche corticale; la substance médullaire n'en renferme pas. Elles sont si nombreuses qu'en plusieurs points elles semblent se toucher. La substance tubuleuse est injectée, mais n'offre à la vue aucune altération notable. Les calices et le bassinet, considérablement dilatés, sont remplis de pus sans aucun gravier ni calcul. La muqueuse qui les tapisse est grisâtre, épaissie et en certains points recouverte de fausses membranes assez adhérentes; elle n'a pas d'ulcérations.

Le rein droit est plus petit que le gauche: il a 8 centimètres en hauteur, 3 1/2 en largeur, 3 en épaisseur.

A l'extérieur on voit, sous la tunique fibreuse, beaucoup de petits kystes dans la couche corticale et contenant une matière semi-solide, transparente et jaunâtre. Aucun de ces kystes ne renferme de pus.

La coupe du rein donne issue à une grande quantité de pus bien caractérisé. Les calices et le bassinet sont énormément dilatés, surtout en haut, à tel point que le parenchyme rénal est détruit presque complétement. Dans la moitié supérieure de l'organe, le rein est constitué par une poche communiquant largement avec le bassinet et limitée par la coque fibreuse doublée d'une légère épaisseur de substance corticale; la substance tubuleuse a disparu en ce point.

Dans la moitié inférieure, les calices distendus, élargis, ont refoulé la couche médullaire; dans l'intervalle des pyramides et dans la substance corticale on voit plusieurs abcès du volume d'une petite noisette ne communiquant pas entre eux ni avec le bassinet.

La muqueuse des calices et du bassinet est brunâtre, ardoisée, épaissie, sans ulcérations. Il n'existe pas de calculs.

Les uretères sont notablement dilatés et épaissis.

La vessie a le volume du poing à peu près; le péritoine qui la recouvre est plissé et recouvert de fausses membranes.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal est épaissi, induré par places; mais il renferme une dizaine de poches remplies de pus bien lié qui le séparent de la vessie. Quelques-uns de ces abcès font saillie sous le péritoine et sont près de s'ouvrir dans la cavité péritonéale. Ces abcès sont indépendants les uns des autres et ne communiquent pas avec la vessie.

Les parois de la vessie sont très-épaisses, contiennent du pus disséminé jusque sous la muqueuse; celle-ci est grisâtre, recouverte d'arborisations nombreuses. La vessie est pleine de muco-pus; sa surface interne présente beaucoup de cellules plus ou moins profondes, limitées par des colonnes saillantes et nombreuses. Tout près du col, dans la paroi antérieure de la vessie, il existe une de ces cellules qui a le volume d'une grosse noisette, communiquant avec la cavité vésicale par un orifice étroit. Les orifices des uretères sont dilatés. Le col vésical n'est pas rétréci et ne présente aucun obstacle au cathétérisme. La partie moyenne de la prostate n'est pas hypertrophiée.

La prostate située en arrière de l'urèthre n'enveloppe pas ce canal en avant; elle est bilobée et a le volume d'une noix. Incisée dans toute son épaisseur et sur la ligne médiane, elle donne issue à du pus bien lié, consistant, jaunâtre, sans grumeaux.

Détergée et nettoyée sous l'eau, la prostate est constituée seulement par une enveloppe épaisse de 0m,002, tomenteuse à sa face interne, envoyant dans son intérieur des prolongements qui cloisonnent incomplétement la poche qui contenait le pus.

Le tissu de la glande a complétement disparu, si ce n'est en un point situé en avant, sur la partie latérale gauche, encore ce parenchyme est-il ramolli.

Le foyer ne communique pas avec les organes voisins, si ce n'est avec l'urèthre par les ouvertures prostatiques. Pas de trace des conduits éjaculateurs dans la prostate. L'urèthre est parfaitement sain.

Les faits de cette nature présentent, comme cela a déjà été remarqué, quelque chose de singulier au point de vue de l'étiologie de la cystite; il est difficile de dire si la néphrite ou la paraplégie sont les lésions primitives qui ont engendré la lésion de la vessie ou favorisé son développement. Mais par contre on saisit très-bien le mécanisme de l'abcès de la prostate: il a été la conséquence d'une cystite purulente, et il est probable que si la vie du malade s'était prolongée l'abcès de la prostate se serait ouvert dans l'urèthre ou le rectum, comme cela se voit dans la grande majorité des cas.

Le pus qui avait été rendu par l'urèthre était sans doute provenu d'un abcès formé sous la muqueuse, et dont on retrouvait la trace dans le décollement de cette membrane.

EMPLOI DES STIMULANTS ET NOTAMMENT DE L'ALCOOL

dans des cas graves de maladies aiguës,

Par M. le docteur L. Beule.

On sait combien les médecins anglais sont partisans des stimulants et surtout des boissons alcooliques dans le typhus et la fièvre typhoïde. Le docteur L. Beule, professeur à *Kind's College*, vient de publier dans le numéro de juillet du *British medical Journal* quelques remarques très-intéressantes sur l'emploi de cette médication dans les cas graves des maladies aiguës. Comme ces faits sont peu connus en France, nous croyons utile de les faire connaître à nos lecteurs.

Obs. I. — W. B..., homme bien constitué, dans de bonnes conditions, haut de 6 pieds environ, non ivrogne (il boit de 1 à 2 pintes de bière par jour). Sa santé est en général excellente, mais il a été souvent exposé à l'humidité et au froid. Il exerce le métier de commissionnaire. Au moment de son entrée à l'hôpital du Collége du Roi, le 6 décembre 1862, on le trouve dans l'état suivant: face animée; langue chargée; matité à la partie inférieure du poumon droit avec crépitation et rhonchus. L'urine contient un peu d'albumine et beaucoup de chlorures. Le troisième jour après l'admission, on constate de la matité au niveau de la moitié inférieure du thorax, en avant et en arrière, du côté droit; crépitation, pas de respiration bronchique, face très-animée; grande dyspnée, pouls à 92; 40 respirations.

Prescription: Enlever cinq onces de sang au moyen de ventouses; calomel, 5 grains; sulfate et carbonate de magnésie; liqueur d'acétate d'ammoniaque toutes les quatre heures; lotions de térébenthine sur la poitrine.

Le lendemain, délire d'action; pas de sommeil; battements du cœur faibles. Pas encore de respiration bronchique; pouls à 92, respiration 52. — A prendre une demi-once d'eau-de-vie toutes les heures et demie.

Le sixième jour après l'entrée, il y a matité complète de tout le poumon droit, excepté dans une étendue de 1 pouce au-dessous de la clavicule; la respiration est très-faible; souffle manifeste partout, excepté au niveau de la troisième côte. Le malade ne respire que par le poumon gauche; 56 respirations; 125 pulsations.

Le septième jour, le poumon droit est complétement hépatisé, excepté dans un petit espace situé au sommet, où l'on entend encore un peu la respiration. Le malade ne peut répondre aux questions qu'on lui adresse; la langue est sèche et brune, la face très-congestionnée; les fèces et l'urine sont involontaires; délire; sueurs profuses; pouls

à 120 ; 70 respirations. — Calomel, 3 grains, à répéter six heures après ; éther chlorhydrique, ammoniaque ; laudanum, 30 gouttes, acétate d'ammoniaque, une demi-once toutes les trois heures. Eau-de-vie, 12 onces dans les vingt-quatre heures.

Deux jours après, forte crépitation au niveau du poumon droit. Matité et respiration bronchique comme auparavant. L'expectoration se fait pour la première fois ; crachats rouillés.

Quelques médecins pourront croire que cet homme aurait dû être saigné à cause du délire violent, de l'émission involontaire de l'urine et des matières fécales, de la grande gêne de la respiration (70 respirations par minute), de la congestion des capillaires superficiels et des sueurs profuses. Il est évident que le traitement auquel ce malade a été soumis n'a point empêché la résolution de l'inflammation ni anéanti la vie par ses effets sur la respiration, et cependant cet homme vigoureux, de haute taille, ne respirait qu'avec un poumon.

Obs. II. — Le 4 juin, un homme bien nourri, non ivrogne, âgé de vingt-sept ans, menuisier, fut admis à l'hôpital du Collége du Roi, pour des douleurs rhumatismales à diverses jointures et un peu de gêne dans la région cardiaque. Pouls à 116 ; respiration, 31. On administra un drachme de bicarbonate de potasse et un grain d'opium toutes les quatre heures. Le jour suivant, l'urine était neutre et contenait un abondant dépôt de triple phosphate.

Deux jours après l'entrée, il existait un double frottement au niveau du cœur. On entendait la respiration bronchique dans un espace de la largeur d'une pièce de 5 schellings, en arrière du poumon gauche. On retira immédiatement quatre onces de sang au moyen de ventouses scarifiées.

Le jour suivant, le malade allait plus mal, bien qu'il eût pris 6 onces d'eau-de-vie, ainsi que de l'éther chlorhydrique et du sel volatil. Pouls à 120 ; respiration courte et saccadée : 44 ; le malade ne peut articuler de suite que deux mots très-courts.

Huit jours après l'admission, le bruit de frottement avait disparu. La matité cardiaque se prolonge à droite du sternum dans une étendue d'un pouce et demi et est partout aussi prononcée qu'au niveau de la troisième côte ; il existe du souffle bronchique depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du poumon gauche et même jusqu'au milieu du côté droit ; à droite, matité et absence de bruit respiratoire au-dessous de l'épine de l'omoplate. Egophonie, pas de vibrations thoraciques. En avant de chaque poumon la respiration se fait bien et la sonorité est normale. Pouls à 132, faible, mais régulier ; respiration courte, 43 ; il n'entre que peu d'air à chaque effort inspiratoire. Pas de délire ; de temps à autre, léger sommeil. Emission d'environ 40 onces d'urine très-colorée ; abondance de chlorure ; nombreux cristaux de triple phosphate.

Traitement à cette période : Thé de bœuf concentré, 2 pintes.

Eau-de-vie, une demi-once chaque demi-heure : vingt-quatre onces dans les vingt-quatre heures.

Poudre de Dower, 10 grains toutes les quatre heures ; 6 grains d'opium en vingt-quatre heures.

Solution d'acétate d'ammoniaque, une demi-once ; sel volatil, un demi-scrupule. Ether chlorhydrique, 30 gouttes toutes les trois heures.

Onguent composé d'onguent mercuriel fort, et opium en poudre, 10 grains.

Lotions thérébentinées ; de temps à autre, ventouses sèches.

Ce traitement fut suivi sans discontinuer pendant sept jours (1). Pendant tout ce temps, il n'y eut pas de délire ; la matité cardiaque était revenue à ses limites normales le 16 juin. Le souffle bronchique avait fait place à la respiration normale latéralement, et en arrière les signes physiques n'avaient pas varié. Pouls à 120 ; respiration, 32 ; sueurs ; quelques garde-robes. Emission d'environ 50 onces d'urine ; dépôts abondants de triple phosphate. Les deux ou trois derniers jours, le malade fut en état de lire ; à aucun moment il n'éprouva les symptômes de l'ivresse.

On ne peut douter que le malade ait pris tout ce qui lui avait été prescrit ; en sept jours, il absorba quatorze pintes de thé de bœuf, *huit pintes et demie d'eau-de-vie*, quarante-deux grains d'opium, indépendamment de la liqueur d'acétate d'ammoniaque, du sel volatil et de l'éther chlorhydrique.

Au début du traitement, on avait peu d'espoir de le sauver ; sept jours après, au contraire, les chances de guérison étaient très-grandes.

Le malade fut surveillé avec soin, et son état s'améliora de jour en jour.

La dose des stimulants fut élevée graduellement chaque jour de la manière suivante : 4 onces, 6 onces, 8 onces, 10 onces, 15 onces, 18, puis 24 onces.

Il est certain que ni l'accélération de la respiration, ni la pneumonie, ni la pleurésie, ni l'épanchement dans le péricarde, ne furent augmentés par l'eau-de-vie.

Il est certain que la respiration diminua de fréquence, que la résolution de la pneumonie commença, et que le liquide contenu dans le péricarde fut résorbé sous l'influence de ce traitement.

Il est certain que l'eau-de-vie ne détermina aucun symptôme d'intoxication.

Il est certain que le traitement ne fut pas nuisible ; mais certains médecins peuvent dire qu'il ne produisit néanmoins aucun effet, et que si l'on avait eu recours à des moyens moins énergiques le résultat aurait été le même.

Quelques-unes des personnes qui virent le malade au commencement de la semaine émirent l'opinion qu'il mourrait quoi qu'on fît, et à la fin de cette même semaine avouèrent qu'il serait mort si on n'avait pas employé des moyens puissants. Ce n'est là, il est vrai, qu'une simple opinion.

Il n'en est pas moins certain qu'un homme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'un épanchement considérable du péricarde, d'une pneumonie du lobe inférieur d'un poumon, et d'une pleurésie du côté opposé avec un pouls de 120 à 132 pulsations, a vécu sept jours pendant lesquels on l'a soumis au traitement que j'ai indiqué plus haut.

Quoique les arguments invoqués en faveur des émissions sanguines dans les inflammations aiguës et les fièvres aient été maintes fois réfutés, on semble encore se guider aujourd'hui d'après l'idée qu'il est nécessaire de soustraire du sang dans les maladies inflammatoires. Si un malade a plus de sang qu'il n'en faut à l'économie, ou bien si les vaisseaux d'une partie quelconque du corps sont trop congestionnés, il est clair que dans ce cas les saignées locales et générales peuvent avoir quelque avantage.

Certains médecins sont d'avis que la pneumonie doit être traitée par les émissions sanguines ; ils ne tiennent pas toujours compte de l'état général du malade. L'attention n'est portée que sur la maladie, et on a recours aux saignées parce que l'on croit qu'en les faisant de bonne heure on empêche l'inflammation de s'étendre, si même on ne détermine pas la résolution de celle qui s'est déjà développée.

On croit encore aux vieilles doctrines, et on base, timidement il est vrai, sa pratique sur elles. Toutefois, bien peu des médecins qui soutiennent encore que les émissions sanguines jugulent les inflammations sont décidés à n'agir que d'après ces principes. Ils saignent parce qu'il y a pneumonie, et ils saignent de nouveau parce que la pneumonie a fait des progrès ; mais pas un d'eux ne pratiquera alors plusieurs saignées si la maladie continue à augmenter ; pas un d'eux non plus ne saignera largement dans les cas qui semblent désespérés dès le début, suivant la pratique d'autrefois.

Les vieilles théories sur la nature de l'inflammation n'ont pas disparu, et l'on se guide encore d'après elles jusqu'à un certain point, quoique depuis longtemps on ait démontré combien une telle pratique était erronée ; aussi la théorie et la pratique nous empêchent-elles à la fois d'observer les faits cliniques sans prévention aucune. Les médecins ont bien été forcés d'abandonner le vieux système des émissions sanguines, mais il en est peu qui croient qu'il est convenable d'administrer les stimulants à haute dose alors que le poumon est hépatisé dans une large étendue et qu'il y a par minute 60 à 70 respirations. Un très-petit nombre renonceront complétement à cette opinion, à savoir : que le processus inflammatoire est excité par les stimulants, et qu'en administrant cette classe de médicaments on fournit en quelque sorte des aliments au feu.

Néanmoins il est reconnu dans la pratique qu'aucun cas grave de pneumonie ne peut être arrêté par les saignées abondantes, car on sait qu'il faut un certain temps pour la résorption des matières qui occupent les vésicules pulmonaires. Dans une pneumonie grave, ce qui importe au plus haut point c'est de prolonger la vie du malade assez longtemps pour que la résorption ait lieu, et non de juguler, d'abréger ou de faire disparaître le processus inflammatoire. Pour ce motif, il est nécessaire d'adopter un mode de traitement entièrement opposé aux émissions sanguines.

De nombreuses observations démontrent que les stimulants à haute dose n'empêchent point la pneumonie d'arriver rapidement à la résolution ; ils n'augmentent point l'inflammation, et ne sont point contraires à la résorption. Quand bien même un poumon tout entier serait hépatisé, les stimulants administrés de la même manière ne rendent point plus grande la rapidité ou la gêne de la respiration. Dans les cas extrêmes, au moyen de fortes doses de stimulants, la vie peut être prolongée un temps suffisant pour permettre la résorption des matières qui se sont épanchées. Les stimulants n'arrêtent point la maladie, mais ils permettent de prolonger la vie des malades assez longtemps pour qu'ils puissent revenir à la santé. De temps à autre on sauve un malade en donnant largement les stimulants, tandis qu'en faisant abus de la médication opposée on voit la mort survenir fatalement.

Dans les cas désespérés de fièvre, de pneumonie, de rhumatisme et de tout autre état où il y a un épuisement considérable des forces, on peut user à un très-haut degré des médicaments stimulants.

En terminant, je désire appeler l'attention sur certains faits cliniques qui ont été observés dans de nombreux cas de pneumonie et de fièvre rhumatismale grave traités par de hautes doses de stimulants (18 onces d'eau-de-vie et même davantage dans les vingt-quatre heures) :

1° La pneumonie ne s'étend pas ;

2° La gêne de la respiration n'est pas augmentée et les mouvements respiratoires ne sont pas plus fréquents ;

3° Les produits inflammatoires sont résorbés, et les excrétions redeviennent normales ;

4° Le pouls n'est pas accéléré ; il diminue au contraire de fréquence et reprend de la force ;

5° Il ne se produit point de délire, et parfois même on l'empêche d'arriver ; quand il existe, il peut diminuer ou même cesser ;

6° La langue peut devenir ou même devient humide, et la fièvre diminue alors que le malade prend 24 onces d'eau-de-vie en autant d'heures.

(1) L'eau-de-vie fut donnée à la dose de 24 onces pendant les sept jours.

NOUVEAU STÉTHOSCOPE. — CORNET ACOUSTIQUE,

Par M. Rudolf Kœnig.

Il y a quelque temps, M. le docteur Hiffelsheim m'exprima le désir d'avoir un instrument qui permît d'analyser avec précision les battements du cœur. Pour répondre à cette demande, j'imaginai un petit appareil dont voici la disposition :

Un anneau de bois de 10 centimètres de diamètre fut recouvert des deux côtés par des membranes en caoutchouc, qu'une ouverture latérale, percée dans l'anneau, permettait de gonfler par insufflation, de manière à leur donner la forme d'une lentille. Cette lentille fermait une extrémité d'un tube de cuivre de 50 centimètres de longueur, qui renfermait un piston mobile percé dans sa longueur pour recevoir un tuyau en caoutchouc destiné à mettre en communication directe avec l'oreille la masse d'air comprise entre la lentille et le piston. La membrane extérieure ainsi gonflée devait être appliquée sur le corps sonore qu'il s'agissait d'examiner. Elle devait se modeler sur la forme de ce corps, en recevoir les vibrations et les communiquer à la membrane opposée par l'intermédiaire de l'air emprisonné ; la deuxième membrane les aurait ensuite communiquées au tympan par la masse d'air du tuyau.

En construisant cet appareil, je m'étais inspiré de deux moyens dus à l'illustre physiologiste allemand M. Helmholtz. Ce dernier, dans ses recherches sur les sons les plus bas perceptibles dans une corde, s'était servi avec grand succès d'une masse d'air limitée qui était mise en communication avec l'oreille par un tuyau en caoutchouc, de sorte que les plus légers mouvements ou changements de densité de cette masse d'air agissaient sur le tympan avec beaucoup de force.

M. Helmholtz avait réalisé ce principe en enfonçant dans l'oreille l'extrémité libre d'un tuyau dont l'autre extrémité était insérée dans la boîte d'harmonie, d'ailleurs complétement fermée, sur laquelle la corde était tendue.

Le deuxième moyen de M. Helmholtz auquel j'eus recours, était ses résonateurs, qui permettent de décomposer aisément tout son ou bruit dans ses éléments. Les résonateurs sont des globes creux accordés pour certaines notes données et munis de deux ouvertures dont l'une établit la communication avec l'air ambiant, pendant que l'autre est surmontée d'un petit tube qui s'enfonce dans l'oreille. Maintenant, si le mélange de sons à examiner contient la note propre du résonateur, elle est renforcée et on l'entend résonner très-distinctement. J'espérais donc qu'en faisant mouvoir le piston, il serait possible de transformer mon tube de cuivre en résonateur variable et de faire ressortir successivement les différentes notes contenues dans un bruit quelconque.

Mais soit que les notes primaires contenues dans les battements cardiaques soient trop faibles, ou que ces notes soient plus basses que le son propre de toute la masse d'air contenue dans le tuyau, quand j'ai montré cet instrument à M. le docteur Hiffelsheim pour l'éprouver ensemble, nous n'avons pas réussi à distinguer les notes primaires des bruits du cœur ; la quantité d'air nous a semblé, au contraire, n'avoir aucune influence sur le résultat ; mais M. Hiffelsheim fut si étonné de la netteté avec laquelle les battements du cœur arrivaient à l'oreille, qu'il me déclara que cet appareil fournirait un stéthoscope préférable au stéthoscope ordinaire, si on pouvait sans nuire à son effet en réduire suffisamment les dimensions. Les expériences que je fis alors dans cette voie m'ont fait reconnaître que le diamètre de la lentille pouvait être réduit à 5 centimètres. Quant au grand tuyau à piston, je l'ai remplacé par une petite capsule hémisphérique dans laquelle s'enfonce la lentille. Cette capsule est surmontée à son sommet d'un petit tube destiné à recevoir le tuyau en caoutchouc qui fait communiquer la masse d'air intérieure avec l'oreille. Un petit robinet fixé latéralement dans la monture de la lentille sert à la gonfler toutes les fois qu'on voudra s'en servir, et à la dégonfler ensuite. Un couvercle garantit la membrane d'avaries lorsqu'on porte l'appareil dans sa poche. En essayant des membranes de différentes épaisseurs, je n'ai pas trouvé de différence dans les résultats, tant qu'on ne dépasse pas certaines limites. Il en est autrement du degré de tension produit par le gonflement ; on fera donc bien de chercher pour chaque instrument le degré de gonflement convenable, ce qu'on fera sans difficulté, puisqu'on pourra expérimenter sur soi-même.

Ce sera évidemment aux praticiens de juger cet instrument au point de vue médical ; tout ce que je peux dire à cet égard, c'est que les médecins auxquels je l'ai fait voir jusqu'ici l'ont trouvé très-commode et pratique. Comme physicien, je dois ajouter que l'usage de cet instrument nouveau ne restera pas restreint à l'examen des battements du cœur. Ainsi, par exemple, les personnes qui ont l'oreille dure le pourront employer pour mieux entendre le son du piano, en appliquant la lentille gonflée sur la table d'harmonie et l'extrémité du tuyau flexible dans leur oreille.

De même, lorsqu'on parle contre la membrane extérieure, l'appareil fait bien mieux entendre la parole que ne le font les cornets acoustiques ordinaires. Dans ce dernier cas, la lentille peut être remplacée par une membrane simple, car on n'a plus alors besoin de la gonfler.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 mai 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Loiret, de la Charente-Inférieure, des Hautes-Alpes, de la Nièvre et dans l'arrondissement de Saint-Pol, pendant l'année 1863. (Commission des épidémies.)

2° Un mémoire de M. le docteur Caillat, médecin-inspecteur de Contrexéville, intitulé : *De la poussée consécutive.*

3° Les rapports sur le service des eaux minérales d'Aix (Savoie), par M. Vidal; de Saint-Amand (Nord), par M. Marbotin; d'Alet (Aude), par M. Fournié; de Charbonnières (Rhône), par M. Finaz; d'Aix (Bouches-du-Rhône), par M. Goyrand; de Monétier (Hautes-Alpes), par M. Chabrand. (Commission des eaux minérales.)

— M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, en date du 21 mai courant, qui nomme M. Depaul directeur du service de la vaccine, en remplacement de M. Bousquet, dont la démission est acceptée, et M. Jacquemier, directeur-adjoint.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du consul de France, à Santander, accompagnant l'envoi d'un opuscule de M. le docteur Manuel Gonzalès Vidal, chapelain de l'hôpital de Santander, dans lequel l'auteur expose le traitement qu'il a appliqué en 1855 aux cholériques d'Alcala-de-Hénarez. (Commission du choléra.)

2° Une observation de carie sterno-costale recueillie dans le service de M. Secourgeon, par M. Dupeyron, médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire de Perpignan. (Commissaire, M. Larrey.)

3° Une lettre de M. Hernand, pharmacien à Laval, annonçant la découverte d'un réactif qui permet de constater la présence des plus minimes traces de la digitaline contenue dans un liquide (Commissaire, M. Poggiale.)

4° Deux rapports sur des épidémies de variole qui ont régné dans l'arrondissement d'Agen et dans le canton de Castillousses, par MM. Labesque et Boussat.

5° Un travail sur la vaccine, par M. le docteur Ségalas, de Marmande. (Commission de la vaccine.)

6° Un pli cacheté sur le traitement de la phthisie par le charbon, envoyé par M. le docteur Faivre, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (Accepté.)

7° M. le docteur Chassagny (de Lyon) présente à l'Académie un nouveau modèle de forceps fabriqué par M. J. Charrière, auquel il donne le nom de forceps de poche pour le détroit inférieur.

Cet instrument, comme on le voit sur la première figure, s'applique les deux branches A repliées l'une sur l'autre, comme dans l'instrument de M. Camille Bernard, de telle façon que, sans découvrir la malade, l'opérateur les fait glisser entre sa main et la région de la tête qui regarde en arrière ; agissant alors avec les deux anneaux BB, il fait faire à chaque branche un quart de tour, et chacune d'elles vient se placer sur un côté de la tête, que l'on serre avec la main appliquée sur la partie moyenne des branches qui sont d'une très-grande élasticité.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de médecine vétérinaire.

LECTURE.

M. A. SANSON lit un mémoire *sur les maladies virulentes et sur la non-spécificité des virus.* (Commissaires, MM. Reynal et Bouley.)

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre associé national.

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. J. Roux, à Toulon ; en deuxième ligne, M. Stoltz, à Strasbourg ; en troisième ligne, M. Gaillard, à Poitiers ; en quatrième ligne, M. Scoutteten, à Metz.

Sur 69 votants,	M. Stoltz obtient. . . .	36 voix.
—	M. Roux.	18 —
—	M. Gaillard.	7 —
—	M. Scoutteten.	6 —
	Une voix perdue.	

Suite de la discussion sur les théories des bruits du cœur.

M. PARCHAPPE est appelé à la tribune pour terminer l'argumentation commencée dans la dernière séance. Reprenant le premier point de cette argumentation, M. Parchappe rappelle l'opinion d'Harvey, celle de Haller et de quelques autres physiologistes sur le rôle des oreillettes, qu'on a beaucoup trop restreint depuis, suivant lui, puisqu'on a été jusqu'à dire qu'elles ne constituaient qu'un simple orifice et que même la réplétion du ventricule pouvait s'effectuer sans leur concours. De ces citations qu'il invoque à l'appui de ce qu'il avait déjà dit lui-même dans la précédente séance des fonctions de cette partie du cœur, il conclut, en résumé, que les oreillettes ont un rôle actif, et que leur contraction a pour effet la propulsion du sang de leurs cavités dans celles des ventricules. Voilà pour le premier point.

Le second point de son argumentation porte sur la réserve qu'il a faite également par rapport à l'action des appareils valvulaires auriculo-ventriculaires. L'activité de ces appareils, qu'on a contestée également, est tout aussi incontestable à ses yeux. Ils ont une part d'action relative à la part d'éléments musculaires qu'ils renferment dans leur texture. Non-seulement il a constaté par les recherches anatomiques que les appareils valvulaires contiennent des fibres musculaires, mais il a constaté encore par des expériences directes leur contractilité. Le fait seul de leur structure anatomique devait d'ailleurs suffire pour établir l'activité de leurs fonctions, alors même que l'expérimentation ne l'eût pas démontrée. Quel est leur rôle? Ce rôle consiste à ouvrir ou à clore alternativement l'orifice auriculo-ventriculaire. Mais les valvules n'accomplissent pas seules cette fonction. Elles sont secondées en cela par les colonnes charnues libres des parois ventriculaires, qui ont une influence manifeste sur la forme et le degré d'ouverture de l'orifice auriculo-ventriculaire.

D'après M. Parchappe, pendant la systole ventriculaire, le rapprochement jusqu'au contact des colonnes libres, effet de la contraction des fibres musculaires, réalise l'occlusion des ouvertures auriculo-ventriculaires. Ces ouvertures, resserrées par la contraction des fibres ventriculaires en forme de sphincter, se trouvent alors hermétiquement fermées par le rapprochement et le froncement du bord inférieur des anneaux valvulaires, maintenu fixe et tendu au sommet des colonnes musculaires réunies. Dès lors, les cavités ventriculaires représentant des canaux dont les axes aboutissent : en haut, au centre des orifices artériels ; en bas, au sommet des ventricules, se resserrent de toutes parts ; le sang est projeté de la pointe à la base avec une force d'impulsion telle que les valvules sigmoïdes redressées s'appliquent contre les parois artérielles, et que le flot de sang expulsé des ventricules pénètre brusquement au delà des valvules dans les cavités artérielles, dilatant leurs parois et poussant devant lui leurs colonnes sanguines. Lorsque ensuite succède la diastole ventriculaire, les ouvertures auriculo-ventriculaires deviennent parfaitement libres ; car les ventricules étant alors à l'état de relâchement, par suite de l'écartement des colonnes, les anneaux valvulaires déployés constituent des canaux libres dont l'axe traversant le centre de l'orifice auriculo-ventriculaire, aboutit, en haut, au sommet des appendices auriculaires redressés, en bas, au sommet des cavités ventriculaires.

Passant de ces considérations anatomiques et physiologiques aux faits constatés à l'aide du cardiographe de M. Marey, M. Parchappe se demande si l'on doit accepter ces résultats sans aucune réserve. L'introduction des appareils physiques dans les cavités du cœur n'a-t-elle pas quelque inconvénient pour le libre fonctionnement de cet organe, et n'apporte-t-elle pas des perturbations capables d'altérer la précision des résultats constatés? Les instruments de précision et de mesure ont rendu et rendront certainement encore de grands services ; mais sont-ils toujours facilement applicables aux faits de la physiologie? Le médecin a, en général, moins besoin de cette précision dans la constatation des faits que du secours de son intelligence pour en apprécier la valeur et pour les féconder dans les applications qu'il en doit faire à la pratique. La médecine, de nos jours, a un peu trop de tendance à exagérer l'importance des données fournies par les sens. Elles n'ont de valeur que celle que leur donne notre esprit par les déductions qu'il en tire. C'est l'intelligence qui donne aux faits leur signification et qui les formule en lois. La méthode expérimentale, en si grand honneur de nos jours, a quelque chose d'excessif. Il faut prendre garde de se laisser entraîner aux conséquences trop rigoureuses qu'on en tire. Il est évident que les plus grandes découvertes qui ont été faites de nos jours en physique et en chimie sont dues à l'influence d'une grande idée, celle de la corrélation et de l'équivalence des forces. Mais autres sont les phénomènes physico-chimiques et les phénomènes de la vie. La théorie de l'équivalence ne pourrait sans danger être transportée dans le domaine des faits physiologiques, et surtout des faits moraux.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les candidats admissibles aux épreuves de la seconde série pour le concours des médecins du Bureau central sont MM. Baudot, Blachez, Cadet de Gassicourt, Guyot, Isambert, Labbé (Edouard), M. Raynaud, Simon (Jules).

— Le mercredi 20 juillet 1864, il sera ouvert à l'Ecole de médecine de Lille un concours pour une place de professeur adjoint à la chaire de clinique chirurgicale et pour une place de professeur suppléant aux chaires de chirurgie. Les docteurs en médecine qui désireraient prendre part à ce concours, devront adresser leur demande d'inscription avant le 15 juillet prochain, à M. le Dr Cazeneuve, directeur de l'Ecole de Lille.

— Les numéros 3 et 4 (mars et avril 1864) des *Archives de Médecine navale* viennent de paraître en un seul fascicule.

Parmi les travaux que contient ce fascicule, nous relevons les mémoires originaux suivants :

I. Rapport sur le service médical de la frégate *la Vengeance* (1859-1862), de Lorient en Chine, et séjour dans le nord de la Chine, par le docteur Lagarde.

II. Essai de topographie médicale de la Cochinchine française, par le docteur Richaud.

III. Note sur les accidents observés pendant l'usage d'un scaphandre dont le tuyau injecteur d'air, en caoutchouc vulcanisé, venait d'être renouvelé, par les docteurs Thibaut et Le Roy de Méricourt.

IV. Du proto-sulfate de fer comme désinfectant des caux de la cale, par Forni.

V. De la préparation et de la conservation du suc de citron comme antiscorbutique, par MM. Rouchas, C. Fontaine et F. Hétel.

VI. Instructions anthropologiques pour le Sénégal, par MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Castelnau et Broca.

— M. le docteur Raoul Leroy (d'Etiolles) a fait don à l'Association générale des médecins de France de la somme de 500 fr. pour la caisse des retraites.

— M. Hérard, chargé du cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Parrot, indisposé, commencera ce cours lundi prochain 30 mai. Visite des malades à huit heures du matin ; leçons cliniques à neuf heures, les lundis, mercredis et vendredis.

Bulletins de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1863; 2e série, t. IV, mai 1864. Un vol. in-8° de 572 pages. Prix, 7 fr. Paris, Victor Masson et fils.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 62. — SAMEDI 28 MAI 1864. (37e ANNÉE.) N° 62. — SAMEDI 28 MAI 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Anesthésie et ataxie hystériques. Analyse pathologique du sens d'activité musculaire.

Nous l'avons dit souvent ici, la pathologie est une expérience naturelle qui réalise parfois avec beaucoup plus de précision qu'on ne saurait le faire dans le laboratoire, les analyses physiologiques les plus délicates ; et la clinique est une des sources les plus précieuses de l'enseignement de la physiologie. Nous avons entretenu plusieurs fois nos lecteurs des faits très-curieux de perversion du sens d'activité musculaire, de cette propriété physiologique des muscles démontrée par Ch. Bell et étudiée depuis par Gerdy et par MM. Duchenne (de Boulogne) et Landry. M. Lasègue vient d'ajouter une belle page à l'histoire de cette fonction à l'occasion d'un cas très-intéressant d'anesthésie et d'ataxie hystériques, qui s'est présenté récemment à son observation dans son service de l'hôpital Necker. Nous allons d'abord rapporter le fait d'après la relation que M. Lasègue en a donnée lui-même dans l'avant-dernier numéro des *Archives générales de médecine,* et nous exposerons ensuite les points principaux de la savante analyse qu'il en a faite.

Il s'agit d'une jeune fille d'une constitution nerveuse, d'un aspect chétif, sujette à des spasmes et à des tremblements nerveux. Cette jeune fille a commencé dès l'âge de dix-huit ans et à la suite de vives contrariétés, à éprouver de vraies attaques d'hystérie qui se sont reproduites assez fréquemment pendant deux années. Elle a eu un premier accès de catalepsie en février 1863. Après une de ces attaques, admise successivement dans plusieurs hôpitaux, où les crises se répétèrent d'abord précédées de convulsions hystériques, puis survenant d'emblée, elle est entrée le 22 janvier dernier à l'hôpital Necker. Depuis le jour de son admission elle a eu tous les deux ou trois jours, sans cause déterminante appréciable et à des heures variées, des attaques de catalepsie d'une durée moyenne de deux à trois heures. L'accès ne s'annonce que par un peu d'excitation ou de fatigue, une sensation de malaise indéfinie. Il débute en réalité d'une manière subite; la malade s'endort dans une posture toujours la même, couchée sur le dos et les membres étendus sans roideur. Pendant toute la durée de l'attaque, on ne perçoit pas de mouvement volontaire ou spasmodique des muscles soumis à la volonté. Mais lorsqu'on soulève les paupières, on constate que les yeux sont convulsés en haut et immobiles; la bouche est fortement serrée, et il est impossible d'entr'ouvrir les mâchoires, quelque effort que l'on emploie.

La sensibilité cutanée est nulle, excepté à la face, et encore faut-il pour la réveiller employer un stimulant énergique. Les membres sont complétement insensibles. Pendant la durée de l'accès cataleptique, quelque situation qu'on leur impose, ils la conservent indéfiniment. Il n'en est pas de même pour la face. Les paupières soulevées retombent, les lèvres déviées de leur situation normale la reprennent aussitôt, etc.

Pendant les premiers jours, les crises semblaient affecter une sorte de périodicité; elles se répétaient de préférence le matin entre six et huit heures ; mais depuis, elles sont revenues à toutes les heures de la journée indistinctement.

Mais ce n'est pas sous le point de vue des accès cataleptiques que cette malade présente le plus d'intérêt. Ce sont surtout les phénomènes qui persistent et que l'on constate en dehors des crises qui appellent toute l'attention.

Voici quels sont ces phénomènes :

L'anesthésie cutanée n'est ni plus ni moins intense que celle qu'on observe chez un certain nombre d'hystériques. La peau des membres supérieurs et inférieurs est complétement dépourvue de sensibilité : la malade ne perçoit ni la piqûre avec une épingle, ni le pincement, ni le chatouillement, ni la présence d'un corps chaud ou froid. La plus grande partie du tronc est également insensible ; la sensibilité de la face, du crâne, d'une partie plus ou moins étendue du cou, est diminuée sans être abolie. Les sensations excessives sont seules perçues ; et la malade est incapable de distinguer la nature ou la forme du corps qu'on a mis en contact avec son visage. Si on lui tire les cheveux, elle croit tout aussi bien avoir été pincée ou piquée.

Non-seulement la peau est insensible, mais les parties les plus profondes sont également anesthésiques dans tous les points où on constate l'insensibilité superficielle. Si on prend la main de la malade et qu'on la frappe assez vivement sur le marbre de sa table de nuit, elle n'en a aucune conscience et en est tout au plus avertie par le bruit. Une aiguille profondément enfoncée dans le bras n'éveille pas davantage de sensation douloureuse, au ventre qui est dans quelques zones beaucoup moins insensible, au visage qui a conservé sa sensibilité presque intacte, la malade ressent également le chatouillement et la douleur.

Les troubles nerveux si profonds et si bien définis qu'éprouvait cette malade, étaient trop favorables à l'étude de l'état corrélatif de l'activité musculaire, pour que M. Lasègue ait eu garde d'y manquer. L'anesthésie périphérique joue chez elle un rôle important. Tous les appareils musculaires sous-jacents à des portions sensibles se meuvent, bien qu'elle ait les yeux bandés, et on pourrait presque, ajoute M. Lasègue, mesurer le degré et l'étendue de l'anesthésie par le degré et l'étendue des mouvements.

La face, la tête, le cou, ont conservé leur sensibilité tactile : tous les muscles de la face, de la tête et du cou exécutent régulièrement les mouvements sans le secours de la vue ; elle soulève les paupières, sourit, place la tête dans la situation qu'on lui indique, sans incertitude, tout comme si la vue n'était pas momentanément suspendue; la peau du tronc est en presque totalité sensible au contact ; les muscles du tronc obéissent à l'impulsion de la volonté. Il n'en est plus de même pour les membres, et en particulier pour les membres supérieurs, qui sont, comme on l'a vu, complétement anesthésiques et aussi insensibles au contact qu'à la douleur et au froid.

Lorsqu'on ferme les yeux de la malade et qu'on lui demande d'exécuter un mouvement déterminé avec un des deux bras, elle agite le tronc en témoignage de l'effort qu'elle a tenté, mais le bras reste immobile.

Si on place le membre, bras, avant-bras, doigts, dans une situation quelconque, elle n'a aucune perception du déplacement.

Un premier fait est ainsi acquis à l'analyse, fait remarquer M. Lasègue. En l'absence de la vision, en l'absence du tact qui est aboli, le sens de la tension musculaire est nul.

Toutefois M. Lasègue n'admet cette loi qu'avec des réserves. Voici sur quoi elles sont fondées.

La conscience du mouvement, dit-il, n'est pas seule éteinte, mais la malade n'a pas la sensation de la fatigue. Lorsqu'on place le bras, la malade ayant les yeux fermés, dans une position impossible à maintenir au delà de quelques secondes, le bras garde la situation qu'on lui a imposée ; il se produit une sorte de catalepsie partielle, et l'expérimentateur se fatigue d'attendre avant que la malade soit fatiguée de l'immobilité. Cette notion de la fatigue n'existe pas chez elle tant qu'elle ne voit pas.

Les membres inférieurs paraissent un peu moins anesthésiés que les supérieurs ; la perte de la sensibilité musculaire n'y est pas moins complète; lorsque la malade est couchée, elle reste dans l'entière ignorance des déviations les plus extrêmes qu'on fait subir à ses jambes, qu'on les fléchisse à angle droit sur le tronc, qu'on les écarte l'une de l'autre, qu'on les rapproche ou les enlace l'une dans l'autre. Néanmoins, et c'est là une des contradictions les plus bizarres, la malade marche sans jamais regarder ses pieds; elle avance d'un pas très-sûr en fixant, au besoin, les yeux sur un objet situé à une telle hauteur à l'horizon qu'elle ne peut voir le sol où elle avance; elle ne sent pas le terrain, quel qu'il soit, qui la porte; le chatouillement, le pincement, la piqûre de la plante des pieds, la flexion exagérée des orteils, la laissent impassible.

La sensation du toucher ne paraît donc intervenir tout au plus que pour une partie dans l'aptitude au mouvement, puisque la locomotion a lieu malgré l'anesthésie des membres inférieurs. Il était difficile d'apprécier directement la part d'influence de l'anesthésie; mais une expérience indirecte a pu fournir des renseignements utiles. Voici comment : La malade conserve sa sensibilité normale sur la tête. Lorsqu'on lui chatouille quelque point de la tête pendant l'occlusion des yeux, elle rend parfaitement compte des sensations distinctes du mode de contact et du point où il a lieu, ainsi que de la nature des mouvements exécutés par l'explorateur. Il s'agissait de savoir si, jugeant ainsi les mouvements qu'un tiers exécutait sur sa tête, elle pourrait se servir de la même notion pour assurer dans une certaine mesure son propre mouvement.

Lorsqu'on lui demande de porter la main à la tête, le trajet est long, sans point de repère, et elle est incapable d'exécuter ce mouvement. Lorsque, au contraire, on applique sa main sur la tête et que là on l'invite à exécuter avec les doigts des actes définis, elle y réussit après une certaine indécision. Le toucher vient donc se substituer au sens de l'action musculaire des doigts ; il agit pour ainsi dire d'une façon réflexe, ou, si on aime mieux, comme la vue, en avertissant que le mouvement s'accomplit conformément à l'intention de la malade. L'intervention de la sensation tactile, bien que restreinte, n'est donc pas sans influence, si, d'une part, on se rappelle que les membres anesthésiques sont dépourvus au plus haut degré du sens du mouvement; si, de l'autre, on considère que le tact, exercé comme il vient d'être indiqué, a suffi pour réveiller dans une certaine mesure la capacité de mouvoir, indépendamment du sens de la vue.

Mais la vision a une action bien autrement efficace : quand la malade voit, elle accomplit avec la plus parfaite régularité, et même avec une exquise habileté, les mouvements les plus délicats. Sous ce rapport, elle contraste complétement avec la maladresse si remarquable des ataxiques. Elle brode, elle écrit, elle se livre à tous les ouvrages de femme, moyennant la précaution instinctive de ne jamais lever les yeux. L'absence de la sensation du contact est suppléée à tous égards par la perception visuelle. On observe chez elle justement l'inverse de ce qui a lieu chez les aveugles : tandis que ceux-ci remplacent la vision par le tact, elle remplace le tact par la vision.

Il nous resterait maintenant à faire ressortir avec M. Lasègue les conséquences principales qui ressortent de ce fait au point de vue physiologique. C'est ce que nous ferons dans la prochaine *Revue.*

Rétrécissement irritable sans rétention d'urine. Epididymites chroniques.

Au n° 36 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gosselin, se trouve un malade âgé de trente-deux ans qui présente une affection singulière des organes génito-urinaires, aussi remarquable par la nature des complications que par l'étrangeté de la lésion qui paraît être le point de départ des accidents.

Au mois de septembre dernier, sans cause appréciable, sans blennorrhagie antérieure, du moins au dire du malade, des douleurs se sont fait sentir pendant la miction, les urines étaient rendues fréquemment, et autant que l'on en peut juger par la relation des antécédents, il y avait eu quelques symptômes de cystite du col. Pendant le cours d'un premier traitement qui avait eu lieu en ville et qui avait consisté en applications de cataplasmes sur l'abdomen et en cathétérismes répétés, une orchite est survenue à droite et a été traitée par les sangsues et les cataplasmes. Peu à peu, les urines sont devenues troubles, il y a eu quelques symptômes généraux, et le malade est entré dans un service de médecine où il a été traité par les diurétiques, les cataplasmes et les grands bains. Une nouvelle orchite est apparue et a été traitée par les cataplasmes. Le cathétérisme était fait chaque jour, et là comme en ville, il est arrivé plusieurs fois que le cathétérisme a été suivi de l'expulsion de quelques gouttes de sang.

Lorsque le malade est entré dans le service de M. Gosselin, il y avait les signes d'un catarrhe vésical, la vessie se vidait mal et les deux testicules ou plutôt les deux épididymes étaient indurés.

L'exploration de l'urèthre a été impossible; le malade éprouvait des douleurs telles que pendant l'introduction de la sonde il avait de véritables convulsions, analogues aux convulsions des femmes hystériques. Cet état avait déjà été constaté pendant le séjour du malade dans le service de médecine. L'état hyperesthésique de l'urèthre s'opposa pendant plusieurs jours au renouvellement des tentatives. Cependant M. Gosselin voulut se rendre compte de l'état du canal ; le malade fut soumis aux inhalations de chloroforme. Malgré le sommeil du malade, il a été tout à fait impossible de faire pénétrer la sonde dans la vessie. Quel que fût le volume de la sonde employée, le chirurgien était toujours arrêté et assez profondément, et l'obstacle paraissait siéger aussi bien au niveau de la prostate que dans la portion musculeuse de l'urèthre; en même temps le canal semblait plus étroit.

Malgré ces symptômes évidents de rétrécissement fournis par l'exploration avec les sondes, le malade urinait à plein jet, et les urines laissaient déposer un mucus filant et glaireux.

Du côté droit du scrotum, la queue de l'épididyme, gonflée, dure, lobulée, un peu sensible à la pression, formait une tumeur du volume d'une noix ; il y avait un peu de liquide épanché dans la tunique vaginale. Du côté gauche, la queue de l'é-

pididyme, dure, lobulée, était moitié moins grosse que celle du côté opposé.

Le toucher rectal avait appris que la glande prostate était un peu augmentée de volume, surtout au niveau de son lobe gauche, mais qu'il n'y avait d'induration en aucun point.

Le diagnostic qui dut être porté n'était pas aisé à établir. S'agissait-il d'un de ces rétrécissements valvulaires produits par une membrane obturatrice, dont le bord libre aurait été dirigé vers le méat, ou d'une fausse route cicatrisée où se serait engagée la sonde dans toutes les explorations ? M. Gosselin serait porté à admettre de préférence un rétrécissement valvulaire, ayant ou non pour origine une fausse route. La facilité de la miction, coïncidant avec l'impossibilité du cathétérisme, imposait cette interprétation.

Les complications du côté de la vessie, l'émission d'urine mêlée de mucosités filantes, devaient être envisagées comme le résultat de la rétention incomplète d'urine qui existait au début de la maladie.

L'engorgement des deux épididymes, tout en représentant bien à l'esprit l'idée d'une tuberculisation du testicule, ne pouvait être attribué à un mal primitif de ce genre, car le malade jouissait et jouit encore d'un embonpoint presque excessif ; ses fonctions s'exécutent avec régularité ; il ne tousse pas et n'a dans sa famille aucun membre atteint de diathèse tuberculeuse.

Néanmoins, en présence de la cystite du col qui paraît être la lésion première, en présence des orchites successives et de l'état d'irritation de l'urèthre, M. Gosselin s'est demandé s'il n'y aurait pas eu au début des accidents une cystite du col avec abcès de la prostate, et une série d'orchites à répétition, telles que celles désignées sous le nom d'orchites uréthraies par M. Velpeau, et qui, d'après Ramsden, sont le fait d'une irritation incessante de l'urèthre.

Le chirurgien n'a pas cherché à vaincre l'obstacle qui s'opposait au cathétérisme, au contraire ; constatant que l'introduction des sondes dans le canal était une cause d'irritation surajoutée à celles qui existaient déjà, il a suspendu les manœuvres exercées sur l'urèthre. Le malade a été soumis à un traitement par les grands bains et les tisanes diurétiques ; des cataplasmes étaient appliqués en permanence sur les testicules. Puis, pour faire cesser l'état d'irritabilité de l'urèthre, une potion avec 1 gramme de bromure de potassinm a été administrée ; la dose de bromure de potassium a été peu à peu augmentée et portée à 3 grammes. Ce traitement, préconisé par M. Cusco, a été régnlièrement appliqué jusqu'à ce jour.

Sous l'influence de ce traitement négatif pour ainsi dire, c'est-à-dire où le chirurgien s'est borné à attendre, d'excellents résultats ont été obtenus.

Les urines du malade se sont améliorées ; il ne souffre pas en urinant, la miction a cessé d'être aussi fréquente, la vessie se distendant plus facilement ; elle n'a plus lieu que quatre fois par jour. Dans les premiers moments de l'administration du bromure de potassium, il y a bien eu un peu d'incontinence, mais elle disparaît de jour en jour.

Si M. Gosselin avait pensé devoir agir au moment où le malade est venu se confier à ses soins, il aurait préféré, disait-il, à toutes les autres opérations, l'uréthrotomie externe. Mais il a lieu aujourd'hui d'être satisfait d'avoir tenté le traitement précédent. Rien ne pressait au moment où ces médications ont été instituées ; et elles ont donné, ajoutait-il, un succès relatif que l'uréthrotomie externe avec ses complications n'eût sans doute pas produit avec autant de simplicité.

Le malade, du reste, est en observation.

Cure radicale des hernies inguinales.

Nous reproduisons ici un procédé de cure radicale de la hernie inguinale nouvellement proposé à Londres par M. John Wood, sans le juger, et sans encourager les chirurgiens à le mettre en pratique avant d'avoir examiné sa valeur et ses rapports avec d'autres essais du même genre tentés trop souvent infructueusement.

M. Wood s'est appuyé sur des faits de guérison, mais il ajoute lui-même que sa statistique aura besoin d'être complétée ; il dit qu'il tient en observation des cas où l'opération a été faite depuis deux et trois ans sans qu'il y ait eu de récidive, et qu'il s'agit de hernies inguinales congénitales ou développées chez de jeunes sujets.

Voici en quoi consiste le traitement : deux longues épingles terminées par une pointe en fer de lance et coudées à 3 centimètres de la tête de manière à former un angle droit, et de façon qu'au niveau de cet angle se trouve une espèce d'anneau.

Le chirurgien, à l'aide du doigt indicateur ou du petit doigt, invagine la peau dans le canal après avoir réduit la hernie ; il s'assure de la position du ligament de Fallope et du cordon, puis il introduit la première aiguille ou épingle coudée dont l'ouverture de l'angle est tournée en haut, en se guidant sur le doigt qui maintient la peau invaginée. La pointe de l'aiguille passant au-dessus du doigt vient traverser le pilier interne de l'anneau ; lorsque l'aiguille est sortie à la racine du scrotum, le doigt du chirurgien maintient toujours la peau invaginée, et l'autre épingle, tenue de façon que son angle soit tourné en bas, engagée par l'orifice de sortie de la première aiguille, est introduite à son tour ; elle rase le ligament de Poupart, et est guidée sur la première épingle placée, et lorsque sa pointe se montre à travers la peau vers le point d'entrée de la première épingle, on l'engage dans l'anneau situé au niveau de l'angle de l'épingle en place. On rapproche les épingles, puis la pointe de la première épingle est passée dans l'anneau de l'angle de la seconde épingle. Le chirurgien fait alors exécuter à la seconde épingle un mouvement de rotation autour de l'axe de la première. Il place une compresse sous les têtes des épingles, qui sont fixées sur la peau avec une bandelette d'emplâtre agglutinatif ; les pointes des épingles sont coupées. Lorsque le pansement est fait, l'invagination de la peau n'existe plus.

Ordinairement une tuméfaction du scrotum et du testicule a lieu, et au dire de M. Wood ce n'est pas une circonstance défavorable. Les épingles ne causent pas de douleurs ou très-peu (*a very little pain*).

On panse à l'eau froide, et les malades sont mis à la diète ; il est loisible de leur donner du vin et de la bière.

Le but de l'opération est de resserrer les deux piliers de l'anneau inguinal externe, d'enrouler pour ainsi dire une portion du sac, et d'y déterminer une inflammation adhésive qui rétrécisse sa capacité. Le cordon dans cette opération est couché sur le pubis en arrière des épingles et n'est nullement pressé.

A part les détails de la transfixion des piliers de l'anneau inguinal externe, ce procédé se rapproche de celui de Bonnet (de Lyon), qui, après avoir réduit la hernie et isolé le cordon, traversait le sac avec trois épingles, et le serrait avec de petites viroles en carton ou en linge fixées aux épingles. Nous devons dire que ce procédé a été abandonné parce qu'il exposait à des péritonites.

Il y a encore dans le procédé nouveau le souvenir d'une tentative de Vidal (de Cassis), que cet auteur a consignée dans son *Traité de pathologie*, l'enroulement du sac herniaire comme pour le varicocèle. Dans le seul cas où Vidal ait employé ce moyen, après huit ans, époque à laquelle le chirurgien avait revu son malade, il n'y avait pas eu de récidive.

Quant à l'invagination, elle n'est qu'un mode opératoire, un moyen de guider la marche des aiguilles.

Bien que le but de l'invagination imaginée par Gerdy, comme le but de l'opération de M. J. Wood, soit de déterminer des adhérences dans le sac, l'opération proposée par le dernier auteur diffère de l'invagination.

DU RELACHEMENT DU PYLORE.

Par M. le docteur L. de Séré.

M. le docteur Louis de Séré (1) vient de publier une brochure sur *le relâchement du pylore*. Les inductions sur lesquelles l'auteur s'appuie sont l'état physiologique des contractions de l'estomac. Celles-ci ont pour résultat, on le sait, d'une part, de malaxer les aliments, de les brasser pour ainsi dire avec le suc gastrique ; de l'autre, de laisser passer peu à peu et par des relâchements successifs du pylore le chyme dans l'intestin grêle.

Se fondant sur des faits pathologiques, l'auteur rappelle que chez les grands mangeurs, qui sont en général maigres, les aliments séjournent peu de temps dans l'estomac, et il en conclut qu'il existe un état de relâchement particulier du pylore, dont l'effet est, en dehors de toute complication, un ralentissement des fonctions digestives, et suivant une expression populaire, un état dans lequel les aliments ne profitent pas.

Le relâchement du pylore est souvent le symptôme d'états nerveux, et il semble devoir être accusé de produire chez beaucoup de malades cet affaiblissement singulier, qui ne peut être mis sur le compte d'aucun écart de régime et d'aucune lésion de l'estomac.

Poussant plus loin encore les conséquences de son induction, M. de Séré pense que par suite du passage des aliments de l'estomac dans le duodénum, les forces se perdent, le sang s'appauvrit.

Le symptôme principal est tiré des sensations des malades qui, disent-ils, digèrent vite avec leur estomac et lentement avec leurs intestins. Mais ce symptôme doit être nécessairement très-fugace ; il en est de même de la faim insatiable : le météorisme est un symptôme accessoire.

Pour réveiller les contractions stomacales, l'auteur conseille la médecine noire ; les astringents et le ratanhia en particulier sont recommandés, et l'usage des toniques est d'un bon emploi.

Il est juste de dire qu'aucune exploration anatomique n'a jamais permis de préciser l'état du pylore atteint de paralysie ou de relâchement musculaire. On ne sait pas s'il y a atrophie, et il est un mot qui représenterait bien le caractère du relâchement du pylore, le mot rhumatisme de l'estomac.

Déjà le relâchement du pylore a été étudié à un autre point de vue. M. Beau (2) a expliqué les vomissements bilieux des dyspeptiques par un reflux de la bile à travers le pylore relâché ; et dans de telles conditions, il considérait comme une circonstance favorable à la production des vomissements le décubitus dorsal.

Sur le relâchement du pylore de nouvelles études sont nécessaires. Jusqu'ici on est forcé de tourner dans un cercle vicieux, sans savoir où est le point de départ de la maladie, si la dyspepsie cause le relâchement du pylore, si un état rhumatismal de l'estomac l'engendre, ou bien si le relâchement du pylore est le premier mal.

(1) *Du relâchement du pylore*, par L. de Séré. Paris, chez H. Plon, éditeur.

(2) Voir la *Revue clinique* de la *Gazette des Hôpitaux* du 25 juillet 1863, p. 345.

GROSSESSE MOLAIRE HYDATIFORME.

Par M. le docteur Jules de Soyre.

(Observation communiquée à la Société des sciences médicales.)

Bien que la môle hydatiforme soit la plus commune des môles de la génération, il est si rare d'en rencontrer des exemples que je crois intéressant de rapporter une observation récente d'expulsion de ce produit pathologique. Cette môle hydatiforme, reçue en ville, a été envoyée à l'hôpital des Cliniques et présentée par M. le professeur Depaul aux élèves qui suivent ses leçons. Elle était assez considérable pour remplir une cuvette ordinaire ; les vésicules étaient de grosseur variée, depuis les plus petites dimensions jusqu'au volume d'un grain de raisin de Malaga. Elle simulait une grappe de raisin, comparaison dont on s'est souvent servi, et qui se rapproche de celle dont se servait Mauriceau quand il assimilait une môle décrite par lui à la *graine des œufs dans l'ovaire des poules*.

Sur une partie plus compacte, servant de base à cette môle, on voyait des languettes charnues sous forme de petits fucus. J'ai moi-même présenté un fragment de cette môle à la Société des sciences médicales, dans la séance du 25 mars dernier.

Les opinions ont varié sur la nature de ces vésicules. Mauriceau les trouvait semblables à des *hydatiques* (377e observation). Gardien les considérait comme des hydatides compliquant une grossesse ordinaire et déterminant la fonte du fœtus.

Dans l'état actuel de la science, MM. les professeurs Velpeau et Paul Dubois, mes maîtres, considèrent la môle hydatiforme comme le résultat d'une hypertrophie des villosités du chorion. Telle est aussi l'opinion de M. le professeur Robin, à qui j'emprunte le passage suivant du *Dictionnaire* de Nysten :

« On donne le nom de môle hydatiforme à une môle où les villosités de la totalité ou d'une partie du chorion, dépourvues de vaisseaux par suite de la destruction précoce de l'embryon, se sont dilatées en vésicules pleines de sérosité claire. Ces vésicules sont disposées en grappes ayant la forme des ramifications de chaque villosité choriale ou placentaire, puisque ce sont leurs subdivisions qui sont dilatées d'espace en espace, sans que les vésicules communiquent les unes avec les autres. Les villosités du chorion continuent à grandir en empruntant, par imbibition, des matériaux de nutrition à la caduque utérine, bien qu'elles n'aient pas de communications vasculaires directes avec elle et ne renferment pas de vaisseaux du fœtus. Par suite des dilatations hydatiformes, la masse expulsée est souvent considérable ; l'expulsion a lieu ordinairement avant le terme de neuf mois, et, avant cette époque, l'utérus a acquis le volume qu'il aurait à la fin de la grossesse. L'utérus est de forme moins régulière que dans une grossesse réelle. Les vésicules ne renferment jamais d'animaux parasites, tels que les échinocoques. »

Mais je reviens à l'observation de la môle que j'ai recueillie.

Mme X..., habitant Paris, d'une bonne santé habituelle, âgée de trente ans et mariée depuis neuf ans, est accouchée deux fois à terme d'enfants très-beaux qui jouissent d'une excellente santé. Aucune particularité remarquable ne s'est offerte pendant ces grossesses et ces accouchements.

Depuis deux ans, Mme X... a eu deux accouchements avant terme, le premier à quatre mois et demi, le deuxième à cinq mois et demi, et enfin la môle hydatiforme qui fait le sujet de cette observation.

Le commencement de cette dernière grossesse a débuté comme les précédentes. Les règles parurent pour la dernière fois dans les premiers jours de septembre 1863. En octobre et en novembre, la menstruation fut supprimée ; mais à dater de décembre Mme X... fut prise d'un écoulement de sang, tantôt léger, tantôt abondant, qui, en altérant de plus en plus sa santé, continua jusqu'au moment de son accouchement.

En janvier, cette dame eut une turgescence des seins qui dura près de trois jours, puis les seins s'affaissèrent et elle ne ressentit plus rien de ce côté.

Au sixième mois de cette grossesse, l'utérus n'avait pas le développement qu'il doit avoir ordinairement. A partir de cette époque jusqu'à la fin du septième mois de la gestation, le développement de l'utérus devint considérable, de telle sorte qu'en un mois il offrait le volume d'un utérus arrivé au terme de la grossesse. La malade dépérissait de jour en jour ; enfin, le 3 mars 1864, à dix heures du soir, des contractions utérines se manifestèrent, se succédant avec l'intensité et la régularité d'un accouchement, jusqu'à l'expulsion en masse de la môle hydatiforme, qui eut lieu le 4 mars, à cinq heures du matin, après sept heures d'un véritable travail. Quelques vésicules isolées furent encore rendues dans les lochies, qui exhalaient une odeur infecte. Les phénomènes de la sécrétion laiteuse n'eurent pas lieu.

Bientôt la santé de Mme X... commença à se rétablir et devint presque aussi bonne qu'elle l'était avant cette grossesse.

Les pertes sanguines continuelles qui ont apparu vers le deuxième ou le troisième mois de la grossesse ; la turgescence des seins, puis leur affaissement ; l'état presque stationnaire du volume de l'utérus, qui a pris subitement le développement d'une grossesse à terme ; toutes ces circonstances pouvaient faire supposer la présence d'une môle, qui généralement est expulsée le sixième ou le septième mois.

Une grossesse molaire peut se reproduire plusieurs fois chez la même femme. De la Mothe en cite un exemple qui offre ceci de particulier que cette grossesse irrégulière avait pu être annoncée à l'avance par la femme qui la portait. Cette femme avait eu précédemment une première grossesse hydatiforme, puis deux grossesses fœtales, et en dernier lieu une deuxième grossesse molaire dont elle avait bien reconnu et différencié les symptômes.

M. Chailly, dans son *Traité d'accouchement*, pense comme M. De la Mothe, et il dit en parlant de la môle hydatiforme :

« Cet accident peut se présenter plusieurs fois chez la même » femme, et l'on ne possède aucun moyen efficace pour le prévenir ou le guérir. Seulement, dans le cas où l'expulsion de » quelques petites portions de ces masses hydatiques ferait supposer qu'il en existe encore dans l'utérus, il faudrait en favoriser l'expulsion par le seigle ergoté, et même en débarrasser » la cavité utérine à l'aide de l'instrument de M. Récamier, et » mieux encore par la cautérisation au crayon de tannin de » M. Becquerel. »

PILULES PURGATIVES A L'HUILE DE RICIN.

Par M. Stanislas Martin.

L'huile de ricin — dit le *Bulletin de Thérapeutique* — serait bien plus souvent prescrite, si les malades n'éprouvaient pas pour ce médicament un aussi grand dégoût. Nous croyons être utile aux praticiens en leur indiquant un moyen simple et facile d'administrer cette huile.

Huile de ricin.	15	grammes.
Gomme arabique en poudre. .	8	—
Eau.	15	—

Emulsionnez les trois substances ; ajoutez par petites portions :

Farine de froment.	15	grammes.

Mêlez exactement, divisez la masse en bols ou en pilules.

On laisse les pilules exposées à l'air atmosphérique, l'eau qu'elles contiennent ne tarde pas à s'évaporer.

L'huile de ricin, à la dose de 15 grammes, n'est qu'un léger purgatif. On peut en augmenter l'action en remplaçant la farine de froment par une égale quantité de magnésie calcinée ou non calcinée.

Huit à dix de ces pilules, prises le matin à jeun, relâchent le ventre sans l'irriter, comme le font les pilules qui contiennent des substances drastiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 mai 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

(Fin de l'allocution de M. Verneuil.)

Il est un point du parallèle entre l'amputation et la résection où cette dernière, j'en conviens, offre une infériorité manifeste. Je veux parler de la durée de la guérison. Il est clair que l'excision exige des soins consécutifs longtemps continués ; une contention permanente, minutieuse, plus ou moins difficile à obtenir ; des pansements réitérés, etc. Toutefois, il ne faut rien exagérer. Une fois l'opération faite, en supposant que le malade n'ait pas besoin d'être changé de lieu, les soins consécutifs sont assez faciles à administrer. Mon premier opéré a été soigné par sa mère, infirmière improvisée, qui a très-bien rempli sa tâche ; à la vérité, elle consistait simplement en applications froides réitérées, plus tard des cataplasmes trois fois par jour, un nettoyage de la plaie quand la suppuration fut abondante. Je voyais le blessé tous les jours pendant deux semaines, puis j'espaçais de plus en plus mes visites ; je changeais les pièces d'appareil tous les deux jours en moyenne : pas davantage. Mais l'amputation de la cuisse exige, ce me semble, une surveillance au moins égale pendant deux ou trois septénaires. Les premiers pansements réclament aussi dans ce laps de temps une main habile.

L'appareil contentif est beaucoup moins compliqué qu'on ne le croit. M. Lefort voulut bien faire confectionner par un menuisier celui qui m'a servi la première fois, et je l'ai fait reproduire à mon tour la seconde : quelques bouts de planches, quelques charnières qui ne sont pas indispensables, des cordons, des coussins suffisent parfaitement. Cette machine grossière a parfaitement fonctionné ; je n'en emploierai jamais d'autres, et considère comme superflus les appareils roulants et compliqués que les chirurgiens civils ont imaginés et préconisés. Dans les premiers jours, d'ailleurs, la première gouttière venue est très-suffisante.

Au reste, les reproches faits à la résection du genou s'appliquent à toutes les autres opérations du même genre. La désarticulation scapulo-humérale, l'amputation du bras, créent moins de complications, moins d'embarras que les résections de l'épaule et du coude, ce qui n'empêche pas ces dernières d'être adoptées par les praticiens d'armée. Je veux seulement qu'on fasse rentrer l'excision fémoro-tibiale dans la règle commune, et qu'on ne la frappe pas d'une proscription exceptionnelle.

Je demande d'ailleurs à M. Legouest la permission de le combattre en prenant mes armes dans ses propres armes. Il fut un temps où les chirurgiens militaires étant unanimes à considérer toute fracture de la diaphyse du fémur comme exigeant formellement l'amputation immédiate de la cuisse. Quelques protestations s'étaient élevées, et l'on avait montré des guérisons obtenues par l'expectation. M. Legouest a poussé la démonstration beaucoup plus loin que ses devanciers, et s'est inscrit contre le principe trop absolu du sacrifice du membre ; il a montré par des chiffres éloquents que l'on sauvait infiniment plus de blessés en tentant la conservation du membre.

Les plaies du genou, elles aussi, semblent réclamer l'amputation, et je viens dire à mon tour que la résection, quand elle est anatomiquement praticable, doit lui être substituée, car elle représente la thérapeutique conservatrice. Il y a plus d'analogue qu'on ne pense entre les cas de fracture de la diaphyse et la fracture articulaire. Même difficulté de transport, même difficulté de contention, nécessité d'un appareil convenable et d'une surveillance incessante, suppuration prolongée ; pansements et nettoyages fréquents, convalescence très-longue, intervention manuelle assez réitérée, débridements, extraction d'esquilles, ouverture d'abcès, etc. : autant d'heures prises au chirurgien, beaucoup plus de souffrances pour le blessé ; mais, en revanche, moins de chances de mort et l'espoir de conservation d'un membre assez utile.

Supposons donc deux blessés arrivant ensemble : à l'un, la balle a brisé la diaphyse du fémur, à l'autre, ouvert l'articulation du genou ; si l'étendue des désordres ne commande pas l'amputation et que les circonstances intrinsèques permettent de tenter la conservation, je dis que la position est la même. Quelques débridements, le nettoyage du foyer seront probablement indiqués chez le premier. Au second on fera la résection, après quoi ils se trouveront dans des conditions presque identiques ; celui-là aura plus de chance de vie peut-être, mais celui-ci marchera probablement plus tôt ; quant aux soins consécutifs, aux accidents possibles et à leur traitement, les différences seront minimes et le sort des blessés ne sera pas bien changé, parce que le projectile aura frappé l'un d'eux à quelques centimètres plus bas.

J'ai promis plus haut d'examiner impartialement ma pratique, non pour la justifier quand même, mais pour chercher si réellement j'aurais poussé trop loin ma prédilection pour la résection, en y soumettant sans exception les quatre seuls cas de plaies articulaires par armes à feu, qu'il m'a été donné de traiter.

En présence de semblables lésions, trois partis se présentent :

1° L'expectation aidée de la thérapeutique et au besoin de diverses petites opérations chirurgicales, débridement, ouvertures d'abcès, extraction d'esquilles, etc. ;

2° La résection, également primitive ou consécutive ;

3° L'amputation immédiate ou consécutive, suivant l'époque où on est appelé.

Les deux premiers moyens appartiennent à la chirurgie conservatrice, ils sont beaucoup plus longs, plus incertains que l'amputation, mesure essentiellement radicale.

Le choix entre ces trois partis n'existe réellement qu'au début et pour certains cas. Ainsi, par exemple, l'expectation pure et simple n'était admissible ni pour le malade de Corbeil ni pour celui de Ballancourt ; les accidents locaux et généraux étaient parvenus à un degré de gravité qui n'offrait plus d'autre alternative que d'agir énergiquement ou de laisser infailliblement périr les malades. Certes j'aurais pu sacrifier d'emblée les membres sans encourir le moindre reproche.

Les malades consentaient et le dogme chirurgical m'aurait servi d'égide. Je voulus tenter encore là un essai conservateur, confiant que j'étais dans la puissance antiphlogistique de la résection. D'ailleurs, je me tenais prêt à recourir en dernier ressort à l'amputation, qui reste toujours possible en pareil cas, et qui, chose singulière, présente dans ces conditions une bénignité remarquable. Chez le blessé de Saint-Leu Taverny j'ai été contraint d'en venir à cette extrémité, mais à cause des hémorrhagies et non par le fait du fracas des os, la résection avait réellement donné le meilleur résultat. Assurément si j'avais pu prévoir l'inutilité de cette opération, l'éventualité de la ligature de l'humérale et enfin la nécessité de l'amputation, j'aurais d'emblée mis en usage cette dernière, et pourtant, en la pratiquant le troisième jour après l'accident, elle eût présenté beaucoup plus de danger ; il est donc presque heureux que la résection et la ligature agissant comme moyens dilatoires, aient retardé le sacrifice du membre jusqu'à une époque tardive où j'ai eu tous les bénéfices des amputations pathologiques.

Ce cas peut donc servir à démontrer la bénignité relative de la résection du coude, mais non sa valeur chirurgicale dans un cas où elle ne devait pas réussir définitivement, et où, à mon insu, elle était contre-indiquée. Laissons-le de côté comme celui de Corbeil, où la guérison tient du miracle. J'arrive à discuter exclusivement le cas du jeune Bourguignon et celui du second réséqué de Ballancourt.

Pour le premier, je ne songeai pas un seul instant à la thérapeutique ordinaire ; elle ne m'inspirait aucune confiance, et, à mes yeux, il eût autant valu signer pour le blessé un arrêt de mort. MM. Legouest et Lefort avaient la même opinion. Tous les praticiens d'armée dont j'ai consulté les œuvres sont d'accord sur l'extrême gravité des plaies pénétrantes du genou avec fracas des os, et j'ajoute que ce que j'ai vu moi-même des plaies pénétrantes même les plus bénignes en apparence et au début, dépose dans le même sens. Permettez-moi de vous énumérer brièvement mes observations sur ce point.

Obs. I. — Il y a huit ans, je fus appelé à Chaillot près d'un homme de cinquante ans, robuste et vigoureux, qui, descendant sans lumière dans une cave, avait fait une chute sur des bouteilles. Un fragment de verre avait fait au côté externe du genou une plaie pénétrante longue de 5 centimètres entre le bord de la rotule et la cloison intermusculaire externe, division du fascia lata, ouverture d'une artériole, hémorrhagie qu'on avait arrêtée par le tamponnement et les styptiques après des recherches longues et inutiles du vaisseau blessé, phlegmon diffus à marche rapide envahissant la cuisse, arthrite suraiguë du genou, symptômes généraux formidables, mort au neuvième jour.

Obs. II. — Alors que je remplaçais Philippe Royer à l'Hôtel-Dieu, un homme de la campagne, fort et bien constitué, fut reçu pour une petite tumeur fibro-plastique développée dans l'épaisseur de la bandelette du fascia lata. L'extirpation fut faite, et malgré les précautions les plus minutieuses, l'articulation fut ouverte, la synoviale adhérant intimement à la face profonde de la tumeur. La plaie sereuse était fort petite, et pendant près de deux semaines tout parut aller à souhait. Mais la réunion de la peau ayant manqué, la suppuration s'étendit peu à peu dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique et l'arthrite se développa insidieusement. Accidents locaux et généraux de plus en plus graves, suppuration diffuse de la cuisse et du creux poplité, synovite générale, amputation de la cuisse proposée et refusée, mort d'infection putride malgré les incisions, les injections, etc.

Obs. III. — Homme adulte, maçon ; chute sur un tas de pierres, plaie pénétrante du genou avec contusion des lèvres de la plaie. Apporté à l'hôpital Bon-Secours en 1847. Tentative de réunion qui échoue ; traitement antiphlogistique énergique sans résultat ; phlegmon cutané, arthrite suraiguë, ouverture large de la plaie, suppuration très-abondante, fièvre hectique, mort au bout d'un mois.

Obs. IV. — Même hôpital, même année. Jeune femme qui dans un incendie fut brûlée à la jambe et prise consécutivement d'aliénation mentale. Douleurs vives à la brûlure. Pendant un accès, la malade essaye de se détruire et se fait une plaie pénétrante du larynx ; on l'amène à l'hôpital. Tuméfaction considérable du membre inférieur, eschare à la partie interne du genou pénétrant dans l'articulation, arthrite aiguë purulente très-intense. L'état général empêche de proposer l'amputation de la cuisse. Mort une semaine après l'admission. Synovite violente, résorption des cartilages, ostéite des surfaces diarthrodiales, longues fusées purulentes dans les interstices musculaires de la jambe et de la cuisse.

Obs. V. — Hôpital Beaujon, 1858. Vieillard qui, en état d'ivresse, tombe près d'un foyer et se fait à la partie antérieure et externe du genou une brûlure circonscrite mais profonde. Phlegmon érysipélateux autour de l'eschare, puis phlyctènes et tendance à la gangrène, arthrite vive du genou, phénomènes généraux alarmants, amputation de la cuisse le sixième jour après l'accident, mort. La brûlure comprenait la synoviale, et l'articulation était remplie de sérosité purulente.

Obs. VI. — Les plaies péri-articulaires du genou sont elles-mêmes très-dangereuses. Lisfranc, en 1845, alors que j'étais son interne, enleva dans le creux poplité une tumeur volumineuse chez un homme d'une quarantaine d'années, d'une constitution robuste. La suppuration fut abondante et l'inflammation du foyer vive ; au bout de quelque temps, l'articulation fut envahie à son tour, et le malade mourut.

A la vérité, j'ai guéri moi-même, à la campagne et dans d'excellentes conditions hygiéniques, une plaie pénétrante du genou.

Un commerçant de cinquante ans tombe sur le genou sur un sol inégal parsemé de petits cailloux. Fracture de la rotule avec écartement de 2 centimètres ; plaie contuse de la peau précisément au niveau de l'interstice des fragments ; issue de synovie mêlée de sang.

Appelé quelques heures après l'accident par mon ami le docteur Samazeuilh, je réunis la petite plaie (15 ou 18 millimètres) avec une forte couche de collodion ; application continue de glace ; position horizontale, extension complète du membre, immobilité absolue ; arthrite légère avec épanchement ; réunion immédiate de la plaie ; guérison. L'inflammation articulaire empêcha l'application exacte des moyens propres à effectuer la coaptation ; il s'en suivit un cal fibreux de plus de 2 centimètres, qui permit assez facilement la marche.

J'ai tiré de mon expérience cette conclusion, que les plaies pénétrantes du genou les plus simples sont d'une gravité extraordinaire lorsqu'elles suppurent et que la réunion immédiate qu'elles réclament impérieusement ne réussit pas. La mortalité de l'arthrite traumatique suppurée est effrayante. Aussi, quelque hardie que semble cette proposition, je serais disposé, dans certains cas, à proposer la résection du genou pour des plaies pénétrantes sans fracas des os, si la suppuration s'empare de la jointure. Il me semble qu'on sauverait plus de malades. Mais je m'aperçois que je parais téméraire, et que plusieurs d'entre vous font des signes négatifs. Or, mes convictions à cet égard datent de longtemps, puisque mes premières observations remontent à près de vingt ans ; mes lectures n'ont fait que confirmer ces données. Je prie donc mes collègues qui pensent que je vais trop loin, de me citer çà et là une observation de guérison, puisqu'on peut évidemment guérir de tout, mais de réunir tous les faits qu'ils ont vus et de compter la proportion des morts et des guéris. Le pronostic des plaies pénétrantes du genou non susceptibles de réunion immédiate est, à mes yeux, tellement grave, que je crois devoir défendre mon confrère de Corbeil du reproche de négligence articulé contre lui avec une certaine légèreté.

Si le blessé, a-t-on dit, avait été traité plus énergiquement, si les fusées purulentes avaient été combattues en temps opportun, on aurait sans doute évité l'alternative de l'amputation ou de la résection ; et moi je dis que l'expectation, aidée ou non des incisions, des débridements, etc., n'aurait pas empêché l'arthrite purulente et les désordres locaux de se produire. La rotule était réduite en fragments nombreux, la jointure ouverte, la peau contuse et sphacélée. Il n'y avait pas, en cette occurrence, une chance sur vingt de guérison spontanée. Peut-être seulement eût-il mieux valu faire plus tôt la résection ou l'amputation.

On comprend dès lors comment je n'ai pas hésité à agir sur mon premier blessé, dont le condyle interne était brisé, et dont l'épiphyse du tibia renfermait une balle enclavée, et voilà pourquoi, si pareil cas se présentait, j'agirais encore absolument de la même façon. Je résume donc sans hésitation mon opinion dans les formules suivantes :

1° Toute plaie pénétrante du genou avec fracture des os exige l'amputation ou la résection, et surtout cette dernière, si elle est anatomiquement possible ;

2° Les cas de guérison, d'ailleurs très-rares, qu'on trouve dans les auteurs, doivent être considérés comme des exceptions sur lesquelles il ne faut pas compter ;

3° La résection et l'amputation pourront d'ailleurs être différées si les circonstances le permettent et si la réunion immédiate de la plaie peut être tentée ;

4° Quoique les chiffres ne soient pas encore assez nombreux, il est permis de croire, dès à présent, que l'expectation appliquée à ces lésions est la pire de toutes les méthodes ;

5° Certains cas de plaies pénétrantes du genou sans fractures devront être traités de même ; la résection en particulier leur serait très-applicable et promettrait plus de succès que la thérapeutique simple.

En ce qui concerne le coude, il est certain que les indications opératoires sont beaucoup moins impérieuses, car le pronostic des fractures compliquées de cette jointure est beaucoup moins grave. Je ne suis donc nullement surpris que M. Giraldès ait obtenu de bons résultats de l'expectation. Mais ceci n'infirme nullement la valeur de la résection appliquée à des lésions de ce genre. L'expectation a bien ses dangers et ses inconvénients ; on perd d'abord un certain nombre de blessés, puis ceux qui guérissent souffrent longtemps ; l'inflammation traumatique est intense et nécessite des incisions, l'extraction des esquilles, en un mot une succession de petites opérations qui réunies équivalent bien à l'acte unique, prompt et radical de la résection. Enfin, l'ankylose est presque inévitable lorsqu'on abandonne la curation aux soins de la nature ; tandis qu'après une résection bien faite et surtout bien soignée consécutivement, on peut espérer la récupération des mouvements dans une étendue très-convenable. J'en conclus que dans un grand nombre de cas de plaies par armes à feu du coude, lorsque l'on aura le choix entre l'expectation et la résection, on devra pratiquer celle-ci à titre d'opération conservatrice, simplifiant l'état des choses, abrégeant la durée, diminuant les douleurs et assurant mieux le fonctionnement ultérieur du membre. Pour combattre ces conclusions, il faudrait opposer aux résultats connus de l'excision une série égale et comparable de faits prouvant que l'expectation sauve plus de malades, les guérit plus vite, à moins de frais, et leur rend un membre plus utile. Que M. Giraldès me fournisse ce document, et peut-être alors reconnaîtrai-je que j'ai trop facilement adopté la résection comme règle générale.

DISCUSSION.

Résections traumatiques.

M. GIRALDÈS. Dans le cours de la discussion, M. Verneuil a dit que je citerais sans doute les phrases de Mac-Leod, où il indique la résection du genou. Voici l'une de ces phrases : De même que j'admire les efforts tentés dans la pratique civile dans le but de conserver les membres au moyen de la résection du genou, de même je regrette que cela ne soit pas appliqué à la pratique militaire ; mais sauf quelques rares circonstances, je crains que cela ne puisse se faire en raison des soins minutieux et de la longueur de la convalescence.

Stromeyer s'exprime ainsi : Je n'ai point essayé de faire la résection du genou, en raison du peu de chances qu'elle présente et parce que, dans la majorité des cas, il n'est pas facile de savoir quelle étendue d'os il faut retrancher.

Quant à la citation de Guthrie, si elle ne porte sur aucun fait particulier, c'est que le livre tout entier se compose d'une suite de propositions sous forme d'aphorismes qui constituent une sorte de vade-mecum du chirurgien militaire.

M. VERNEUIL. M. Giraldès nous a dit que la résection du genou était généralement acceptée, et il nous a cité Stromeyer, Guthrie et Mac-Leod. Or, Stromeyer n'a pas fait cette résection ; je n'ai pas lu Guthrie, mais la phrase rapportée par M. Giraldès n'est guère probante, et quant à Mac-Leod, j'ai cité textuellement, dans notre dernière séance, la phrase que vient de lire M. Giraldès, et je l'ai citée pour montrer combien les résections traumatiques du genou sont peu entrées dans la pratique.

M. LEGOUEST. Notre collègue M. Verneuil a cherché à amoindrir la valeur de nos objections à la pratique de la résection du genou dans la chirurgie d'armée : malgré le talent qu'il a déployé dans son argumentation, je doute qu'il ait réussi à faire passer ses convictions dans tous les esprits.

Il a fait bon marché des difficultés de l'opération ; il a de beaucoup réduit les accidents qu'on lui attribue ; et, quant à ce qui me regarde, il n'a rien dit sur ce sujet, c'est-à-dire sur la difficulté du manuel opératoire et sur la gravité primitive de l'opération, que je ne pense avec lui.

Je suis même tout prêt à lui concéder que les appareils spéciaux, les pansements multipliés et minutieux qu'exige la résection du genou ne sont pas des obstacles insurmontables à l'adoption de cette opération, comme lui-même a bien voulu me concéder que la lenteur de la guérison est une circonstance qui mérite d'être prise en sérieuse considération pour la rejeter.

Je lui demande la permission de ne pas le suivre dans l'examen des indications de l'opération, indications qu'avec lui MM. Larrey et Giraldès ont cru devoir apprécier. A mon sens, et mes honorables collègues me pardonneront si je replace la question sous son véritable point de vue, il ne s'agit pas, dans ce débat, des indications locales de la résection du genou ; mais il s'agit de savoir si la résection étant possible chirurgicalement parlant, cette opération doit être pratiquée de préférence à l'amputation de la cuisse dans les conditions habituelles de la chirurgie d'armée.

Eh bien, je pense que les réserves que j'ai faites à ce sujet subsistent encore tout entières devant les raisons alléguées par M. Verneuil, sinon pour les mettre à néant, au moins pour en affaiblir la valeur.

Je noterai d'abord que M. Verneuil m'accorde que les résections guérissent plus lentement que les amputations, condition fâcheuse sur laquelle je ne veux pas revenir ; je dirai que notre collègue m'a mal compris lorsque j'ai parlé du transport des blessés, et que c'est moins avant qu'après l'opération exigeant l'immobilité complète que ces blessés sont peu transportables. Enfin, j'espère pouvoir démontrer qu'il n'y a pas identité entre les fractures du fémur par coups de feu traitées sans amputation et les résections du genou, comme semble le croire M. Verneuil.

Se servant contre moi de mes propres armes, notre collègue se fait un argument de ce que j'ai écrit dans mon livre sur la *chirurgie d'armée* que les fractures du fémur traitées sans amputation pendant la campagne d'Orient ont donné environ cinq fois plus de guérisons que celles qui ont été traitées par l'amputation, et que d'après l'impression générale rapportée par les chirurgiens de la dernière campagne d'Italie, les fractures de la cuisse par coups de feu ne nécessitent pas toujours l'amputation du membre. En écrivant ces lignes, j'ai voulu combattre ou plutôt modifier dans ce qu'elle a de trop absolu l'opinion émise par Ribes, et partagée par un grand nombre de médecins de l'armée, à savoir : que toute fracture du fémur par coup de feu exige l'amputation immédiate. Mais en même temps, j'ai cherché à formuler les conditions qui permettent la chirurgie conservatrice, et j'ai dit : Dans les cas de fracture simple, sans perte de substance osseuse étendue, sans débridement des parties molles, lorsque le blessé ne doit pas être transporté et peut être placé dans de bonnes conditions hygiéniques, l'amputation peut être écartée ; dans des conditions opposées, l'amputation doit être pratiquée.

Or, quand on résèque l'articulation du genou, les portions d'os enlevées sont considérables, la plaie résultant de l'opération est très-étendue ; les circonstances locales sont donc moins favorables que celles des fractures qui ont pu être ramenées à l'état le moins compliqué possible après les coups de feu. De plus, il y a quelque différence entre les tentatives de conserver un membre sans mutilation, et les tentatives de conservation qui par elles-mêmes constituent une mutilation : les chances de succès fussent-elles égales dans l'un et l'autre cas, nul doute cependant qu'on ne se laisse aller à suivre la première pratique plus volontiers que la seconde.

Pour bien rendre et faire comprendre ma pensée, je dirai : que demain j'aie la cuisse cassée par un coup de feu, que la fracture soit simple ou siége sur un lieu élevé du fémur, je ne me laisserai pas amputer ; mais qu'un jour ou l'autre pareil accident m'arrive en campagne, au milieu de conditions de guerre défavorables, je me déciderais probablement à subir l'amputation ; encore ne dirais-je rien de l'époque à laquelle je permettrais qu'on m'amputât, ce point de pratique n'étant pas actuellement en discussion.

Je raisonnerais de même si je recevais un coup de feu dans le genou : j'accepterais peut-être la résection si je devais être traité chez moi ; je la repousserais très-certainement si je ne devais pas trouver en campagne des conditions matérielles analogues. Mais ce dont je me garderais par-dessus tout, c'est de l'expectation motivée sur l'espoir de guérir sans opération, parce que, quoi qu'en aient dit quelques-uns de nos collègues, j'ai acquis par mon expérience personnelle la ferme et intime conviction que les coups de feu du genou intéressant les os ne guérissent que très-exceptionnellement sans opération.

Je le répète, je ne repousse pas absolument la résection du genou ; je suis un peu, qu'on me passe cette comparaison, comme certaines personnes qui, ayant goûté du fruit défendu, ne demandent pas mieux que de recommencer, mais qui n'osent conseiller aux autres d'en faire autant.

(La fin au prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 21 mai 1864, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Toussaint, médecin-major de 2e classe, et Vidal, médecin aide-major de 1re classe.

— Un congrès scientifique s'ouvrira le 1er août 1864, à Troyes (Aube).

— « Le Comité médical des Bouches-du-Rhône, reconnu par décret impérial établissement d'utilité publique, promet de décerner, dans sa séance générale d'avril 1865, une médaille d'or de la valeur de 200 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur les questions suivantes :

» 1° Quel est l'état actuel des associations médicales en France?

» 2° Répondent-elles au but principal de leur création, qui est de ne faire des dignes médecins français qu'une seule famille?

» 3° Dans le cas contraire, quels sont les moyens à prendre pour atteindre ce but?

» 4° Faut-il admettre les pharmaciens dans ces associations?

» Les concurrents comprendront qu'ils doivent indiquer le nombre d'associations médicales et sa marche ascendante depuis la première qui a été fondée jusqu'à ce jour ; qu'ils ont à signaler le chiffre exact des membres de chaque association, ses actes et sa situation financière, aux diverses phases de son existence, ainsi que les causes de sa prospérité ou de sa décadence.

» La réponse à la deuxième question réclame un exposé franc, consciencieux, des améliorations dont ces associations sont susceptibles.

» Quant aux troisième et quatrième questions, elles sont soumises, sans commentaires, aux lumières des candidats. »

Le Comité médical ne se dissimulant pas l'importance des sociétés de secours, tenant par cela même à ce qu'elles soient dotées de tout ce qui peut assurer leur bien-être, notamment quant aux services du ressort de la médecine et de la pharmacie, le Comité, disons-nous, décernera dans la même séance un prix de 300 francs, au concurrent qui aura produit le meilleur travail sur ces deux questions :

« Le service médical des associations de prévoyance et de secours » est-il partout en France organisé de manière à concilier les exi» gences des membres qui les composent, avec ce qui est dû aux » médecins et pharmaciens qui les desservent?

» Dans la négative, quels sont les moyens de facile exécution pro» pres à perfectionner ce service, et quels sont les avantages qui » doivent en résulter sous tous les rapports? »

Ces questions sont assez clairement posées pour nous croire dispensé de chercher à les rendre intelligibles par des explications. Les concurrents saisiront aisément les points à élucider, qui pourtant n'auraient pas été signalés comme devant fixer particulièrement l'attention. Ainsi, par exemple, les avantages attachés à un service de santé convenable des sociétés de prévoyance et de secours, ne seron pas exposés sans être précédés de la narration des inconvénients d'une mauvaise organisation de ce service.

Les membres titulaires du Comité médical et les auteurs qui se feraient connaître sont seuls exclus du concours.

Les mémoires écrits lisiblement et envoyés francs de port, dans les formes académiques, seront reçus jusqu'au 1er mars 1865, terme de rigueur.

Ils seront adressés à M. le docteur P. M. Roux, président perpétuel du Comité, rue Montgrand, n° 12, à Marseille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Majesté, médecin principal en retraite, officier de la Légion d'honneur.

L'Ecole impériale de cavalerie de Saumur, ayant à sa tête M. le général Crespin, a voulu lui rendre les derniers devoirs.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 1er juin, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville. Ordre du jour :

« 1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

» 2° Rapport sur l'exercice de la pharmacie au nom d'une commission, composée de deux médecins et de deux pharmaciens, par M. le docteur Sandras.

» 3° Application de l'électricité au traitement de l'étranglement interne, par M. le docteur Moretin.

» 4° Communications diverses par MM. Dupré, Girault, Quantin. »

— M. le docteur Triquet commencera ses leçons publiques sur les maladies de l'oreille le jeudi 2 juin, à sept heures du soir, à son dispensaire, impasse Larrey, n° 4, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Les premières leçons seront consacrées à la démonstration des divers moyens employés pour explorer l'oreille.

Les conférences cliniques auront lieu les lundis et vendredis, à dix heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Causeries d'un Curieux, par M. FEUILLET DE CONCHES. Le tome troisième vient de paraître. Il forme un beau volume grand in-8°, enrichi de plusieurs autographes en *fac-simile*. Prix : 8 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Henri Plon, éditeur.

Traité de l'érysipèle, par M. le docteur A. DESPRÉS. Prix : 3 fr. 50. — Paris, chez A. Delahaye, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Maladies chroniques. Hydrothérapie combinée ; notice sur l'établissement central d'Auvergne à Brioude (Haute-Loire), par M. le docteur ANDRIEUX (de Brioude) ; 2e édition, in-8° de 128 pages. J. B. Baillière et fils. Prix, 2 fr. 50.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous avons signalé, dans le numéro du 17 mai, une note de M. le docteur Grimaud (de Caux) sur la question des eaux et égouts de la Seine, à propos du travail de M. Péligot. M. Grimaud (de Caux) a repris la question dans la dernière séance, en la généralisant et en l'appliquant aux rivières envisagées dans leurs rapports avec l'industrie et l'hygiène des populations. L'auteur appuie sur de très-bonnes raisons cette conclusion de son travail, savoir : que les cours d'eau qui baignent les centres de population doivent être respectés pour la santé publique et le bien de l'agriculture; qu'il faut partout cesser d'altérer les eaux courantes par le mélange des produits des égouts, et recueillir avec soin ces produits et neutraliser la maligne influence de leur décomposition à l'air libre en les appliquant à l'agriculture.

M. Dumas, en présentant à l'Académie le nouveau mémoire de M. Grimaud (de Caux), a annoncé qu'il se réservait de donner dans une prochaine séance des informations sur la portée des travaux entrepris par la ville de Paris dans l'intérêt de l'hygiène. Cette communication nous donnera l'occasion de revenir sur l'ensemble de cette grande question d'hygiène et d'intérêt public.

Faisant appel à des souvenirs déjà lointains, relatifs à la fièvre jaune des Antilles et à l'influence que la compression des artères temporales lui a paru avoir sur la cessation momentanée de la céphalalgie symptomatique de cette affection, M. Guyon a retrouvé dans ces souvenirs le texte de quelques considérations intéressantes sur les effets physiologiques et thérapeutiques de cette compression. Si cette pratique, qui est loin d'être nouvelle, ainsi que l'indiquent d'ailleurs les nombreuses citations de l'auteur, n'a pas été complétement négligée par les médecins de nos jours, il est certain qu'on n'en tire peut-être pas en réalité tout le parti qu'elle pourrait donner. Sous ce rapport, la note de M. Guyon pourra n'être pas inutile.

On trouvera dans le compte rendu la relation faite par M. Tripier d'une tentative de traitement d'un rétrécissement uréthral par la galvano-caustique-chimique ; et l'extrait d'une lettre de M. Donné à M. Flourens sur des expériences relatives à la question des générations dites spontanées.

Dr Brochin.

ÉCOLE IMPÉRIALE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

DÉCRET.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut.

Vu le décret du 23 mars 1852, relatif à l'organisation du corps de santé de l'armée de terre,

Vu le décret du 13 novembre 1852, portant organisation de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires,

Vu les décrets du 12 juin 1856 et du 28 juillet 1860, relatifs aux Écoles préparatoire et complémentaire du corps de santé militaire,

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

TITRE Ier. — Institution de l'École impériale du service de santé militaire.

Art. 1er. — L'École impériale du service de santé militaire, instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg et près l'École supérieure de pharmacie de la même ville, a pour objet de former des médecins et des pharmaciens stagiaires, qui, après un an d'instruction complémentaire pratique et spéciale à l'École impériale d'application du Val-de-Grâce, et après avoir satisfait aux examens de sortie, sont nommés aides-majors de deuxième classe.

Art. 2. — Les élèves médecins suivent les cours, les conférences et les exercices pratiques de la Faculté; casernés dans l'École, ils y sont soumis à des interrogations et à un système d'études intérieures qui, par l'emploi réglé du temps, les préparent à subir les examens du doctorat d'après le mode déterminé au titre IV.

Les élèves pharmaciens suivent les cours de l'École supérieure de pharmacie; casernés dans l'École, ils y sont soumis à des travaux intérieurs analogues.

Art. 3. — La durée des études dans l'École est de quatre ans pour les élèves médecins et de trois ans pour les élèves pharmaciens. Aucun élève ne peut être autorisé à y passer une année de plus, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail.

Sauf le cas prévu au dernier paragraphe de l'art. 12 ci-après, l'élève qui a cessé de faire partie de l'École peut y être réadmis, mais seulement par voie de concours, et s'il remplit encore les conditions voulues.

TITRE II. — Mode et conditions d'admission des élèves.

Art. 4. — Nul n'est admis à l'École du service de santé que par voie de concours.

Le concours est public et a lieu tous les ans.

Le ministre de la guerre en détermine les règles; chaque année, il arrête le programme des matières sur lesquelles doivent porter les examens, ainsi que l'époque de l'ouverture de ces examens.

L'arrêté du ministre est rendu public avant le 1er avril.

Art. 5. — Le jury d'examen se compose, pour les candidats en médecine, d'un médecin inspecteur de l'armée, président, et de deux professeurs de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires; pour les candidats en pharmacie, du pharmacien inspecteur, président, et de deux pharmaciens militaires; les examinateurs sont nommés tous les ans par le ministre.

Art. 6. — Nul ne peut concourir pour l'admission à l'École impériale du service de santé militaire, s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est né ou naturalisé Français;

2° Qu'il a été vacciné ou qu'il a eu la petite vérole;

3° Qu'il a eu plus de 17 ans et moins de 20 ans au 1er janvier de l'année courante;

Aucune dispense d'âge ne peut être accordée;

4° Qu'il a été reconnu apte à servir activement dans l'armée; cette aptitude sera justifiée par le certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins; elle pourra être vérifiée par l'inspecteur du service de santé, président du jury d'examen;

5° Qu'il est pourvu du diplôme de bachelier ès lettres et du diplôme de bachelier ès sciences restreint, s'il est candidat en médecine, et seulement du diplôme de bachelier ès sciences complet, s'il est élève en pharmacie.

Les élèves pharmaciens doivent en outre justifier de trois années de stage dans une pharmacie civile. Les certificats de stage doivent être appuyés d'une attestation d'inscription au secrétariat d'une école de pharmacie ou sur les registres spéciaux déposés chez les juges de paix. Deux années passées dans les hôpitaux civils en qualité d'interne comptent pour deux années de stage.

Art. 7. — Avant l'ouverture des examens et à l'époque fixée par les programmes, les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux des intendants militaires des divisions dont les chefs-lieux sont compris dans l'itinéraire du jury d'examen.

Art. 8. — Au terme des opérations, le jury d'admission dresse la liste, par ordre de mérite, des candidats admissibles. Le ministre de la guerre nomme élèves du service de santé militaire, en suivant l'ordre de cette liste, ceux des candidats qui remplissent les conditions voulues.

Art. 9. — Les élèves doivent toujours être arrivés à l'École avant la séance de rentrée de la Faculté ou de l'École supérieure de pharmacie, et en temps utile, pour qu'ils puissent être installés et habillés dès l'ouverture de leurs cours.

Art. 10. — Le prix de la pension est de 1,000 fr. par an, celui du trousseau est déterminé chaque année par le ministre de la guerre; les livres et les instruments nécessaires aux études des élèves leur sont fournis par l'État, et sont comptés dans le prix du trousseau.

Des bourses et des demi-bourses sont accordées aux élèves qui ont préalablement fait constater l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'École.

L'insuffisance de la fortune des parents et des jeunes gens doit être, au moment de l'inscription du candidat, constatée par une délibération motivée du conseil municipal, approuvée par le préfet du département.

Les bourses ou demi-bourses sont accordées par le ministre de la guerre, sur la proposition du conseil d'administration institué par l'art. 44 ci-après, auquel se joignent, pour cette opération, les deux professeurs et les deux pharmaciens militaires qui ont fait partie du jury d'examen pour l'admission.

Les élèves qui les obtiennent sont tenus de contracter un engagement militaire de sept ans, avant leur entrée à l'École.

Art. 11. — Il peut être alloué, sur la proposition du même conseil sus-indiqué en l'art. 10, à chaque boursier ou demi-boursier, un trousseau ou un demi-trousseau à son entrée à l'École.

Art. 12. — Les frais d'inscription, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de diplômes, réglés conformément au tarif déterminé par le décret du 22 août 1854, sont payés par le ministre de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur.

Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge du candidat

TITRE III. — Personnel de l'École.

SECTION PREMIÈRE. — *Personnel de direction.*

Art. 13. — La direction de l'École comprend :

Un directeur, ayant le grade de médecin inspecteur de l'armée; — un médecin principal, sous-directeur; — deux médecins de 1re classe, — huit médecins aides-majors de 1re classe, — deux pharmaciens aides-majors de 1re classe.

Le directeur et le sous-directeur sont nommés par l'Empereur sur la proposition du ministre de la guerre.

Les majors et aides-majors sont nommés par le ministre de la guerre.

Art. 14. — L'autorité du directeur s'étend sur toutes les parties du service et sur tout le personnel attaché à l'École. Il est spécialement chargé d'assurer l'exécution des règlements, ainsi que le maintien de l'ordre et de la discipline.

Il correspond directement avec le ministre de la guerre.

Art. 15. — Le sous-directeur exerce, sous l'autorité du directeur, une surveillance journalière en ce qui concerne la police, la discipline et la marche des études.

En cas d'absence ou de maladie du directeur, le sous-directeur le remplace dans toutes ses fonctions.

Art. 16. — Les attributions des officiers de santé majors et aides-majors sont déterminées par le règlement intérieur de l'École, arrêté par le ministre de la guerre.

Les majors et aides-majors sont nommés à l'École d'après des propositions faites à l'inspection. Les majors doivent avoir au moins deux ans de grade. Après trois ans d'exercice de fonctions à l'École, ceux qui seront proposés pour l'avancement seront inscrits d'office au tableau d'avancement, où ils figureront avec un classement spécial.

Les aides-majors devront avoir au moins un an de grade.

Après deux ans d'exercice de fonctions à l'École, ceux qui seront proposés pour l'avancement seront, selon leur position relative, inscrits d'office au tableau d'avancement pour le grade de médecin-major de 2e classe ou pour le passage dans les hôpitaux. Ils y figureront avec un classement spécial.

SECTION II. — *Personnel d'instruction.*

Art. 17. — Le personnel d'instruction comprend :

Deux répétiteurs d'anatomie, — un répétiteur de physiologie, — deux répétiteurs de pathologie médicale et de pathologie générale, — deux répétiteurs de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire, — un répétiteur de chimie et de physique légales, — un répétiteur de thérapeutique et de médecine légales, — un répétiteur de botanique et d'histoire naturelle des médicaments, — un répétiteur de pharmacie et de matière médicale.

Les répétiteurs sont nommés par le ministre de la guerre, à la suite d'un concours dont le mode est déterminé par une décision ministérielle.

Ils ne peuvent être pris que parmi les officiers de santé militaires du grade d'aide-major ou de major de 2e classe. La nomination de répétiteur, s'il est médecin, place le titulaire dans la position de médecin d'hôpital.

SECTION III. — *Personnel administratif.*

Art. 18. — Sont attachés à l'École :

Un major dépositaire des archives choisi parmi les officiers supérieurs en activité ou en retraite, ayant rempli les fonctions de major.

Il peut rester en exercice jusqu'à l'âge de 64 ans.

Un officier d'administration comptable des deniers et des matières.

Un bibliothécaire conservateur des collections scientifiques choisi parmi les officiers de santé militaires en retraite.

Le ministre de la guerre nomme à ces emplois; sur sa demande, le conseil d'administration, institué par l'art. 44 ci-après, peut, chaque fois qu'il y aura lieu de nommer à l'un desdits emplois, présenter deux candidats.

L'officier d'administration comptable est responsable de sa gestion; il est tenu de fournir un cautionnement, et il lui est alloué une prime de gestion.

Art. 19. — Le ministre de la guerre détermine, sur l'avis du conseil d'administration, le nombre et les attributions des employés d'administration et des agents subalternes.

Il nomme, sur la présentation du directeur, les employés et les agents qu'il y a lieu d'admettre à subir les retenues et à jouir des bénéfices de la législation des pensions.

Le directeur nomme les agents subalternes. Leur traitement est fixé par le ministre de la guerre sur la proposition du conseil d'administration.

SECTION IV. — *Dispositions communes relatives aux divers personnels de l'École.*

Art. 20. — L'inspecteur directeur de l'École reçoit les allocations spéciales attribuées aux généraux commandant les Écoles militaires.

Les officiers de santé militaires et les officiers d'administration, les sous-officiers, caporaux et soldats en activité de service employés à l'École, reçoivent la solde de leur grade, augmentée du tiers allouée aux officiers des diverses armes et aux militaires employés dans les écoles militaires.

Les fonctionnaires non militaires et les employés d'administration sont rétribués sur les fonds de l'Ecole, conformément au tarif annexé au présent décret.

Art. 21. — Les traitements des fonctionnaires et des employés non militaires, ainsi que ceux des agents de l'Ecole, sont passibles des diverses retenues prescrites et déterminées par l'article 3 de la loi du 9 juin 1853.

Leurs pensions de retraite sont réglées conformément aux lois.

Art. 22. — Les fonctionnaires, employés et agents non militaires de l'Ecole ne peuvent être révoqués que par l'autorité qui les a nommés.

TITRE IV. — **Instruction.**

Art. 23. — Les candidats admis par ordre de mérite et d'après la liste dressée par les jurys mentionnés en l'art. 5, sont commissionnés par le ministre de la guerre en qualité d'élèves du service de santé militaire, sur le vu de leurs commissions transmises au doyen de la Faculté ou au directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie par le médecin inspecteur-directeur de l'Ecole du service de santé militaire; ils sont inscrits au secrétariat de la Faculté de médecine ou de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg.

Art. 24. — Le directeur se concerte avec le recteur de l'Académie, avec le doyen de la Faculté et le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, pour régler les heures des cours, des conférences et des exercices pratiques, et pour les coordonner avec les études intérieures des élèves.

Art. 25. — Les cours obligatoires sont, pour les élèves médecins, les suivants, conformément à l'arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 26 septembre 1837 :

Les trois cliniques (médecine, chirurgie, accouchement); — pathologie interne et chirurgicale; — matière médicale et thérapeutique; — médecine opératoire; — anatomie pathologique; — cours d'accouchements; — médecine légale; — hygiène générale.

Pour les élèves pharmaciens, ils sont les suivants :

Chimie; — pharmacie; — physique; — toxicologie; — botanique et histoire naturelle des médicaments; — matière médicale.

Art. 26. — Les programmes de ces cours déterminent non-seulement l'ensemble et le cadre méthodique des matières à traiter dans les limites de chaque enseignement semestriel ou annuel, mais le nombre des leçons et les matières qui seront traitées dans chaque leçon.

Art. 27. — Les programmes, rédigés par les professeurs et acceptés en assemblée de Faculté, sont soumis par le ministre de l'instruction publique à une commission mixte, composée de deux membres du conseil de santé désignés par le ministre de la guerre, du directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg et de l'inspecteur général de l'ordre de la médecine, président.

Le ministre de l'instruction publique, sur le rapport motivé de cette commission, arrête définitivement lesdits programmes, dont il est remis des exemplaires au conseil de santé et à la direction de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

En cas d'empêchement d'un professeur, il est suppléé par un agrégé désigné d'avance pour chaque spécialité de l'enseignement médical; le suppléant se conforme, comme le professeur, au programme officiel de chaque leçon.

Art. 28. — Le professeur de clinique médicale exerce lui-même les élèves militaires aux diverses explorations et à tous les détails du diagnostic.

Le professeur de clinique chirurgicale exerce les élèves militaires aux pansements et à la pratique des petites opérations, à l'application des appareils, à l'assistance dans les grandes opérations, etc.

Le professeur de clinique obstétricale s'applique à les familiariser avec les divers modes d'exploration et les fait participer activement à la pratique des accouchements.

Dans les trois cliniques, les élèves militaires sont traités et utilisés sur le même pied que les internes.

Art. 29. — Les élèves du service de santé militaire sont admis à subir les épreuves pour le doctorat, dans l'ordre et aux époques déterminées ci-après, savoir :

Le premier examen de doctorat (3e examen dans le mode suivi près les Facultés), portant sur l'histoire naturelle médicale, la physique et chimie médicales, après la 4e et avant la 5e inscription.

Le deuxième examen de doctorat (1er examen dans le mode suivi près les Facultés), portant sur l'anatomie, la physiologie et la dissection, après la 8e et avant la 9e inscription.

Le troisième examen de doctorat (2e examen dans le mode suivi près les Facultés), portant sur la pathologie interne et externe et la médecine opératoire, après la 12e et avant la 13e inscription.

Le quatrième et cinquième examen de doctorat portant, le premier sur l'hygiène, la médecine légale, la thérapeutique, la matière médicale et la pharmacologie; le deuxième sur la clinique interne et externe, et sur les accouchements, et l'épreuve de la thèse, avant la 16e inscription, du 1er août au 31 décembre.

Art. 30. — Les trois premiers examens de doctorat ci-dessus spécifiés sont subis à la fin de chacune des trois années d'études correspondantes du 1er au 31 août. En cas d'échec, les élèves sont admis à subir de nouveau ces épreuves dans le courant du mois de novembre suivant. Un deuxième échec entraîne d'office le licenciement de l'élève et la sortie immédiate de l'Ecole.

Art. 31. — Les examens dits de fin d'année sont remplacés par des examens semestriels subis du 1er au 15 avril, dans la même forme et aux mêmes conditions que les examens de fin d'année.

Les élèves sont, en outre, dans l'intérieur de l'Ecole, soumis à des interrogations hebdomadaires dirigées par des répétiteurs et portant sur les matières enseignées.

Les résultats de ces interrogations donnent lieu à des classements semestriels qui, combinés à la fin de l'année avec les résultats des examens subis à la Faculté et spécifiés en l'article 30 ci-dessus, déterminent le rang de passage des élèves d'une division à l'autre.

Art. 32. — La liste définitive des classements par ordre de mérite, pour le passage d'une division à l'autre, est établie dès la reprise des études; elle est dressée par un jury composé comme suit :

Le directeur, président; — le sous-directeur; — les deux médecins-majors de 1re classe; — les répétiteurs des cours et conférences afférents à chaque année d'études.

Les notes obtenues par les élèves à la suite des examens subis à la Faculté, du 1er au 15 avril et du 1er au 31 août, sont communiquées à ce jury.

Art. 33. — Tout élève du service de santé militaire reçu docteur ou pharmacien de 1re classe, suivant le mode déterminé par le présent décret, est admis de plein droit à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, et, sur le vu de son certificat d'aptitude, le directeur de l'Ecole du service de santé est autorisé à lui faire délivrer immédiatement une feuille de route pour cette destination.

Art. 34. — Les élèves de l'Ecole du service de santé, démissionnaires ou licenciés, conserveront devant les Facultés de médecine le bénéfice des inscriptions qu'ils auront prises; les examens qu'ils auront subis avec succès pour le doctorat ne leur seront comptés près des Facultés que comme examens de fin d'année.

TITRE V. — **Régime. — Police. — Discipline.**

Art. 35. — L'Ecole du service de santé est soumise au régime militaire.

Tous les élèves sont casernés; les médecins sont répartis en quatre divisions : la quatrième, composée des élèves nouvellement admis; la troisième, des élèves qui commencent leur deuxième année d'études, après avoir subi avec succès le premier examen pour le doctorat, conformément à l'article 29 ci-dessus, et ainsi de suite.

Les élèves pharmaciens de 1re, 2e et de 3e année d'études forment une seule division.

L'uniforme des élèves est réglé par une décision ministérielle.

Art. 36. — Les chefs des salles d'étude sont des élèves choisis par le directeur de l'Ecole, d'après leur rang d'admission pour la 4e division et d'après le rang de classement de fin d'année pour les trois autres divisions. Ces élèves ont le titre et portent les insignes de sergent-major, de sergent-fourrier et de sergent.

La division des pharmaciens n'aura qu'un seul grade, choisi parmi les élèves de 3e année d'études.

Art. 37. — Deux fois par an, un conseil composé des fonctionnaires suivants :

Le directeur de l'Ecole, président; — le sous-directeur; — un médecin-major de 1re classe; — deux aides-majors, établit pour chaque élève un bulletin résumant :

Les notes relatives au travail et aux progrès de l'élève; — les notes relatives à sa conduite et à sa tenue; — les punitions encourues.

Un relevé de ces notes est adressé au ministre et aux parents.

Art. 38. — Un conseil de discipline est spécialement institué pour prononcer sur le compte des élèves qui, par des fautes graves ou par inconduite habituelle, se mettraient dans le cas d'être exclus de l'Ecole.

Le conseil de discipline est composé de six membres, savoir :

Le sous-directeur, président; — un médecin-major de 1re classe de l'Ecole; — un médecin-major de 1re classe d'un des régiments de la garnison; — un répétiteur, choisi de préférence parmi ceux qui ont le grade de major de 2e classe; — deux aides-majors, renouvelés tous les ans.

Les fonctions de rapporteur du conseil sont remplies par un des majors de 2e classe, ou par un des aides-majors de l'Ecole, choisi parmi ceux qui ne sont pas membres du conseil; cet officier n'a pas voix délibérative.

Le médecin-major de 1re classe de la garnison est nommé par le général commandant la 6e division, sur la demande du directeur de l'Ecole.

Les officiers de santé majors et aides-majors de l'Ecole sont nommés par le directeur de l'Ecole.

Les membres amovibles sont nommés tous les ans à la reprise des études.

Art. 39. — Le conseil s'assemble sur la convocation du directeur de l'Ecole.

Le conseil ne peut délibérer que lorsque tous les membres sont présents.

Nul membre ne peut se dispenser d'assister au conseil sans un empêchement légitime, dont il doit, dans le plus bref délai, donner avis au directeur de l'Ecole.

Les membres absents sont remplacés par des fonctionnaires de même ordre, désignés d'avance en qualité de suppléants.

Les membres titulaires siégent en tenue de service.

Art. 40. — Lorsqu'un élève est traduit devant le conseil de discipline, le conseil, après s'être réuni et constitué, entend la lecture du rapport établi sur les faits qui motivent sa comparution devant le conseil, et prend connaissance de sa feuille de punition, ainsi que de ses notes, depuis son entrée à l'Ecole.

Le conseil peut d'ailleurs demander tous les renseignements écrits ou verbaux qu'il jugerait utiles dans l'intérêt de la discipline ou de l'élève inculpé.

L'élève est admis à présenter sa justification.

Art. 41. — Lorsque le conseil juge qu'il est suffisamment éclairé, le rapporteur, les divers témoins et l'inculpé se retirent, le conseil délibère et procède ensuite au vote par le mode du scrutin secret.

Art. 42. — L'exclusion de l'élève ne peut être prononcée par le conseil qu'à la majorité des deux tiers des voix. Le ministre de la guerre statue.

L'élève exclu de l'Ecole ne peut y être admis de nouveau.

Art. 43. — En cas de troubles, de refus d'obéissance collectif, ou de tout autre acte compromettant l'ordre de l'Ecole et présentant un caractère d'insubordination générale, le ministre de la guerre, sur le rapport du directeur de l'Ecole, arrête les mesures nécessaires pour ramener l'ordre et la tranquillité et peut prononcer l'exclusion des élèves signalés.

TITRE VI. — **Administration et comptabilité.**

Art. 44. — Un conseil d'administration est chargé de diriger et de régler toutes les affaires administratives de l'Ecole.

Art. 45. — Ce conseil est composé ainsi qu'il suit :

Le directeur de l'Ecole, président; — le sous-directeur; — un officier de santé major de 1re classe; — deux répétiteurs; — un aide-major, pris dans le personnel de direction — le major; — l'officier d'administration comptable.

Le major et l'officier d'administration comptable siégent au conseil, le premier comme rapporteur, le second comme secrétaire; ils y ont voix délibérative.

Toutefois, l'officier d'administration comptable n'a que voix consultative, quand le conseil s'occupe des vérifications de sa gestion.

Les quatre membres temporaires du conseil d'administration sont renouvelés chaque année, par moitié, à la reprise des études.

Le conseil se réunit sur la convocation du directeur de l'Ecole. Il ne peut délibérer qu'autant que la moitié plus un de ses membres sont présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 46. — Lorsque, conformément à l'art. 18 ci-dessus, le conseil d'administration a des candidats à présenter, il procède au scrutin secret.

Il n'y a présentation qu'autant que les candidats réunissent la moitié plus un des suffrages exprimés.

Art. 47. — L'emploi des fonds affectés aux dépenses de l'Ecole est confié au conseil d'administration, qui veille à tous les détails d'administration intérieure.

Art. 48. — L'intendance militaire est chargée de la surveillance administrative de l'Ecole; elle l'exerce d'après les règles déterminées pour l'administration des corps de troupe.

TITRE VII. — **Dispositions générales.**

Art. 49. — Le ministre de la guerre détermine par des règlements particuliers ayant pour base les dispositions du présent décret, tout ce qui est relatif au service intérieur, à la discipline, à l'administration et à la comptabilité.

Art. 50. — Toutes les fois que le ministre de la guerre le juge nécessaire, et après en avoir prévenu le ministre de l'instruction publique, il confie à un inspecteur du service de santé le soin de contrôler la marche et les résultats des études des élèves militaires.

A cet effet, cet inspecteur, après avoir prévenu le recteur, le doyen de la Faculté ou le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, assiste aux leçons, aux interrogations, et, s'il y a lieu, aux examens. Il adresse au ministre de la guerre, à la suite de chaque mission, un rapport dont le double est transmis au ministre de l'instruction publique.

Art. 51. — Outre ces missions éventuelles qui ont pour objet de vérifier la marche et la force des études des élèves militaires, le ministre charge tous les ans un inspecteur du service de santé militaire de l'inspection de l'Ecole, en ce qui concerne le personnel, le service, la discipline, la régularité de l'instruction, l'hygiène et le fonctionnement de l'Ecole dans toutes ses parties.

Un intendant militaire passe l'inspection administrative de l'Ecole.

Art. 52. — Toutes les dispositions contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 53. — Nos ministres secrétaires d'Etat de la guerre et de l'instruction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 27 avril 1864. NAPOLÉON.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. EMPIS.

De la granulite. — Nécessité du nom.

Plusieurs d'entre vous, Messieurs, m'ont demandé pourquoi j'appelais *granulite* des maladies que, dans les autres cliniques, on vous désigne sous les noms de fièvre cérébrale, de méningite tuberculeuse, d'hydrocéphale aiguë, de phthisie galopante, de tuberculisation aiguë, d'affections granuleuses, etc., etc.; l'autopsie que nous venons de faire ensemble de la femme du n° 48 de la salle Notre-Dame, me donne l'occasion de répondre à votre question. Vous vous rappelez l'histoire de cette malade :

Agée de trente-sept ans, elle fut apportée presque sans connaissance dans mon service le 7 avril dernier. Nous apprîmes par son mari que trois mois auparavant, elle avait éprouvé un vomissement ou un crachement de sang; mais que depuis cet accident, elle s'était néanmoins bien portée et avait pu continuer son état de blanchisseuse jusqu'au moment où la maladie qui l'amenait à l'hôpital s'était brusquement déclarée.

Il y avait trois jours seulement, assurait-il, que sa femme, étant en train de faire son ménage, fut prise d'une faiblesse qui la fit s'affaisser tout à coup sur elle-même en même temps qu'elle perdait connaissance. Depuis le début apoplectiforme de cette maladie, le délire n'avait pas cessé; la malade avait eu des vomissements fréquents et pas de garde-robes.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, elle était calme dans son lit, le visage pâle, l'aspect un peu amaigri; sa physionomie offrait un singulier mélange de stupeur et de souffrance; la malade paraissait entendre ce qu'on lui disait, mais ne pas vouloir répondre. Cependant, lorsqu'on lui commandait impérieusement et à plusieurs reprises d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, de fermer les yeux, de remuer les mains ou les pieds, elle finissait par obéir lentement, mais avec une sorte d'ennui et de résignation. Son mutisme ne paraissait dépendre nullement d'un défaut de contractilité dans les muscles des lèvres ou de la langue, mais d'un trouble de l'intelligence, d'un défaut de volonté.

La sensibilité cutanée était extrêmement exaltée. On ne pouvait lui toucher la peau sans qu'elle témoignât son déplaisir par un cri plaintif ou par une expression douloureuse du visage.

L'hyperesthésie était surtout manifeste sur la peau de la face, sur celle du ventre et sur celle des membres inférieurs. Elle nous parut aussi plus exagérée du côté droit que du côté opposé.

Nous ne pûmes constater aucun trouble de la vue; il n'y avait pas de strabisme; les pupilles étaient normales et contractiles; la malade ne paraissait pas souffrir de la lumière.

La contractilité n'offrait aucun trouble; il n'y avait nulle part de contracture ni de paralysie.

La langue était blanche et un peu collante; les vomissements ne s'étaient pas répétés depuis l'entrée de la malade; il y avait de la constipation. Le ventre était partout très-sensible à la palpation; les parois en étaient contractées; on ne pouvait pas y tracer des lignes avec le dos du doigt sans déterminer une extrême douleur. La tache *onguéale* se dessinait en rouge avec vivacité et persistait longtemps.

La malade n'avait pas de fièvre. La peau n'était pas notablement chaude; le pouls était régulier et battait 76 fois par minute.

La respiration était naturelle, elle n'était ni précipitée, ni ralentie, ni saccadée. La malade ne toussait pas, ne crachait pas. L'examen le plus minutieux de la poitrine ne nous fit absolument rien découvrir du côté des organes respiratoires.

Le diagnostic n'était pas difficile; il s'agissait évidemment de l'apoplexie séreuse d'autrefois et de ce qu'on décrit aujourd'hui dans vos livres sous les noms divers d'hydrocéphale aiguë, de méningite tuberculeuse, de méningite granuleuse, de méningo-encéphalite, de fièvre cérébrale, etc., etc. — Je vous dis alors qu'il ne s'agissait pas là seulement d'une maladie des méninges et du cerveau, mais bien d'une affection générale à forme encéphalique, et que c'était un exemple de l'affection que j'appelle *granulite*.

Le pronostic était désespérant, et malgré toute notre thérapeutique, la malade s'éteignit dans un délire comateux le dixième jour de la maladie, sans fièvre, sans paralysie, et sans avoir présenté pendant tout le cours de sa maladie le moindre symptôme du côté des organes respiratoires.

L'autopsie vient d'être faite devant vous; elle vous montre la plupart des lésions que je vous avais annoncées : inflammation des méninges cérébro-spinales, fines adhérences celluleuses au niveau des scissures; granulations demi-transparentes non tuberculisées dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et le long des vaisseaux; ramollissement du corps calleux et de la voûte à trois piliers; dilatation considérable des ventricules, remplis de sérosité limpide. Voilà pour la tête.

Du côté de la poitrine, les lésions sont considérables : à la surface des plèvres, notablement hyperémiées, exsudation plastique, filante au doigt et formant aux endroits de contact de petits filaments ténus de tissu conjonctif. Les poumons, dans toute leur étendue, sont littéralement criblés de petites granulations demi-transparentes non tuberculisées; au sommet des deux poumons, deux ou trois petites cicatrices anciennes, et en tout *cinq* petits tubercules demi-crétacés, d'ancienne formation; ganglions bronchiques tuméfiés, grisâtres, sans aucune trace de tubercule.

Dans l'abdomen, les lésions ne sont pas moins remarquables : le péritoine, comme les plèvres, est le siége d'une fine exsudation plastique qui forme déjà des filaments celluleux nombreux à la surface des différents viscères; on y voit, en outre, un nombre considérable de petites granulations transparentes qui se rencontrent au maximum, à la surface du foie et surtout à celle de la rate.

Les ganglions mésentériques sont très-congestionnés; mais aucun d'eux ne nous a laissé découvrir de tuberculisation.

En présence de ces lésions si multipliées, on doit se demander si le nom par lequel on a désigné la maladie pendant la vie est bien convenable.

Si l'enseignement de l'anatomie pathologique se faisait ici comme il se pratique dans les universités de Vienne et de Berlin; si le professeur, ignorant les symptômes manifestés pendant la vie, était obligé, par l'étude exclusive des lésions anatomiques, de reconstruire la maladie et de lui donner son nom, pensez-vous qu'il ferait, avec toutes les lésions que nous venons de voir, une simple maladie de l'encéphale? Non, sans doute. Il en ferait à coup sûr une *phthisie galopante*.

Si cependant je vous avais montré cette malade comme un bel exemple de phthisie galopante, vous auriez pu douter de ma raison. L'image d'un état de consomption causé par le poumon est inséparable de l'idée de phthisie; une phthisie qui tue en dix jours, sans consomption, sans fièvre hectique et sans aucun symptôme pulmonaire, n'est pas une phthisie dans l'acception clinique du mot. Cette dénomination, acceptable vis-à-vis du cadavre, eût été pitoyable pendant la vie de la malade.

Serait-ce à dire que, méconnaissant la valeur de la multiplicité et de la dissémination des lésions dans les trois cavités, il convienne mieux de faire, du cas particulier que nous avons sous les yeux, une maladie locale, une maladie de l'encéphale, une apoplexie séreuse dont le début apoplectiforme légitimerait l'appellation; une hydrocéphale aiguë, justifiée par l'accumulation d'une grande quantité de sérosité dans les ventricules dilatés; une méningo-encéphalite, amplement démontrée par l'état des membranes et des parties centrales du cerveau?... Mais avec tous ces mots qui emprisonnent l'idée dans la lésion encéphalique, que deviendrait la notion de l'état général spécifique qui domine toutes les déterminations locales, que deviendraient les lésions thoraciques et les lésions abdominales?

Frappé du vice de toutes ces dénominations, M. le professeur Trousseau décrit cette affection sous le nom de phthisie galopante, dans le premier volume de sa *Clinique médicale*, et sous celui de fièvre cérébrale, dans le deuxième volume.

Passons à la question sérieuse. Pourquoi ne pas appeler l'affection que nous avons sous les yeux une *tuberculisation aiguë*, comme le feraient quelques-uns de nos collègues? C'est que cette expression me paraît doublement défectueuse, et parce qu'elle exprime déjà quelque chose de très-nettement déterminé en pathologie médicale, et parce que ce quelque chose est précisément tout différent de la maladie qui a tué cette pauvre femme. J'explique ma pensée.

La tuberculisation, si lente ou si rapide qu'elle soit dans sa marche, est toujours parfaitement déterminée par les caractères de son produit; par tuberculisation, on veut dire production de tubercules au sein d'un ou de plusieurs organes de l'économie. On exprime ainsi une action pathologique *tuberculisante*, faisant du tubercule. L'idée d'une tuberculisation sans tubercule, sans tuberculisation des organes, n'aurait pas de sens. Or, en clinique, la tuberculisation est très-nettement déterminée dans ses formes chronique et aiguë.

Sous la forme chronique, vous l'avez vue encombrer nos salles pendant tout l'hiver. Ces malheureux phthisiques, qui meurent lentement en consomption, sont autant d'exemples de tuberculisation pulmonaire chronique, et vous savez tous merveilleusement reconnaître à l'aide de nos moyens actuels d'exploration, à l'aide de la percussion et de l'auscultation, la marche progressive de la maladie, l'étendue de la lésion et son degré.

A côté de ces phthisies chroniques dans lesquelles les tubercules ne se développent qu'en petit nombre à la fois, et ne marchent au troisième degré qu'à petite vitesse, je vous en ai montré d'autres dans lesquelles les tubercules se développent à la fois en grand nombre et accomplissent leur évolution avec une formidable rapidité. Chez ceux-ci, vous suivez jour par jour, heure par heure, le progrès du mal, qui, en quelques semaines, entraîne au tombeau ses victimes. Entre ces deux formes de la tuberculisation, la différence est tout entière dans la rapidité d'évolution. L'une est une maladie chronique qui met des années à localiser ses produits et à atteindre ses degrés; l'autre est une maladie aiguë qui frappe l'économie dans toute sa substance à la fois et concentre toute l'activité organique dans la production des tubercules qui se développent, se multiplient, se disséminent dans tous les organes et parcourent leurs degrés avec une effrayante vitesse.

Mais ce qu'il importe de ne pas oublier, c'est que dans les deux cas la conséquence anatomique est la même; ce sont les mêmes produits et les mêmes lésions : la vitesse du procédé seule a été différente; et cela est si vrai, qu'en présence des désordres offerts par le cadavre, il vous serait impossible le plus souvent de préciser si la tuberculisation a été chronique ou si elle a été aiguë.

Or, je vous en fais juges; peut-on dire que cette malade ait succombé à des tubercules, à une véritable tuberculisation? Voyons-nous chez elle ces désordres si considérables déterminés dans les organes par la fonte des tubercules, et serait-il raisonnable d'attribuer sa maladie aux cinq petits tubercules demi-crétacés que nous trouvons au sommet des poumons, dont l'un est gros comme un grain de chènevis, et dont les quatre autres ont le volume de grains de millet? Malgré les perquisitions les plus minutieuses et les plus répétées, on n'a pu trouver ailleurs absolument aucun indice de tuberculisation; ce n'est donc point là, il faut le reconnaître, un exemple de ce qu'on appelle judicieusement la tuberculisation aiguë, car ce serait une tuberculisation sans tubercules.

Mais j'entends l'objection : ces granulations si multipliées qui criblent les poumons et qui se retrouvent aussi dans la tête et dans le ventre, ce sont des tubercules à l'état naissant, me dira-t-on, et la disposition générale qui les produit n'est autre que la diathèse tuberculeuse.

J'avoue que je ne sais pas assez ce qu'une diathèse est en soi, pour juger si celle qui produit les granulations est identique à celle qui produit du tubercule. En dehors de leurs caractères sensibles, de leurs manifestations fonctionnelles et organiques, les diathèses me paraissent assez mal dessinées. Ce qui nous importe le plus en clinique, c'est de bien connaître les caractères sensibles des maladies. Quelle que soit l'opinion qu'on préfère se faire sur l'unité ou la dualité des diathèses qui dominent la scrofule et la tuberculisation, cela n'empêchera jamais le sens commun de distinguer un scrofuleux d'un tuberculeux. De même, croyez-le bien, quel que soit le résultat de vos méditations sur l'unicité ou la dualité des diathèses qui engendrent les tubercules et les inflammations granuleuses, l'étude clinique vous démontrera chaque jour davantage que ce sont deux états pathologiques très-distincts; que si parfois on les observe successivement ou simultanément chez le même sujet, il n'en est pas moins facile, par l'analyse chimique, de faire la part des symptômes qui appartiennent à chacun de ces états. Quant à l'identité des produits, elle n'est plus soutenable aujourd'hui. Les granulations ne sont pas, comme l'avait cru Laënnec, des tubercules à l'état naissant; ce sont des produits pathologiques très-distincts des tubercules, dont les caractères histologiques ont été très-bien décrits par mon ami M. le professeur Robin. Si quelquefois on les trouve en train de se tuberculiser, ce qui n'est pas rare quand elles se développent chez un sujet déjà tuberculeux, c'est qu'elles sont aussi susceptibles de recevoir du tubercule que le sont les ganglions lymphatiques et le tissu conjonctif de nouvelle formation. Et d'ailleurs, n'avez-vous donc vu chez cette malade, comme produits pathologiques, que des granulations?

Pouvez-vous méconnaître l'inflammation si spéciale qui occupe le péritoine, la surface des viscères abdominaux, les plèvres, les méninges cérébro-spinales, le cerveau? Répéterez-vous avec quelques-uns que l'inflammation, dans ce cas, est l'effet des granulations, qui appellent par leur présence la fluxion inflammatoire à la manière d'une épine? Non, non, les choses ne se passent pas ainsi; l'inflammation spécifique, dans cette maladie, se montre avant et en l'absence des granulations, qui non-seulement ne lui sont pas nécessaires, mais qui en sont un des produits au même titre que l'exsudation plastique de la surface des séreuses, comme je vous le prouverai plus tard.

Aucune des appellations reçues ne convient donc à la maladie qui a enlevé notre malade; elle a succombé à une affection générale dont nous constatons actuellement les effets matériels dans les organes contenus dans les trois cavités.

Les diverses formes de cette affection sont disséminées dans les cadres nosologiques autant que l'étaient celles de la fièvre typhoïde dans les pyrétologies des anciens et dans celle de Pinel; il est temps, cependant, d'en centraliser l'étude, et nous avons pour cela tous les éléments cliniques nécessaires; mais il est indispensable tout d'abord de convenir entre nous d'un nom qui désigne la maladie, quelle que soit la forme qu'elle affecte. J'ai adopté le nom de *granulite* sans me dissimuler tout ce qu'il a de défectueux.

Ce mot est passible de tous les reproches que l'on a adressés autrefois au mot *diphthérite*, qui a prévalu néanmoins dans la science parce qu'il était nécessaire; il en sera de même du mot granulite.

Si la terminaison *ite* vous importune trop, disons *granulie*, je le veux bien, ce qui n'éloignera nullement le but qu'il faut atteindre; quant à le remplacer par le terme collectif d'*affection granuleuse*, ce serait grouper notre maladie à côté des affections granuleuses du pharynx avec lesquelles elle n'a aucun rapport, à côté des affections granuleuses de l'utérus, qui sont elles-mêmes tout autre chose, à côté des inflammations granuleuses de la conjonctive, etc., etc., et dans ce groupe hybride d'affections granuleuses de toutes sortes se trouverait confondue et perdue l'affection dont nous voulons précisément faire ressortir l'individualité.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 mai 1864. — Présidence de M. Morin.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de feu M. Denis, de Commercy.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 48 :

M. Gintrac, directeur de l'Ecole de médecine de Bordeaux, obtient. . . . . 45 suffrages.
M. Pétrequin. . . . . 2 »
M. Serre (d'Uzès). . . . . 1 »

M. Gintrac ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

Sur la cessation immédiate de la céphalalgie fébrile par la compression des artères temporales. — M. Guyon communique sur ce sujet la note suivante :

Dans les nombreuses épidémies de fièvre jaune au milieu desquelles j'ai vécu aux Antilles de 1814 à 1826, il m'arrivait souvent d'explorer le pouls en touchant la temporale. Un jour que je la touchais en la comprimant plus fortement que de coutume, le malade s'écrie : Comme vous me soulagez! L'idée me vint aussitôt de comprimer également les deux temporales, et la céphalalgie avait entièrement disparu. Cette même compression, exercée sur d'autres malades, eut un égal résultat, et j'en dirai autant de son application faite dans toutes les fièvres sans exception, ce que j'expérimentai plus tard.

Le simple fait de la cessation de la céphalalgie fébrile par la compression des artères temporales résout de suite une question encore en litige, celle du siége interne ou externe de la douleur dans la céphalalgie; il est donc externe. Une autre question qui se rattache à celle-ci est également résolue par le même fait. C'est celle de la cause de la même douleur, cause qu'on ne saurait voir ailleurs que dans la distension des tissus de la surface du crâne, lesquels tissus ne peuvent s'étendre à proportion de l'afflux de sang qui s'y fait, emprisonnés en quelque sorte comme ils le sont d'un côté par les os du crâne et de l'autre par les téguments qui les recouvrent.

Maintenant la compression des temporales pour combattre la céphalalgie fébrile est-elle d'une application pratique? La cessation de la douleur, de la céphalalgie par la compression des temporales, est un fait incontestable, mais les avantages qu'on pourrait en retirer ne seraient-ils pas compensés par quelque inconvénient?

Comme la compression des temporales a pour effet immédiat de diminuer la quantité de sang qui de la temporale se porte à l'extérieur de la tête, on serait disposé à craindre que le sang, qui pendant la compression se porte en moins à l'extérieur de cette cavité, ne se porte en plus dans son intérieur; mais cette crainte sans doute paraîtra bien peu fondée si l'on considère que la portion de sang qui pourrait arriver à la carotide interne, refluant de la temporale, serait seulement celle qui d'abord n'aurait pu être admise dans les autres divisions de la carotide externe, divisions qui sont assez multipliées puisqu'elles ne sont pas au nombre de moins de six, et ayant pour la plupart un diamètre se rapprochant plus ou moins de celui de la temporale (auriculaire postérieure, occipitale, maxillaire externe, linguale, thyroïdienne supérieure, pharyngienne inférieure). Or la portion de sang dont nous parlons, alors même qu'il faudrait l'admettre, devrait être bien minime.

Et puis, ne perdons pas de vue :

1° Que, pour obtenir le résultat qu'on se propose, il ne s'agit pas d'interrompre tout à fait le cours du sang; qu'il s'agit seulement d'en amoindrir la colonne, et de manière à la réduire *juste*, si c'était possible, à son volume normal;

2° Que la compression ne doit pas être continue, et qu'on ne devrait même y recourir que dans les redoublements ou exacerbations fébriles, c'est-à-dire lorsque la céphalalgie a acquis son maximum d'intensité.

Toujours est-il qu'ayant souvent comprimé la temporale dans la fièvre jaune, et souvent aussi pendant un temps assez long, je n'en ai jamais vu surgir le moindre inconvénient : tout au contraire, toujours, au moment même de la compression, le malade sortait de l'état soit de torpeur, soit de simple somnolence, où il était; il ouvrait les yeux, respirait librement, et répondait avec netteté aux questions qu'on lui adressait, en exprimant le sentiment d'un véritable bien-être.

La compression des temporales nous paraît surtout applicable à la fièvre jaune, où la céphalalgie constitue, avec les douleurs lombaires, le symptôme qu'il importe le plus de calmer. Aussi a-t-on vu des médecins, dans ce but, pratiquer de profondes scarifications sur les tempes, et même ouvrir la temporale. Il est pourtant vrai de dire que ceux qui ont recouru à ce dernier moyen, tels que le docteur

Lefort, à la Martinique, avaient moins en vue la cessation de la céphalalgie, ou seulement son allégement, que d'obtenir une plus prompte déplétion sanguine par l'ouverture des veines. L'application du procédé dont nous parlons au traitement de la fièvre jaune n'y serait pas, du reste, chose absolument nouvelle, du moins jusqu'à un certain point.

Quant au moyen propre à exercer la compression des artères temporales, dans le cas dont il est question, le plus convenable serait une lame d'acier courbée en demi-cercle et garnie à ses extrémités d'une pelote mobile et semblable, pour la contexture, à celle usitée pour la compression des tumeurs herniaires. La mobilité de la pelote permettrait de varier de temps à autre ses points de contact avec les téguments, de telle sorte que ceux-ci ne fussent pas toujours comprimés par les mêmes points de la pelote. La lame d'acier, laissée tout à fait à nu, formerait un arc de cercle assez grand pour laisser entre elle et la région frontale un espace de quelques centimètres, espace dont le vide permettrait de faire sur cette région les applications réfrigérantes qui sont d'un usage général dans la période fébrile de la fièvre jaune.

Nous terminerons ce qui nous reste à dire sur le sujet de notre communication en rappelant que la compression des temporales, coïncidant avec celles des veines du bras, était usitée du temps d'Hippocrate, pour faire cesser l'épistaxis, compression qui rappelle à son tour la cautérisation et de ces mêmes vaisseaux et d'autres vaisseaux encore de la surface du crâne, également usitée du temps d'Hippocrate dans diverses maladies de la tête.

A la cautérisation des vaisseaux superficiels du crâne, dont la pratique remonte si haut dans l'antiquité, ajoutons leur ligature, mise en pratique à une époque très-rapprochée de nous, et qui avait également pour effet l'interruption du cours du sang. Tout le monde sait que ce moyen thérapeutique a été employé et préconisé par Harvey, qui assure lui devoir la guérison de céphalalgies anciennes et rebelles à toutes les autres médications.

Recherches sur la putréfaction spontanée des œufs couvés, pour servir à l'histoire des générations dites spontanées. — M. FLOURENS communique au nom de **M. DONNÉ** une note dont nous extrayons le passage suivant, qui en résume le contenu :

Ainsi que me le conseillait M. Pasteur, j'ai repris mes observations sur les œufs abandonnés à eux-mêmes. J'ai pris des œufs fécondés, je les ai fait couver par une poule et je les ai examinés à différentes périodes de l'incubation. J'avais donc non-seulement une matière organique éminemment organisable et prête à vivre, mais un être formé, un animal vivant; en abandonnant cet être à la décomposition, j'avais un petit cadavre tout entier, pourrissant au milieu d'un air respirable, parfaitement propre à la vie, puisque cet air suffit au développement de l'embryon, mais naturellement à l'abri des germes répandus dans l'espace, sans qu'il fût nécessaire de faire intervenir la chaleur pour détruire ces germes; toutes les conditions de la vie étaient donc respectées, et l'on ne pouvait accuser mon procédé d'attenter au principe de vie que le feu anéantit peut-être, en même temps qu'il détruit les germes dont on veut se préserver. Les œufs offrent ainsi un mode d'expérience tout préparé par la nature et dans les conditions les plus propres à permettre la transformation de la matière organique en corps organisés, si cette transformation pouvait effectivement avoir lieu spontanément et sans le concours de germes procédant eux-mêmes d'animaux ou de végétaux semblables à eux.

Eh bien, rien de semblable n'arrive, et ce qui se passe dans les œufs contenant un embryon développé par l'incubation jusqu'au moment de l'éclosion est tout à fait analogue à ce que l'on observe dans les œufs ordinaires abandonnés à eux-mêmes : les œufs, avec un embryon de huit jours, de quinze jours et de trois semaines, exposés pendant un mois à toutes les variations de la température extérieure, subissent une altération, une décomposition qui peut aller jusqu'à la putréfaction, jusqu'à répandre une odeur putride, avec teinte livide des liquides, sans donner naissance à aucun être organisé, si simple que ce soit, du règne végétal ou du règne animal, tant que l'œuf n'a pas été ouvert et que la substance intérieure n'a pas été mise en communication avec le grand réservoir où pullulent les germes que M. Pasteur a si bien démontrés. De même encore que dans mes premières expériences, les œufs dont on a mêlé les éléments par l'agitation subissent une altération, une décomposition plus rapide et plus profonde. De quelle nature est cette altération? Est-ce une véritable putréfaction, sans intervention de ferments? Est-ce une altération particulière, analogue, comme le dit M. Pasteur, à la gangrène? Mais qu'est-ce que la gangrène? Nous ne le savons guère. Je laisse à de plus habiles et à de plus savants que moi, à M. Pasteur surtout, le soin de résoudre cette obscure question. (Renvoi à la commission des générations dites spontanées.)

M. MILNE-EDWARDS fait remarquer que l'espèce de filtre constitué par la coquille de l'œuf ne s'oppose pas toujours à la pénétration des corps organisés vivants dans l'intérieur de ce corps. En effet, les expériences de M. Panceri prouvent que dans certains cas des plantes cryptogames, déposées sur la surface extérieure de l'œuf de la poule, en traversent la coquille et se développent dans l'albumen sans que les pores qui leur livrent passage soient visibles à l'œil. La présence de certains êtres vivants dans l'intérieur d'un œuf dont la coquille est intacte ne pourrait donc être considérée comme une preuve de la production de ces êtres par voie de génération dite spontanée.

— **M. DUMAS** présente, au nom de M. Grimaud (de Caux), un mémoire sur *les rivières et leurs rapports avec l'industrie et l'hygiène des populations.*

M. Dumas, en déposant ce mémoire sur le bureau, se réserve de donner, dans une des prochaines séances, sur les sujets qu'il traite, des informations précises qui pourront intéresser l'Académie et faire connaître au public le but et la portée des grands travaux entrepris par la ville de Paris dans l'intérêt de l'hygiène.

Traitement des rétrécissements uréthraux par la galvano-caustique chimique. — M. A. TRIPIER adresse une note sur ce sujet.

Les divers modes de traitement des rétrécissements uréthraux, dit l'auteur, offrent à apprécier des résultats immédiats ou prochains et des résultats éloignés. Aucune des méthodes recommandées jusqu'ici n'a fait ses preuves à ce dernier point de vue; pour aucune il n'a pu être bien établi que, la dilatation de l'urèthre une fois obtenue, la guérison fût durable. On me permettra donc, ayant à proposer une méthode dont l'application est toute récente, de m'en tenir pour aujourd'hui à ses effets immédiats, laissant intacte la question de ses résultats éloignés.

C'est en cherchant à localiser exactement et à circonscrire dans des limites voulues une cautérisation alcaline, que je me suis trouvé conduit à conseiller, en janvier 1863 (*Annales de l'Electrothérapie*), de détruire les rétrécissements uréthraux par la galvano-caustique chimique négative. Le concours de M. le docteur Mallez m'a fourni récemment l'occasion de faire passer dans le domaine des faits cette opération, restée jusqu'ici à l'état de conception théorique.

Notre malade est un homme de soixante-deux ans, atteint depuis longtemps d'un rétrécissement qui, progressant toujours, était devenu une cause de rétention incomplète avec incontinence permanente durant depuis dix-huit mois, et avait sérieusement compromis l'état général du sujet. L'urèthre n'admettait qu'après de longs tâtonnements une bougie conique de 1 millimètre de diamètre (nº 3 de la filière Charrière). Après une séance de galvano-caustique chimique négative de cinq minutes environ, une bougie nº 18 de la filière Charrière passait facilement. Il n'y a eu ni fièvre ni hémorrhagie; l'incontinence a cessé aussitôt après l'opération; le malade a pu immédiatement rendre ses urines à volonté.

Douze jours après l'opération, l'amélioration locale persistait entière, et l'état général était devenu tout à fait satisfaisant.

Il faut recourir, pour ces cautérisations, à un courant do tension un peu forte et d'intensité peu considérable.

(Commissaires, MM. Jobert et Cloquet).

Sur la nature et le traitement de l'épilepsie, de l'hystérie et de plusieurs autres maladies. — M. R. VIGOUROUX adresse un mémoire sur ce sujet. (Commissaires, MM. Serres, Andral et Rayer).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le service médical des principaux hôpitaux thermaux militaires a été réparti cette année entre les médecins dont les noms suivent :

Amélie-les-Bains. — MM. Artigues, médecin principal de 1re classe; Bouffard, médecin principal de 2e classe; Lemarchand, médecin-major de 1re classe; Tirard, médecin-major de 2e classe; Julia et Bourreiff, médecins aides-majors de 1re classe; Jean, médecin aide-major de 2e classe; Bouillard, pharmacien-major de 2e classe; Marcailhou, pharmacien aide-major de 1re classe.

Baréges. — MM. Ganderax, médecin principal de 2e classe; Armieux, médecin-major de 1re classe; Herbecq, médecin-major de 2e classe; Delbousquet, médecin aide-major de 1re classe; Bordères, médecin aide-major de 2e classe; Strohl, pharmacien-major de 2e classe.

Bourbon-l'Archambault. — M. Morand, médecin-major de 2e classe.

Bourbonne-les-Bains. — MM. Cabrol, médecin principal de 2e classe; de Finance, médecin-major de 1re classe; Souville, médecin-major de 2e classe; Krauss, médecin aide-major de 1re classe; Pineau, médecin aide-major de 2e classe; Paradis, pharmacien aide-major de 1re classe.

— M. de Quatrefages (de l'Institut) commencera aujourd'hui mardi 31 mai, à trois heures un quart, au Muséum d'histoire naturelle, son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie. Ce cours sera continué les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le cours de cette année sera consacré à l'étude des doctrines relatives à l'unité ou à la multiplicité des espèces humaines (monogénisme et polygénisme).

Le professeur comparera ces doctrines opposées, en s'appuyant constamment sur des faits empruntés à l'histoire des espèces et des races animales et végétales.

— La commune de Walincourt (Nord), centre de cinq villages d'une population de 12,000 habitants, demande toujours un docteur en médecine. On garantirait un traitement très-convenable.

S'adresser à M. Lamouret, maire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Règne végétal, divisé en Traité de botanique générale, Flore médicale et usuelle, Horticulture botanique et pratique, Plantes agricoles et forestières, Histoire biographique et bibliographique de la botanique; par MM. DUPUIS, O. REVEIL, GÉRARD, HERINCQ. Ce splendide ouvrage formera 17 beaux volumes, dont 9 volumes grand in-8º jésus de texte et 8 atlas petit in-4º de planches gravées sur acier. Les atlas renfermant, avec des textes descriptifs en regard, plus de 5,000 dessins de plantes ou de détails botaniques très-exactement et très-finement coloriés. L'ouvrage paraîtra à la fois en volumes et en atlas et par livraisons chacune de 16 pages au moins, grand in-8º jésus, et deux belles planches coloriées. Il formera de 200 à 210 livraisons au plus. Prix de la livraison : 1 fr. Les livraisons paraissent très-exactement, de dix en dix jours, à partir du 1er mai 1864, jour où deux livraisons à la fois ont été mises en vente. Les quatre premières livraisons sont en vente. — Paris, 1864, Th. Morgand, libraire-éditeur, rue Bonaparte, 5.

De la hernie crurale, par M. le docteur A. DESPRÉS. Prix: 3 fr. — Paris, chez A. Delahaye, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 64. — JEUDI 2 JUIN 1864. (37e ANNÉE.) N° 64. — JEUDI 2 JUIN 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er JUIN 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Beau a répondu aux argumentations de MM. Bouillaud, Béclard, Gavarret et Parchappe. Nous donnons plus bas, dans le compte rendu, un résumé des principaux points de sa réplique. M. Beau a dit quelque part dans le cours de cette réplique, que pour beaucoup de personnes cette question des mouvements du cœur était si obscure, et qu'elles avaient une opinion si peu faite à cet égard, que le dernier orateur qu'elles venaient d'entendre leur semblait être toujours celui qui avait raison. Il en est ainsi, en effet, dans beaucoup de discussions. Pour celle-ci, il n'en est pas tout à fait de même, et malgré l'incontestable talent dont M. Beau a fait preuve dans cette nouvelle argumentation, malgré les ressources d'un dialectique vive, pressante, souvent ingénieuse, et quelquefois même un peu embarrassante pour ses adversaires, il faut bien le dire, nous ne nous sentons nullement ébranlé dans l'opinion que nous nous sommes faite sur le sujet en litige dès le début de cette discussion, et notre esprit n'est point en butte à ces oscillations qui font alternativement le succès de chaque orateur.

Nous ne croyons pas trop nous avancer en disant que telle est la disposition générale des esprits en présence de ce débat. C'est ce que nous tâcherons de démontrer quand la discussion sera terminée. Elle sera probablement close dans la séance prochaine, après les explications nouvelles que MM. Gavarret et Bouillaud ont encore à présenter.

Avant la reprise de la discussion, l'Académie a entendu une série de rapports sur les remèdes secrets et la lecture des nouvelles conclusions du rapport de M. Briquet sur le travail de M. Mailloux, relatif au traitement du choléra.

A quatre heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie médicale sur les candidats au titre de correspondant national dans cette section. Il y aura probablement lieu à une élection pour la séance prochaine. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Cancer mélanique, multiple, se succédant et restant limité à la conjonctive pendant trois ans. Envahissement des ganglions parotidiens et sous-maxillaires. Extirpation.

Par M. RÉVILLOT, interne.

M. C..., âgé de trente ans, cultivateur, jouit de tous les attributs d'une bonne constitution. Blond, yeux bleus, sclérotiques minces, bleuâtres, sillonnées de petits vaisseaux un peu plus abondants que dans l'état normal, il n'a jamais fait de maladie grave. Sa mère est morte l'année dernière d'une affection chronique de l'utérus dont la nature est ignorée. Son père est d'une bonne santé.

Vers l'âge de vingt-trois à vingt-quatre ans, une petite veine, allant des bords de la cornée à la caroncule gauche, prit un peu de développement, devint flexueuse, et bientôt dans une des anses qu'elle formait, à égale distance de la caroncule et du bord interne de la cornée, prit naissance une petite tumeur noirâtre de la grosseur d'une tête d'épingle ; elle resta stationnaire pendant trois ans, puis en avril 1861, elle augmenta dans l'espace de deux mois jusqu'à atteindre le volume d'un gros grain de chènevis; la veine qui paraissait la supporter prit aussi un développement plus considérable. Le malade se décida alors à venir consulter à Paris; il s'adressa à M. Desmarres, qui excisa la tumeur et une partie de la veine. Bientôt la tumeur reparut à la même place et arriva en décembre au même volume que précédemment. En même temps, d'autres petites tumeurs s'étaient développées dans la conjonctive tout au tour de la cornée ; elles étaient de couleur rosée, d'apparence gélatineuse. M. Desmarres se contenta de cautériser celles-ci avec un crayon de nitrate d'argent et excisa de nouveau la première ; mais elle reparut encore en 1862. Le malade revint en septembre de cette même année et vit M. Velpeau et M. Sichel, qui posèrent le diagnostic : tumeur mélanique.

Un mois après, M. C... se remit entre les mains de M. Demarquay ; la tumeur était alors du volume d'un petit pois, de couleur noirâtre, située en dedans de la cornée, sur laquelle elle empiétait un peu. M. Demarquay l'excisa le 3 octobre 1862 ; elle ne repoussa plus. Mais voici qu'en février 1863 une nouvelle tumeur semblable avait paru à la face interne de la paupière inférieure, dans le cul-de-sac conjonctival ; elle est enlevée. D'autres, tantôt noirâtres, tantôt rosées ou incolores, de diverses grosseurs, se succèdent sur la conjonctive scléroticale, au nombre de six ou sept, depuis le mois de mai à septembre ; une nouvelle petite élevure molle, brune, paraît à la paupière inférieure en dedans du cartilage tarse, et arrive, en février 1864, au volume d'un petit pois. M. Demarquay les excisa toutes les unes après les autres, à mesure qu'elles avaient acquis un certain volume. Depuis le mois d'août 1863, le malade s'était aperçu d'une tumeur qui se développait en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire du même côté gauche. Elle avait peu à peu augmenté de volume, et arriva à celui d'un petit œuf.

Le 8 mars, M. Demarquay, après avoir chloroformé le malade, fit à la peau une incision en T, écarta les lambeaux et énucléa d'abord un gros ganglion ; mais en arrière de celui-ci se trouvait une masse de ganglions plus petits, se prolongeant jusqu'au bord interne de la parotide, englobant quelques filets du facial et une partie du trajet de la carotide externe, qui dut être liée à deux endroits ; cet amas de ganglions était en partie noirâtre, friable, plus ou moins ramolli, tachant les doigts en couleur sépia. Une deuxième incision fut faite parallèlement au bord inférieur du maxillaire, pour extraire un ganglion lymphatique également affecté qui se trouvait dans cette région.

M. Cornil, qui eut l'obligeance d'examiner ces tumeurs ganglionnaires au microscope, nous donna le résultat suivant :

« Une portion de la tumeur présente sur une surface de section une consistance ferme et une demi-transparence qui lui donne un aspect vitreux ; on n'obtient pas de suc laiteux au raclage. En l'examinant au microscope sur des coupes minces, on voit un tissu uniquement composé de cellules et de capillaires peu nombreux, sans stroma fibreux. Les cellules épithéliales contiguës, qui forment essentiellement ce tissu, sont renflées à leur milieu et effilées à leurs extrémités, de façon à offrir deux ou trois prolongements minces et allongés. Ces cellules sont transparentes, finement granulées, et leurs dimensions sont considérables. Elles mesurent de 0,030 à 0,060mm de longueur, et leur partie renflée mesure de 0,015 à 0,024mm. Elles possèdent toutes un noyau généralement ovoïde de 0,015 de longueur sur 0,010 de large, et un ou deux nucléoles brillants.

» D'autres parties de la tumeur présentent une coloration ardoisée ou de petits points brunâtres. Cette coloration se rencontre principalement dans les points ramollis ; elle est due à ce que les éléments cellulaires précédents sont infiltrés de granulations pigmentaires brunes de couleur sépia. Ces granulations siégent dans la cellule, autour du noyau ou dans le noyau lui-même ; on trouve aussi des enveloppes de cellules où leur présence masque le noyau, et enfin on peut les voir libres ou réunies en groupes irréguliers.

» La tumeur, dit M. Cornil, se sépare du cancer par l'absence d'un stroma alvéolaire, et, malgré sa récidive probable, elle doit être considérée comme une tumeur à cellules fibro-plastiques ou sarcome mélanique. »

Ajoutons cependant que cette excellente description ressemble tout à fait à celle des tumeurs qui ont été désignées sous le nom de *cancer mélané* par M. Lebert et les micrographes qui l'ont suivi. Il est regrettable que les tumeurs de la conjonctive n'aient pas été examinées au microscope ; mais tout porte à supposer qu'elles auraient présenté les mêmes éléments que ceux qui ont été trouvés dans les ganglions : les unes étaient purement mélaniques, présentant à la coupe l'aspect d'une truffe ; d'autres, d'apparence gélatineuse, devaient appartenir à ce groupe de cancers que les auteurs appellent cancer fongueux ou sarcomateux de la conjonctive, ce que cette ténacité à la récidive prouverait du reste suffisamment.

Nous avons pensé qu'il n'était pas inutile de signaler ce fait remarquable par la localisation du mal, qui, ayant débuté il y a six ans, ayant été opéré pour la première fois il y a trois ans, ne s'est pas étendu au delà de la conjonctive, et de le rapprocher de ceux qui sont déjà connus.

En consultant les ouvrages spéciaux, on voit que les tumeurs mélaniques de l'œil débutent le plus souvent dans les parties profondes, particulièrement entre la rétine et la choroïde, et que ce n'est qu'après avoir envahi le globe en entier qu'ils viennent faire saillie à la surface; plus rarement elles ont pris naissance sur la conjonctive pour gagner consécutivement les autres tissus (4 fois sur les 23 cas recueillis par M. Lebert). Enfin, celles qui, semblables au cas de M. Demarquay, sont restées limitées à la conjonctive, ne sont pas si nombreuses que nous ne puissions les résumer ici.

L'observation la plus ancienne et la plus remarquable est celle de Travers, citée dans Mackensie et dans les *Annales d'oculistique* de 1856. Il s'agissait d'une dame chez laquelle la cornée était cachée par une tumeur lobulée, couleur pourpre, qui s'avançait sur la sclérotique ; l'illusion sur l'étendue de la lésion a été telle que la moitié antérieure de l'œil fut excisée et qu'on reconnut, mais trop tard, que la sclérotique et la cornée étaient saines et auraient pu être ménagées.

A côté de cette observation, on peut placer celle de Florent Cunier, excisant une mélanose cancéreuse de l'angle externe de l'œil ; elle récidive au bout de deux ans, recouvre les deux tiers de la cornée. Van Roosbrœck l'enlève et avec elle la moitié antérieure du globe de l'œil ; on reconnut encore que la sclérotique et la cornée n'avaient été envahies que tout à fait superficiellement ; mais l'adhérence de la production morbide était telle qu'on ne put songer à ménager ces membranes.

Wardrop, Rognetta, racontent chacun un cas où la tumeur, limitée à la conjonctive, fut simplement excisée. Citons encore deux observations, l'une de Tavignot (*Annales d'oculistique*, t. XXIX) ; l'autre de Seitz (*Traité des maladies des yeux*, de Wecker) ; il y eut une deuxième récidive au bout d'un mois chez la première, et trois récidives en huit mois chez la deuxième. Enfin, M. Fano (*Gazette des Hôpitaux*, 1861) raconte un autre cas qui récidiva quatre fois en trois ans.

M. Pamard donne dans les *Annales d'oculistique*, t. XXIX, quatre cas de mélanose, dont l'un limité à la conjonctive ; l'extirpation de la tumeur a été chez tous quatre suivie d'une guérison complète vérifiée plusieurs années plus tard ; mais ces quatre cas doivent appartenir évidemment à la classe des mélanoses *vraies*, qui d'après Sichel (*Annales d'oculistique*, t. XXVI), Lebert (*Traité des maladies cancéreuses*, p. 158, 851 et suivantes), Warlomont et Testelin, ainsi que d'après M. Follin (qui les range dans les pseudoplasmes homœomorphes), ne sont qu'un simple dépôt hétérotopique de granulations pigmentaires, et doivent être bien distinguées des cancers mélanés par le clinicien comme par l'histologiste. Nous en dirons autant de la deuxième observation de Stœber (*Annales d'oculistique*, t. XXX) et de quelques-unes de celles de MM. Saint-Lager et Paul Hervier (*Annales d'oculistique*, t. XXXVII). A part ces faits de mélanose pure, qui sont très-rares chez l'homme, nous la voyons toujours liée à du tissu cancéreux et se présenter avec les allures les plus malignes.

Nous avons cité tous les cas que nous avons pu recueillir, dans lesquels la tumeur resta bornée à la conjonctive. Malheureusement les auteurs ne nous donnent pas la suite de l'histoire de leurs malades, qui, une fois opérés, furent perdus de vue. Dans tous les autres faits de mélanome cancéreux de la conjonctive, qui ont été suivis un certain temps, le mal s'est propagé aux autres tissus, a nécessité l'extirpation de l'organe, et a peu après déterminé la mort par sa généralisation dans les autres viscères (1), ce qu'on doit en partie attribuer à ce que la chirurgie n'est pas intervenue à temps. M. Florent Cunier ajoute comme remarque à son observation, « que la première opération avait permis à son malade de jouir de son œil pendant un an au moins, et il est probable que s'il eût consulté aussitôt sa réapparition, une nouvelle ablation lui aurait fait gagner du temps. »

C'est ce que vient confirmer le fait de M. Demarquay, tenu en observation pendant trois ans. Dans cet espace de temps, le mal ne s'est pas étendu au delà de la conjonctive ; non-seulement les tissus voisins sont intacts, mais cette membrane elle-même, qui, à dix ou douze reprises différentes, a subi les atteintes d'une dégénérescence cancéreuse et autant de fois l'action des instruments tranchants ou des caustiques, diffère à peine de celle du côté opposé. Elle présente seulement un peu d'épaississement à sa partie interne et quelques tractus d'apparence fibreuse allant de la cornée à la caroncule, qui a l'aspect d'une cicatrice. La cornée est saine, la vue remarquable par sa netteté ; enfin, le malade n'a jamais éprouvé d'autres douleurs que celles bien modérées de ses nombreuses opérations, tellement qu'on était presque autorisé à nourrir l'espoir de lui conserver la vue pour ainsi dire indéfiniment.

Mais l'apparition de ces ganglions, leur examen microscopique oblige à porter un pronostic des plus fâcheux et à craindre des récidives fréquentes soit dans l'appareil oculaire, soit dans d'autres organes. Il arrivera un moment, comme dit M. Lebert,

(1) Voir 1° le tableau d'Holmes Coote dans Mackensie ; sur 15 cas de mélanose de l'œil, la durée moyenne de la vie après l'ablation de la tumeur primitive a été de treize mois. La mort la plus tardive est de deux ans après l'opération.

2° Le tableau de Leber (*loc. cit.*, p. 856, etc.) ; sur 10 cas de mélanose de l'œil, tous opérés, tous suivis jusqu'à la mort, celle-ci arriva en moyenne au bout de trente-trois mois et demi.

3° Les observations de Stœber (*Annales d'oculistique*, t. XXX).

« où la rapidité du développement du cancer mélané se jouera de toutes les tentatives de la chirurgie. » Néanmoins, à l'heure qu'il est, l'examen minutieux de l'œil ne laisse rien découvrir d'anormal, et la plaie de la région parotidienne est en bonne voie de cicatrisation.

Ainsi, cette observation intéressante par elle-même comme un exemple de ces cancers mélaniques de la conjonctive qui ne sont pas des plus fréquents, peut être de quelque utilité dans la pratique, montrant une fois de plus qu'on ne saurait trop surveiller le sujet qui en est atteint, ni le débarrasser trop tôt de ces productions essentiellement malignes. En les excisant alors qu'elles sont petites et ne demandent qu'un coup de ciseaux, on recule de plus en plus le moment, s'il arrive jamais, où l'on serait obligé d'en venir à l'ablation du globe de l'œil, comme ç'a été le cas dans presque tous les faits consignés jusqu'ici, et d'où il ressort que c'est une opération souvent grave et inutile.

HOPITAL D'AUMALE (Algérie).

Enchondrome de la région sous-maxillaire. — Ablation de la tumeur. — Guérison.

Par M. le Dr Gassaud, médecin aide-major de première classe du 92e de ligne.

Le 23 octobre 1861, entrait à l'hôpital d'Aumale (Algérie) un indigène âgé de trente ans environ, détenu au pénitencier de la même ville. Cet homme portait à la région sous-maxillaire droite une tumeur bosselée, dure au toucher, insensible dans tous les points, non fluctuante, glissant facilement sous la peau, avec laquelle elle ne paraît point avoir d'adhérences. Située au-devant du muscle sterno-cléido-mastoïdien, elle s'étend depuis la région parotidienne jusqu'au cartilage thyroïde; la circonférence verticale est de douze centimètres, la circonférence horizontale ou antéro-postérieure est de dix-neuf centimètres; elle a la grosseur d'un gros œuf de poule; elle n'adhère en aucun point au maxillaire inférieur. L'exploration de la partie de la tumeur qui touche à la région parotidienne fait croire de prime-abord à un pédicule communiquant avec la parotide (ce qui n'a pas été confirmé par l'opération). Cette tumeur, dont le malade fait remonter le début à six ans environ, ne se serait surtout accrue que depuis quatre mois; dès cette époque, il aurait éprouvé des douleurs assez intenses, et, quoiqu'il n'y ait point de gène notable dans les fonctions du larynx et du pharynx, cet indigène réclame avec instance qu'on le débarrasse de cette production pathologique.

M. le médecin en chef, préalablement consulté par nous, eu égard à la dureté de cette tumeur et surtout à sa chronicité, a jugé qu'un traitement médical *intus et extra* serait peu efficace, et nous a conseillé l'ablation comme seul moyen rationnel à employer.

Le 28 octobre, nous avons procédé à l'opération : le malade étant chloroformé, nous avons fait une incision de dix centimètres, suivant le diamètre antéro-postérieur de la tumeur, puis une deuxième, perpendiculaire à la première, partant du milieu de la lèvre inférieure, de trois centimètres; la tumeur est alors disséquée avec soin et enlevée, après avoir fait la ligature de deux petites branches de la faciale; l'hémorrhagie a été presque nulle. Le doigt introduit dans la cavité occupée par la tumeur, permet de reconnaître qu'elle ne communique pas avec la parotide, comme on l'avait d'abord pensé; cette constatation a été confirmée par les explorations successives des confrères qui assistaient à l'opération.

Cinq points de suture entrecoupée ont été appliqués. Pansement simple.

La tumeur, énucléée, pèse 80 grammes; elle présente de petits lobes bien distincts, mais intimement unis; tous ces lobules sont recouverts par une couche celluleuse mince; sa densité, uniforme partout, est considérable; elle est indurée dans toute son épaisseur. En faisant une incision suivant son grand diamètre, le scalpel divise une multitude de lamelles et de noyaux cartilagineux dont la surface de section est d'un blanc brillant, nacré; on observe encore à la coupe de petits orifices assez nombreux, béants, qui correspondent probablement à des vaisseaux, car la pression fait suinter quelques gouttes de sérosité sanguinolente. Notons enfin la présence du tissu fibreux, et nous aurons donné une idée aussi exacte que possible de cette pièce pathologique, dont les coupes faites en tout sens nous ont parfaitement rappelé par leur aspect et leur consistance le tissu qui entre dans la formation des ligaments articulaires.

D'après ces caractères, nous croyons que cette tumeur se rapporte à la variété que les auteurs ont décrite sous le nom d'enchondrome.

Le 30 octobre, état général du blessé satisfaisant; plaie indolente, quoique les tissus qui l'avoisinent soient le siége d'un gonflement œdémateux.

Le 1er novembre, le malade va aussi bien que possible; la plaie a bon aspect, il s'en écoule une petite quantité de pus; les fils à ligature se détachent.

Le 2, la plaie marche rapidement vers la cicatrisation; nous enlevons les sutures, que nous remplaçons par quelques bandelettes agglutinatives. Dès ce jour, n'ayant plus à redouter d'accidents, nous accordons au malade une alimentation substantielle.

A dater du 8 novembre, nous lui avons administré l'iodure de potassium, car dès son entrée à l'hôpital nous avions reconnu qu'aux régions inguinales droite et gauche les masses ganglionnaires étaient indurées, et réunies en cordons durs glissant sous le doigt; rien de semblable n'a été constaté à la région cervicale gauche.

Le 15, nous obtenons une cicatrice linéaire, et à la place de la tumeur on trouve des tissus sains ayant leur souplesse et leur élasticité normales.

Quoique guéri, cet indigène est maintenu encore plus d'un mois à l'hôpital pour suivre son traitement ioduré.

Cette tumeur ne communiquant ni avec le maxillaire inférieur ni avec les glandes parotide et sous-maxillaire, d'une part, et réfléchissant ensuite à l'induration des ganglions inguinaux, nous croyons pouvoir avancer qu'elle est due à une dégénérescence des ganglions cervicaux développée sous l'influence d'un état diathésique scrofuleux ou syphilitique que l'on rencontre très-fréquemment chez les Arabes.

De plus, ce fait nous paraît offrir quelque intérêt comme un nouvel exemple que l'enchondrome peut envahir tous les tissus et toutes les régions de l'économie.

Dirons-nous que cette tumeur a été consécutive à une adénite cervicale due à des lésions mécaniques, inflammatoires, ulcéreuses ou autres de la face et du cuir chevelu? Mais notre malade, examiné avec soin, n'a présenté aucune trace de plaie, de croûtes sur la tête, d'excoriations, etc.; et d'ailleurs les renseignements qu'il a pu nous fournir nous ont fait rejeter l'existence de pareilles causes.

En est-il de même de la syphilis, qu'on doit toujours prendre en sérieuse considération lorsqu'on s'occupe de pathogénie chez les Arabes? Non assurément; on ne saurait nier que cette grave maladie, dont on observe tous les jours les tristes ravages en Algérie chez les indigènes, qu'elle atteint la plupart du temps pendant la vie intra-utérine, est une cause de débilitation constante pour l'organisme, où elle porte dans tous les tissus une désorganisation prématurée.

— Dans la lettre d'envoi de cet article, M. Gassaud nous dit que l'examen microscopique de la tumeur n'a pu être fait. C'est une lacune qu'il regrette, et nous aussi. Mais il nous semble que s'il s'agit d'un véritable enchondrome, l'aspect énorme de la tumeur enlevée, qui était composée de petits lobules, porterait à supposer qu'il s'agit d'un enchondrome de la glande sous-maxillaire ou même de la parotide, plutôt que d'un enchondrome des ganglions cervicaux. (*Note de la Rédaction.*)

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS

sur les polypes naso-pharyngiens.

Par M. le docteur Michaux,

professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Louvain.

Le travail du professeur Michaux est une sorte de complément d'un mémoire présenté en 1853 à l'Académie royale de médecine de Belgique et intitulé *Des résections de la mâchoire supérieure.* Il a pour objet de faire connaître les nouveaux cas de polypes naso-pharyngiens observés par l'auteur depuis dix années, et de présenter quelques considérations pratiques sur ces productions accidentelles qui ont eu le privilége d'occuper l'attention d'un grand nombre de chirurgiens dans ces derniers temps.

L'auteur a surtout insisté sur les symptômes qui peuvent conduire au diagnostic et sur les moyens auxquels on devait avoir recours dans ce but: inspection, cathétérisme, toucher du pharynx à l'aide du doigt ou de la sonde, ponction exploratrice, etc. Il s'est également efforcé de bien poser les termes du diagnostic différentiel, en passant en revue les tumeurs cancéreuses généralement accompagnées d'engorgement caractéristique des ganglions lymphatiques voisins; les tumeurs fibroïdes et les kystes du sinus maxillaire et de la fosse ptérygo-maxillaire; les abcès rétro-pharyngiens et les kystes ou tumeurs glandulaires adénoïdes des mêmes régions; les kystes ou abcès du voile du palais. Quelques exemples montrent l'utilité pratique de ces détails, et l'un d'eux fournit à l'auteur l'occasion de signaler le premier fait d'enchondrome du voile du palais opéré par lui, et que par erreur de diagnostic on avait d'abord pris pour un polype.

Après quelques considérations sur le pronostic toujours grave, et sur la marche souvent lente mais ordinairement progressive des polypes naso-pharyngiens, M. Michaux s'est enfin occupé du traitement, qui ne peut être que palliatif dans certains cas, chez des sujets épuisés, par exemple, soit que cet épuisement reconnaisse pour cause des hémorrhagies abondantes, soit que des accidents de longue durée aient entraîné un défaut de nutrition.

Contrairement à l'opinion de M. Verneuil, dont les travaux ont beaucoup contribué à l'histoire clinique des polypes naso-pharyngiens, et dont les conclusions paraissent bien difficiles à infirmer quand il s'agit de cure vraiment radicale, M. Michaux regarde la ligature comme pouvant recevoir quelques applications. L'arrachement trouve moins grâce devant lui, surtout dans les cas de polypes fibreux, contre lesquels ce moyen serait même très-dangereux s'il était inconsidérément employé. Le broiement ou l'écrasement, la cautérisation et l'excision par les voies naturelles, lui paraissent aussi devoir être proscrits comme méthodes primitives, et seulement réservés comme procédés consécutifs ou exceptionnels.

Ces principes posés, restait à faire l'examen des opérations préliminaires instituées, de rendre possible et complète la destruction des polypes naso-pharyngiens, et M. Michaux a adopté dans son exposition la triple division proposée par M. Verneuil, selon que les chirurgiens cherchent à s'ouvrir une voie vers ces polypes par le nez, la bouche ou la face elle-même. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans la discussion et l'appréciation de chacun des procédés qui se rattachent à ces trois grandes méthodes que l'on a quelquefois combinées (*Opérations préliminaires à voies multiples*, de M. Verneuil). Nous aimons mieux donner ici le résumé des observations nouvelles que contient le livre que nous analysons, et rendre justice à l'étendue comme à la précision des détails de ces faits cliniques importants. Un coup d'œil jeté sur les planches qui accompagnent le mémoire suffit pour donner la preuve de l'habileté du chirurgien qui a pu, au milieu des difficultés inséparables des résections faciales, parvenir à extraire des masses de polypes aussi considérables.

Le premier fait est celui d'un jeune cultivateur de dix-huit ans. Polype fibreux naso-pharyngien à larges insertions et à embranchements multiples. Quatre ans de traitement. Tentative infructueuse de ligature le 4 janvier 1859. Incision du voile du palais et résection de la voûte palatine le 6 février de la même année; hémorrhagies graves et syncope. *Usage utile de la transfusion du sang*, mais insuccès de l'opération, malgré diverses tentatives d'excision et d'arrachement suivies de cautérisations.

Le 6 décembre 1860, ouverture du sinus maxillaire droit, résection de la paroi mitoyenne de ce sinus et de la fosse nasale correspondante, de la tubérosité maxillaire et de l'apophyse ptérygoïde. Excision du polype, rugination des surfaces osseuses, cautérisation, etc. L'opéré est considéré comme radicalement guéri trois mois et demi après. Récidive. Diverses excisions et cautérisations en 1861. Le 20 mai 1862, résection totale du maxillaire supérieur. Excisions et cautérisations répétées, etc. Guérison datant de sept mois.

Obs. II. — Sujet de dix-neuf ans. Polype naso-pharyngien à larges insertions et à embranchements multiples, datant d'un an. Opération le 9 août 1860. Résection du maxillaire supérieur et du malaire. Incision du voile du palais. Excision, arrachement et cautérisation. Guérison datant de deux ans cinq mois.

Obs. III. — Sujet de trente ans. Polype naso-pharyngien volumineux à larges insertions et à plusieurs embranchements, datant de cinq ans. Le 25 avril 1861, résection totale du maxillaire supérieur en conservant le périoste de la face antérieure de l'os. Arrachement difficile d'une partie du polype. Excision, cautérisation, etc. Infection purulente. Traitement hygiénique et tonique. Guérison datant d'un an et huit mois et demi. Reproduction osseuse entre le nez et l'os malaire.

Obs. IV. — Sujet de quinze ans. Polype naso-pharyngien très-volumineux, datant de deux ans et opéré d'abord sans succès par la ligature; incision du voile du palais; excision et cautérisation. Le 6 novembre 1862, ablation du maxillaire supérieur. Destruction du polype par l'arrachement, l'excision et la cautérisation actuelle. Cautérisation potentielle consécutive. Guérison datant de près de deux mois.

Ces faits heureux, rapprochés de deux autres où la guérison date de quinze ans et de onze ans, ne peuvent manquer d'appeler l'attention sur le travail de M. Michaux et sur les conclusions qu'il est en droit de tirer d'un nombre aussi important de succès en faveur de la méthode qu'il emploie. Son mémoire porte d'ailleurs dans toutes ses parties le cachet d'un esprit éminemment pratique, et nous n'avons pas besoin de rappeler aux lecteurs de la *Gazette*, citée presque à chaque page par le professeur de Louvain, que ce genre de travaux a toujours été justement apprécié dans nos colonnes.

Ernest Berchon, d. m. p.
chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

TRAITEMENT DES CÉPHALÉES NERVEUSES

par l'azotate d'argent,

Par M. le docteur Socquet.

Depuis plusieurs années, dit le *Journal de médecine de Lyon*, M. le docteur Socquet tient l'azotate d'argent pour un médicament *presque infaillible* et rapidement efficace dans le traitement des céphalées nerveuses.

Il formule le traitement de la manière suivante :

Azotate d'argent.	3 centigr.
Sel ammoniacal.	6 —
Extrait de gentiane.	Q. S.
Pour une pilule.	

Prendre dans les vingt-quatre heures deux ou trois de ces pilules: la première, le soir en se couchant; la deuxième, le matin à jeun, et la troisième dans le milieu du jour.

Trois ou quatre jours de l'emploi de ces pilules ont la plupart du temps suffi pour vaincre des céphalées datant de plusieurs années.

M. Socquet a toujours réussi à faire disparaître du jour au lendemain, avec deux ou quatre pilules d'azotate d'argent, la céphalalgie qui accompagne souvent la fièvre de lait et dure onze et même vingt jours. Le sel d'argent n'exerçait aucune influence fâcheuse sur la marche ultérieure des couches.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mai 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Millon (de Revel);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans le département de la Meurthe (commission des épidémies);

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Néris (Allier), par M. le docteur de Laurès; de Saint-Alban (Loire), par M. le docteur Gay. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Neucourt (de Verdun), accompagnant l'envoi d'un entozoaire du genre strongle géant, expulsé avec l'urine. (Commissaire, M. Ségalas.)

2° Une lettre de M. André Sanson, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

3° Une lettre de M. Herland, pharmacien à Laval, qui prie l'Académie de regarder comme non avenue la note qu'il a précédemment

envoyée touchant un prétendu réactif de la digitaline. (Commissaire, M. Poggiale.)

4° Une note sur les accidents de la vaccination en 1863, par M. le docteur Delabrosse, de Rouen. (Commission de vaccine.)

5° Une note sur l'organe central de la circulation, par M. le docteur J. B. P. Brun-Séchaud, de Limoges. (Commissaire, M. Béclard.)

— M. LARREY offre en hommage à l'Académie, au nom du Conseil de santé des armées, la Statistique médicale des armées pour l'année 1862.

— M. DEPAUL offre à l'Académie, de la part de M. le Dr Paspatis, l'ouvrage que ce médecin vient de publier sur l'hôpital grec des Sept-Tours, à Constantinople. Cette publication est en grec. L'auteur y décrit l'hôpital et son organisation, étudie les diverses maladies qui dominent dans ce pays, et expose des documents sur la peste d'Orient.

M. Depaul présente ensuite, au nom de M. le Dr Hardy, un ouvrage intitulé : *Leçons sur la scrofule et les scrofulides, la syphilis et les syphilides*.

— M. GAVARRET dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Rinant, de Lille, sur une nouvelle théorie des bruits du cœur.

— M. VERNOIS présente, au nom de M. Trousseau et au sien, un mémoire de M. le docteur Vicherat, de Nemours, sur une épidémie de coqueluche, dont il demande le renvoi à la commission des épidémies ; il présente en second lieu, au nom de M. le docteur Deschamps, un mémoire sur la vérification des décès et le danger des inhumations précipitées.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Goyrand, d'Aix, associé de l'Académie, est présent à la séance.

M. le président informe ensuite l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie pour entendre un rapport sur les candidats au titre de correspondant national.

RAPPORT.

Remèdes secrets. — M. ROGER, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Choléra. — M. BRIQUET donne lecture des nouvelles conclusions du rapport sur le travail de M. Mailloux relatif au choléra.

Voici ces conclusions :

La commission propose de répondre à la communication faite par le cabinet de l'Empereur que des deux parties dont se compose le travail sur lequel l'Académie est appelée à porter un jugement, la première, qui est la partie historique et qui a trait aux différentes épidémies de choléra-morbus observées à l'île Maurice, peut, bien qu'incomplète, offrir un certain intérêt. La seconde, qui contient sur la cause spécifique, sur la nature et sur le traitement tant préservatif que curatif du choléra-morbus épidémique de l'Inde, des doctrines propres à l'auteur, se compose d'assertions qui, aux yeux de l'Académie, ont paru être complétement dénuées de preuves, et se trouve en désaccord avec les faits.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cœur.

La parole est à M. Beau.

Suite de la discussion sur les théories des bruits du cœur.

M. BEAU. Les objections de mes adversaires n'ont rien de nouveau pour moi ; elles ne m'ont donc nullement étonné ni ébranlé ; mais je comprends qu'elles aient pu paraître écrasantes aux personnes qui ne connaissent pas bien les détails de la question. Je vais les reprendre une à une.

M. Bouillaud admet que l'oreillette n'a pas un mouvement régulier et alternatif de diastole et de systole ; qu'elle fait l'office d'un réservoir constamment plein, dans lequel le ventricule puise par aspiration l'ondée qui doit la dilater ; que les grands mouvements du cœur sont constitués uniquement par le ventricule, qui, après avoir puisé par aspiration le sang de l'oreillette, le refoule dans le système artériel ; que par conséquent le ventricule est une pompe aspirante et foulante, et que l'oreillette est à l'état de réservoir constamment plein et immobile.

Pour le démontrer, M. Bouillaud nous a montré un cœur de bœuf sur lequel il a fait remarquer la grosseur de la masse ventriculaire et l'exiguïté relative de la partie auriculaire.

Je ferai remarquer que les muscles gros et petits sont soumis aux mêmes lois et aux mêmes fonctions, qui varient seulement en intensité et en force ; or ces fonctions consistent en ce que les fibres musculaires se raccourcissent par leur contraction propre, et ne peuvent s'allonger que par la contraction de leur force antagoniste. Par conséquent les fibres du ventricule, tout gros qu'il est, n'ont pas tout à la fois la faculté de se raccourcir pour resserrer la cavité ventriculaire et de s'allonger pour dilater la même cavité. Ces fibres ne s'allongent que par la force contractile de leur muscle antagoniste, qui est l'oreillette, de même que les fibres de l'oreillette ne s'allongent que par leur force antagoniste, qui est la propulsion centripète du sang veineux, appelée encore *vis a tergo*.

Pour expliquer cette force aspirante et foulante des ventricules, on l'a comparée à un ressort, à une poche de caoutchouc. Je ne peux accepter cette comparaison, la manière de se mouvoir du cœur et d'une poche de caoutchouc étant toute contraire. Le cœur est un muscle creux qui se meut comme les autres muscles dans ses mouvements actifs de resserrement et ses mouvements passifs de dilatation, tandis que dans le caoutchouc le retour à son ancien état, après qu'il a été comprimé, constitue sa force propre et spontanée.

Mais il y a d'autres raisons à opposer à la théorie de M. Bouillaud, qui veut que la cavité auriculaire soit un réservoir toujours plein et immobile où le ventricule puise par aspiration. Et d'abord, cet état toujours plein de l'oreillette est une chose impossible, car le ventricule, qui a la même capacité que l'oreillette, venant à aspirer le sang que contient cette dernière, va le vider d'un seul coup ; il faudra donc que l'oreillette se remplisse aussi tout d'un coup pour fournir à l'aspiration suivante du ventricule ; et dès lors il est nécessaire que M. Bouillaud admette ces mouvements alternatifs de réplétion et d'évacuation de la cavité auriculaire, qu'il conteste avec tant de vivacité ; il faut aussi qu'il admette cette force *a tergo* qui, poussant le sang veineux dans l'oreillette pour la remplir à chaque révolution du cœur, la mette dans le cas de fournir une ondée complète à chaque aspiration du ventricule.

Enfin, on ne peut admettre ce réservoir toujours plein, pour cette autre excellente raison que l'on voit l'oreillette se contracter et se dilater alternativement.

La même raison d'observation nous empêche d'accepter cet autre fait supposé par M. Bouillaud que le mouvement d'aspiration ventriculaire se fait pendant le temps dit *de repos* du ventricule. Or, personne ne peut constater et n'a jamais pu constater un mouvement d'ampliation de la cavité ventriculaire pendant le temps où il est à l'état de repos, et par conséquent d'immobilité. Beaucoup de personnes en parlent comme d'un fait réel, mais c'est un fait purement imaginaire.

M. Bouillaud a constaté aux expériences de M. Chauveau un fait important de la plus exacte vérité, et qui prouve de la manière la plus positive que le sang ne vient pas remplir le ventricule pendant le temps de repos. Il s'agit du jet de sang qui sort pendant le battement par une ouverture pratiquée à la pointe du cœur. Comment se fait-il que pendant le repos le sang ne sorte pas par cette ouverture, puisque dans ce moment-là il vient, dit-on, remplir cette cavité ?

M. Bouillaud, critiquant ma théorie, me reproche surtout de faire contracter l'oreillette avec vigueur et énergie, et ne veut pas que l'ondée chassée par elle puisse dilater vivement la cavité ventriculaire. Je suis trop sûr d'avoir constaté la vive et énergique contraction de l'oreillette pour abandonner mon opinion à cet égard. Partant toujours de la même idée, c'est-à-dire de l'inertie et de l'immobilité de l'oreillette, il ne veut à aucun prix que l'ondée lancée par la systole auriculaire puisse dilater le ventricule avec assez de force pour donner de la dureté à ses parois distendues, et pour le faire choquer contre la paroi thoracique. J'ai déjà dit que le battement ventriculaire, qui passe pour constituer uniquement la systole, est un mouvement complexe qui comprend la diastole, par laquelle il commence, et la systole, par laquelle il finit ; de la même manière que le battement artériel comprend l'ampliation diastolique du calibre artériel suivie de son retrait systolique.

Il me reste, pour terminer avec M. Bouillaud, à répondre à une objection qui selon lui est très-grave, et qui a trait à la succession des mouvements du cœur.

J'admets que l'ondée sanguine passe très-vite de l'oreillette dans le tronc artériel en traversant le ventricule successivement dilaté et contracté. Par conséquent la systole de l'oreillette, la diastole du ventricule, la systole du ventricule et la diastole artérielle sont des actes qui se succèdent avec rapidité en s'emboîtant les uns dans les autres. Leur succession a lieu dans ce qu'on appelle le *premier temps du cœur*, c'est-à-dire, comme beaucoup l'admettent, dans cet intervalle de temps qui commence à la systole de l'oreillette et qui finit au pouls. M. Bouillaud s'écrie : Impossible ; ces mouvements ne peuvent se faire en même temps. Sans doute, ils ne se font pas d'une manière isochrone ; mais ils se succèdent tous rapidement dans cette fraction de la révolution du cœur qu'on est généralement convenu d'appeler le *premier temps*. Comme on le voit, l'objection repose sur un malentendu.

J'arrive à M. Béclard.

M. Béclard nous montre d'abord le choc précordial résultant du battement ventriculaire ; dans le choc ventriculaire, dit-il avec les physiologistes qu'il a cités, les parois du ventricule sont dures ; donc on a affaire à la systole. Je nie formellement cette conclusion. Est-ce que dans les artères le choc et la dureté des parois ne sont pas le résultat de leur tension diastolique ? Pourquoi n'en serait-il pas de même des parois ventriculaires dilatées, tendues et durcies par l'ondée que leur a envoyée l'oreillette ? Mais, ajoute-t-on, comment concilier la force du battement ventriculaire et la faiblesse des oreillettes ? Je nie formellement encore cette autre supposition que les oreillettes soient faibles. Je soutiens que leur contraction est vive, énergique et d'une force suffisante pour que l'ondée lancée par elle dans la cavité du ventricule donne une dureté diastolique aux parois ventriculaires. Lorsque les oreillettes exécutent leur systole énergique, d'ailleurs, les ventricules sont à l'état de mollesse et d'inertie comme tous les muscles qui subissent l'action de leurs antagonistes. Dès lors les oreillettes sont relativement assez fortes pour imprimer par leur systole une dureté diastolique aux ventricules dilatés, comme nous voyons les ventricules imprimer, en se contractant, une dureté diastolique aux artères.

J'ai dit que l'allongement du ventricule constaté dans le battement est, avec le choc précordial qui l'accompagne, un résultat diastolique. M. Béclard ne veut pas cela, pour cette raison que le mouvement que l'on observe à la pointe du cœur dans le battement ventriculaire est produit non par la diastole ventriculaire, mais par le déplacement en bas du cœur tout entier. Les observateurs qui ont constaté le mouvement en bas de la pointe du cœur dans le battement, ont dit que ce déplacement dépendait de l'allongement du ventricule, mais ils n'ont pas parlé du déplacement en bas du cœur tout entier, parce que ce mouvement n'existe pas. Le cœur se meut et se dilate dans sa partie auriculaire et dans sa partie ventriculaire, mais il est parfaitement immobile dans sa partie moyenne, où il est fixé solidement par les gros vaisseaux qui lui servent de ligaments multiples et à effets croisés. Il y a un autre fait qui doit renverser cette hypothèse du déplacement du cœur en totalité, c'est que le ventricule n'augmente pas seulement dans son diamètre longitudinal, mais encore dans tous ses autres diamètres.

M. Béclard m'attaque vivement au sujet du temps de repos, que je dis être caractérisé par la vacuité du ventricule, le sang affluant seulement dans l'oreillette sans pénétrer jusque dans la cavité ventriculaire. La dilatation du ventricule existant pendant le temps de repos est un fait traditionnel et classique admis dans les cours et dans les livres, mais il ne se constate pas dans la nature. Le ventricule pendant le temps de repos reste dans l'état où l'a mis sa contraction, c'est-à-dire qu'il est revenu sur lui-même ; ses parois sont au contact, sa cavité est effacée, ainsi que son orifice auriculo-ventriculaire ; il forme une masse de chair qui sert de plancher résistant à la cavité de l'oreillette jusqu'à ce que celle-ci se contractant ouvre l'orifice et chasse en même temps l'ondée dans le ventricule.

Je rappellerai à M. Béclard et à mes autres adversaires que ma théorie a pour base les deux faits suivants : 1° l'ampliation, c'est-à-dire la diastole du ventricule dans le battement ventriculaire ; 2° l'immobilité et le retrait, c'est-à-dire le vide du ventricule dans le temps de repos. On aura beau traiter ma théorie de paradoxale, d'impossible, de monstrueuse, on n'aura rien fait pour la renverser tant qu'on ne me fera pas voir que les faits précédents n'existent pas.

M. Gavarret, en commençant, attaque la contraction des oreillettes, qui jouent, comme on sait, un grand rôle dans ma théorie. Il pense que cette contraction est faible et insignifiante, puisque les embouchures des veines n'ont ni valvules ni sphincters pour s'opposer au reflux du sang comprimé par la systole de l'oreillette. Les orifices veineux n'ont pas de valvules, c'est vrai ; mais ils ont des sphincters, ainsi que l'a constaté Gerdy. M. Gavarret soutient qu'il doit y avoir une diastole ventriculaire dans l'état de repos, et il me fait à cet égard la même objection que M. Béclard. Je répéterai qu'il y a ici un malentendu. Il faut faire une distinction entre le relâchement musculaire et l'état de dilatation. Un muscle creux peut être relâché sans être pour cela dilaté.

Autre difficulté. J'ai dit que le premier bruit normal et que le choc précordial qui coïncident sont deux résultats de la partie diastolique du battement ventriculaire. M. Gavarret objecte que si cela était ainsi, le pouls artériel devrait se faire sentir après le bruit normal et le choc ; or, on sait, dit-il, que le pouls est en état de synchronisme parfait avec le premier bruit normal et le choc précordial. — Je suis d'une opinion opposée sur cette question de fait. On sent parfaitement à l'aide du doigt et de l'oreille que le pouls arrive immédiatement après le bruit et le choc.

Un grave reproche que me fait M. Gavarret est d'accorder aux oreillettes une importance plus grande qu'aux ventricules. Je persiste à penser qu'il faut accorder aux oreillettes plus d'activité et plus de vitalité qu'aux ventricules. Ce qui me fait encore admettre que l'oreillette peut être considérée comme l'agent central de la circulation, c'est que certains animaux inférieurs n'ont pas d'autre cœur qu'une oreillette.

Passant au point de discussion relatif aux tracés cardiographiques, M. Beau passe en revue tout ce qui en a été dit par MM. Béclard et Gavarret. Son argumentation à cet égard se résume à maintenir ce qu'il a déjà dit dans ses précédents discours, savoir : qu'il n'admet comme vrais que les premiers tracés, c'est-à-dire les résultats spontanés de l'application première du cardiographe ; il repousse les autres, parce qu'en y réfléchissant, dit-il, on voit que la sensibilité de l'instrument a été modifiée dans un but précis qui a été atteint, but inspiré par une idée ou une influence théorique qui peut bien elle-même n'être qu'une illusion.

Arrivant enfin à M. Parchappe, M. Beau fait remarquer d'abord que tout ce qu'a dit son collègue sur les oreillettes ne diffère pas de ce qu'il soutient lui-même dans cette lutte. Il admet également tout ce qu'a dit M. Parchappe sur l'organisation des fibres musculaires du cœur, sur leur disposition en sphincters, etc. Mais s'il est d'accord avec lui sur plusieurs points, il en est d'autres sur lesquels ils ne s'entendent plus ; notamment en ce qui concerne l'ordre de succession de la systole auriculaire et de la systole ventriculaire.

M. Beau termine par quelques réflexions sur les expériences de M. Chauveau, qui ne prouveraient pas ce que leur auteur a voulu leur faire dire, et en faisant appel à une nouvelle interprétation plus conforme aux faits constatés.

MM. Gavarret et Bouillaud demandent la parole.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 18 mai 1864. — Présidence de M. RICHET.

M. GIRALDÈS. Je ne suis point opposé en principe à la résection du genou, mais je pense que les indications en sont rares, surtout à cause des dégâts considérables que produisent les projectiles modernes. J'ai insisté déjà sur la gravité de la résection du genou ; voici quelques chiffres qui me semblent motiver mon opinion : sur 183 résections rapportées par O. Heyfelder, 100 opérés avaient plus de 20 ans ; 31 succombèrent à l'opération. D'après Hodges, sur 208 réséqués, 92 avaient plus de 20 ans ; de ces derniers, 34 moururent ; 11 furent amputés consécutivement et donnèrent 2 morts. Heuser mentionne 14 résections, 6 morts ; Esmarck, 6 résections, 2 morts, 1 amputé consécutivement. On voit donc que dans la pratique civile la résection donne une mortalité presque aussi grande que celle de l'amputation de la cuisse.

M. Verneuil a semblé faire très-bon marché des appareils de contention. Une méchante planche et quatre clous lui suffisent ; un peu plus il se serait contenté d'une feuille de papier et de quelques pains à cacheter ! Et cependant l'expérience enseigne que la guérison dépend souvent de la solidité des appareils contentifs et de la minutie des pansements. Appareils et pansements ne sont que trop nécessaires pour lutter contre les secousses nerveuses qui déplacent les fragments, écartent les bords de la plaie et compromettent de diverses façons la réunion régulière si indispensable des deux segments du membre.

M. BROCA. Les résultats statistiques que vient de nous communiquer M. Giraldès me semblent plaider en faveur de la résection du genou : ils donnent environ un mort sur trois opérés. Or, l'amputation de cuisse pour cause traumatique est infiniment plus grave.

Dans nos hôpitaux de Paris, la statistique très-exacte relevée pour les deux dernières années 1862 et 1863, donne pour cette amputation 100 morts sur 100 opérés.

Mais je ne veux pas insister sur ce parallèle, car les conditions de salubrité sont trop différentes dans les deux cas ; je ne désespère pas qu'un jour on ne puisse avoir des résultats comparatifs dans les hôpitaux de Paris sur la résection du genou et l'amputation de cuisse pour cause traumatique.

Ce que je trouve d'insuffisant dans les faits d'ailleurs si intéressants de M. Verneuil, c'est qu'ils ont été observés dans des conditions éminemment favorables. Il a opéré en ville et dans un petit hôpital de province, circonstances tellement heureuses que dans quelques-uns de ces hôpitaux toutes les opérations réussissent. Mon père, qui depuis longues années exerce la chirurgie dans le département de la Gironde, ne se souvient pas d'avoir vu échouer une amputation de cuisse.

Mais si l'avenir nous montrait qu'à Paris, dans nos hôpitaux, la résection du genou guérit 2 malades sur 6, 8, 10 opérés, je dirais que cette résection est moins grave que l'amputation, et je suis bien certain que si cette conclusion était définitivement établie, nos collègues de la chirurgie militaire mettraient leurs objections de côté et feraient la résection du genou quand elle serait indiquée, certains alors de placer leurs opérés dans les meilleures conditions de guérison.

M. GIRALDÈS. Je comprends bien le sens des observations de

M. Broca, mais je lui rappellerai que l'une des statistiques citées par moi dans le cours de la discussion, celle de M. Holmes a été recueillie dans les conditions indiquées par M. Broca, c'est-à-dire dans les hôpitaux de Londres. Or, il a prouvé que la mortalité est égale pour la résection du genou et l'amputation de la cuisse.

Je suis convaincu que dans nos hôpitaux nous aurons de nombreux mécomptes; j'ai, pour ma part, fait cinq fois la résection du genou, j'ai perdu quatre malades et j'ai dû amputer le cinquième consécutivement.

M. VERNEUIL. Il m'est impossible de savoir si M. Giraldès est ou non partisan de la résection du genou. Je parle de résection traumatique et M. Giraldès me répond en me citant des cas pathologiques.

Toute la question est celle-ci : un individu reçoit un coup de feu au genou; faut-il l'amputer, faut-il lui faire la résection? Il n'est pas douteux que si la statistique continuait à indiquer 100 morts sur 100 amputés, il faudrait bien recourir à une autre pratique. Or, sur le très-petit nombre de résections traumatiques du genou, il n'y avait qu'un ou deux cas de guérison; j'en apporte deux nouveaux. Cela change la proportion d'une manière très-favorable.

M. Giraldès m'a plaisanté sur les appareils que j'ai employés. Peut-être s'est-il servi lui-même de ces appareils en papier dont il a parlé et qui n'ont guère été efficaces. En tout cas, je puis affirmer que les moyens contentifs dont j'ai donné l'indication ont régulièrement fonctionné. M. Lefort, M. Legouest, les ont vus, et je suis bien convaincu que notre collègue M. Legouest s'en contenterait pour la pratique de la chirurgie d'armée.

M. TRÉLAT. Il ne faut pas conclure de ce que les amputations traumatiques sont en général plus graves que les amputations pathologiques, que ce soit une loi générale, et surtout qu'elle soit applicable aux résections. J'ai montré dans mon rapport sur la résection du coude (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1862, p. 202), que la résection traumatique du coude donne 1 mort sur plus de 7 opérés, et la résection pathologique 1 mort sur moins de 2 opérés. Ce fait n'est pas seulement vrai pour les résections, il s'applique encore à certaines amputations. Ainsi l'amputation de l'avant-bras et la désarticulation de la main donnent des résultats beaucoup meilleurs pour les cas traumatiques que pour les cas pathologiques. On voit donc qu'il ne faut pas se hâter de poser des préceptes généraux, mais qu'il est nécessaire d'attendre les résultats de la pratique. Cela s'applique directement aux résections du genou; il pourrait fort bien arriver qu'à l'inverse de l'amputation, la résection pour cause traumatique fût moins grave, comme mortalité, que la résection pathologique. Les faits seuls pourront prononcer.

M. MARJOLIN. J'insiste sur ce chiffre effroyable qu'a indiqué tout à l'heure M. Broca pour les amputations traumatiques de la cuisse. Il est impossible qu'un pareil résultat obtenu par des chirurgiens comme ceux des hôpitaux de Paris, ne tienne pas à des causes générales qu'il n'est pas en leur pouvoir de combattre.

Au reste, ce déplorable résultat ne comprend pas les hôpitaux d'enfants, car j'ai eu occasion de faire des amputations traumatiques à tous les âges, et j'ai souvent obtenu des succès.

M. GIRALDÈS. M. Trélat n'ignore pas quelle différence il y a entre les opérations pratiquées sur le membre supérieur et le membre inférieur. On ne peut pas les comparer. D'autre part, on sait que la résection de la tête fémorale pour cause pathologique donne d'excellents résultats, tandis que la même opération pour cause traumatique n'a fourni jusqu'ici qu'un seul cas de guérison.

M. FORGET. Ce ne sont pas seulement les chirurgiens militaires de France qui semblent répugner à la résection du genou, puisque dans la statistique d'Heyfelder, sur 183 cas de résection, il n'y a qu'un seul cas de résection pour cause traumatique.

M. Forget regrette que la discussion ne porte pas sur les résections du genou envisagées dans leur ensemble. Il eût pu communiquer à la Société quelques matériaux qu'il avait réunis dans cette intention.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE L'YONNE.

Séance du 14 mai 1864.

M. le président fait hommage à la Société de plusieurs ouvrages, dont il fait ressortir ce qu'il y a de plus saillant dans une analyse rapide.

Je fais hommage, dit-il, à la Société, au nom et de la part de M. le président de la Société générale, de l'*Annuaire* publié par le Conseil général. J'ai eu avec cet illustre collègue, dont l'amitié me flatte et m'honore, une conversation sur la possibilité d'une fusion entre les deux Sociétés, médicale et de secours mutuels du département. Les statuts des deux Compagnies s'opposent à une réunion si désirable; nous serions d'ailleurs forcés de nous séparer de deux classes de collègues qui nous sont chers et indispensables. Mais nous appelons de tous nos vœux les fusions partielles.

Dans le *Bulletin de l'Ecole supérieure de pharmacie* que j'ai l'honneur d'offrir, on trouvera des articles du plus haut intérêt. M. le directeur Bussy s'élève avec une louable énergie contre certaines tendances à provoquer la suppression de toute mesure qui limite l'exercice des diverses branches de l'art de guérir.

M. Baudrimont a découvert une quantité notable d'iodure de potassium dans le *zostera marina*, plante commune dans le bassin de la Méditerranée.

On le trouve en abondance dans l'étang de Berre, cette mer intérieure que l'on transformera peut-être un jour en vaste rade et port rendus nécessaires surtout lorsque le canal de l'isthme de Suez aura été achevé.

On fut fort étonné lorque MM. Bunsen et Kirchhof trouvèrent des minéraux flottants dans l'atmosphère. M. le professeur Buignet a découvert ces deux minéraux, le cœsium et le rubidium, dans les eaux de Sail-lès-Château-Morand.

La science a trouvé dans le spectroscope un nouveau moyen de découverte dont on fait usage chaque jour. Il aidera peut-être à découvrir la cause flottante des grandes épidémies. Déjà on a pensé que l'air plus ou moins oxygéné contribuait à leur développement.

Dans le *Bulletin de la Société impériale de médecine de Toulouse*, j'ai remarqué un excellent Mémoire de M. Lafosse, professeur de médecine vétérinaire, sur la *rage communiquée* et la *rage spontanée* ou mue. Nous prions M. Thierry de vouloir bien, à la séance d'août, faire un rapport sur ce mémoire et sur l'importante question qui déjà a été si bien élucidée à l'Académie impériale de médecine. Il y ajouterait ce qui ressort de son expérience, et ce qu'il pourrait recueillir des événements qui se sont passés dans le département de l'Yonne : il ne faut pas oublier, et je le répète sans cesse, que nous sommes les sentinelles avancées de l'hygiène et de l'art médical dans notre département.

J'arrive maintenant au point capital de mon allocution, l'offre de la thèse soutenue par le docteur Astié à la Faculté de médecine de Paris, sur un médicament indigène propre à suppléer le quinquina. M. le professeur Piorry a parfaitement démontré, par de nouveaux faits de guérison, l'identité d'action du médicament indigène avec le médicament exotique.

Ce grand problème, qui intéresse si hautement l'art et l'humanité, semble résolu, et on en sera redevable à M. Armand, chimiste qui a sacrifié bien des années à cette recherche.

Un académicien habile, M. Boudet, a préparé le médicament sous les yeux même de M. Armand; et M. Roger, chef de service dans un hôpital, est chargé de faire un rapport à l'Académie. Son talent et sa loyauté répondent de l'exactitude dans l'observation, et de sa loyale austérité dans ses conclusions.

A notre sens ce grand problème se réduit à cette simple pensée : il guérit ou ne guérit pas les maladies d'origine paludique.

La grande difficulté du jour réside dans le secret dévoilé d'ailleurs à bien des personnes, et nous pouvons affirmer que ce médicament est sans danger. Il faut croire qu'aussitôt que les formules indispensables droit auront été remplies, M. Armand, après avoir assuré sa propriété, se hâtera de rendre publique sa découverte.

J'avais, dans un congrès scientifique, émis le vœu qu'une commission de savants fût envoyée au Pérou pour étudier le sol, les latitudes astronomiques et de profil, pour essayer de transplanter de jeunes sujets de quinquina dans celle de nos colonies qui se rapproche le plus de l'équateur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 21 mai, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Jaspard et Douillé, chirurgiens de la marine.

— Le concours pour deux places de médecin au Bureau central des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de MM. Guyot (Jules) et Simon (Jules).

— Les candidats admis à la seconde série d'épreuves pour le concours de chirurgien du Bureau central, sont :

MM. de Saint-Germain, A. Després, Duchaussoy, Labbé (Léon), Liégeois, Péan, Sée (Marc), Tarnier.

— Aujourd'hui jeudi 2 juin, M. l'abbé Moigno ouvrira, — quai Malaquais, 3, au Cercle des Sociétés savantes, — une série de conférences de science vulgarisée. Il exposera les principaux progrès réalisés pendant le mois précédent dans le domaine des sciences accessibles au plus grand nombre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorrhagie, et Principes nouveaux d'hygiène, de médecine légale et de thérapeutique appliqués à ces maladies; par M. J. ROLLET, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon (hôpital des Vénériens). Un vol. in-8°. Prix : 8 fr. — L'atlas, composé de 20 planches, dont 10 coloriées, se vend séparément. Prix : 6 fr.

Documents chirurgicaux du docteur Pierre Floret (de Saint-Jean de Losne), ancien chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon, par M. le docteur LUPPI, avec planches. Prix : 4 fr. 50. — Paris et Lyon, 1863.

De l'ataxie musculaire, par M. TEISSIER, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon. Brochure in-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1863.

De la médecine morale, précédée de réflexions sur la pratique de la médecine en général, par M. François DEVAY, professeur titulaire de clinique interne à l'Ecole de Lyon, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre titulaire de l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts, etc. Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris et Lyon, 1862.

Ces quatre ouvrages sont en vente chez F. Savy, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 24, à Paris; à Lyon, chez Savy, libraire de l'Ecole de médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 65. — SAMEDI 4 JUIN 1864. (37e ANNÉE.) N° 65. — SAMEDI 4 JUIN 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Anesthésie et ataxie hystériques; analyse pathologique du sens d'activité musculaire. — Iritis à gauche. — Amputation de la verge. — Syphilis constitutionnelle; alopécie; guérison parfaite et rapide. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 25 mai. — Nouvelles. — FEUILLETON. Lettres obstétricales.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Anesthésie et ataxie hystériques. Analyse pathologique du sens d'activité musculaire (1).

Nous avons rappelé dans la précédente *Revue*, à propos de l'observation intéressante d'anesthésie et d'ataxie hystériques rapportée par M. Lasègue, quelques-uns des travaux récents qui ont contribué à introduire dans la science la notion d'un sens ou d'une conscience de l'activité musculaire, comme élément distinct du phénomène mouvement.

Voici en quels termes M. le docteur Duchenne (de Boulogne) résume les résultats de ses recherches sur ce sujet dans la 2e édition du *Traité de l'électrisation localisée :*

« Nous possédons une *aptitude motrice indépendante de la vue*, grâce à laquelle nous pouvons, dans l'obscurité, mettre nos muscles en contraction et les relâcher, lorsque, au moment où nous cessons de voir, cette contraction était commencée.

» Dès que cette aptitude motrice indépendante de la vue est perdue, tout acte musculaire volontaire est aboli dans l'obscurité. »

M. Lasègue accepte cette donnée, mais pour lui le problème n'y est pas renfermé en entier. Il est plus complexe, ainsi qu'on a déjà pu le voir par l'analyse des phénomènes constatés chez la jeune fille qui fait le sujet de cette dissertation. M. Lasègue admet que la vue et le toucher concourent à l'exécution de tout mouvement, sans toutefois y être indispensables.

« Il est certain, dit-il, que le toucher sert à reconnaître jusqu'à quel point le mouvement répond au but qu'on s'était proposé. Dans toutes les œuvres délicates, il sert de contrôle et de censure. L'individu qui cherche un objet dans l'obscurité se rend compte des hésitations par lesquelles il passe, et acquiert ainsi une conscience exacte des mouvements qu'il eût accomplis instinctivement s'il avait été guidé par la vue; il fait alors intervenir comme éléments intellectuels l'enchaînement de ses souvenirs et les probabilités qui dirigent ses tâtonnements.

» Il n'est pas moins certain que l'anesthésie, c'est-à-dire la suppression des sensations tactiles, n'abolit pas les perceptions du sens musculaire. On voit des hystériques insensibles mouvoir leurs membres dans la direction qu'on leur indique, les yeux fermés, et le seul défaut de leur mobilité est la maladresse.....

» En l'absence de la vision ou l'absence de tact, le sens de la tension musculaire était nul.

» Et cependant non-seulement la loi souffre des contradictions, mais elle ne peut être admise qu'avec des réserves et après une investigation plus minutieuse.

» La conscience du mouvement n'est pas seule éteinte; mais la malade en question n'a pas la sensation de la fatigue, et ce n'est pas sans raison que j'ai admis que le sens de la *tension* musculaire était annulé. »

Chez la malade dont M. Lasègue a rapporté l'histoire, l'occlusion des yeux a produit un effet tout particulier et semblable à ce qu'il avait déjà eu l'occasion d'observer chez d'autres. Ce n'est pas seulement l'impossibilité de régler son mouvement par la vue du membre, c'est quelque chose de plus : ainsi, dit-il, tandis que la malade se tient debout et marche les yeux ouverts sans voir ses membres inférieurs, elle est incapable, les yeux fermés, de se maintenir en équilibre ou de se mouvoir.

Il est difficile d'admettre, suivant M. Lasègue, que cette cécité artificielle et momentanée soit sans influence sur ses dispositions intellectuelles. « Nous éprouvons tous, dit-il, à des degrés et sous des formes diverses, cette action morale de l'obscurité, mais ici elle prend des proportions extrêmes; il en résulte qu'un certain nombre de perceptions de détail, qui demandent une présence d'esprit et une attention soutenues, échappent à la perspicacité de la malade; c'est là un élément dont il est nécessaire de tenir compte, mais qui à lui seul n'explique pas la perte de conscience du mouvement musculaire. » Aux yeux de M. Lasègue, le sens du mouvement musculaire est la résultante de plusieurs facteurs dont la nature et le mode d'action sont encore à connaître.

On a pu voir qu'en faisant l'histoire de sa malade, M. Lasègue a cherché à indiquer l'influence de la sensibilité cutanée en notant que chez elle les appareils musculaires qui répondent aux portions anesthésiques, étaient seuls atteints, et que les muscles de la face, par exemple, conservaient leur pleine et complète mobilité. Il a montré la vision suppléant sans réserve à l'absence de ce sens nouveau, et la jeune fille reprenant sa dextérité, son agilité, son adresse, suspendues un moment, dès qu'il lui était permis de régler par la vue l'exercice de ses membres.

Il a ainsi ajouté à l'interprétation du fait déjà si bien constaté par les observateurs, ne fût-ce qu'en montrant que l'intervention de la vue ne suffit pas à tout expliquer.

« Je veux bien, dit-il, que la vue permette à la malade de s'assurer du mouvement accompli; mais il est impossible qu'elle préside au mouvement à son origine. Il faut que le patient conserve un sens encore singulièrement délicat de son activité musculaire pour proportionner le mouvement au but qu'il se propose d'atteindre. Si vous faites soulever une feuille de papier ou un pot d'étain à la malade, elle règle sa dépense d'effort suivant ce qu'elle sait d'avance de la pesanteur de l'objet. Il n'y a ni indécision ni maladresse. Elle sent, elle coud avec la même assurance qu'elle exécute les exercices gymnastiques qui réclament une tension considérable; ses yeux lui donnent la notion du résultat, mais ne peuvent lui en apprendre davantage. Le sens instinctif de l'effort garde donc son intégrité; et cet intermédiaire mystérieux, qui sépare la décision de la volonté du mouvement, la pensée de l'exécution, n'a rien perdu de sa vivacité. »

« Comment comprendre que le même malade qui sait si bien, les yeux ouverts, proportionner l'effort au résultat, devienne, les yeux fermés, incapable d'exécuter non pas un acte musculaire défini, mais un mouvement quelconque? On assiste à son bon vouloir stérile; on le voit prendre la pose qui faciliterait le mouvement à accomplir, et cependant pas un des muscles nécessaires à son accomplissement n'entre en action. Ce qui lui manque, c'est tantôt le sens instinctif et initial en vertu duquel nous opérons un mouvement en conformité avec notre vouloir, et tantôt le sens secondaire qui nous avertit que les choses se passent comme il entrait dans nos intentions. »

Suivant M. Lasègue, le sens de l'activité musculaire serait donc plus complexe qu'il ne paraît tout d'abord. Il se composerait des éléments fournis par la vue, par le tact, par l'éducation lente et progressive des mouvements. Chaque mouvement lui-même représenterait une succession de phénomènes qu'une minutieuse analyse arrive à décomposer, depuis le moment où on a décidé de se mouvoir jusqu'au moment où on déclare le problème résolu d'une manière suffisante.

M. Lasègue est parvenu à montrer parfaitement par cet exemple, ainsi qu'il s'est proposé de le faire, combien de questions accessoires et délicates doivent intervenir dans la solution du problème.

(1) Voir la *Revue* de samedi dernier 28 mai.

Iritis à gauche. Fausse membrane pupillaire et hypolympha. Résorption rapide. Retour de la vision avec les mêmes modifications que chez les opérés de cataracte. Résorption du cristallin.

Tous les praticiens ont été frappés de la promptitude avec laquelle se résorbent les épanchements plastiques de la chambre antérieure (*hypolympha*) et même les épanchements de pus (*hypopion*) chez les jeunes sujets. Les fausses membranes pupillaires, suite d'iritis, sont soumises aux mêmes lois. Chez les adultes, au contraire, les exsudats de la chambre antérieure et de la pupille s'organisent promptement, et à moins qu'un traitement convenable ne maintienne la pupille dilatée dès le début du mal, on a tout lieu de craindre que la pupille ne reste définitivement oblitérée par la lymphe plastique. Ce qui est moins fréquent, et ce que nous avons observé dans le fait qui va être rapporté, c'est que le travail d'absorption dépasse les limites ordinaires, et qu'après avoir fait disparaître les dépôts plastiques, il entraîne

LETTRES OBSTÉTRICALES.

DE LA POSITION DE LA FEMME PENDANT L'ACCOUCHEMENT (1).

XXII.

Il est un accident qu'on ne doit jamais regarder comme indifférent avant et pendant le travail, je veux parler des pertes de sang. Si la perte est en voie de s'arrêter, l'accoucheur s'abstiendra de toucher la femme; mais il sera prudent de recourir à ce procédé d'exploration si la perte continue, afin de savoir le degré de dilatation de l'orifice, l'état des membranes, etc. Dans tous les cas, on prescrira le repos absolu dans la position horizontale. « Par le repos seul, dit » John Burns, sans aucun autre remède, on peut guérir quelques » hémorrhagies, mais sans cela aucune malade n'est en sûreté. » La femme sera sur un matelas ferme, dans le décubitus dorsal, la tête basse; on mettra un coussin sous elle, de manière que le corps représente un angle dont le bassin est le sommet. Il n'est pas nécessaire que la femme soit entièrement découverte : le bassin seul doit être couvert d'un simple drap; le reste du corps sera maintenu à une chaleur modérée, les extrémités supérieures surtout seront tenues chaudement.

La température de l'appartement sera fraîche, et la malade prendra des boissons froides et acidules. En même temps on appliquera des compresses ou des serviettes imbibées d'eau froide, tordues, fréquemment renouvelées, sur l'hypogastre et à la partie interne des cuisses. On pourra aussi avoir recours au vaste sinapisme entre les épaules, conseillé par M. Velpeau; M. Mattei applique aux bras ce moyen dérivatif, mais spécialement pour remédier aux congestions utérines cataméniales. (Voyez, par exemple, l'observation CII de la *Clinique obstétricale*).

La saignée et le repos prolongé dans la position horizontale ont donné de beaux succès dans les cas d'hémorrhagie et d'avortement imminent. Vous avez lu sans doute le remarquable travail de Puzos que renferme le *Recueil de l'Académie royale de chirurgie;* vous vous rappelez l'observation relative à une dame de la place Vendôme, qui eut une perte de sang très-considérable vers le milieu de sa grossesse; l'accident était accompagné de douleurs et d'issue de caillots. Puzos fit plusieurs saignées; il recommanda à cette dame de garder exactement le repos au lit et de ne se lever sur son séant pour aucun de ses besoins. Tout fut exécuté ponctuellement; les accidents diminuèrent peu à peu, et la perte cessa tout à fait au bout de quinze jours. La malade passa encore un mois dans son lit, après la disparition du sang, et son appartement fut son unique séjour pendant le reste de sa grossesse. Elle accoucha au neuvième mois, et son enfant la dédommagea avantageusement, ajoute notre auteur, des peines qu'elle s'est données pour sa conservation (1).

Oui, assurément, la position horizontale est d'une extrême importance pour combattre les pertes de sang qui précèdent ou accompagnent le travail, ou pour prévenir le retour de l'hémorrhagie. Ce moyen est pour ainsi dire héroïque si la perte est accidentelle, si le décollement partiel du placenta l'a produite; mais n'oublions pas cette cause spéciale qui donne lieu aux hémorrhagies dites *essentielles*, par M. Dubois, et *inévitables*, par les accoucheurs anglais, je parle de l'insertion anormale du délivre sur le segment inférieur. C'est principalement dans les dernières semaines de la grossesse que les hémorrhagies essentielles apparaissent; on peut les désigner en pratique sous le nom de pertes *à répétition*, parce qu'elles se reproduisent trois, quatre, cinq, six fois et même davantage. Plus on approche du terme de la grossesse, plus elles deviennent fréquentes et abondantes. Elles offrent ceci de remarquable qu'elles arrivent sans cause accidentelle appréciable, quelquefois même pendant le repos au lit, dans la position horizontale. La nuit, il arrive que la femme se sent mouillée, regarde et s'effraye de voir du sang.

Voilà donc une hémorrhagie que le repos au lit et la position horizontale ne peuvent prévenir. Cela ne veut pas dire qu'on doive négliger alors la position, et que ce moyen soit impuissant à restreindre la perte de sang en certaines limites. Il y a six semaines, au moment où je rassemblais les éléments de ce travail, j'étais appelé à la campagne auprès de la femme d'un instituteur fort intelligent : elle devait accoucher dans quelques jours, et perdait du sang pour la troisième fois depuis le commencement du neuvième mois. Je ne pratiquai pas le toucher, parce que la perte était arrêtée au moment de ma visite; mais, d'après les renseignements que je pris, j'arrivai à la présomption que l'hémorrhagie provenait de l'insertion anormale du délivre sur le segment inférieur. Je prescrivis le repos absolu dans la position horizontale jusqu'à l'époque du travail; je recommandai, en outre, les moyens locaux dont nous avons parlé précédemment, pour le cas où la perte reparaîtrait; enfin, je fis comprendre au mari qu'il faudrait m'appeler immédiatement dès les premières douleurs. Mes conseils furent scrupuleusement suivis : la perte reparut deux fois encore dans la dernière semaine, mais elle fut modérée. Le travail se déclara dans la matinée du jour de Pâques; on vint me chercher en toute hâte en me disant que la malade était noyée dans le sang. Selon le sage conseil de M. Velpeau, je pris tout de suite le pouls, et je vis avec effroi que la perte était des plus graves. La femme était presque exsangue et pouvait à peine parler. Quelques cuillerées de vin d'Alicante la ranimèrent, et je pratiquai le toucher. Le col était entr'ouvert de la largeur d'une pièce de deux francs, les membranes intactes, mais épaisses. Sur le côté gauche et antérieur de l'orifice on sentait quelque chose de spongieux : c'était

(1) Voir les numéros des 22 et 31 mars, et 12, 21 avril et 24 mai.

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. I, page 363 de l'édition de 1761.

dans ce mouvement *moléculaire organique* le cristallin lui-même. De là résultent, après la guérison, des troubles de la vision qu'on est embarrassé d'expliquer au premier abord et qui trouvent une solution dans la modification des propriétés réfringentes de l'œil.

Emile L..., âgé de sept ans et demi, est présenté à la clinique de M. le docteur Fano le 2 janvier 1864. Les parents rapportent que le 31 décembre on lui a donné un coup de règle sur la région oculaire gauche. Dans la soirée, l'enfant se plaint de ne plus voir clair de cet œil.

Etat actuel. — Injection radiée et discrète de la conjonctive scléroticale gauche. Iris du même côté plus terne qu'à droite. Toute la pupille est remplie d'une fausse membrane blanche, un peu nacrée. La chambre antérieure présente un amas de lymphe plastique. — Cinq sangsues à la tempe gauche; purgatif; onctions belladonées sur l'orbite et les paupières.

Sous l'influence de ce traitement, l'hypolympha se résorbe rapidement. La fausse membrane pupillaire augmente au contraire d'épaisseur et proémine au bout de quelques jours dans la chambre antérieure. — Continuer les onctions belladonées; purgatif tous les cinq jours; tous les jours, instillation d'une goutte d'atropine.

Vers le 25 janvier, la fausse membrane pupillaire diminue notablement d'épaisseur; le pourtour de la pupille reste toujours adhérent à l'exsudation. L'enfant ne distingue que la lumière des ténèbres.

Le 30 apparait pour la première fois une coloration noire de la pupille sous la forme d'une ligne qui en occupe la partie inférieure et interne. Le 1er février, la brèche a un peu augmenté de largeur. L'enfant commence à distinguer quelques objets usuels. Le 3, la brèche s'est encore élargie; la fausse membrane est de plus en plus ténue.

Le 20, c'est à peine s'il reste, dans la moitié supérieure de la pupille seulement, une très-fine toile perforée en plusieurs points. L'enfant reconnait de très-grands caractères d'imprimerie. Le 25, on supprime les onctions belladonées.

Le 3 mars, la pupille est bien nette. Il est impossible au petit malade de déchiffrer le n° 20 de Jæger, c'est-à-dire des caractères plus grands et plus forts que l'entête de la *Gazette des Hôpitaux*. En lui plaçant devant l'œil un verre convexe de 2 1/2 pouces de foyer, il lit des caractères d'impression équivalant à ceux du *premier-Paris* de la *Gazette*.

Le 19 mars, il reconnait les objets usuels à la distance de la vision distincte, sans intermédiaire de verre convexe. Il ne lit pas le n° 20 de Jæger, à quelque distance qu'on place le livre, depuis la distance de la vision distincte jusqu'à la distance de 2 mètres. Avec un verre convexe de 2 1/2 pouces de foyer, il lit des caractères d'impression aussi fins que ceux des *observations* de la *Gazette*.

A diverses reprises, nous avons examiné l'œil à l'ophthalmoscope sans pouvoir arriver à saisir l'image de la papille optique et des vaisseaux rétiniens, bien que les milieux réfringents soient transparents. La diminution notable de la réfringence de l'œil, occasionnée par l'absorption du cristallin, est de nature à rendre compte de ce fait singulier, la lentille que nous avons employée pour cet examen ayant 2 1/2 pouces de foyer. Peut-être qu'avec une lentille de 1 pouce on arriverait à saisir l'image rétinienne.

Amputation de la verge.

L'amputation de la verge a d'abord été faite par la ligature; une sonde métallique étant introduite dans l'urèthre, on liait par-dessus la verge avec un fil très-fort, puis on plaçait successivement des ligatures de plus en plus serrées. Quoique la douleur dût être très-grande, les malades la supportaient.

Ruysch (1691) rapporte dans sa trentième observation l'histoire d'un paysan qui subit ce traitement. Heister (1718) plus tard adopta ce traitement, qui cependant n'était pas admis par tous les chirurgiens. Scultet (1), en 1635, avait opéré à Ulm une gangrène du pénis par l'instrument tranchant et avait arrêté l'hémorrhagie à l'aide du fer rouge. Il est vrai qu'il ne s'agissait pas là d'une amputation de la verge. Mais l'auteur apprend dans cette même observation qu'il a connu un chirurgien de Padoue qui avait enlevé une verge atteinte d'ulcère vénérien par l'amputation, avec le bistouri.

Ce furent Ledran d'abord, puis Boyer, qui régularisèrent l'opération de l'amputation de la verge. En 1791, Boyer publia un mémoire sur ce sujet (2), et il fut admis dans la pratique que l'on devait toujours couper la peau en arrière des corps caverneux, afin que la rétraction subite de ceux-ci ne s'opposât point à la ligature des vaisseaux, et ce précepte posé par Ledran avait été accepté par Boyer. Celui-ci établit aussi que l'amputation étant faite avec l'instrument tranchant, il fallait lier les artères dorsales de la verge, et qu'il suffisait de comprimer les corps caverneux pour arrêter le sang.

Depuis, divers points du manuel opératoire et de ses suites ont donné lieu à des remarques importantes.

D'abord, M. Barthélemy (3), se souvenant sans doute de la ligature par le procédé décrit dans Ruysch, a proposé d'introduire une sonde dans l'urèthre avant d'en opérer la section avec le bistouri, afin, disait-il, d'éviter les obstacles naturels qui s'opposaient à l'introduction d'une sonde après l'opération. M. Velpeau, qui rapporte ce procédé dans sa *Médecine opératoire*, fait justement remarquer que la difficulté de retrouver l'urèthre n'existe réellement pas, si ce n'est dans les cas où la verge a été amputée très-loin jusque sous le pubis.

Puis il a été question de prévenir les hémorrhagies. Shrœger (4) a proposé de diviser la verge couche par couche, de façon à lier les vaisseaux à mesure qu'ils se présenteraient. Langenbeck (5), pour faciliter la ligature des artères, avait conseillé de passer un fil à travers les corps caverneux, en arrière du point où porte la section, pour amener ces parties à l'extérieur et permettre la ligature des artères dorsales de la verge et surtout des artères caverneuses.

Afin de prévenir les rétrécissements consécutifs de l'urèthre, on a proposé encore de le sectionner un peu en avant des corps caverneux et de réunir la muqueuse à la peau, à l'aide de points de suture. Ce procédé n'était évidemment pas applicable aux amputations à la racine de la verge.

Cependant, l'amputation de la verge par l'instrument tranchant, si bien réglée qu'elle fût, n'était pas exclusivement employée. M. Græfe et M. Binet (6) avaient pratiqué la ligature de la verge par le procédé ancien, en même temps que tous les livres classiques s'étaient rangés à l'opinion de Boyer.

Lorsque l'usage de l'écraseur linéaire a été généralisé, l'amputation de la verge a été faite à l'aide de cet instrument, et l'on peut dire que l'ablation de la verge, comme l'ablation des tumeurs de la langue, a été presque de suite considérée comme une des opérations les plus favorables à l'application de l'écrasement linéaire. Le procédé réunissait les avantages de la ligature et de l'excision. Il n'y avait pas d'hémorrhagies sérieuses à redouter, et l'on terminait l'opération en une seule séance.

La plupart des amputations de la verge, et peut-être toutes les amputations faites dans ces dernières années, ont été pratiquées à l'aide de l'écraseur.

M. Chassaignac vient d'enlever de la sorte un cancer récidivé de la verge, et le fait dont il est question, outre qu'il vérifie les avantages de l'écrasement linéaire, se distingue encore par plusieurs particularités dignes d'intérêt.

Un homme âgé de quarante-six ans, couché au n° 25 de la salle Saint-Augustin, est entré à l'hôpital Lariboisière pour une récidive de cancer de la verge, datant de deux mois. Une opération avait déjà été faite une première fois. Un chirurgien avait détruit la tumeur primitive par la cautérisation. Au moment où le malade est venu réclamer les soins de M. Chassaignac, un bourrelet fongueux sessile existait à la place de la verge, dont il ne restait pas de traces. On sentait entre les deux testicules, à travers le scrotum, une induration qui indiquait que le cancer avait envahi très-loin dans l'épaisseur du corps caverneux.

L'aspect des fongosités, les douleurs dont elles étaient le siége, la mauvaise odeur qu'exhalait ce produit, la multiplication des fongosités et les indurations, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic, que l'opération antérieure faite il y a deux ans, et les antécédents, vérifiaient encore.

Le chirurgien résolut d'enlever cette tumeur. Grâce à des aiguilles courbes passées en divers sens à la racine de la tumeur, et par conséquent de la verge, et grâce à une ligature avec un fil de lin, un pédicule a été formé et la chaîne d'un écraseur a été placée. La tumeur a été enlevée comme une tumeur hémorrhoïdale, et il n'a pas été nécessaire de passer une sonde préalablement.

Aucune hémorrhagie n'a suivi cette opération, aucune artère n'a dû être liée, et il n'a pas été placé de sonde dans l'urèthre.

Il restait, après l'opération, une excavation profonde; on sentait les pubis, et la peau du scrotum était tellement amincie que la crainte d'un sphacèle se présentait à l'esprit. La plaie a été pansée simplement.

Il n'est survenu aucun accident; le malade a uriné dans la journée et sans difficulté. Malgré l'irrégularité de la plaie, il n'y a pas eu de stagnation de l'urine ni d'abcès urineux dans le scrotum; la cicatrisation s'est faite promptement, comme celle d'une plaie simple dans une région peu vasculaire. Comme l'écoulement de l'urine se faisait sans encombre, M. Chassaignac n'a pas cru devoir appliquer une sonde.

Aujourd'hui, la plaie est cicatrisée, le scrotum est presque toujours rétracté sur le pubis; à la place de la racine de la verge, on constate une excavation pouvant loger la pulpe du pouce, et tapissée par un tissu cicatriciel blanchâtre tout à fait analogue à l'orifice d'une fistule urinaire; on aperçoit difficilement au fond un petit pertuis extrêmement fin.

La fonction de l'urination est régulière. Le malade, au moment où la plaie était cicatrisée, urinait en jet, à une distance évaluée environ à 1 mètre et demi. Lundi dernier, on lui avait fait retenir longtemps ses urines pour l'observer au moment de la visite. La distension de la vessie avait amené une paresse momentanée, le jet de l'urine était moins fort, et une partie du liquide coulait en bavant sur le scrotum.

Enfin, l'opéré, malgré les remarques qui ont été faites jusqu'ici, ne présente aucun phénomène moral de tristesse et d'abattement qui compromette les résultats de l'opération; et ici deux raisons peuvent être invoquées : l'âge du malade et la longue durée du mal, qui avait peu à peu détruit toute la verge. Et le malade avait peut-être compris, au moment de l'opération, qu'il ne s'agissait plus de la conservation d'une fonction, mais bien de la conservation de la vie.

Ce fait est très-important, non-seulement au point de vue de l'application de l'écrasement linéaire; il démontre que ce dont

(1) Scultet, *Observationum centuria;* obs. L, *Extirpatio penis.*
(2) *Journal de Fourcroy*, 1791.
(3) Barthélemy, *Journal hebdomadaire*, t. XIII, p. 41.
(4) Shrœger, *Rust Handbuch der Chir.*, vol. Ier, p. 667.
(5) Langenbeck, *Rust Handbuch der Chir.*, loc. cit.
(6) Binet, *Revue médicale*, 1828.

le placenta. Les douleurs était faibles et rares. L'enfant se présentait par l'extrémité céphalique, et je ne pus percevoir ses battements cardiaques.

Le sang coulait avec peu d'abondance, mais d'une manière continue, depuis le milieu de la nuit. Suivant la méthode de Puzos, j'étais tenté de provoquer les contractions en titillant avec les doigts l'orifice de l'utérus, puis de rompre les membranes et de laisser marcher l'accouchement; mais la présence de mes doigts ne ranimait point les douleurs, et l'hémorrhagie continuait. Les membranes étant intactes, j'eus recours au tampon. Aidé de la sage-femme, je pratiquai le tamponnement dit *en queue de cerf-volant;* je donnai l'ergot de seigle, et de temps en temps quelques cuillerées de vin d'Alicante pour soutenir les forces. Les contractions se succédèrent à de courts intervalles; j'enlevai le tampon au bout de deux heures; la perte reparut, mais l'orifice était suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de la main. Toutefois, il fallait intervenir promptement, car l'hémorrhagie et les contractions artificielles provoquées par l'ergot avaient tellement affaibli la femme qu'elle ne parlait plus; les lèvres étaient décolorées, les extrémités froides, le pouls imperceptible. Les assistants croyaient que la malade était morte, et je me trouvais dans la situation la plus anxieuse pour un médecin. Il est certain que j'aurais opéré sur un cadavre si j'avais perdu le temps à mettre la femme dans la position classique des opérations obstétricales; je la laissai couchée; je fis seulement relever les cuisses par la sage-femme, et j'exécutai l'extraction rapide de l'enfant par la version podalique; la délivrance fut opérée avec la même promptitude et ne fut suivie d'aucune hémorrhagie. Ainsi qu'il arrive presque toujours dans ces cas extrêmement graves, l'enfant avait succombé. Quant à la mère, elle sembla ressusciter après l'évacuation de l'utérus; elle ressentit pendant quelque temps un violent mal de tête et des douleurs au bas-ventre, mais aujourd'hui elle est à peu près rétablie. Ce rétablissement et la reconnaissance de la famille m'ont fait oublier les cruelles inquiétudes que m'inspira mon intéressante accouchée

XXIII.

Les récits des voyageurs nous prouvent qu'on ne s'occupe point de préparer le lit de travail pour les femmes dans l'état de nature.

Un Anglais demanda où était la femme d'un Indien : Elle est allée sans doute dans le bois tendre un piége à une perdrix, lui répondit-on; un instant après, la femme revient avec un nouveau-né qu'elle présente à l'Anglais : « Monsieur, voici un jeune guerrier » (1).

Les Africaines accouchent très-facilement. Selon Bruce, jamais les femmes de Shangalla ne se reposent ni ne sont alitées après la délivrance; elles se contentent de se laver avec de l'eau froide (2).

Les Groënlandaises suspendent leurs occupations habituelles pour accoucher et les reprennent aussitôt après (3).

En Perse et dans les autres pays de l'Orient, la parturition est si facile qu'il n'y a même pas de sages-femmes (4).

A la Nouvelle-Zélande, souvent les femmes accouchent en plein air et sans laisser échapper un seul cri. Les assistants des deux sexes, en voyant arriver l'enfant au monde, s'écrient : *Tane! Tane!* La mère elle-même coupe le cordon ombilical, se lève et reprend ses travaux (5). Selon le navigateur Dumont d'Urville, la parturition des Tikopiennes est si heureuse qu'on n'a jamais vu de femmes avorter ni mourir en couches.

Le capitaine Baudin nous apprend que l'accouchement n'est presque pas douloureux à la *Terre du roi George;* le jour de la délivrance, la mère va chercher sa nourriture comme de coutume, avec son enfant recueilli dans un pan de manteau et suspendu à l'épaule. S'il naît deux jumeaux, l'un des enfants est mis à mort; c'est le mâle qu'on sacrifie quand ils sont de sexe différent. Ces sauvages prétendent qu'une femme n'a pas assez de lait pour nourrir deux enfants (1).

Aux îles Sandwich, l'infanticide paraît la chose la plus naturelle, selon le voyageur Freycinet; l'avortement provoqué est très-commun dans ce pays. Ces crimes abominables détruisent annuellement plus de la moitié des enfants. Il n'en est pas de même à la *Ville du Cap*, où les femmes sont les meilleures épouses et les meilleures mères du monde, dit le capitaine Cook; il ajoute : « Il n'y a presque point de maisons qui ne fourmillent d'enfants (2).

Une riche collection de récits de circumnavigation nous permettrait d'accumuler un plus grand nombre de témoignages.

(La suite prochainement.) Dr Legros.

(1) Long's *Travels*, page 59.
(2) Bruce's *Travels*, vol. II, page 553.
(3) Crantz's *History of Greenland*, vol. I, page 161.
(4) *Voyages de Chardin*, tome IV, p. 230.
(5) Dumont d'Urville, dans les *Voyages autour du monde*, par Albert Montémont.

(1) Albert Montémont, *loco citato.*
(2) *Relation du premier voyage du capitaine Cook* (1769-1771).

on se préoccupait beaucoup autrefois, la dilatation immédiate de l'urèthre, eût été dans le cas particulier tout à fait superflu, disons plus, peut-être dangereux, à cause des recherches que l'on eût été obligé de faire pour introduire la sonde. Est-ce à dire pourtant que plus tard il n'y aura pas de rétrécissement? Quoique tout fasse supposer que les choses resteront dans l'état où elles sont, le rétrécissement n'est pas impossible; mais il sera alors facile de dilater l'urèthre comme on dilaterait une fistule; et dans cette opération consécutive, le chirurgien, à l'abri de tout accident, pourra procéder avec lenteur et sûreté, soit qu'il veuille simplement dilater avec des corps hygrométriques, tels que l'ivoire ramolli, l'éponge préparée ou un autre corps; soit qu'il se décide à débrider.

SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE. — ALOPÉCIE.

Guérison parfaite et rapide.

Par M. le Dr Douet, professeur suppléant à l'École de méd. d'Angers.

Vers les premiers jours de novembre 1862, j'étais mandé auprès d'une jeune fille de vingt-deux ans, atteinte, me disait-on, de mal de gorge. Je ne pus la voir que quinze jours après, étant malade moi-même. Durant cet intervalle, on lui conseilla des gargarismes émollients, Le 15 novembre, je me rendis donc auprès de cette jeune fille. J'avais quelques données sur sa moralité, bien suffisantes pour me faire croire à la possibilité d'un mal de gorge de nature syphilitique. Ce que je soupçonnais n'était que trop vrai.

Je n'avais pas vu Anna B... depuis au moins deux ou trois mois. Ailleurs que chez elle je ne l'aurais pas reconnue, tant elle était changée. Ses couleurs fraîches et rosées avaient fait place à un teint plombé; il y avait un peu d'amaigrissement. Cette fille, vraiment belle trois mois auparavant, était presque laide. L'expression de la figure et du regard avait quelque chose d'insolite dont on ne se rendait pas compte tout d'abord, mais que l'on s'expliquait à merveille en constatant l'absence presque absolue des cils, la disparition de plus des trois quarts des poils des sourcils et la chute de plus de la moitié des cheveux. Çà et là le cuir chevelu présentait des espaces tout à fait nus; les cheveux restés tombaient par la moindre traction.

Je trouvai sur les amygdales et les piliers du voile du palais six à huit plaques muqueuses des plus caractéristiques. Les ganglions post-cervicaux étaient engorgés; de même les ganglions de l'aine. Le mont de Vénus apparaissait à peu près dépourvu de poils; il existait sur les lèvres, à la vulve, au pourtour de l'anus, plusieurs plaques muqueuses. C'en était bien assez pour caractériser une syphilis constitutionnelle. Dix-huit mois ou deux ans auparavant, me dit la malade, elle avait eu aux parties génitales et dans les plis génito-cruraux des maux à peu près semblables, dont un charlatan de la plus triste espèce l'avait débarrassée par des lotions et des tisanes. Je ne pouvais donc être bien fixé sur l'époque du début de l'infection vénérienne.

Mais je crus qu'il serait utile de commencer par administrer des mercuriaux, et j'ordonnai de prendre tous les jours deux pilules de proto-iodure de mercure. Toutes les plaques muqueuses furent cautérisées avec le nitrate d'argent. La malade se gargarisa deux fois par jour avec la mixture suivante :

Eau.	200	grammes.
Sirop de gomme.	50	—
Teinture d'iode.	8	—
Iodure de potassium.	4	—

Le 20 novembre, nouvelle cautérisation des plaques muqueuses; troisième cautérisation le 23. J'ordonne de prendre tous les cinq jours un bain avec 15 grammes de sublimé; continuation des pilules.

Je ne revois Anna que le 1er décembre, et je constate une grande amélioration dans l'état de la gorge, des parties génitales et de l'anus. Je conseille de raser la tête pour favoriser la reproduction des cheveux, qui ne tombent déjà plus. L'ordonnance fut exécutée par le coiffeur. Anna prenait toujours ses deux pilules de proto-iodure.

Jusqu'au 18 décembre, rien de nouveau. Ce jour-là, je m'aperçois que toutes les plaques muqueuses ont disparu, que les cheveux et les sourcils repoussent. A partir de ce moment, je combine les mercuriaux avec l'iodure de potassium, en ordonnant un sirop formulé de telle sorte que la malade avale chaque jour 3 centigrammes de biiodure de mercure et 1 gramme d'hydriodate de potasse.

Le 6 janvier, j'ajoute à l'ordonnance deux tasses par jour d'une tisane assez concentrée de gayac et de salsepareille. Sous l'influence du traitement, les accidents syphilitiques disparaissent graduellement, et ce qui prouvera les progrès de l'amélioration de l'état de ma malade, c'est cette petite anecdote :

Le 16 février, à la chute du jour, j'entre chez Anna, et frappé de ses sourcils bruns très-bien dessinés : « Par ma foi, lui dis-je, votre coiffeur sait admirablement peindre les sourcils. — Ils sont bien à moi, ces sourcils-là, me répond-elle, et ce qu'il y a encore de mieux, c'est qu'ils sont naturels. »

Je regarde de plus près et je constate que les sourcils et les cils sont revenus aussi épais qu'ils l'avaient jamais été. De plus, je suis agréablement surpris de trouver les cheveux aussi abondants que jadis, après avoir été rasés trois fois.

A partir de cette époque, la malade ne prend plus que de l'iodure de potassium, à dose de 0,80 par jour, traitement qu'elle continue jusqu'à la fin de mars 1863.

Aujourd'hui, 15 août, Anna a recouvré sa fraîcheur luxuriante d'autrefois; plus d'engorgement des ganglions. Les cheveux sont déjà assez longs pour permettre à cette jeune fille de se coiffer comme les autres femmes. Les cils et les sourcils sont épais, bien dessinés, et le mont de Vénus fourni de poils. Anna est complétement guérie.

Pour nier l'existence de la vérole, lorsque cette fille a commencé son traitement, il faudrait être de mauvaise foi. Eh bien, peut-on contester l'heureuse influence du traitement? Est-il possible de nier l'efficacité de la médication mercurielle dirigée contre l'alopécie et les autres accidents syphilitiques? Suivant M. Diday, « le mercure laisse guérir cet état, mais il ne le guérit pas. » Je ne suis pas de son avis, et l'observation que je publie est à l'appui de mon opinion; j'en ai d'autres aussi probantes. Les cheveux ont commencé à repousser alors que la malade ne prenait encore que des mercuriaux. Dira-t-on qu'il y a eu là simple coïncidence? Il y a bien plutôt relation de cause à effet. C'est assez clair pour que je ne cherche pas à le prouver.

M. Diday aura beau dire et venir de Lyon à Paris faire des leçons sur la syphilis et son traitement, il n'empêchera pas les médecins vraiment observateurs de préférer encore à ses opinions l'expérience de plusieurs générations médicales. Les notoriétés thérapeutiques ne sont pas déjà si communes en médecine, qu'il soit besoin de les battre en brèche pour dire du nouveau quand même. Malgré de prétendus spécifiques donnés comme nouveaux et qui sont plus ou moins inutiles, malgré même les leçons de M. Diday, malgré la mise à l'index du mercure par les syphilisateurs et autres, malgré les répugnances irréfléchies du vulgaire toujours crédule à l'endroit du charlatanisme, le mercure restera le spécifique de la syphilis par excellence, et si jamais, dans un moment d'erreur ou d'enthousiasme exagéré pour des choses nouvelles, les médecins l'abandonnent, ils ne tarderont pas à y revenir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mai 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu.

M. MOREL-LAVALLÉE fait observer que les expressions : résections traumatiques, résections pathologiques, fréquemment employées dans la rédaction des procès-verbaux, ne sont pas régulières; que ce n'est pas la résection, acte toujours traumatique, mais sa cause, qui est traumatique ou pathologique. Il demande si ces expressions doivent être conservées dans la rédaction du *Bulletin*.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que le secrétaire est responsable de sa rédaction, que les membres de la Société peuvent faire modifier le sens du procès-verbal, mais qu'ils n'ont pas de droits sur la lettre.

M. TRÉLAT, secrétaire, répond à M. Morel-Lavallée que son observation est juste au point de vue grammatical, mais que ces locutions sont commodes, nécessaires même dans une discussion où la même idée se reproduit fréquemment; que d'ailleurs il n'a pas inventé ces expressions employées par plusieurs membres de la Société et par M. Malgaigne.

— Le procès-verbal est adopté.

CORRESPONDANCE.

M. BROCA communique de la part de M. Ancelon, médecin en chef de l'hôpital de Dieuze, une observation de *double amputation de cuisse suivie de guérison*, amputation pratiquée dans des circonstances particulières.

Le 25 avril 1864, un charretier de cinquante ans, ivre, assis sur le bord d'un wagon en marche, tombe sur la voie et a les deux jambes broyées par les roues.

Apporté à l'hôpital de Dieuze trois heures après l'accident, il est immédiatement amputé.

Ce qu'il y a de curieux dans cette observation, dit M. Ancelon, c'est que le blessé, littéralement gorgé d'eau-de-vie de marc avant son entrée à l'hôpital, était au moment de l'amputation, dans l'état d'anesthésie alcoolique le plus complet, état que le relâchement des sphincters de l'anus avait déjà signalé aux infirmiers; c'est qu'après avoir vomi l'alcool contenu dans son estomac, le blessé passa une très-bonne nuit; qu'il n'y eut presque pas de réaction; que la fièvre traumatique se montra à peine du second au quatrième jour. A la fin du second jour, un suintement de bon augure imbiba les pièces de l'appareil. Le sixième jour, la constipation céda à l'emploi d'un léger purgatif. Enfin, la suppuration fut aussi modérée, aussi louable que dans les conditions réputées les plus favorables aux amputés.

Le 23 mai, les plaies étaient presque complétement cicatrisées, et chaque jour on faisait porter le blessé avec les autres convalescents dans le jardin de l'hôpital.

M. Ancelon ne veut nullement conclure de ce qui précède qu'il faut gorger d'eau-de-vie les blessés destinés à être amputés; il a néanmoins pensé qu'il serait utile de faire connaître un fait qui a vivement fixé son attention.

En terminant cette communication, M. Broca insiste de nouveau sur les excellentes conditions des petits hôpitaux de province, qui permettent des succès opératoires infiniment rares dans les grands centres et à Paris en particulier.

M. DESORMEAUX a eu occasion de faire à l'Hôtel-Dieu, en 1851, une double amputation de jambe pour un cas traumatique; le blessé guérit rapidement. Depuis plusieurs années, M. Desormeaux donne à ses opérés, et il se trouve bien de cette pratique, une potion composée de thé, de 60 grammes de rhum et de 10 à 15 gouttes de laudanum de Rousseau.

— M. GIRALDÈS demande la parole à l'occasion du procès-verbal. M. Broca, dit-il, a fait une observation très-juste sur la nécessité de ne comparer que des statistiques recueillies dans des conditions semblables. Voici des résultats tirés des hôpitaux de Londres.

M. Holmes, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, sur 95 résections du genou, trouve 27 morts, 8 amputés consécutivement, 2 membres absolument inutiles; il est persuadé que d'autres opérés sont morts par la suite. D'autre part, M. Bryant, chirurgien de Guy's Hospital, dit que les amputations de cuisse pour maladies du genou donnent une mortalité de 1 sur 7 opérés. On voit que l'avantage reste bien, au point de vue de la gravité, à l'amputation de la cuisse.

Au reste, et ceci étonnera sans doute les personnes qui ont entendu la discussion de l'Académie de médecine, M. Holmes, qui s'occupe tout spécialement de statistique, dit qu'elle est tenue d'une manière très-défectueuse dans les hôpitaux de Londres, et que souvent elle n'existe pas.

RAPPORT.

De la cystocèle compliquée de calculs et de son histoire,

par M. le docteur Raoul Leroy (d'Etiolles).

M. DOLBEAU donne lecture d'un rapport sur ce travail :

Messieurs, vous m'avez chargé, avec deux de mes collègues, de vous rendre compte d'un travail dont M. le docteur Leroy (d'Etiolles) vous a donné lecture; je viens aujourd'hui m'acquitter de cette mission.

M. Leroy (d'Etiolles) s'occupe avec succès de l'étude des maladies des voies urinaires, et tout récemment il a fait hommage à la Société du premier fascicule d'un ouvrage qu'il compose sur les calculs urinaires; la communication dont j'ai à vous rendre compte porte également sur un point de pathologie spéciale; il s'agit de la cystocèle compliquée de calculs et de son histoire.

On croit généralement que la stagnation de l'urine dans une partie déclive favorise la formation d'un calcul; aussi un auteur classique a-t-il dit que la pierre était une des plus fréquentes complications des hernies de la vessie. M. Leroy (d'Etiolles) a trouvé que cette proposition était peut-être un peu exagérée, et il lui a paru curieux de démontrer la rareté de la pierre dans les hernies vésicales; notre confrère a dépouillé tous les recueils, tous les journaux, toutes les revues, et malgré ses persévérantes recherches il ne lui a pas été possible de réunir plus de seize cas de cystocèle compliquée de calculs. Le travail de M. Leroy (d'Etiolles) se réduit presque complétement à l'énoncé succinct de ces seize observations, avec les indications bibliographiques qui permettent de remonter facilement à la source des faits.

Le résultat auquel est parvenu notre confrère a sans doute un intérêt réel, mais il nous semble que son travail aurait pu renfermer quelques conclusions relatives au diagnostic de la pierre comprise dans une hernie, en même temps que l'exposé des ressources opératoires dont peut disposer le chirurgien en présence de ces cas difficiles.

Sur les seize cas de cystocèle compliquée de pierres, nous remarquons que le plus grand nombre a été méconnu pendant la vie, et que ce n'est que par hasard, pendant une opération et surtout à l'occasion d'une autopsie, qu'on s'est aperçu que la vessie avait subi un déplacement, et que dans la partie herniée il se trouvait une ou plusieurs concrétions.

Nous comptons dix cas de cystocèle vaginale compliquée de pierres. White, célèbre chirurgien de Manchester, Ruysch et Tolet ont pu constater la présence de la pierre et guérir leurs malades en incisant le prolapsus sur le calcul; M. Leroy (d'Etiolles) fait remarquer avec beaucoup de justesse que toutes ces opérations sont absolument bénignes, vu l'absence du péritoine dans les enveloppes de la hernie vésicale. Le professeur Fabri a également constaté qu'une cystocèle vaginale renfermait plusieurs pierres, et il a pu avec beaucoup d'habileté en pratiquer l'extraction par les voies naturelles.

Les cystocèles inguinales sont bien rarement compliquées de la présence d'une pierre; on en trouve dans le relevé de M. Leroy (d'Etiolles) six cas seulement. Ici le diagnostic paraît plus difficile que lorsqu'il s'agit de hernies vaginales; dans un cas, on a senti la pierre, mais au dire de Verdier cette tumeur fut prise pour un squirrhe, et ce fut seulement pendant l'opération qu'on s'aperçut de l'erreur de diagnostic. Petit constata chez un de ses malades la présence de plusieurs petits calculs dans une hernie scrotale; du reste, on pouvait faire passer ces concrétions de la hernie jusque dans la vessie.

Pott a extrait une pierre renfermée dans une cystocèle inguinale que portait un enfant de six ans.

En résumé, les déplacements de la vessie sont rares; dans la majorité des cas, ils passent inaperçus; on comprend donc facilement que le diagnostic de la pierre compliquant l'un de ces déplacements soit lui-même environné d'une certaine obscurité. Quelquefois il y a en même temps des concrétions dans la vessie et dans la hernie; d'autres fois les pierres passent alternativement d'une cavité dans l'autre; dans tous ces cas, les malades peuvent présenter les symptômes d'un calcul de la vessie, et attirer l'attention du chirurgien vers les organes urinaires, mais on conçoit également combien l'erreur est encore possible; ainsi Dominique Sala donna des soins à un malade qui présentait les symptômes de la pierre sans qu'il fût possible de constater la présence d'une concrétion dans la vessie; à l'autopsie, on trouva la pierre dans un prolongement de la vessie à travers le canal inguinal.

Tous ces faits sont de nature à embarrasser dans la pratique; il faut avoir présentes à l'esprit ces circonstances exceptionnelles; mais, grâce aux recherches de M. Leroy (d'Etiolles), nous savons maintenant que ces complications sont extrêmement rares, et que par conséquent il faut peu s'en préoccuper. Je ne doute pas, pour ma part, que notre confrère ne complète bientôt ses études sur la cystocèle compliquée de calculs, et qu'il n'en fasse l'objet d'une nouvelle communication à la Société de chirurgie.

Je propose, Messieurs :

1° D'écrire une lettre de remercîments à M. Leroy (d'Etiolles);

2° D'insérer dans nos *Bulletins* le très-court rapport que vous venez d'entendre et qui renferme une analyse sommaire du travail qui a été lu devant vous.

Ces conclusions sont votées.

COMMUNICATION.

M. MASCAREL, membre correspondant, chirurgien en chef de l'hôpital de Châtellerault, communique plusieurs cas de *tétanos traumatique* suivis de guérison. M. Mascarel remettra un manuscrit qui sera publié ultérieurement.

M. CHASSAIGNAC. N'y avait-il pas chez le blessé de M. Mascarel quelque morceau de vêtement engagé dans la plaie? Chez un jeune garçon qui succomba au tétanos par suite d'une fracture compliquée, nous trouvâmes à l'autopsie, dans le foyer de la fracture, un fragment de tissu provenant de l'habit.

D'autre part, j'observerai que ce n'est pas la chaleur, comme on l'a dit souvent, qui produit le tétanos, mais bien les refroidissements qu'éprouvent les malades pendant la transpiration.

M. LARREY. Les faits de tétanos causés par un corps étranger dans la plaie sont bien connus. On se rappelle la mèche de fouet dont a parlé Dupuytren. Mais ce qui est plus rare, c'est le tétanos consécutif à la ligature des nerfs. Mon père a été témoin d'un fait de cette nature chez un des blessés de la bataille d'Eylau. Une ligature placée sur l'artère radiale étreignait en même temps le nerf.

M. GIRALDÈS. Beaucoup de moyens réussissent dès que le tétanos tend à suivre une marche chronique; au contraire l'insuccès est la règle dans le tétanos aigu. Le malade succombe le plus souvent en trois ou quatre jours.

Tout récemment, un enfant atteint de tétanos qu'on a regardé comme spontané a été traité avec succès dans le service de M. Bouvier. On a administré la fève de Calabar à la dose de 0gr,10 toutes les heures, mais je me garderai d'affirmer que la guérison soit due à ce médicament, parce qu'on a employé concurremment d'autres moyens.

Je ferai remarquer à M. Mascarel qu'il ne peut attribuer sûrement la guérison à l'opium, puisqu'il a administré la belladone en même temps. Or, on sait que chacun de ces médicaments agit comme un antidote vis-à-vis de l'autre.

M. MARJOLIN. J'ai plusieurs fois obtenu de bons résultats des sudorifiques. Je fais rouler le malade nu dans une couverture et je lui fais administrer des boissons sudorifiques, je lui fais prendre de l'acétate d'ammoniaque. On obtient ainsi une sueur abondante.

Chez le malade de M. Bouvier, ces moyens ont été employés en même temps que la fève de Calabar, et je pense qu'on peut leur attribuer une bonne part du succès.

M. LARREY. La méthode qu'on attribue à Tietcb me semble avoir une origine plus ancienne, car sans parler de l'observation remarquable de A. Paré, je rappellerai que mon père faisait envelopper les tétaniques dans la peau chaude d'un mouton fraîchement écorché et produisait ainsi une transpiration copieuse.

Tumeurs multiples. — Détermination difficile.

M. GUÉRIN présente une tumeur du volume d'une tête d'enfant nouveau-né. (Nous publierons cette observation dans le prochain numéro.)

M. CHASSAIGNAC. Il ne me semble pas que toutes ces tumeurs présentent des caractères assez identiques pour qu'on doive les rattacher toutes à la même cause. Celle de la région lombaire en particulier offre un aspect fibreux et dense. Il n'y a pas d'antagonisme entre la syphilis et les affections cancéreuses ; aussi peut-on observer des syphilitiques qui soient en même temps atteints de cancer. Peut-être est-ce ici le cas. Quoi qu'il en soit, la tumeur lombaire ne me semble pas devoir être rattachée aux gommes, telles au moins qu'on les observe d'habitude.

M. BROCA. Il n'est pas impossible que l'hypothèse émise avec réserve par M. Chassaignac puisse se réaliser ; cependant c'est un fait rare que la coïncidence de tumeurs de nature très-différente. Aussi devons-nous raisonner comme si toutes ces tumeurs étaient sous la dépendance d'une même affection.

Il est bien certain que s'il n'y avait eu aucun examen microscopique, si on se bornait à tenir compte des renseignements cliniques : ablation d'une tumeur siégeant sous le tégument, puis mort avec une généralisation considérable, on serait porté à reconnaître la marche habituelle de l'affection cancéreuse ; mais il y a eu un examen microscopique. Or dans les rares occasions que j'ai eues d'étudier des tumeurs syphilitiques, j'ai vu que c'était surtout l'arrangement, la disposition des éléments qui constituaient leur caractère. Tandis que le véritable cancer, l'épithélioma, le tissu fibro-plastique ont un élément propre, les tumeurs syphilitiques n'en ont pas. On ne trouve ici rien qui ne s'accorde parfaitement avec l'idée de tumeurs fibro-plastiques : l'aspect à l'œil nu, la présence de corps fusiformes, de cellules embryoplastiques, tout concorde en faveur du tissu fibro-plastique.

Pour combattre cette conclusion, il faudrait qu'on me fît constater un élément caractéristique. Aussi, sans cependant être trop affirmatif, je crois que nous avons affaire ici à une généralisation de tumeurs fibro-plastiques.

M. RICHET. J'ai vu un certain nombre de tumeurs syphilitiques. Chez une malade de Lourcine, j'avais eu le projet d'enlever une tumeur de la mamelle ; j'avais même pris jour avec la malade, quand elle m'avertit qu'elle avait d'autres tumeurs aux jambes. Je renonçai à l'opération, et la malade guérit par le traitement interne.

Ces tumeurs ont une tendance marquée à la suppuration, et M. Guérin ne nous a pas dit que cela se fût produit chez sa malade, dont les tumeurs étaient cependant anciennes.

Je crois que la présence de cellules fusiformes et de noyaux embryo-plastiques ne suffit pas pour établir le diagnostic. Il y a quelque temps, M. Ordoñez me signala la présence de ces éléments dans une ulcération du pourtour de l'anus, et la considéra comme syphilitique, La malade succomba assez promptement, et il fut démontré qu'il s'agissait, en somme, d'une tuberculisation générale.

En tenant compte des caractères physiques de ces tumeurs et de la nature de leur ramollissement, je crois, comme M. Broca, que nous avons sous les yeux un exemple de diathèse fibro-plastique.

M. BROCA. Je ferai observer que les tumeurs syphilitiques du crâne sont d'habitude sous-périostales ; tandis qu'ici il y en a une au moins qui est manifestement développée dans l'épaisseur de l'os, nouveau caractère en faveur du tissu fibro-plastique.

M. VERNEUIL. Je crois à la possibilité de reconnaître les caractères microscopiques des tumeurs syphilitiques. Certaines dispositions des éléments me paraissent leur être spéciales, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur une pièce recueillie dans le service de M. Rostan et sur quelques autres mentionnées dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Mais dans aucun de ces cas je n'ai vu des tumeurs régulièrement limitées, enkystées même comme celles-ci, n'ayant presque aucune tendance au ramollissement et à la suppuration. Il me semble qu'une tumeur syphilitique datant de trois ans, placée sous la peau, dans l'épaisseur des muscles lombaires, aurait dû se ramollir ou suppurer. Je ne connais aucun fait analogue à celui-ci dans l'histoire des tumeurs syphilitiques.

M. GUÉRIN. Je suis heureux d'entendre toutes les opinions qui viennent de se produire ; elles prouvent combien il faut être réservé sur les résultats de l'observation microscopique ; elles prouvent encore que ceux de nos collègues qui ont le plus et le mieux étudié l'histologie attachent une extrême importance et peut-être une importance prépondérante aux caractères cliniques.

J'ai été ébranlé par les observations de M. Richet, qui a vu des syphilômes multiples. Cependant on me dit qu'on n'a pas observé de tumeurs syphilitiques analogues à celle-ci. Mais est-ce une preuve qu'il n'en puisse pas exister? Cela n'a pas été démontré. Chaque jour nous découvrons des faits nouveaux dans l'histoire de la syphilis, et il est bien possible qu'on démontre l'existence de tumeurs syphilitiques de la nature de celle-ci.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un congrès médical sera ouvert à Lyon, le 26 septembre prochain, et durera six jours consécutifs.

Il sera exclusivement scientifique ; on n'y abordera aucun sujet relatif aux intérêts professionnels.

Les questions qui y seront traitées et discutées sont les suivantes :

Ire QUESTION. — Des concrétions sanguines dans le cœur et les vaisseaux. Des conditions qui peuvent favoriser leur formation. Des différents accidents qu'elles occasionnent. Des indications thérapeutiques qui s'y rattachent.

IIe. — Peut-on, dès aujourd'hui, admettre dans le cadre nosologique, à titre d'entités morbides, les diverses affections paralytiques récemment décrites sous les noms de *paralysie agitante, paralysie atrophique progressive, ataxie locomotrice, paralysies réflexes*, etc. ? — Y en a-t-il parmi elles qui ne soient qu'un symptôme commun à différentes maladies des centres nerveux?

IIIe. — Établir par des faits rigoureux la curabilité de la phthisie pulmonaire. — Distinguer, parmi les variétés de phthisie, celles qui sont susceptibles de guérison et celles qui ne le sont pas.

IVe. — De la valeur des diverses méthodes de traitement applicables aux ankyloses complètes et incomplètes, au double point de vue du changement de la position et du rétablissement des mouvements.

Ve. — Quel progrès la chirurgie doit-elle aux recherches modernes sur le système osseux ?

VIe. — Des moyens de diérèse qu'on peut avantageusement substituer à l'instrument tranchant dans le but d'éviter les accidents des plaies (cautérisation, écrasement, ligature, arrachement).

VIIe. — De la consanguinité en général, et spécialement des mariages consanguins.

VIIIe. — De la genèse des parasites communs à l'homme et aux animaux, considérée plus particulièrement dans ses rapports avec l'hygiène publique.

IXe. — Qu'y a-t-il de contagieux dans l'organisme d'un sujet syphilitique? A quelles conséquences pratiques peut conduire l'étude de cette question?

Xe. — Quelles sortes de services l'accoucheur doit-il demander au forceps? Comment les diverses variétés de forceps imaginées jusqu'à présent répondent-elles à ces diverses indications?

XIe. — De la possibilité et de la convenance de faire sortir des asiles spéciaux et de placer, soit dans des exploitations agricoles, soit dans leurs propres familles, certaines catégories d'aliénés.

XIIe. — De la valeur de l'iridectomie dans le glaucome et autres lésions profondes du globe oculaire.

L'ordre des travaux est réglé ainsi qu'il suit :

Le premier jour, nomination du bureau. Lectures, communications orales et discussion sur les Ire et IIe questions.

Le deuxième jour sera consacré aux IIIe et IVe questions.

Le troisième jour, aux Ve et VIe.

Le quatrième, aux VIIe et VIIIe.

Le cinquième, aux IXe et Xe.

Le sixième, aux XIe et XIIe.

Les auteurs qui désirent présenter au congrès une communication, écrite ou orale, sur l'une des questions, sont prévenus qu'ils devront la communiquer, *in extenso* ou sous forme de résumé, à la commission exécutive, quarante-huit heures au moins avant l'ouverture du congrès, c'est-à-dire avant le 24 septembre. Les envois devront être adressés au président de la commission, M. le docteur Barrier, 26, rue du Pérat. — Les auteurs sont également prévenus que, en vue de donner accès à un plus grand nombre de travaux, le temps accordé pour leur communication sera, s'il y a lieu, limité par le président du congrès.

Les personnes étrangères à Lyon qui voudront prendre part aux travaux du congrès, seront exonérées de toute contribution pécuniaire. — Quant aux membres lyonnais, ils sont invités, en donnant leur adhésion, à s'engager au payement d'une somme de 10 fr.

— M. le docteur Pomonti, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour prendre la direction du service médical de l'établissement thermal militaire de Guagno (Corse).

— Le banquet des chirurgiens du Bureau central, qui était organisé autrefois en banquet de réception, sera désormais un banquet annuel par souscription.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 JUIN 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

On a beaucoup écrit sur, pour ou contre l'usage du tabac. Inconvénients, dangers, innocuité ou avantages, tout a été soutenu. Objet des récriminations les plus exagérées, il a trouvé des défenseurs disposés à l'absoudre de tout reproche. Les plus sages s'en sont tenus aux circonstances atténuantes. Ce serait assez notre avis. Mais il serait bon pourtant, en se confinant dans le parti de la tolérance, de savoir jusqu'où elle doit aller, quelles sont les limites entre un usage inoffensif et un abus dangereux. — Question plus difficile qu'on ne pense, si l'on considère l'infinie diversité des dispositions individuelles, qui étend démesurément le champ d'oscillation où l'on pourrait placer ces limites.

Quoi qu'il en soit, notre devoir est d'enregistrer les résultats que peut fournir l'observation, résultats qu'on s'étonne sans doute de ne pas trouver plus nombreux et plus concluants, quand on songe à la quantité des sujets observables.

Il y a deux ans, nous avons consigné les observations de M. Beau relatives à l'influence du tabac sur la production de l'angine de poitrine. Nous accueillons aujourd'hui avec la même faveur, mais aussi avec les mêmes réserves, les faits que M. le docteur Decaisne apporte en témoignage des effets de l'action de fumer relativement aux fonctions du cœur. On trouvera plus bas le travail textuel dont M. Decaisne a communiqué un extrait à l'Académie.

Le Compte rendu de la séance contient une note de M. Kuehne sur la terminaison des nerfs moteurs dans les muscles de quelques animaux supérieurs et de l'homme, et un résumé d'une communication de M. Dareste sur les origines de la monstruosité double chez les oiseaux. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. WOILLEZ.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires.

Phthisie aiguë. — Diagnostic. — Généralisation exceptionnelle de la maladie. — Opinions des auteurs. — Lésions latentes dans le fait observé. — Sa marche extrêmement rapide. — Gravité du pronostic.

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'une jeune malade dont l'affection a présenté des particularités très-intéressantes, et qui, après environ un mois de séjour dans la salle Saint-Philippe, y a succombé récemment à une maladie suraiguë qu'on ne pouvait prévoir lors de l'admission.

Annette P..., âgée de vingt et un ans, domestique, née dans la Corrèze, a été admise à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 21, le 2 mars dernier.

D'une constitution assez forte, ayant de l'embonpoint, la peau blanche, les cheveux châtains, elle n'a jamais eu d'accidents scrofuleux, et ses parents, ses frères et ses sœurs n'ont été atteints d'aucune affection héréditaire. Jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, elle a cultivé la terre, se livrant fréquemment à un travail forcé et habituellement mal nourrie. Néanmoins, elle était bien portante, et ses parents lui ont dit qu'elle n'avait eu dans son enfance qu'une pleurésie du côté droit, à l'âge de douze ans. Elle était régulièrement réglée.

A vingt ans, en décembre 1862, elle devint enceinte, et sept mois après elle vint à Paris, où elle se plaça comme domestique.

Elle fit ses couches à Lariboisière le 2 septembre et nourrit son enfant pendant une douzaine de jours ; mais elle dut cesser par suite de l'invasion d'un abcès du sein, qui la retint pendant un mois à l'hôpital. Dans cet intervalle, son enfant, mis au dépôt, succomba.

A sa sortie de l'hôpital, en octobre, elle entra de nouveau en service, et comme précédemment, à son arrivée à Paris, elle fit un travail forcé, tout en ayant une nourriture insuffisante. Vers la mi-novembre, il se développa une éruption mal déterminée aux mains, aux poignets et aux avant-bras.

Au milieu du mois de décembre, il survint un symptôme qui marqua une phase nouvelle dans son état. C'était une toux violente qui coïncida avec des douleurs aux poignets, sans gonflement ni rougeur, et qui obligea la malade à quitter sa place. Elle fut admise à l'asile Gérando, où, jusqu'à son entrée à Cochin, c'est-à-dire pendant deux mois et demi, elle continua à tousser, mais modérément, expectorant quelquefois des crachats teints de sang, éprouvant de temps en temps de l'oppression, des palpitations et une assez grande diminution des forces. Elle prétendait avoir sensiblement maigri depuis sa sortie de Lariboisière.

A son admission, le 2 mars, elle présentait une simple chloro-anémie, avec souffle doux à la base du cœur. La peau et les muqueuses visibles étaient pâles ; mais les joues étaient légèrement rosées, les chairs assez fermes, et l'embonpoint satisfaisant. Elle n'avait pas la moindre fièvre. Elle se plaignait de faiblesse générale, sans jamais éprouver de syncope ; elle avait peu d'appétit, sans vomissements, ni douleurs gastralgiques, ni diarrhée. Elle éprouvait quelquefois des douleurs vagues de poitrine, de légers étouffements, un peu de toux sèche, sans la moindre fièvre le soir. L'examen de la poitrine ne fournissait aucun signe anormal à la percussion, qui donnait un son égal sous les deux clavicules, et le bruit respiratoire était vésiculaire et pur partout.

Elle fut soumise à un traitement tonique : amers, tartrate de fer potassique, bains sulfureux.

Après une quinzaine de jours d'état stationnaire, le 16 mars, la toux devint plus fréquente, sans aucun autre changement, si ce n'est que je constatai à l'auscultation sous les deux clavicules un râle sous-crépitant obscur, mais très-évident ; rien à la percussion. Quelques crachats muqueux insignifiants. Je prescrivis quatre pilules de tannin, de 0gr,15 chacune, à la place des pilules ferrugineuses ; et quatre jours après, ces râles avaient disparu.

Enfin, le 24 mars, huit jours après cette apparition passagère de râles humides sous-claviculaires, il se développe des symptômes formidables. Une fièvre intense apparaît, avec frissons répétés au début, puis chaleur sèche de la peau, pouls à 120, céphalalgie, un vomissement, soif et perte de l'appétit. En même temps survient de l'oppression, une respiration haute et fréquente, avec toux médiocre et sans expectoration (la malade avale ses crachats) ; il y a des râles sibilants dans toute l'étendue de la poitrine, aussi nombreux aux deux bases qu'aux sommets des poumons.

Dès ce moment une aggravation très-rapide se manifeste. Le pouls devient inégal, peu développé, dépressible ; il monte graduellement à 140, 160 ; le nombre des respirations est de 60 par minute ; la face devient d'une pâleur plombée, avec cyanose des lèvres et des joues ; l'oppression est considérable, et la malade n'a évidemment ni douleur ni conscience de son état, quoique ses facultés intellectuelles soient intactes. La toux reste rare d'ailleurs, l'expectoration nulle, quoique des râles humides soient mélangés partout dans la poitrine aux râles sonores ; ces râles humides et sibilants présentent le même volume et la même abondance partout. Les forces s'affaiblissent graduellement ; le pouls faiblit de plus en plus, devient intermittent ; le nez, les oreilles et les mains se refroidissent ; l'asphyxie fait des progrès incessants, et malgré l'emploi des ventouses sèches, de larges vésicatoires sur la poitrine et de sinapismes répétés, la mort survient le 7 avril, après quelques heures de somnolence, quatorze ours seulement après le début des accidents fébriles.

Avant de vous entretenir des résultats de l'autopsie, voyons d'abord à quelle maladie nous pouvions avoir affaire chez cette jeune fille.

Vous voyez qu'il s'agit d'une jeune malade qui aurait eu dans son enfance une pleurésie, qui a toujours été soumise à de mauvaises conditions hygiéniques, qui a été affaiblie encore par une grossesse et un accouchement suivi d'abcès au sein. Il n'y a rien d'étonnant dès lors qu'elle soit entrée à l'hôpital Cochin pour une anémie bien caractérisée, et que depuis deux mois et demi il y ait eu diminution des forces avec une toux suivie d'expectoration parfois sanguinolente.

Cependant, à l'admission, il n'existait aucun signe de phthisie pulmonaire à l'exploration de la poitrine. Mais, quinze jours plus tard, la toux augmenta de fréquence, des râles sous-claviculaires bien manifestes se montrèrent, et il devint bien évident qu'il existait des tubercules dans les poumons.

Ces antécédents, comme vous allez le voir, devaient nous mettre sur la voie du diagnostic des accidents aigus qui ont fait succomber la malade.

Vous savez, en effet, que cette jeune fille a été emportée après

---

UN DERNIER MOT

SUR MOLIÈRE ET LES MÉDECINS.

Nous avons montré ce qu'étaient les médecins du dix-septième siècle, ceux que Molière a poursuivis de ses sanglantes railleries ; nous avons plusieurs fois signalé sur notre route ce qu'il y a de fondé ou de passionné dans cette critique. Nous avons maintenant à compléter cette étude et à placer directement en face Molière et les médecins. — Il nous semble que ce tableau ne sera pas sans intérêt pour les docteurs, nos contemporains ; d'autant que nous espérons prouver presque, chemin faisant, que, malgré tous ses sarcasmes, Molière crut toute sa vie, et jusqu'à sa dernière heure, en la puissance de la médecine et des médicaments.

J'ai déjà dit ce que je pensais de Molière et à quelle hauteur je plaçais ce sublime génie ; mais mon admiration ne saurait m'empêcher d'être vrai, et je ne pourrai jamais admettre qu'il vaille mieux adorer un homme que l'étudier et le juger. Si grand qu'on soit, on est souvent faible et sujet à de singulières défaillances ; c'est le lot commun de l'humanité. Molière, et c'est par là qu'il fut grand et réellement complet, connut toutes les faiblesses de la nature humaine et les partagea bien souvent. Il eut de fortes passions et se laissa plus d'une fois entraîner par elles ; plus d'une fois son grand esprit dut gémir des faiblesses de son âme. Mais, encore un coup, c'est par là surtout qu'il est grand et qu'il nous attache ; nous sentons en lui l'homme, tout l'homme, et la leçon n'en est que plus complète et plus attrayante. — Relativement aux médecins, on sent qu'il est guidé tout à la fois et par la raison la plus haute et par la passion la plus aveugle. Nous allons essayer le plus brièvement possible de remettre les choses à leur place ; nous essayerons aussi de déterminer le mobile qui guida notre sublime comédien. . . . .

Molière ne fut pas le premier acteur qui prit à partie la médecine et les médecins, et en fit le sujet de ses moqueries. Déjà les spectacles de la Foire et le théâtre de l'hôtel de Bourgogne avaient retenti des grosses plaisanteries de Gautier-Garguille, de Guillot-Gourju, de Turlupin, de Tabarin, etc. Mais cela ne tirait guère à conséquence ; le docteur était un ignorant, souvent un sot et un niais qu'on se plaisait à embarrasser et à berner ; un personnage grotesque tout comme un autre, souvent plus qu'un autre. On riait *gauloisement* à ces grosses plaisanteries ; mais tout fiel s'épanchait avec le rire, et le docteur et la Faculté ne perdaient rien de leur considération et de leur influence.

Ce fut tout autre chose avec Molière ; ici la plaisanterie devint souvent une admirable satire, mais souvent aussi elle dépassa toutes les bornes permises. Non-seulement la science fut hardiment niée, mais les médecins eux-mêmes se virent représenter sous le jour le plus défavorable. Ils sont non-seulement des ignorants, mais aussi des fourbes, des charlatans et de malhonnêtes hommes. C'est dans *l'Amour médecin* que fut livrée la première grande bataille contre la Faculté. Nous avons déjà à cette même place signalé sous un de ses aspects la fameuse consultation entre MM. Desfonandrès, Tomès, Macroton et Bahis ; il ne nous a pas été difficile de montrer tout ce qu'elle a d'exagéré et de faux. Nous avons aussi parlé de la consultation qui se trouve dans *M. de Pourceaugnac*, et n'avons pas, par conséquent, à revenir sur ces deux points ; mais il nous reste à examiner la première scène sous un autre point de vue.

Les commentateurs de Molière ont bien compris que cette scène scandaleuse ne pouvait être que difficilement vraie, et tous à l'envi ils ont essayé de l'expliquer par un passage tiré des lettres de Guy Patin, lui-même docteur, professeur et doyen de la Faculté de Paris à peu près à l'époque où fut jouée la pièce de *l'Amour médecin*. Il s'agit d'une consultation faite à Vincennes pour le cardinal Mazarin, et voici comment la raconte le terrible et satirique écrivain :

« Ce matin le Mazarin a reçu l'extrême-onction, et de là est tombé » dans une grande faiblesse ; il a reproché à Valot qu'il est cause de » sa mort. Hier à deux heures, dans le bois de Vincennes, quatre de » ses médecins, savoir : Guénaut, Valot, Brayer et Béda des Fougerais, *alterquaient* ensemble et ne s'accordaient pas de l'espèce de » la maladie dont le malade mourait : Brayer dit que la rate est » gâtée, Guénaut dit que c'est le foie, Valot dit que c'est le poumon » et qu'il y a de l'eau dans la poitrine, Des Fougerais dit que c'est » un abcès du mésentère, et qu'il a vidé du pus .... et en ce cas-» là il a vu ce que pas un des autres n'a vu. Ne voilà pas d'habiles » gens ! Ce sont les fourberies ordinaires des empiriques et des mé-» decins de cour, qu'on fait suppléer à l'ignorance. Cependant, voilà » où en sont réduits la plupart des princes...... » 7 mars 1661 (1).

Tout cela paraît fort concluant au premier abord ; à qui s'en rapporterait-on sur un pareil sujet, sinon à un médecin lui-même ? Eh bien, je soutiens qu'il était difficile, ou même impossible, de choisir une aussi mauvaise preuve, et que jamais témoignage ne fut plus récusable que celui de maître Patin, malgré tout son esprit et son bon sens habituel.

Et d'abord, qui ne sait qu'aujourd'hui encore, après tous les progrès faits de nos jours par la science médicale, il est tel cas difficile où quatre médecins, même des plus instruits, peuvent être d'un avis tout différent sur la nature et le siége d'une maladie, et cela de très-bonne foi, sans passion ni parti pris ? Si dans la consultation de Vincennes Guy Patin eût été appelé, lui cinquième, il aurait peut-être ouvert un cinquième avis, que naturellement il eût cru non-seulement le meilleur, mais le seul bon et raisonnable. Ces hésitations ne l'auraient nullement étonné si les consultants se fussent trouvés de ses amis, et le fait lui eût paru tout naturel ; il aurait tout simplement constaté la difficulté du cas et gémi sur l'incertitude d'un art encore entouré de si grandes obscurités. Mais les médecins dont il s'agit ici sont des médecins de la cour, et il n'aime pas les médecins de la cour ; ils

(1) *Lettres de Guy Patin*, édition Réveillé-Parise, t. III, p. 338.

quatorze jours d'une maladie fébrile suraiguë, ayant toutes les allures d'une bronchite capillaire suffocante : fièvre intense, dyspnée asphyxique croissante, râles sonores et sous-crépitants généralisés dans les deux poumons jusqu'à la mort. Or, une affection de cette nature survenant chez un sujet déjà atteint de tubercules pulmonaires, comment doit-on l'interpréter au point de vue du diagnostic?

La bronchite capillaire suffocante est le plus souvent symptomatique; voilà un premier fait bien établi. Ce n'est que dans des circonstances très-exceptionnelles que l'affection est vraiment primitive. On doit donc toujours se demander si son point de départ n'est pas ou une fièvre grave, principalement un exanthème chez les enfants, ou un emphysème pulmonaire, ou une maladie du cœur, ou une tuberculisation pulmonaire, ou enfin un affaiblissement profond ou cachectique de l'économie. On a encore observé le catarrhe suffocant chez des malades atteints de morve, et c'est là, avec l'érysipèle de la face et le rhumatisme articulaire aigu, une des sources d'erreurs de diagnostic si faciles à commettre lorsqu'on rencontre cette affection.

Chez la malade qui nous occupe, l'idée de la tuberculisation pulmonaire aiguë, de la phthisie galopante ou aiguë, devait naturellement surgir à l'esprit. La manifestation de râles humides sous les deux clavicules avait en quelque sorte signalé d'avance, en effet, la nature de la maladie. Aussi est-ce le diagnostic que j'ai porté dès les premiers jours de la fièvre.

Je n'ai pas été arrêté par cette circonstance en apparence contradictoire, que dans la bronchite capillaire qui caractérise la phthisie aiguë, les râles sonores et humides sont habituellement plus nombreux et plus volumineux au sommet des poumons qu'à leur base, tandis que chez notre jeune fille, les râles étaient également uniformes en nombre et en volume dans toute la poitrine. Cette uniformité des râles peut s'observer, en effet, exceptionnellement dans la phthisie pulmonaire.

Les phénomènes observés suffisaient donc pour mettre sur la voie du diagnostic, que venait confirmer l'étude des antécédents de notre malade. Cette pleurésie, qui peut-être a existé dans l'enfance, et surtout les mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles sont survenus une grossesse, un accouchement et un phlegmon du sein, puis une toux habituelle avec crachats striés de sang, et enfin l'apparition de râles sous-crépitants fugaces sous les clavicules, tout cet ensemble de données anamnestiques était bien fait pour expliquer le développement d'une phthisie aiguë tuberculeuse.

C'est ce qui m'a fait penser du vivant de la malade qu'il existait des tubercules pulmonaires plus ou moins anciens lorsque les phénomènes suraigus éclatèrent, phénomènes qui devaient coïncider avec le développement dans les deux poumons de granulations miliaires tuberculeuses.

L'autopsie est venue confirmer ce diagnostic.

L'embonpoint était conservé, et l'extérieur du cadavre présentait une certaine ampleur de formes qui indiquait que la mort était due à une maladie aiguë.

A l'ouverture de la poitrine, les poumons apparurent volumineux, compactes, et comme marbrés par plaques d'un rouge violacé ou d'un jaune rougeâtre; le poumon gauche présentait supérieurement et en avant, à son bord interne, une masse tuberculeuse jaune, dure, nettement circonscrite, de 6 centimètres de hauteur sur quatre environ de largeur, et comme incrustée dans le poumon à la place du tissu pulmonaire. A la coupe, cette masse était beaucoup plus volumineuse qu'elle ne le paraissait au dehors, et son centre était le siége d'un ramollissement crémeux au milieu duquel s'ouvrait une bronche du volume d'une plume de corbeau.

Indépendamment de cette lésion ancienne, les coupes des deux poumons étaient uniformément comme criblées de granulations à peu près égales, du volume de grains de millet, quelques-unes grisâtres et opalines, le plus grand nombre jaunâtres et opaques, surtout à leur centre, et séparées partout par 2 ou 3 millimètres environ de tissu pulmonaire. La coupe des deux poumons fournissait à la pression un liquide sanguin d'un rouge noirâtre, très-peu aéré; nulle part il n'y avait de gouttelettes de pus; vous avez vu aussi que le tissu pulmonaire n'offrait aucune hépatisation, et résistait assez bien à la pénétration forcée du doigt.

Ainsi se trouvait vérifié le diagnostic de phthisie aiguë entée sur une tuberculisation plus ancienne. Mais ce que je n'avais pu prévoir, aucun signe particulier n'ayant pu me mettre sur la voie, c'est la généralisation de la tuberculisation miliaire, généralisation telle qu'on ne trouve pas, je crois, dans la science de fait aussi remarquable à ce point de vue. Il existait plusieurs granulations sur le péricarde; il y en avait une dans l'oreillette droite, sur l'endocarde; les plèvres en étaient exemptes. Du côté de l'abdomen, le péritoine en présentait un peu partout; il y avait des granulations discrètes sur le foie, sur la rate et jusqu'au niveau du cul-de-sac recto-vaginal, mais elles étaient confluentes et très-nombreuses à la face concave du diaphragme. Le foie en contenait quelques-unes, et les reins en offraient une vingtaine au niveau de leur coupe. Malheureusement le cerveau n'a pas été examiné.

Ces granulations étaient généralement plus transparentes que celles des poumons, mais elles étaient de la même nature, comme le démontra l'examen microscopique dont je vous parlerai tout à l'heure.

Les tissus avaient leur aspect et leur coloration naturels à leur pourtour.

Il est intéressant de rappeler à propos de cette observation les opinions des auteurs sur la phthisie aiguë.

(La fin au prochain numéro.)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guérin.

Tumeurs multiples. — Détermination difficile.

(Extrait du procès-verbal de la Société de chirurgie du 25 mai 1864.)

Je présente à la Société une tumeur du volume d'une tête d'enfant nouveau-né qu'il est difficile de classer. Je l'ai extirpée de la région lombaire d'une femme de cinquante-huit ans, qui est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 14 mai dernier.

Pendant la vie de la malade, j'avais reconnu à la partie supérieure du sternum une petite tumeur demi-sphérique, ayant environ 15 millimètres de diamètre, d'une consistance semi-liquide, et j'avais cru devoir la rapporter à la classe des tumeurs gommeuses. Une tumeur semblable, ayant son siége sous le cuir chevelu, m'avait semblé de même nature. Je prescrivis en conséquence le traitement par l'iodure de potassium (1 gramme par jour). Mais le volume de la tumeur pour laquelle la malade venait réclamer l'intervention d'un chirurgien était tellement considérable, que je ne crus pas pouvoir la rattacher à l'état constitutionnel que je soupçonnais.

Cette tumeur, siégeant dans la région lombaire droite, était bosselée, dure, peu douloureuse à la pression, ne produisant aucune douleur spontanée; en certains points elle avait la dureté de l'enchondrome; çà et là, elle était un peu plus molle. Irrégulièrement ovoïde, elle avait acquis le volume d'une tête d'enfant nouveau-né; son origine remonte à trois ans et demi environ. La peau qui la recouvrait, lisse et tendue, n'en était séparée que par une couche très-mince de tissu cellulaire. A sa surface, on voyait des veines d'un volume anormal; sa base semblait adhérer aux dernières côtes.

D'autres tumeurs de même consistance, mais d'un volume beaucoup moindre, existaient en divers points du corps. Il y en avait une dans la région inguinale droite; une à la partie antérieure de la cuisse du même côté; une à la partie externe du mollet droit; deux dans les régions sous-claviculaire et mammaire du côté droit. Indépendamment de la petite tumeur semi-fluctuante de la région crânienne, il y en avait dans la même région trois autres très-différentes, semblant adhérer au cuir chevelu; elles avaient une forme globuleuse et pouvaient facilement glisser sur le crâne.

Toutes ces tumeurs étaient-elles de même nature? Il était impossible de ne pas se poser cette question, mais il était bien difficile d'y répondre.

On eût pu soutenir que toutes ces tumeurs étaient seulement fibreuses ou fibro-plastiques, en se fondant sur les affirmations très-positives de la malade, qui disait n'avoir jamais eu d'affection vénérienne. Mais ces renseignements n'ont pas grande valeur pour les médecins qui, comme moi, ont appris que souvent les femmes se trompent à ce sujet, et que plus souvent peut-être elles cherchent à tromper le médecin à qui elles viennent demander des conseils et des soins.

Je trouvais d'ailleurs dans la tumeur de la région sternale et dans une des tumeurs crâniennes une consistance très-différente de celle des tumeurs fibreuses et absolument semblable à celle des gommes. Je crus donc que la malade était syphilitique, et je prescrivis en conséquence le traitement par l'iodure de potassium, non comme pierre de touche, mais pour modifier la constitution, et, sans attendre l'effet du traitement, huit jours après l'entrée de cette femme à l'hôpital, j'enlevai la tumeur, qui, vu son volume et le siége qu'elle occupait, avait déterminé la malade à réclamer une opération.

Cette extirpation ne présenta rien de particulier; je dus enlever le périoste de la onzième côte qui adhérait à la tumeur. Le cartilage de la douzième n'existait plus.

J'ai dit mon opinion au sujet des tumeurs crânienne et sternale. On comprendra que j'étais curieux de connaître la composition de celle que je venais d'enlever; en l'incisant dans son milieu, je trouvai l'aspect d'une tumeur fibreuse; mais à son centre existait une petite masse de matière gélatineuse, qui me fit penser que ce pouvait être une tumeur colloïde.

M. Ordoñez, qui voulut bien se charger d'examiner cette tumeur au microscope, y trouva les éléments du tissu fibreux; noyaux embryoplastiques, corpuscules fusiformes, fibres lamineuses, et de fines granulations graisseuses abondantes, surtout au centre de la tumeur. Pour M. Ordoñez, les granulations graisseuses seraient un signe de régression et précéderaient le ramollissement de la tumeur, qui par la marche de ce travail aurait acquis à son centre l'aspect caséeux qui caractérise les tubercules. Le groupement des éléments le porta à penser que la tumeur pourrait bien être de nature syphilitique.

Cette coïncidence de l'opinion exprimée par M. Ordoñez avec celle que j'avais professée au sujet de deux des tumeurs de la malade, me fit craindre de m'être trop hâté. Je pensai que toutes les tumeurs auraient pu se modifier sous l'influence de l'iodure de potassium et peut-être guérir. C'est ce doute que je viens vous soumettre. Jusqu'ici j'avais pensé que le volume considérable d'une tumeur devait exclure l'idée de l'influence de la syphilis; je vous demande de vouloir bien me dire si jamais l'un de vous a vu une tumeur syphilitique aussi volumineuse que celle-ci développée dans le tissu cellulaire. M. Ricord, que j'aurais été heureux de voir ici, me disait hier qu'il n'avait jamais observé rien de semblable.

La malade ayant succombé le surlendemain de l'opération sans que nous ayons pu invoquer d'autre cause que l'épuisement nerveux, nous avons procédé à l'autopsie, qui nous a révélé des lésions du foie analogues à celles qui ont été signalées par plusieurs observateurs, et en particulier par notre ami M. Gubler, dans le foie des syphilitiques; si ces tumeurs ont une grande ressemblance avec les tumeurs syphilitiques du foie, elles en diffèrent par le volume, car au lieu des grains de semoule qui ont servi de terme de comparaison à M. Gubler, ce sont des masses dont quelques-unes ont presque la grosseur du poing.

En les incisant, on retrouve exactement ce que nous avait présenté la tumeur de la région lombaire, et le microscope y découvre les mêmes éléments, groupés de la même manière, et rappelant exactement ce que l'on voit dans les gommes.

Le foie a considérablement augmenté de volume; il n'adhère en aucun point aux organes voisins; sa couleur normale n'est interrompue que par celle des tumeurs d'un blanc grisâtre que nous venons d'indiquer.

---

sont, pour la plupart, étrangers à la Faculté de Paris, donc il ne peut les considérer que comme des intrus, voire des ignorants; enfin ils ne pratiquent pas la saignée, et ils sont partisans de l'antimoine. A ce compte, ils sont ses ennemis déclarés, et on sait comment Guy Patin comprend la haine. Dès que cette passion s'en mêle, notre épistolier devient aveugle, il ne raisonne plus, il ne sait que se moquer et insulter. Tant pis si une partie de ses injures retombe sur lui-même, ou tout au moins sur un corps qu'il aime tant. — En prenant dans ce cas Guy Patin pour témoin, les critiques n'ont pas raisonné plus juste qu'ils ne feraient s'ils allaient chercher dans ses lettres des appréciations impartiales sur Mazarin ou sur les jésuites; car Dieu sait ce qu'il pense et ce qu'il dit des uns et de l'autre! — C'est un témoignage sans valeur et qu'on fera bien de négliger désormais. La scène de Molière garde donc complétement ce qu'elle a de faux et d'exagéré.

On trouve dans l'*Amour médecin* la phrase suivante débitée par M. Tomès : « Pour moi, j'y suis sévère en diable (sur les formalités), à moins que ce ne soit entre amis; et l'on nous assembla, un jour, trois de nous autres avec un médecin du dehors pour une consultation où j'arrêtai toute l'affaire, et ne voulus point endurer qu'on opinât, si les choses n'allaient dans l'ordre. » Quelques commentateurs, et en particulier M. Taschereau, n'ont point compris la signification de ces mots, *un médecin du dehors*. Ce dernier suppose qu'il s'agit d'un médecin de la campagne avec lequel nos grands docteurs, mus par un sentiment de vanité et d'orgueil, n'auraient pas voulu consulter. Molière savait beaucoup mieux la valeur des mots, et il y a dans cette phrase, non pas ce que pense M. Taschereau, mais la critique d'une vieille coutume à laquelle la Faculté de Paris resta toujours fidèle.

Avant tout nous sommes Français; or la France est le plus noble pays du monde, Paris est la première ville du royaume; les médecins de Paris doivent être les premiers de l'univers. On raisonne encore un peu de la sorte aujourd'hui, et non pas seulement parmi les médecins; du temps de Molière, c'était là une vérité bien acquise. Les docteurs de l'Université de Paris se prétendaient beaucoup plus instruits que tous leurs confrères, et cela de la meilleure foi du monde; ils n'avaient pas d'ailleurs entièrement tort; eux seuls avaient le droit d'exercer *urbi et orbi*, et les médecins *du dehors*, c'est-à-dire de toutes les autres Universités, n'étaient que des intrus, des ignorants qu'ils repoussaient du milieu d'eux par tous les moyens possibles, légalement et moralement, et à qui ils ne permettaient pas de saigner ces bons et nobles Parisiens, leur patrimoine et leur bien à eux médecins de la Faculté de Paris. Sans doute cela nous paraît exorbitant, car nous savons aujourd'hui que les docteurs des trois Facultés de l'Empire ont les mêmes droits, parce qu'ils font les mêmes études et subissent les mêmes examens. Et cependant, à côté des docteurs, n'y a-t-il pas encore, dans un degré inférieur, toute une classe de médecins, les officiers de santé, qui n'ont le droit d'exercer qu'une certaine médecine, et seulement dans le département où ils ont été reçus. La raison de ce fait, tout anormal et tout singulier qu'il soit, vient de ce que les officiers de santé n'ont reçu qu'une éducation incomplète et bien inférieure à celle des docteurs. C'était à peu près la même raison qui, au dix-septième siècle, guidait les médecins de Paris à l'égard de leurs confrères des autres Universités. Dans la capitale du royaume, les études médicales étaient, sinon bien dirigées, tout au moins extrêmement fortes et sérieuses, les droits universitaires très-coûteux. La Faculté de Montpellier, bien qu'elle ait fourni des hommes de la plus haute distinction, jouissait à Paris d'une fort médiocre réputation, et passait pour faire beaucoup trop facilement d'assez mauvais docteurs. Mais si cela n'est peut-être pas absolument vrai pour Montpellier, c'était d'une incontestable vérité pour toutes les autres Universités de France. Non-seulement on délivrait des diplômes à des hommes peu instruits, mais il était même assez facile de les acheter à beaux deniers comptants et sans subir aucune épreuve. Nos médecins de Paris n'avaient donc pas entièrement tort, et Molière, qui ne parle jamais qu'à bon escient, et qui savait bien ce qu'il disait en faisant allusion aux *médecins du dehors*, n'avait pas raison en ayant l'air de se moquer d'une coutume parfaitement sage et raisonnable. — Bien que *médecins du dehors*, les premiers médecins du roi et des membres de la famille royale jouissaient, *ipso facto*, de toutes les prérogatives de leurs collègues de Paris, et ce n'était pas pour ceux-ci un mince sujet de contrariétés.

Ainsi qu'on peut le voir par la citation qui a donné lieu à ce long commentaire, M. Tomès est extrêmement rigoureux et, comme on dit, entièrement à cheval sur les règles. Qu'était-ce donc que ce Tomès, et quel personnage représente-t-il? Il ne paraît pas douteux que Molière a voulu désigner un médecin de l'époque, et très-probablement un médecin de la cour. Mais si notre grand comédien a tenu compte de ce que nous venons de dire, si ce langage est mis avec intention dans la bouche du personnage (et nous sommes disposé à l'admettre, Molière étant fort au courant des usages et du personnel de la Faculté), il ne peut représenter ni Dacquin ni Valot. Tous deux, en effet, étaient médecins de Montpellier, c'est-à-dire *du dehors*, et par suite il leur eût été impossible de tenir un semblable discours et de se montrer aussi sévèrement formalistes à l'égard de confrères à peu près dans la même situation qu'eux-mêmes.

Si Molière s'était contenté de se moquer de la médecine, comme c'était parfaitement son droit, ou même du médecin d'alors, qui prêtait par plus d'un point le flanc à la plaisanterie, nul ne s'en pourrait plaindre; et, pour ma part, je n'y trouverais rien à redire. Ainsi, j'approuve de tout point la scène suivante :

« Lisette. — Quoi! messieurs, vous voilà, et vous ne songez pas à réparer le tort qu'on vient de faire à la médecine?

M. Tomès. — Comment! Qu'est-ce?

Lisette. — Un insolent, qui a eu l'effronterie d'entreprendre sur votre métier, et qui, sans votre ordonnance, vient de tuer un homme d'un grand coup d'épée au travers du corps!

M. Tomès. — Ecoutez, vous faites la railleuse; mais vous passerez par nos mains quelque jour.

La rate et les autres viscères abdominaux n'ont rien d'anormal. Le cœur est sain. Les poumons ont une consistance normale, mais on trouve dans leur parenchyme de petites tumeurs du volume d'un grain de millet ou d'un petit pois, de couleur rosée et d'une consistance plus grande que celle du parenchyme. Ces petites tumeurs qui existent en grand nombre dans l'intérieur de l'organe, existent aussi à la surface, mais on dirait que ces dernières ne dépassent pas la plèvre; peut-être cependant dépendent-elles de la partie la plus superficielle des cellules pulmonaires. On ne peut mieux les comparer qu'à de petites végétations.

Dans le tissu cellulaire du cuir chevelu se voient trois tumeurs qui sont légèrement adhérentes au derme. En les incisant, on reconnaît qu'elles sont de même nature que celle de la région lombaire. A la partie latérale de l'os frontal du côté droit, il existe une petite tumeur globuleuse, du volume d'une noisette, qui, ayant perforé l'os, adhère solidement à la dure-mère. La perforation de l'os est circulaire, d'un centimètre de diamètre environ; elle est entourée, du côté de la cavité du crâne, par une aréole rouge, divisée en deux zones concentriques, dont l'externe fait une légère saillie au niveau de laquelle on reconnaît une couche mince de tissu osseux de nouvelle formation.

A 3 centimètres de cette lésion, près du bord inférieur du pariétal droit, il y a à la face interne de l'os une perte de substance de 8 millimètres de diamètre, bordée aussi par une aréole rouge. Une masse grisâtre remplit la petite cavité qui résulte de cette altération de la lame interne de l'os. Comme la précédente, elle ressemble aux autres tumeurs, tant pour l'aspect que pour la disposition des éléments que le microscope y démontre. Elle est complétement indépendante de la dure-mère.

La première pièce du sternum est perforée par une tumeur du volume d'une noix, plus molle que les autres, mais paraissant de même nature. Enfin, on trouve dans plusieurs muscles de petites tumeurs dures, absolument semblables à celle que nous avions enlevée.

M. Ordoñez ayant examiné de nouveau ce tissu, y trouva les noyaux embryoplastiques disposés comme dans les gommes et une prolifération considérable de granulations graisseuses, et, de ce nouvel examen, il pense que toutes ces tumeurs pouvaient bien avoir pris naissance sous l'influence de la syphilis.

Pour moi, qui n'ai pas le droit d'avoir une confiance aussi entière dans la valeur des notions que le microscope nous donne, je reste dans le doute, et je viens vous demander si quelqu'un des membres de la Société a jamais vu des tumeurs syphilitiques d'un aussi gros volume.

(Voir, dans notre dernier numéro, la petite discussion qui a suivi cette communication.)

INTERMITTENCES DES BATTEMENTS DU COEUR ET DU POULS par suite de l'abus du tabac à fumer.

Par M. le docteur E. DECAISNE.

(Note communiquée à l'Académie des sciences, séance du 30 mai 1864.)

Au mois de septembre 1861, je parcourais les galeries du palais Pitti à Florence, avec un correspondant des journaux de Paris, homme d'esprit, plein de verve et d'animation, paraissant jouir d'une bonne santé, un peu pâle et âgé de quarante à quarante-cinq ans. Pendant les deux heures que nous passâmes ensemble à admirer les chefs-d'œuvre de l'art italien, je le vis trois ou quatre fois s'arrêter au milieu de la conversation et se tâter le pouls avec anxiété.

De retour à l'hôtel que nous occupions, je ne pus m'empêcher de lui demander l'explication de cette préoccupation, qui m'avait frappé. Il me dit qu'ayant éprouvé deux ans auparavant des palpitations de cœur qui le fatiguaient beaucoup, il lui arriva, un jour qu'il se tâtait le pouls, de s'apercevoir que les mouvements de son cœur n'étaient pas réguliers, et qu'un battement ainsi qu'une pulsation à l'artère radiale manquaient de temps en temps. Il eut l'idée alors de recourir aux livres de médecine pour avoir l'explication de ce phénomène étrange. Après bien des recherches et des lectures, il demeura convaincu qu'il était atteint d'une maladie du cœur.

Un médecin distingué de Turin qu'il consulta lui dit qu'il avait le cœur un peu gros, et lui prescrivit le repos, un régime sévère, quelques saignées et des pilules de digitale. Au bout de deux mois de ce traitement, il éprouva des syncopes, des étourdissements, une grande prostration des forces et de l'insomnie, sans pour cela voir disparaître l'intermittence des battements du cœur, qui lui parut au contraire devenir plus fréquente.

Il renonça alors aux remèdes, et reprit sa vie ordinaire. Les syncopes, les étourdissements disparurent, et les forces se rétablirent en partie. Mais cette idée de maladie du cœur ne l'abandonnait pas, car les intermittences persistaient toujours. Il se consolait cependant à la pensée qu'un état comme celui-là n'avait rien de bien immédiatement dangereux, et qu'on pouvait vivre longtemps avec le *cœur un peu gros*. Cependant il suivait avec attention la marche de sa maladie, et il s'aperçut que les intermittences devenaient plus fréquentes lorsqu'il fumait plus que de coutume.

De douze à quatorze cigares qu'il fumait par jour, il s'était réduit à sept ou huit, et il avait cru voir que son pouls devenait plus régulier. Lorsqu'il dépassait ce nombre, il lui paraissait que l'irrégularité était plus prononcée.

Depuis deux jours il avait fumé outre mesure, et son pouls l'inquiétait beaucoup.

J'examinai le cœur avec le plus grand soin. L'inspection, la palpation, la percussion ne m'apprirent rien. A l'auscultation, je trouvai 64 battements par minute, correspondant à 64 pulsations de l'artère radiale. Après le douzième et le seizième battements, il y eut un repos complet égalant en longueur à peu près le temps que mettent deux battements pour se produire. La même interruption se manifesta dans les pulsations de l'artère radiale.

Je laissai mon malade se reposer, et un quart d'heure après environ, j'auscultai de nouveau le cœur. L'intermittence se produisit après quatre battements, et au dix-huitième et au trente-troisième.

Le caractère des bruits du cœur, la fréquence, l'étendue ne présentent rien d'anormal.

Ne pouvant rattacher ce phénomène à aucune lésion organique, mon malade n'ayant jamais eu de rhumatisme articulaire et m'affirmant que personne dans sa famille n'avait été atteint de maladies du cœur, force me fut de m'arrêter à l'idée d'une névrose, et je pensai que l'on pouvait peut-être en accuser le tabac.

Je rassurai mon malade; je lui dis de s'armer de courage, et je lui fis promettre de s'abstenir de fumer pendant un mois, sachant bien pourtant qu'il en est des serments des fumeurs comme de ceux des ivrognes. Je l'engageai aussi à me donner de ses nouvelles.

Deux mois après, je revis mon malade à Paris. Il avait suivi ma prescription, et il était, disait-il, débarrassé de ses intermittences.

En effet, l'auscultation et l'examen du pouls, répétés à plusieurs reprises, me permirent de constater que tout était rentré dans l'ordre, et qu'il ne restait plus de traces de ce singulier accident.

J'ai revu mon journaliste l'an passé; je l'ai examiné de nouveau, et j'ai pu me convaincre qu'il est tout à fait débarrassé de ses intermittences. Il fume encore, mais il m'a affirmé qu'il ne dépassait jamais deux cigares par jour.

Ce que je viens de raconter avait laissé dans mon esprit une certaine impression, et je m'étais bien promis de poursuivre mes recherches au sujet de l'influence du tabac sur les battements du cœur. Les sujets d'observation ne devaient pas me manquer dans un pays livré comme le nôtre à la folie du tabac.

En effet, j'ai pu constater en moins de trois ans sur 88 fumeurs incorrigibles jusque-là, dans les trois communes de Mello, de Cires-lès-Mello et de Saint-Wast-lès-Mello (Oise), 21 cas d'intermittence du pouls indépendante de toute lésion organique du cœur. Neuf accusaient en même temps des digestions pénibles. Les douze autres n'avaient jamais rien ressenti du côté de l'estomac. Cinq ou six s'étaient aperçus des intermittences depuis quelque temps sans y attacher d'importance. Sept virent disparaître complétement les désordres du cœur par l'abstention absolue ou presque absolue de la pipe, en moins d'un mois. Sur ces sept, deux avaient des digestions pénibles qu'ils conservèrent après la cessation des intermittences. Neuf autres qui avaient aussi abandonné la pipe n'éprouvèrent qu'une légère amélioration, c'est-à-dire une diminution dans la fréquence des intermittences. Je n'ai pas pu suivre les cinq autres. Tous ces individus étaient âgés de vingt-sept à quarante-deux ans. Ils exerçaient les professions de filateur et de carrier.

Le 12 janvier dernier, un officier supérieur me consulta pour des palpitations accompagnées de digestions mauvaises et de cardialgie.

Je compte 68 battements par minute. Le pouls n'a rien d'anormal. Les bruits du cœur s'entendent faiblement, le sujet ayant beaucoup d'embonpoint. Je ne trouve aucune trace de palpitations.

Après quelques minutes de répit, j'ausculte de nouveau, et à mon grand étonnement, je trouve une intermittence des battements du cœur et des pulsations de l'artère radiale après le 29e battement, une autre après le 36e, une autre enfin après le 37e.

Mon malade m'avoue qu'il y a déjà bien longtemps qu'il s'est aperçu de ces intermittences et qu'il y a six ans, pendant un congé qu'il a passé à Paris chez ses parents, il a consulté à ce sujet un médecin des hôpitaux. Il fut soumis alors à l'usage de la teinture de digitale, du sirop de digitale et de la digitaline. On lui fit trois ou quatre saignées et on lui appliqua deux vésicatoires.

Après quatre mois de ce traitement, son état, loin de s'améliorer, donna à sa famille de sérieuses inquiétudes. On consulta un médecin homœopathe, dont les globules firent merveille. En effet, on cessa tout traitement, et tout l'arsenal d'Hannemahn n'empêcha pas le brave officier de se rétablir complétement, aux intermittences près, qui persistèrent.

Il rejoignit son régiment, et continua son service sans trop souffrir du côté du cœur jusqu'au mois de novembre 1863, époque où les palpitations devinrent plus fréquentes, ainsi que les mauvaises digestions.

La ressemblance de ce fait avec celui de Florence me frappa, et je demandai à mon officier s'il fumait beaucoup. Il m'avoua qu'il fumait en général huit ou dix cigares par jour.

Je lui dis que tous les accidents dont il se plaignait me paraissaient provenir de l'abus du tabac, et qu'il fallait de toute nécessité ne plus fumer, que c'était là ma seule prescription. Il me quitta en me promettant bien de suivre mes conseils et de revenir me voir.

Je l'ai revu le 16 mars. Il m'affirme qu'il a tenu sa promesse, et qu'il a à peine une ou deux intermittences par jour.

J'ausculte le cœur à cinq ou six reprises différentes sans constater une seule irrégularité. Les digestions sont devenues meilleures, la cardialgie a disparu. Mon malade se considère comme guéri.

Dans tous les cas que je viens de rapporter, j'ai eu affaire à ce que Laënnec a appelé intermittence vraie, arrêt ou hésitation du cœur.

M. Bouillaud dit qu'en général les intermittences ont lieu d'une manière régulière, c'est-à-dire après un même nombre de battements du cœur; mais il ajoute que cette loi est sujette à beaucoup d'exceptions. En effet, je n'ai pas vu une seule fois les intermittences avoir lieu d'une manière régulière.

On sait qu'il y a des intermittences qu'on peut appeler normales. Les enfants y sont sujets. Il n'est pas rare de les rencontrer chez eux après de longues courses, un violent exercice; elles persistent quelquefois après la puberté.

On les rencontre encore dans certaines névroses, chez les femmes hystériques, chlorotiques. On en trouve quelques exemples dans les observations de Rivière et de Pechlin. On les a attribuées aussi à la présence d'entozoaires et de gaz dans le conduit digestif. On les a observées aussi dans les douleurs aiguës de la péritonite.

Il existe même dans la science plusieurs cas d'intermittence des battements du cœur attribués à l'influence cérébrale. Morgagni, dans son grand ouvrage *De sedibus et causis morborum*, raconte l'histoire d'un professeur de médecine de Bologne, qui ayant remarqué la force de l'intermittence dans son pouls, en devint fort inquiet. A force de s'observer, il avait fini par trouver les battements de plus en plus irréguliers. Morgagni lui conseilla de n'y plus faire attention, et les intermittences disparurent bientôt.

Si l'on considère : 1° Qu'aucun des sujets soumis à mon observation n'était atteint d'une lésion organique du cœur,

---

LISETTE. — Je vous permets de me tuer lorsque j'aurai recours à vous. »

C'est une boutade de soubrette spirituelle et un moyen ingénieux de chasser les gens qui nous importunent. Les scènes de ce genre ne manquent pas chez notre auteur; et quoi qu'en puissent penser les médecins, elles sont parfaitement de mise. Ainsi, dans le *Médecin malgré lui*, la scène de la consultation est fort gaie, fort comique; c'est une vraie farce, sans doute, mais une farce menée à la façon de Molière, ce qui est tout dire. Le *nous avons changé tout cela*, si souvent reproduit depuis lors, est vraiment superbe. — Lorsque Sganarelle apprend que Lucinde parle, et qu'il s'écrie triomphalement : *Voilà une maladie qui m'a bien donné de la peine!* quoique le mot soit pris sur le vif et puisse recevoir maintes applications, pourrait-on s'en plaindre et ne pas en rire de tout son cœur? Il n'est pas jusqu'aux portraits de MM. Diafoirus père et fils, tout grotesques, tous ridicules qu'ils soient, qui ne puissent trouver place dans la comédie sans blesser personne. Les médecins n'ont point la prétention d'être tous des hommes de génie, et quelques-uns d'entre eux n'ont pas peut-être une connaissance parfaite des usages du beau monde; tant pis pour les Diafoirus! qu'ils se corrigent, s'ils ont l'esprit de se reconnaître. Et d'ailleurs, les Diafoirus se trouvent partout, et le corps médical n'en avait point le monopole.

Quand Molière, poussant plus loin la satire et la portant sur son vrai terrain, attaque les coutumes surannées, les habitudes ridicules, le jargon médical; quand, directement ou indirectement, il assène des coups de massue à la vieille scolastique, au respect insensé en la parole du maître, nous ne saurions trop l'applaudir. Quoiqu'il ait dépassé peut-être le but, ce but, au moins, était parfaitement avouable et légitime. De son temps, le langage médical n'était pas seulement ridicule, il cachait encore sous sa pompe et son obscurité un manque absolu d'idées raisonnables. Ecoutez un peu MM. Bahis et Macroton :

« MACROTON. — Or, mon-si-eur, pour ve-nir au fait, je trou-ve que vo-tre fil-le a u-ne ma-la-die chro-ni-que, et qu'el-le peut pé-ri-cli-ter si on ne lui don-ne du se-cours, d'au-tant que les symp-tô-mes qu'el-le a sont in-di-ca-tifs d'u-ne va-peur fu-li-gi-neu-se et mor-di-can-te qui lui pi-co-te les mem-bra-nes du cer-veau. Or cet-te va-peur, que nous nom-mons en grec at-mos, est cau-sé-e par des hu-meurs pu-tri-des, te-na-ces et con-glu-ti-neu-ses, qui sont con-te-nu-es dans le bas-ven-tre.

M. BAHIS. — Et comme ces humeurs ont été là engendrées par une longue succession de temps, elles s'y sont recuites, et ont acquis cette malignité qui fume vers la région du cerveau.

M. MACROTON. — Si bi-en donc que pour ti-rer, dé-ta-cher, ar-ra-cher, ex-pul-ser, é-va-cu-er les-di-tes hu-meurs, il fau-dra u-ne pur-ga-ti-on vi-gou-reu-se. Mais, au pré-a-la-ble, je trou-ve à propos, et il n'y a pas d'in-con-vé-ni-ent, d'u-ser de pe-tits re-mè-des a-no-dins, c'est-à-di-re de pe-tits la-ve-ments ré-mol-li-ents et dé-ter-sifs, de ju-leps et de si-rops ra-fraî-chis-sants qu'on mê-le-ra dans sa ti-sa-ne.

M. BAHIS. — Après, nous en viendrons à la purgation et à la saignée, que nous réitérerons s'il en est besoin.

M. MACROTON. — Ce n'est pas qu'a-vec-que tout ce-la vo-tre fil-le ne puis-se mou-rir; mais au moins vous au-rez fait quel-que cho-se, et vous au-rez la con-so-la-tion qu'el-le se-ra mor-te dans les for-mes.

M. BAHIS. — Il vaut mieux mourir selon les règles que de réchapper contre les règles. »

Écoutez même ce brave Sganarelle :

« Monsieur, c'est une grande et subtile question entre les docteurs de savoir si les femmes sont plus faciles à guérir que les hommes. Je vous prie d'écouter ceci, s'il vous plaît. Les uns disent que non, les autres disent que oui : et moi je dis qu'oui et non; d'autant que l'incongruité des humeurs opaques qui se rencontrent au tempérament naturel des femmes étant cause que la partie brutale veut toujours prendre empire sur la sensitive, on voit que l'inégalité de leurs opinions dépend du mouvement oblique du cercle de la lune, et comme le soleil, qui darde ses rayons sur la concavité de la terre, trouve... »

Et nous applaudissons des deux mains à cette tirade de M. Diafoirus, car elle est aussi vraie que mordante.

« M. DIAFOIRUS. — Enfin, à force de battre le fer il en est venu glorieusement à avoir ses licences, et je puis dire sans vanité que depuis deux ans qu'il est sur les bancs, il n'y a point de candidat qui ait fait plus de bruit que lui dans toutes les disputes de notre Ecole. Il s'y est rendu redoutable, et il ne s'y passe point d'acte où il n'aille argumenter à outrance pour la proposition contraire. Il est ferme dans la dispute, fort comme un Turc sur ses principes, ne démord jamais de son opinion, et poursuit un raisonnement jusque dans les derniers recoins de la logique. Mais sur toute chose, ce qui me plaît en lui, et en quoi il suit mon exemple, c'est qu'il s'attache aveuglément aux opinions de nos anciens, et que jamais il n'a voulu comprendre ni écouter les raisons et les expériences des prétendues découvertes de notre siècle touchant la circulation du sang, et autres opinions de même farine. »

Oh! certes, Molière a eu parfaitement raison de faire justice de ce langage et de semblables idées, d'autant mieux que, à part un peu d'exagération, c'était là bien réellement le langage médical de l'époque.

Dr H. MONTANIER.

M. Vulpian, agrégé de la Faculté de médecine de Paris (suppléant M. Flourens), ouvrira le cours de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle, le mardi 7 juin 1864, à onze heures et demie, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le cours aura pour objet la *physiologie du système nerveux*.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Il nous reste encore un certain nombre de collections qui nous ont été données à relier. Nous prions instamment nos abonnés de vouloir bien retirer les volumes qu'ils nous avaient confiés.

2° Que la plupart d'entre eux n'étaient pas dans les conditions de santé qui favorisent la production des intermittences des battements du cœur.

3° Et surtout qu'il a suffi chez neuf d'entre eux de supprimer l'usage du tabac pour voir revenir le cœur à son rhythme normal, peut-être ne trouvera-t-on pas trop hardies et prématurées les conclusions suivantes :

1° L'abus du tabac à fumer peut produire sur certains sujets un état que j'appellerai *narcotisme du cœur*, et qui se traduit par des intermittences dans les battements de cet organe et dans les pulsations de l'artère radiale.

2° Il suffit dans certains cas de suspendre ou du moins de réduire l'usage du tabac à fumer, pour voir disparaître entièrement ou diminuer l'irrégularité dans les fonctions du cœur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 mai 1864. — Présidence de M. Morin.

M. Flourens présente la troisième édition de son *Ontologie naturelle*, ou *Étude philosophique des êtres*.

Il continue ainsi :

« Je profite de la parole qui m'est accordée pour remercier l'Académie tout entière, et chacun de ses membres en particulier, des marques de sympathie qui m'ont été données pendant la maladie cruelle que je viens de subir.

» Je dois la vie à M. Velpeau ; il m'est bien doux de pouvoir lui exprimer ma reconnaissance dans le sein même de l'Académie. »

— **M. Gintrac**, récemment nommé à une place de correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, adresse ses remercîments à l'Académie.

Intermittences du cœur et du pouls par suite de l'abus du tabac à fumer. — **M. Em. Decaisne** adresse un mémoire sur ce sujet. (Voir plus haut). — Commissaires, MM. Andral, Rayer, Bernard.

— **M. Sistach** envoie, comme pièces de concours pour le prix de Statistique, deux mémoires imprimés ayant pour titre, l'un : *Etudes statistiques sur les varices et le varicocèle*; l'autre : *Etudes statistiques sur les infirmités et le défaut de taille, considérés comme causes d'exemption du service militaire.* (Renvoi à la commission du prix de statistique).

Terminaison des nerfs moteurs dans les muscles de quelques animaux supérieurs et de l'homme. — **M. Bernard** présente, au nom de M. W. Kuehne, la note suivante :

Nous devons aux recherches de M. Doyère sur les Tardigrades la première découverte de la partie du muscle que nous savons à présent contenir la véritable terminaison du nerf moteur. Cet appareil, décrit en 1840 par M. Doyère et constaté depuis par MM. de Quatrefages, Meissner et d'autres, consiste en une sorte de colline ou cône collé contre la surface du muscle et contenant une matière granuleuse. Le nerf s'y termine, et l'on était assez porté à croire qu'il se soudait à la substance contractile par une espèce de fusion de substance. En 1860, j'ai trouvé que cette matière granuleuse existe également au bout périphérique du nerf dans les muscles des insectes qui sont enveloppés d'un sarcolemme, et que l'enveloppe du nerf se continue avec celle de la fibre musculaire. C'est en 1861 que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie des sciences la description du même mode de terminaison chez tous les animaux et chez l'homme, c'est-à-dire l'entrée du nerf dans l'intérieur de la fibre musculaire, avec continuation directe de la gaîne de Schwann dans le sarcolemme.

Dans une note insérée dans les *Comptes rendus*, M. Rouget constata, un an après, le passage du nerf à travers le sarcolemme ; en outre, il montra pour quelques reptiles écailleux, les mammifères, les oiseaux et l'homme, une terminaison en forme d'une plaque située entre la substance contractile et l'enveloppe du muscle. Ces observations, dont l'exactitude fut bientôt confirmée par MM. Engelmann, Waldeyer et moi, montraient pour le plus grand nombre d'animaux une terminaison très-semblable à celle décrite par M. Doyère, il y a vingt-quatre ans, et assez différente de celle décrite deux ans auparavant par moi, surtout chez la grenouille.

Des recherches nouvelles m'ont amené aujourd'hui aux résultats suivants :

Chez tous les animaux où les muscles sont munis d'une colline nerveuse, on trouve à la partie terminale du nerf la même substance, composée d'un amas de matière granuleuse et de véritables noyaux. La forme de ces amas varie avec celle de la colline de Doyère. Chez les insectes, ces amas représentent même de longues stries dirigées parallèlement à l'axe du muscle. Mais cette substance n'est pas, comme nous l'avons cru tous autrefois avec M. Rouget, la continuation directe du *cylinder axis*, car elle n'est qu'une espèce d'enveloppe de ce dernier. Le *cylinder axis* ne se change pas en cette matière, car c'est cette matière qui couvre la vraie terminaison.

Le cône nerveux décrit jusqu'ici comme plaque terminale du nerf n'est que l'enveloppe d'une autre plaque, qui est la continuation réelle du *cylinder axis*. Cette seconde plaque est presque complétement transparente et consiste en une sorte d'élargissement du *cylinder axis*. Elle a des bords assez irréguliers et de nombreux plis. Ce n'est que dans les muscles tout à fait frais qu'on l'observe à cet état. Au moment où commence la rigidité cadavérique, la plaque se déforme, elle se couvre de lignes irrégulières et se divise en masses plus ou moins arrondies. Les mêmes changements ont lieu quand on ajoute une très-faible dose d'un acide dilué.

La matière granuleuse de la colline de Doyère et ces noyaux tapissent presque entièrement la face inférieure de la plaque, mais il reste toujours quelques points où la plaque peut toucher directement la substance striée du muscle. On observe ce mode de terminaison d'une manière très-nette chez les lézards gris et verts, chez les serpents, les lapins, les chats, et dans les muscles du membre d'un homme récemment amputé.

D'après ces observations, on est forcé d'admettre qu'il n'y a jamais une continuation directe de la substance nerveuse avec la substance contractile, en un mot, qu'il n'y a pas de fusion de ces deux substances. Il n'y a qu'un élargissement de la partie conductrice du nerf, qui se met en contact intime avec le contenu de la fibre musculaire.

— **M. Dareste** communique des *Recherches sur les origines de la monstruosité double chez les oiseaux.*

Les faits exposés dans cette note conduisent l'auteur à formuler la proposition générale suivante :

Je crois pouvoir admettre comme une loi générale, que chez les oiseaux comme chez les poissons, l'union immédiate des deux sujets qui composent le monstre double est la conséquence d'une union médiate résultant de leur formation sur un vitellus unique. Toutefois, lorsque deux embryons se développent sur un vitellus unique, cet événement n'entraîne pas nécessairement la formation d'un monstre double ; car plusieurs embryogénistes ont vu, et j'ai vu moi-même deux embryons complétement distincts, et qui n'auraient jamais pu se réunir, quoique formés sur un vitellus unique.

Les monstres à double ombilic sont fort rares chez les oiseaux. Les oiseaux qui nous présentent cette monstruosité doivent périr inévitablement à une époque voisine de l'éclosion, par l'impossibilité où se trouve le vitellus de pénétrer dans la cavité abdominale.

Chez les mammifères il en est tout autrement. Ici la vésicule ombilicale qui représente le vitellus se sépare entièrement de l'animal avec les éléments du cordon, et cette séparation n'est pas plus difficile lorsqu'elle est en rapport avec deux ombilics par deux pédicules, séparés, que lorsqu'elle est en rapport avec un seul ombilic par un pédicule unique. Rien ne s'oppose donc, chez eux, à l'existence de la vie extra-utérine, puisque, abstraction faite de la soudure, les deux sujets composants ont une conformation régulière et normale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Donné, recteur de l'Académie de Montpellier, après avoir fondé un prix d'encouragement aux études anatomiques dans la Faculté de médecine de Montpellier, vient de fonder un prix annuel qui sera décerné à la suite d'un concours ouvert parmi les stagiaires des hôpitaux de cette ville. Le premier concours s'ouvrira le 10 août prochain.

— M. le docteur Allard, médecin inspecteur des eaux de Royat, vient de succomber à la suite d'une longue maladie.

— Le directeur de la Compagnie française d'alimentation (4, rue du Cygne, à Paris) nous prie de porter à la connaissance de nos lecteurs que ceux d'entre eux qui voudraient expérimenter le *karouba* sont invités à s'adresser à lui. Il leur sera délivré gratuitement des quantités suffisantes pour faire l'essai de ce nouveau succédané du café, dont nous avons parlé dans les numéros des 5 et 7 mai dernier.

— M. le docteur Coursserant commencera son cours public sur *les maladies des yeux* le mardi 7 juin, à midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

La première leçon sera consacrée à l'examen des progrès de l'ophthalmologie dans les temps modernes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité sur l'éducation physique des enfants, à l'usage des mères de famille et des personnes dévouées à l'éducation de la jeunesse, par M. Richard (de Nancy), directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, chevalier de la Légion d'honneur. Troisième édition, augmentée d'un Traité sur la dentition. Un vol. in-12. Prix : 4 fr. — Paris et Lyon, 1862.

Commentaire physiologique sur la personne d'Horace, par M. Richard (de Nancy). Un vol. format Elzévir, papier vélin. Prix : 3 fr. — Paris et Lyon, 1863.

De l'intelligence humaine dans ses rapports avec l'organisation, par M. Passot, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société impériale de médecine et de la Société d'éducation de Lyon. Un vol. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris et Lyon, 1864.

Ces trois ouvrages se trouvent en vente chez F. Savy, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 24, à Paris ; à Lyon, chez Savy, libraire de l'Ecole de médecine.

Maladies de l'armée d'Italie, ou Documents pour servir à l'histoire médico-chirurgicale de l'armée d'Italie (campagne de 1859-1860) ; par M. Cazalas, ex-médecin en chef de l'armée d'Italie. Gr. in-8° de 80 pages. Prix, 2 fr.

Note sur la déformation du pied chez les femmes chinoises; par M. Morache, médecin attaché à la légation de l'Empereur à Pékin. Gr. in-8° de 20 pages. Prix, 1 fr.

Ces ouvrages se trouvent chez Victor Rozier, libraire, rue Childebert, 11.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 JUIN 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Gavarret a répliqué à la deuxième argumentation de M. Beau. S'il eût été possible d'ajouter encore à la netteté et à la précision des démonstrations de son premier discours, cette réplique l'eût fait certainement. Mais on peut vraiment dire qu'un surcroît à cet égard était superflu. Cependant M. Gavarret n'a pas voulu laisser sans réponse les dernières objections de M. Beau; et textes en main, il les a repoussées une à une, de manière à n'en laisser subsister aucune. Si bien qu'il a pu dire légitimement, en terminant, qu'au point de vue physiologique, le seul dont il ait eu à s'occuper, la doctrine de M. Beau était bien morte; laissant d'ailleurs à de plus compétents que lui en pathologie le soin d'achever cette réfutation sous ce point de vue.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un correspondant national. L'honorable et savant directeur de l'Ecole de médecine de Lille, M. Cazeneuve, a obtenu la majorité sur ses compétiteurs MM. Fonssagrives, Tholozan et Thore, après deux tours de scrutin.

M. le docteur Azam, de Bordeaux, dont nos lecteurs ont eu plusieurs fois l'occasion d'apprécier les estimables travaux, a lu au commencement de la séance un mémoire sur la mort subite produite par embolie pulmonaire, à la suite des fractures et des contusions. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur adénoïde du sein. — Guérison par l'iodure de potassium.

(Observation recueillie par M. de MONTFUMAT.)

C... (Lætitia), âgée de quatorze ans et demi, polisseuse, entre le 4 avril 1864 à la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 17 (service de M. Velpeau).

Cette jeune fille, d'une bonne constitution, pas encore réglée, s'aperçut, il y a environ un mois, qu'elle avait une grosseur au sein droit. Dure et indolente au début, cette grosseur était venue sans cause dont la malade ait gardé le souvenir; seulement il est bon de savoir que la profession de cette jeune fille l'obligeait à tenir l'avant-bras droit appuyé contre la poitrine, c'est-à-dire contre le sein malade.

Voici ce que l'on constate à son entrée :

Tumeur du volume d'un gros œuf de poule, occupant le sein droit, bosselée, dure, élastique, bien isolée, roulant sous la peau, présentant pour ainsi dire les caractères d'un corps étranger. Peau saine, sans adhérences avec la tumeur et sans traces d'inflammation. Rien du côté de l'aisselle.

A cette description, on reconnaît facilement l'adénoïde.

Le diagnostic une fois porté, l'opération était parfaitement indiquée; cependant M. Velpeau l'ayant différée, crut remarquer, au bout d'une dizaine de jours, que la tumeur tendait à diminuer. Il prescrivit alors l'iodure de potassium, donné à l'intérieur à la dose de 60 centigrammes par jour (16 avril).

Ce qui d'abord n'avait paru être qu'une apparence, devint bientôt une réalité, et le 25 avril la tumeur avait diminué d'un tiers.

Le 1er mai, M. Velpeau fait appliquer un bandage compressif.

A partir de ce moment, on peut tous les cinq jours suivre de l'œil et du doigt la diminution graduelle de la tumeur.

Enfin la jeune fille sort le 30 mai; sa tumeur adénoïde est réduite au volume du pouce.

Le traitement doit être continué hors de l'hôpital, et la malade prend l'engagement de venir tous les huit jours se faire appliquer l'appareil compressif.

Cette observation est doublement intéressante : d'abord c'est une rareté de voir une tumeur adénoïde développée chez une jeune fille de quatorze ans et demi. La statistique de M. Velpeau, consignée dans son *Traité des maladies du sein*, ne porte pas sur des sujets âgés de moins de quinze ans.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans l'histoire de cette tumeur, c'est le phénomène de résorption dont elle a été le siége.

M. Velpeau dit : « La disparition spontanée de ces tumeurs, quoique rare, n'est pourtant pas absolument impossible. »

A l'appui de cette assertion, le professeur cite trois cas d'adénoïdes disparues spontanément. Des observations du même ordre sont venues depuis enrichir la collection des tumeurs résorbées spontanément ou sous l'influence des médications internes et de la compression.

Dernièrement encore, la résorption s'effectuait dans l'espace de dix mois chez une dame que M. Velpeau voyait en ville.

De pareils faits méritent d'être pris en grande considération, d'autant plus qu'il est généralement admis que toute tumeur adénoïde est destinée à être extirpée, et cette pratique paraît d'ailleurs très-rationnelle.

Comment espérer, en effet, si l'on n'en a pas vu d'exemple, qu'un corps très-dur et pour ainsi dire étranger dans la mamelle pourra se résorber?

La résorption ne semble-t-elle pas devoir s'attaquer seulement aux dépôts liquides ou légèrement concrets?

Ce qui ajoute encore à la valeur de notre observation, c'est que nous avions affaire à une adénoïde-type dont la dureté pouvait être qualifiée de pierreuse.

Quand il se trouve en présence de pareilles lésions, surtout si elles sont de date récente, le chirurgien doit donc faire précéder l'opération du traitement interne et de la compression. Si la disparition de la tumeur n'a pas lieu, il sera toujours temps d'avoir recours à l'opération; l'adénoïde est une affection avec laquelle on peut temporiser : il lui faut plusieurs années avant qu'elle subisse une transformation, une dégénérescence qui mette sérieusement en danger les malades.

Nous rappellerons enfin que si la tumeur se développe chez une femme qui touche à la ménopause, on sera encore plus en droit de temporiser, car M. Velpeau a écrit :

« Lorsque les adénoïdes n'ont point été traitées et lorsque les femmes sont à l'âge critique, la résolution s'en empare plus souvent qu'à toute autre période de la vie. »

Mais quelle doit être la limite de la temporisation? Il est impossible de la fixer mathématiquement : il y a ici des considérations variables avec la malade et que le chirurgien seul peut bien apprécier.

Malheureusement, comme le faisait remarquer M. Velpeau, il y a là un écueil, et cet écueil est dans le diagnostic.

Il s'agit effectivement de bien différencier l'adénoïde d'un encéphaloïde ou un squirrhe à la période de crudité.

Tout retard peut être fatal dans le cas de tumeur maligne, surtout si l'on admet avec M. Velpeau que les tumeurs malignes peuvent être primitivement locales, et que plus tard seulement elles se généralisent. Et cela autorise à rappeler ce principe, que dans le doute l'opération serait certainement la pratique la plus sage.

HOPITAL COCHIN. — M. WOILLEZ.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires (1).

Phthisie aiguë. — Diagnostic. — Généralisation exceptionnelle de la maladie. — Opinions des auteurs. — Lésions latentes dans le fait observé. — Sa marche extrêmement rapide. — Gravité du pronostic.

Bayle est l'auteur qui a cité le premier fait de phthisie aiguë sous la dénomination de phthisie granuleuse; mais la confusion qu'il a établie entre toutes les maladies thoraciques qui entraînent le dépérissement, l'a empêché d'attribuer à cette observation toute son importance.

Laënnec n'a consacré qu'une page de son immortel ouvrage à la phthisie aiguë, mais il en a donné des caractères impor-

(1) Voir le numéro précédent.

UN DERNIER MOT

SUR MOLIÈRE ET LES MÉDECINS (1).

Quand il a par une fine allusion mis à l'index ces hommes entêtés ou ignorants qui ne voulaient pas admettre la circulation du sang, si admirablement démontrée par l'illustre Harvey; quand il s'est spirituellement raillé de ceux qui ordonnaient des médicaments en vue d'une maladie à venir, comme dans la scène entre Sganarelle et Jacqueline du *Médecin malgré lui*, oh! certes, nous approuvons entièrement Molière, car cette médecine était niaise, et les médecins qui la pratiquaient semblaient renoncer à toute modification, à tout progrès. Puisqu'ils ne voulaient pas entendre la voix de la raison, puisqu'ils fermaient systématiquement leurs oreilles à tout ce qui pouvait les éclairer; puisque la voix austère et grave de la science et de la philosophie nouvelle n'avait pas accès dans la Faculté, il était juste que la comédie s'en mêlât, et que cette vieille médecine croûlât sous les éclats de rire de la France tout entière. Si Molière fût toujours resté dans ces bornes, il n'y a pas jusqu'à nous, médecins, qui n'eussions à lui rendre des actions de grâce.

Mais malheureusement il n'en a pas été ainsi, nous l'avons déjà montré, et cependant nous n'avons pas introduit sur la scène le personnage le plus atroce de l'*Amour médecin*, Ecoutons M. Filerin :

M. FILERIN. — « N'avez-vous point de honte, Messieurs, de montrer si peu de prudence, pour des gens de votre âge, et de vous » être querellés comme de jeunes étourdis? Ne voyez-vous pas bien » quel tort ces sortes de querelles nous font parmi le monde? et » n'est-ce pas assez que les savants voient les contrariétés et les dis» sensions qui sont entre nos auteurs et nos anciens maîtres, sans » découvrir encore au peuple, par nos débats et nos querelles, la » forfanterie de notre art? Pour moi, je ne comprends rien du tout » à cette méchante politique de quelques-uns de nos gens, et il faut » confesser que toutes ces contestations nous ont décriés depuis peu » d'une étrange manière, et que si nous n'y prenons garde, nous » allons nous ruiner nous-mêmes. Je n'en parle pas pour mon inté» rêt; car, Dieu merci, j'ai déjà établi mes petites affaires. Qu'il » vente, qu'il pleuve, qu'il grêle, ceux qui sont morts sont morts, et » j'ai de quoi me passer des vivants; mais enfin toutes ces disputes » ne valent rien pour la médecine. Puisque le ciel nous fait la grâce » que depuis tant de siècles on demeure infatué de nous, ne désabu» sons point les hommes avec nos cabales extravagantes, et profi» tons de leurs sottises le plus doucement que nous pourrons.

» Nous ne sommes pas les seuls, comme vous savez, qui tâchons à » nous prévaloir de la faiblesse humaine. C'est là que va l'étude de » la plupart du monde, et chacun s'efforce de prendre les hommes par » leur faible pour en tirer quelque profit. Les flatteurs, par exemple, » cherchent à profiter de l'amour que les hommes ont pour les louan» ges en leur donnant tout le vain encens qu'ils souhaitent; et c'est » un art où l'on fait, comme on voit, des fortunes considérables. Les » alchimistes tâchent à profiter de la passion que l'on a pour les ri» chesses en promettant des montagnes d'or à ceux qui les écoutent; » et les diseurs d'horoscopes, par leurs prédictions trompeuses, pro» fitent de la vanité et de l'ambition des crédules esprits. Mais le plus » grand faible des hommes, c'est l'amour qu'ils ont pour la vie; et » nous en profitons, nous autres, par notre pompeux galimatias, et » savons prendre nos avantages de cette vénération que la peur de » mourir leur donne pour notre métier. Conservons-nous donc dans » le degré d'estime où leur faiblesse nous a mis, et soyons de con» cert auprès des malades pour nous attribuer les heureux succès de » la maladie et rejeter sur la nature toutes les bévues de notre art. » N'allons point, dis-je, détruire sottement les heureuses préventions » d'une erreur qui donne du pain à tant de personnes, et, de l'argent » de ceux que nous mettons en terre, nous fait élever de tous côtés » de si beaux héritages. »

Est-ce là le langage d'un honnête homme ou d'un scélérat, et ce Filerin n'est-il pas le digne précurseur de ce bon M. Tartufe? Quoi! un médecin a établi ses petites affaires et il se moque des morts et des vivants! Quoi! un médecin ne doit point désabuser les hommes et au contraire profiter de leurs sottises! Quoi! un médecin ne doit pas détruire les heureuses préventions *d'une erreur* qui lui donne du pain!! — Et quand on songe que ce personnage n'a rien à faire dans la pièce, qu'il n'y tient par aucun point, qu'il ne paraît que pour débiter ces abominables maximes, on se demande quel pouvait être le vrai but de notre grand comique et quelles mauvaises passions le poussaient. — Qui donc a jamais connu des médecins de cette espèce, et dans quel siècle, dans quel pays ont-ils jamais existé? — Qu'on ne dise pas que Molière a voulu représenter tel médecin en particulier, et non pas une classe de médecins, ce serait lui faire son procès sans circonstances atténuantes.

La comédie a le droit et la mission de peindre les travers des hommes et de les corriger en leur montrant, comme en un miroir, leurs vices, leurs ridicules et leurs passions; elle n'a jamais le droit de représenter un individu, ou bien elle perd complétement son action sur les masses (1). Qu'importe au public que tel personnage soit un avare ou un tartufe? C'est l'avare qu'il veut voir, c'est le tartufe qu'il veut entendre, et non pas messieurs tels où tels qui sont

(1) Voir le numéro précédent.

(1) Je sais bien que notre grand auteur a plus d'une fois violé cette règle; mais lui-même a senti qu'il avait eu tort, et dans l'*Impromptu de Versailles* il se défend d'avoir jamais voulu désigner un personnage déterminé, et se plaint vivement qu'on lui prête une pareille idée. Malheureusement Molière s'est donné à lui-même de trop fréquents démentis, témoins le pauvre abbé Cottin, Boursault, etc.

tants. « Quelques malades, dit-il, succombent à l'intensité de la fièvre et d'une affection qui n'a d'autres symptômes que ceux d'un catarrhe muqueux très-aigu, et la mort arrive avant que l'amaigrissement ait donné l'éveil sur la nature de la maladie. » Pour lui, la phthisie restant latente jusqu'au ramollissement des tubercules, ce ramollissement détermine un violent catarrhe pulmonaire qui entraîne la mort. Il cite à ce propos une observation qu'il a recueillie dans ce même hôpital et qui a une certaine analogie avec celle qui nous occupe. La voici :

« J'ai vu mourir à l'hôpital Cochin une jeune fille de dix-huit » ans, d'une rare beauté; elle succombait en apparence à un » catarrhe aigu et accompagné d'une fièvre violente, dont » la durée n'avait pas été de plus d'un mois. L'amaigrissement » avait été si peu sensible au moment de la mort, que le sujet » n'avait encore rien perdu de la perfection de ses formes. » Laënnec trouva dans les poumons des tubercules nombreux ramollis, de la grosseur d'une aveline ou d'une amande.

Depuis Laënnec, la phthisie aiguë a été plus complétement étudiée par MM. Louis, Andral (qui l'appela *phthisie asphyxique*), Waller (de Prague), Walshe, Fournet, Leudet (dans son excellente Thèse inaugurale en 1851), Trousseau, tout récemment le Dr Colin (du Val-de-Grâce), etc.

C'est surtout au point de vue de la nature des lésions anatomiques, que la phthisie aiguë a été l'objet de discussions importantes.

La tuberculisation pulmonaire, vous le savez, constitue le plus souvent, dans son évolution complète, une maladie chronique. Dans certains cas, la dernière période de cette évolution, le ramollissement des tubercules, se fait d'une manière rapide, avec fièvre continue : c'est la *phthisie rapide* des observateurs modernes. Il faut distinguer cette forme de la phthisie aiguë proprement dite, de la phthisie dite galopante, qui s'accompagne comme manifestation anatomique du développement de granulations dites grises ou miliaires dans les différents organes, et comme symptômes d'un état aigu simulant tantôt un catarrhe suffocant, tantôt une affection typhoïde, tantôt un embarras gastrique fébrile prolongé.

Pour Bayle, il y avait dans cette maladie une phthisie distincte de la phthisie tuberculeuse proprement dite. Pour Laënnec, dont l'opinion fut généralement adoptée, les granulations n'étant que la première phase du développement du tubercule, il rattachait la maladie à la tuberculisation.

Les études histologiques modernes ont fait revenir quelques pathologistes à l'opinion de Bayle, M. Ch. Robin a été le promoteur de ce revirement. Quoique les symptômes et les lésions de la maladie s'observent le plus souvent chez des sujets déjà tuberculeux, il en a fait une maladie spéciale pouvant coïncider avec des tubercules, mais qui serait de nature différente.

Je ne rappelle brièvement cette manière de voir que pour vous dire qu'elle est loin d'être généralement acceptée. M. Robin s'est fondé sur ce résultat de ses recherches microscopiques que les granulations grises ne présentent pas les mêmes éléments histologiques que le tubercule. Mais M. Vulpian, qui avait d'abord partagé l'opinion de M. Robin, s'est rallié à celle de Laënnec après avoir étudié les faits de plus près.

Dans une communication faite à la Société des hôpitaux en mai 1861, il a très-bien établi que les granulations miliaires offraient d'abord comme éléments constants ceux que l'on trouve dans le tubercule (granules moléculaires, corpuscules à contours irréguliers), et que s'ils présentaient quelquefois en plus ou moins grande abondance l'épithélium intra-pulmonaire, et les corps fusiformes fibro-plastiques que M. Robin considère comme les éléments principaux des granulations grises, c'est que tout simplement ces éléments microscopiques s'ajoutaient, suivant l'organe atteint, aux éléments fixes ou tuberculeux des granulations grises. Il fait remarquer comme preuve que ces éléments *adventices*, comme il les appelle, occupent précisément le pourtour des granulations.

Or, chez notre malade, les granulations des différents organes ont toutes présenté au microscope, comme élément dominant, les granules moléculaires, et très-peu de cellules irrégulières et de corpuscules graisseux. Nulle part il n'y avait trace de ces amas de productions épidermiques ou de ces éléments fibro-plastiques signalés comme principaux caractères des granulations grises.

Notre observation confirme donc l'opinion de Laënnec, non-seulement au point de vue de l'anatomie pathologique, qui assimile la granulation grise au tubercule, mais encore au point de vue de l'enchaînement des accidents : le ramollissement de tubercules anciens précédant ou accompagnant l'irruption de la maladie aiguë. Vous avez vu, en effet, que la masse tuberculeuse du poumon gauche était ramollie à son centre.

Une circonstance très-remarquable de ce fait, c'est l'existence, comme tubercule ancien, de cette masse tuberculeuse volumineuse qui existait seule, sauf trois petits tubercules durs, en partie crétacés, et du volume d'un pois, que j'ai trouvés au niveau de la bifurcation des bronches. Or, dans plusieurs observations de M. Louis et de M. Colin, on trouve également des masses tuberculeuses d'un gros volume ayant précédé ou accompagné l'explosion des accidents aigus. Ce volume considérable de certains dépôts tuberculeux prouverait-il l'intensité de la diathèse tuberculeuse, d'où résulterait dès lors plus facilement l'invasion de la phthisie aiguë? C'est ce qu'il est difficile de déterminer.

Quoi qu'il en soit, la gravité de la diathèse tuberculeuse résulte principalement, dans le fait qui m'occupe, de la généralisation des lésions. Je ne connais pas, quant à moi, de généralisation plus étendue. En pareils cas, en effet, les reins sont rarement envahis par les granulations miliaires; M. Leudet n'en a trouvé que deux exemples sur 21 cas; il ne cite qu'un seul fait (d'après Waller) de granulations dans le péritoine, dans la phthisie aiguë; et ces organes étaient, avec plusieurs autres en dehors des poumons, comme vous l'avez vu, le siége de granulations nombreuses chez notre malade.

D'après ce que je vous ai dit tout à l'heure, il est clair que la forme de phthisie aiguë que nous a présentée cette jeune fille était la forme catarrhale, c'est-à-dire celle caractérisée par la prédominance des symptômes d'un catarrhe pulmonaire aigu, bronchite capillaire généralisée, catarrhe suffocant. Je dois vous rappeler que l'on a admis deux autres formes plus difficiles à diagnostiquer : la *forme typhoïde*, qui est si facilement confondue avec la fièvre de ce nom, et la forme latente (Leudet), qui simule un *embarras gastrique fébrile* persistant.

Il ne faut pas perdre de vue ces formes variées de phthisie aiguë ou galopante; car souvent il suffit de penser à une affection en présence d'un malade, pour être sur la voie du vrai diagnostic.

Je crois devoir attirer votre attention sur quelques particularités intéressantes qu'a présentées le fait de phthisie aiguë qui nous occupe.

D'abord, il n'y a pas eu entre les symptômes et certaines lésions constatées à l'autopsie, une corrélation suffisante pour que le diagnostic de ces lésions ait pu être établi. Ainsi la masse tuberculeuse du poumon gauche, malgré son volume, n'a donné lieu à aucune matité sous la clavicule ou au-dessous, et cette masse transmettait à l'oreille de l'observateur le bruit de la respiration au lieu du silence respiratoire qu'on aurait dû constater à son niveau.

Il en a été de même des granulations miliaires développées dans le péritoine, et qui n'ont donné lieu ni aux douleurs ni aux vomissements qui caractérisent la péritonite tuberculeuse chronique, comme vous en avez vu récemment un exemple avec autopsie au n° 8 de la salle Saint-Jean.

Vous pourriez vous demander si les râles humides constatés sous la clavicule gauche peu avant l'invasion des accidents aigus qui ont amené la mort, ne doivent pas être attribués au ramollissement de la masse tuberculeuse reconnu à l'autopsie. Mais vous n'attribuerez pas ces râles à cette lésion localisée à gauche, en vous rappelant que les râles existaient aussi bien à droite qu'à gauche, et que d'ailleurs ils n'ont été que temporaires. L'autopsie démontre que ces râles ne pouvaient être dus qu'à la congestion du poumon qui précède la formation des granulations miliaires, comme M. Luys l'a constaté (Thèse, 1857); on trouve une autre preuve de cette interprétation dans ce fait que l'administration du tannin a fait disparaître ces râles en quarante-huit heures.

J'appelle votre attention sur les troubles profonds de l'hématose qui résultent de cette forme asphyxique de la phthisie aiguë. Les poumons fortement congestionnés et le siége d'une infiltration de granulations grises sont devenus peu perméables; il en résulte qu'ils constituent un obstacle à la libre circulation du sang. De là son accumulation dans les cavités droites du cœur, la stase veineuse, la céphalalgie, la cyanose, le refroidissement des extrémités, la faiblesse et l'inégalité des battements du cœur et du pouls, et enfin l'asphyxie, qui finit par entraîner la mort.

La marche de la maladie a eu chez notre malade une rapidité exceptionnelle, puisqu'elle n'a duré que deux septénaires, *quatorze jours*. M. Leudet a constaté, dans les observations qu'il a réunies, que la phthisie aiguë avait duré au moins *dix-neuf jours*, et au plus *deux mois et demi; trente-trois jours* en moyenne. Le fait que nous venons d'observer paraît donc être celui dont la marche a été le plus rapide. Je vous ferai remarquer que malgré cette rapidité d'évolution, un assez grand nombre de granulations miliaires étaient déjà opaques à leur centre.

La terminaison de la maladie paraît devoir être toujours fatale. Il faut donc formuler son pronostic en conséquence. Cependant M. Colin pense avoir observé des malades chez lesquels la phthisie aiguë se serait guérie ou du moins arrêtée dans sa marche. Comme il ne s'agissait pas de la forme asphyxique, mais des formes qui sont justement les plus difficiles à reconnaître, on peut soupçonner jusqu'à preuves plus convaincantes qu'il a pu y avoir erreur de diagnostic.

Cette gravité du pronostic résulte justement de l'inefficacité des moyens thérapeutiques les plus variés qui ont été employés contre cette maladie. Tous les traitements ont, en effet, échoué jusqu'à présent; et il en a été malheureusement ainsi des ventouses, des vésicatoires répétés, des sinapismes, du kermès, de l'aconit, auxquels j'ai eu recours dans le cas présent. Cette inefficacité tient à ce que la nature intime de la diathèse nous est inconnue, ce que démontre la dissidence des observateurs même à propos des lésions.

J'ai dû insister sur ce fait en raison de son importance pratique, et aussi parce que les observations de ce genre sont rares, et que leur retour, fort heureusement d'ailleurs, pourrait se faire encore attendre longtemps.

DE L'APIOL

dans l'aménorrhée et la dysménorrhée.

Par M. le docteur A. Corlieu.

M. le docteur Marrotte, médecin à l'hôpital de la Pitié, vient de publier dans le *Bulletin de Thérapeutique* un travail

---

avaricieux et hypocrites. Sans doute l'auteur comique a toujours le droit de choisir son type et de prendre pour modèle celui-ci ou celui-là; mais c'est à la condition de faire d'un individu le modèle complet de la classe tout entière. Il agit comme le botaniste qui détermine tous les caractères d'une famille naturelle avec ceux d'un seul individu. C'est pour cela que le *Tartufe*, le *Misanthrope*, l'*Avare* et même le *Bourgeois gentilhomme* sont de si admirables et de si complètes créations. — Mais M. Filerin!.., Si M. Filerin n'est que M. Filerin, en vérité Molière aurait dû nous en faire grâce; si, au contraire, ainsi qu'on s'accorde à le dire, ce cynique personnage représente la Faculté, Molière a tracé un portrait absolument faux et pour les temps passés et pour le temps présent. Ce portrait du vrai médecin, Molière l'aurait trouvé tout fait dans ces paroles du divin vieillard qui constituent le serment d'Hippocrate, et qu'il est inutile de citer ici.

Selon nous, Molière s'est trompé, au moins en partie, dans sa guerre contre les médecins. Tant qu'il n'a attaqué que leurs travers, leurs doctrines vieilles et fausses, il a été dans le vrai, et la victoire la plus complète et la plus légitime a couronné ses efforts. Mais quand il a violemment attaqué leur caractère, leur dignité, leur moralité, il n'a prouvé qu'une chose, c'est qu'il nourrissait contre eux une haine personnelle. De là la fausseté des caractères, leur manque absolu de ressemblance et leur absence complète d'action sur les hommes qu'ils étaient censés représenter et corriger. Le corps médical du dix-septième siècle était loin d'être ignorant, c'est le contraire qu'il faudrait dire; Gabriel Naudé, le savant critique; le voyageur Bernier, Perrault l'architecte, étaient des médecins; Guy Patin, Riolan, Cureau de la Chambre, Fagon et tant d'autres étaient médecins, et ce furent, nul ne le contestera, de forts savants hommes et des érudits du plus grand mérite.

Pour les mœurs, les docteurs du dix-septième siècle appartenaient à la bourgeoisie aisée et studieuse, et c'était dans cette classe que l'on trouvait, alors comme aujourd'hui, les qualités les plus solides et les vertus les plus simples et les plus vraies. Cette bourgeoisie se tenait aussi loin des vices éclatants de la cour que des vices honteux de la populace; si elle n'était ni brillante ni recherchée, elle jouissait cependant de la plus grande et de la plus légitime considération. Les attaques de Molière ne lui firent rien perdre, et le corps médical conserva, avant comme après, le respect de lui-même et des autres.

D'où vient la haine de l'illustre comédien? Ici nous allons entrer dans les conjectures, car nous n'acceptons pour vraie aucune des explications qui ont été données, bien qu'elles émanent de contemporains.

Trois ans avant la mort de Molière parut une mauvaise comédie en cinq actes, intitulée : *Elomire hypocondre* ou *les Médecins vengés*. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce méchant factum, qui a, nous le croyons, vivement préoccupé Molière. L'auteur de cette œuvre misérable, qui ne fut jamais jouée, est un certain Le Boulanger, de Chalussay. D'une façon ou d'une autre, il connaissait bien la vie intime de Molière, sa pièce le prouve surabondamment; et entre autres choses, il nous donne la raison de la haine de Molière pour les médecins. Selon lui, le propriétaire du comédien, un docteur, aurait considérablement augmenté son loyer, et Molière, plein de courroux, aurait pour se venger fait chasser un soir de son théâtre la femme de ce médecin propriétaire. Mal lui en aurait pris, car il aurait été condamné à faire amende honorable, et finalement la colère l'aurait rendu malade.

Est-ce là une pure invention de l'auteur d'*Elomire?* Nous sommes fort disposé à le penser, car il ne nous a pas été possible, malgré de nombreuses recherches, de rien trouver ayant trait à cette prétendue amende honorable.

Grimarest, dans sa *Vie de Molière*, a repris et accepté cette misérable interprétation. Un médecin presque contemporain, Bernier, qu'il ne faut pas confondre avec le voyageur médecin du même nom, écrit, à la date de 1689 : « Mais pour ne laisser aucun doute sur cet » article, il faut apprendre au peuple, aux demi-savants et aux adorateurs de la comédie, que Molière n'a fait monter la médecine en » spectacle de raillerie sur le théâtre, que par intérêt, et pour se » venger contre une famille de médecins..... » Un demi-siècle plus tard, un autre médecin qui mérite encore moins de confiance que Bernier, de la Mettrie, rapporte à peu près la même chose, mais très-probablement sur la dire du premier : « Molière, cet homme incom» parable dans son genre, a joué, hué, sifflé, berné les médecins en » plein théâtre, *et telle famille d'entre eux qu'il n'aimait pas.* »

Outre que ce fait n'est nullement prouvé, qu'il paraît même fort peu probable, sinon entièrement faux, nous aurions une répugnance extrême à l'accepter pour l'honneur de Molière, qui, dans cette hypothèse, n'aurait plus obéi qu'à un sentiment de basse et mesquine rancune. Comme il n'est pas davantage possible d'admettre qu'il n'ait voulu jouer que les ridicules de la profession médicale et les niaiseries de la scolastique (les faits trop évidents sont là pour démentir cette dernière supposition); nous avons à poursuivre nos investigations, peut-être arriverons à une explication plus plausible.

Et d'abord, Molière a trouvé au théâtre la tradition tout établie. Il était d'usage de se moquer, en France, en Italie et en Espagne, du docteur et de sa prétendue science; il n'a donc eu qu'à continuer la tradition. De plus, il avait pu assister dans sa jeunesse aux représentations d'un acteur célèbre qui mérite de nous arrêter quelques instants, nous voulons parler de Guillot-Gorju, le compère de Gaultier-Garguille, et dont le vrai nom était, n'en déplaise à la Faculté, Bertrand Harduin de Saint-Jacques. De 1636 à 1637, un Harduin de Saint-Jacques fut doyen de la très-salubre Faculté de médecine de Paris; qu'on se rassure cependant, il ne s'agit pas du joyeux farceur, mais très-probablement d'un de ses proches parents et peut-être d'un frère; nous n'avons pas encore eu le temps de vérifier exactement ce fait. Quant à la parenté, elle ne nous paraît pas douteuse; les noms sont les mêmes, et de plus Harduin le comédien fut, ainsi que l'autre, destiné à la médecine. Il n'était pas rare d'ailleurs de

fort intéressant sur l'*utilité de l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée*.

Nous allons donner ici un résumé de ce mémoire, auquel nous ajouterons les réflexions que nous a suggérées notre pratique particulière. Il y a huit ans que nous avons employé l'apiol pour la première fois, tantôt avec succès, tantôt sans effets. Nous tâcherons de déterminer les cas dans lesquels son usage paraît indiqué.

A. Toutes les fois que le désordre menstruel tient à un trouble de l'élément vital, quand il y a pléthore ou anémie, on n'emploiera pas l'apiol, qui — agent tonique névrosthénique — ne ferait qu'aggraver la position de la malade.

Mais une fois la chlorose guérie par les moyens appropriés, l'apiol pourra être conseillé avec chance de succès.

Une dame âgée de trente-huit ans, de tempérament lymphatique et nerveux, avait depuis trois mois une aménorrhée compliquée de chlorose intense. Le docteur Galligo administra d'abord l'apiol, mais sans succès. Plus tard il y joignit les ferrugineux, qui avaient été sans effet auparavant. L'usage combiné du fer et de l'apiol produisit un bon résultat. (*Imparziale di Fiorenza.*)

L'observation suivante appartient à M. Marrotte :

Mlle C..., âgée de dix-huit ans, est d'un tempérament lymphatique. Elle a eu dans son enfance la rougeole, la coqueluche et la varioloïde. Sa peau est d'un blanc mat, avec bouffissure de la face ; les gencives sont gonflées et décolorées ; elle n'a pas ou n'a que fort peu d'appétit, et souvent elle vomit tout ce qu'elle mange. Réglée à quatorze ans, pendant les premiers mois elle n'a eu que des flueurs blanches, qui ont pris plus tard une couleur de sérosité sanguinolente, et duraient deux ou trois jours, accompagnées de tranchées utérines si violentes qu'il lui fallait garder le lit. Les règles devant revenir le 18, je lui prescrivis deux capsules d'apiol le 15 octobre, deux le 16, et deux le 17.

Le 18, les règles apparaissent toujours en petite quantité, mais sans coliques ni douleurs utérines, ce qui ne lui était jamais arrivé ; seulement elles ont duré deux jours, et le sang était toujours très-pâle.

Le 21, je mets la malade à l'usage des pilules de Blancard ; elle en a pris quatre par jour jusqu'au 18 novembre, jour où elle a repris l'apiol pendant trois jours. La menstruation est venue sans douleurs ; elle a duré trois jours au lieu de deux, et le sang est bien plus coloré et bien plus abondant.

B. Quand les désordres menstruels tiennent à un trouble de l'élément diathésique (dartres, scrofules, etc.), il faut, par le traitement spécifique, — amers, huile de foie de morue, préparations iodurées, sulfurenses, arsenicales, — aller droit à la maladie principale. L'apiol n'a d'abord rien à faire dans ce cas ; mais quand la guérison de la diathèse est opérée, l'apiol sera avantageusement employé pour réveiller la fonction menstruelle engourdie.

C. Mais c'est principalement dans les désordres qui sont sous la dépendance de l'état nerveux que l'apiol est un médicament héroïque, laissant bien loin derrière lui tous les emménagogues usités jusqu'à ce jour. Comme médicament névrosthénique, il rend au stimulus nerveux l'énergie qu'il a perdue.

Le changement de vie, d'habitudes ou de climat, détermine souvent de l'aménorrhée. C'est un fait qu'il ne faut pas oublier, et qui est bien connu de tous les médecins de pensionnats ou de maisons religieuses. Cette suppression menstruelle n'est que passagère ; elle dure quelques mois, et parfois ne donne lieu qu'à quelques désordres nerveux, qu'à de la bizarrerie dans le caractère. Dans ces cas, deux, quatre ou six capsules d'apiol au plus peuvent ramener le flux cataménial.

Nous empruntons l'observation suivante à M. Marrotte : c'est un cas de menstruation irrégulière supprimée par le séjour de Paris. L'aménorrhée, datant de quatre mois, est guérie par six capsules données dans l'espace de trois jours.

Mlle L. J..., âgée de dix-sept ans, née à Londres, est venue pour la première fois à Paris au mois d'octobre 1861. C'est une grande et belle fille, d'une bonne constitution et d'un tempérament pléthorique ; jamais elle n'a eu de maladie grave. Réglée à treize ans, elle l'a été fort irrégulièrement jusqu'à quinze. Bien qu'elle n'eût jamais souffert ni de coliques ni de douleurs lombaires ou inguinales, ses époques retardaient souvent de quinze jours ou trois semaines ; le sang, chargé de fibrine, coulait plus ou moins abondamment.

De quinze à dix-sept ans, la menstruation s'était parfaitement régularisée ; c'est alors qu'elle vint en France pour y faire son éducation.

A dater de son arrivée jusqu'au mois de mars de cette année, la menstruation avait complétement disparu, et cependant on n'avait pas observé de changement dans sa santé générale, lorsque je fus informé qu'elle devenait parfois plus triste, plus morose et d'une grande irritabilité, qui durait peu de temps. Je mis à profit cette indication et lui fis administrer l'apiol à la dose d'une capsule matin et soir, dans une cuillerée d'eau, à l'une de ces époques indicatrices (11 mars).

Elle prit ainsi six capsules en trois jours.

Le 14 mars, le flux cataménial apparut sans douleur ni colique et dura quatre jours. La maîtresse de pension, accoutumée à voir presque toujours l'apiol réussir de cette manière, ne continua pas le médicament le mois suivant.

Le 14 avril, les règles revinrent et durèrent quatre jours.

Le 17 mai, le 16 juin et le 21 juillet, il en a été de même.

Mlle L. J... est retournée dans sa famille à Londres, parfaitement réglée et très-bien portante.

L'impression du froid pendant la période menstruelle peut la supprimer brusquement et quelquefois donner lieu à de l'aménorrhée pour un temps indéterminé.

J'extrais de mes notes particulières une observation d'ascite guérie par l'apiol.

Au mois de janvier 1861, j'ai donné des soins à une jeune fille de dix-sept ans, réglée depuis deux ans déjà, qui, à la suite d'un refroidissement pendant la menstruation, vit le flux cataménial se supprimer. Le ventre prit du développement, et nous pûmes constater, le 9 février, 86 centimètres de circonférence. Il y avait une ascite bien caractérisée que rien ne m'expliquait, sinon l'aménorrhée. Absence d'albumine dans les urines. J'ai employé sans succès les purgatifs, les sudorifiques, les emménagogues habituels, les ferrugineux. Aux époques qui correspondaient au flux cataménial, les coliques devenaient plus vives. Cet état persista jusqu'à la fin d'avril. En mai, les capsules d'apiol, une matin et soir pendant quatre jours, rappelèrent les menstrues, d'abord pâles, séreuses. Le fer fut continué, et à partir de ce moment le ventre diminua. La guérison est complète.

L'observation qui suit, extraite du mémoire de M. Marrotte, est relative à un cas d'aménorrhée datant de trois mois et occasionnée par le froid aux pieds éprouvé pendant les règles.

Mlle M..., âgée de dix-sept ans, est encore une élève de la pension X.... Elle est entrée tout enfant dans cette maison et n'a jamais été malade. A quatorze ans, elle a été réglée. Pendant toute la première année, la menstruation a été très-régulière et la santé de la jeune fille n'avait jamais subi le moindre changement, lorsque, par une pluie battante, elle traversa une large pelouse de gazon pour aller chercher sa balle qui était tombée dans le jardin. Elle était alors à une de ses époques ; elle ressentit un grand froid aux pieds, et l'écoulement mensuel s'arrêta. On mit la malade au lit ; elle souffrait de coliques très-fortes : sinapismes aux cuisses et tisane aromatique très-chaude ; les règles ne revinrent pas.

Les mois de décembre et de janvier se passèrent également sans qu'on vît le retour de la menstruation. C'est alors qu'on me prévint, et comme je connaissais l'époque précise où elle apparaissait d'habitude, j'administrai l'apiol aux doses connues, deux capsules par jour ; dès le second jour de cet emploi, le flux cataménial reparut.

Cette malade n'a pas continué l'usage de l'apiol, et depuis deux ans sa menstruation est régulière et plus abondante qu'auparavant. Sa santé est parfaite.

Nous pourrions rapporter plus d'exemples ; nous ne le ferons pas, pour ne pas fatiguer l'attention de ceux qui nous liront. Nous tenons à établir ce fait thérapeutique, c'est que l'apiol est jusqu'à présent le meilleur emménagogue dans tous les cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée qui ont leur origine dans un trouble de l'élément nerveux.

La principale condition de réussite de l'apiol consiste dans le choix du moment opportun à son administration.

Tous les cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée qui ont pour cause une lésion organique, sont presque tous des contre-indications à l'usage de l'apiol. Ce n'est pas ici le lieu d'établir le diagnostic différentiel de ces maladies.

Si l'apiol a réussi dans quelques cas de pléthore, c'est que cette pléthore n'était pas considérable.

« Pour que l'apiol réussisse, dit M. Marotte, il faut encore que les douleurs qui accompagnent la menstruation tiennent à la dysménorrhée proprement dite, à celle qui dépend de l'innervation vaso-motrice de la matrice. Jamais il n'a réussi à calmer les douleurs névralgiques, sourdes ou aiguës, qui ont pour siége quelques-unes des branches des nerfs lombo-sacrés, et plus spécialement l'utérus, chez un certain nombre de femmes, douleurs qui se manifestent ou s'exagèrent à l'époque menstruelle et peuvent simuler la dysménorrhée au premier abord. »

Une autre condition de réussite dans l'administration de l'apiol consiste à choisir le moment qui correspond à l'époque menstruelle. Si les femmes n'ont pas bien calculé cette époque, on pourra être mis sur la voie par les dérangements sympathiques qu'elles éprouvent dans ces circonstances.

GALE.

Traitement de l'hôpital Saint-Louis ;

Par M. le Dr Hardy.

On sait que le traitement du docteur Hardy consiste en une friction d'une demi-heure avec le savon noir, faite sur tout le corps, excepté la tête, et que le malade prolonge lui-même dans un bain tiède d'une heure de durée.

A la sortie du bain, on fait une friction rapide et générale avec la pommade parasiticide suivante :

Axonge.	64 grammes.
Soufre.	20 —
Sous-carbonate de potasse. . . .	8 —
Eau.	8 —

F. S. A.

Après la friction, le malade se rhabille sans essuyer la pommade, dont le contact est nécessaire sur la peau pendant plusieurs heures, pour achever la destruction des acares et atteindre ceux qui seraient restés dans les vêtements.

De 1852 à 1862, 37,429 personnes ont été soumises à ce traitement. Sur ce nombre, 535 ont eu besoin de subir un second traitement, ce qui donne 69 guérisons sur 70 malades traités.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juin 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements du Var, du Lot et de Saône-et-Loire ;

2° Le rapport final de M. le docteur Crié (de Laval) sur une épidémie d'intoxication saturnine dans trois communes de l'arrondissement de Laval (commission des épidémies) ;

3° Un rapport sur le service médical des eaux minérales de Forges

---

rencontrer alors sur les planches des hommes appartenant à de très-bonnes familles de la bourgeoisie, témoin Molière lui-même.

Bertrand Harduin de Saint-Jacques, autrement dit Guillot-Gorju, après avoir fait ses humanités, étudia la médecine, et, selon quelques-uns, fut reçu apothicaire. La vocation, à ce qu'il paraît, lui manquait absolument, car il ne fit qu'un bond de la Faculté sur les tréteaux de ces charlatans ambulants qui s'en allaient courant la province et débitant partout ces remèdes universels qui, comme celui de l'orviétan, guérissaient tous les maux.

Naturellement notre homme trouva là un rôle tout fait et qu'il joua avec une grande supériorité. Revenu à Paris, il prit la succession de Gaultier-Garguille et représenta presque exclusivement les *médecins ridicules*. On devine de reste quel dut être le succès d'un tel personnage, jouant presque au naturel, et trop heureux de faire payer à la médecine les ennuis qu'elle lui avait donnés autrefois. Avec un peu d'imagination, on se représente tout de suite quels devaient être les docteurs de Guillot-Gorju, et avec quelle joie la foule devait voir entrer ces graves personnages représentés par un tel individu, se livrant aux plus plaisants *lazzi*, et débitant avec une volubilité surprenante et une mémoire plus surprenante encore les noms de toutes les maladies, de toutes les plantes et drogues des apothicaires, etc., etc. Au dire de Sauval, « les médecins eux-mêmes étaient contraints de rire. » — On pense sans doute que notre joyeux compère, *avec son nez pompette*, vécut et mourut sur les planches de son théâtre. Point ; il le quitta au bout de huit ans, pour... redevenir médecin ! C'est à Melun qu'il alla exercer son art, et peut-être eut-il des malades. Cependant il revint bientôt à Paris, où il mourut en 1648 sans avoir reparu sur la scène.

Il n'est pas malaisé de comprendre ce qu'un tel homme put avoir d'influence sur l'esprit du jeune Molière et quel souvenir il dut y laisser ; plus d'une fois, dans ses compositions postérieures, l'image du joyeux acteur-médecin dut l'inspirer, et nombre de ses traits sans doute sont empruntés à Guillot-Gorju. Cependant, cela encore ne suffirait pas à expliquer l'acharnement avec lequel il a poursuivi les médecins et la médecine. Molière ne s'est pas contenté de faire rire, il a marqué d'un fer rouge certains individus ; heureusement que ces individus sont tout d'imagination.

M. Bazin, dans un travail très-intéressant, a selon nous levé un coin du voile. « On a cherché, dit ce regrettable auteur, un motif » puéril à cette violente déclaration de guerre contre la médecine et » les médecins ; nous croyons qu'on serait plus près de la vérité en » lui donnant une cause affligeante. Cet homme qui se moquait si » bien des prescriptions et des remèdes, se sentait malade. Avec une » dose ordinaire de faiblesse, il aurait demandé à tous les traitements » une guérison peut-être impossible. Ferme et emporté comme il » était, il aima mieux nier d'une manière absolue le pouvoir de la » science, lui fermer tout accès auprès de lui, et employer ce qui lui » restait de santé à remplir sa vie selon son goût et sa passion. Il y » avait donc dans son fait à l'égard de la médecine, quelque chose » de pareil à la révolte du pécheur incorrigible contre le ciel, une » vraie bravade d'incrédulité ; mais il la soutint avec tant de con- » stance et de bonne humeur, il se livra lui-même si gaiement pour » enjeu à cette folle gageure, qu'on ne peut se défendre d'une admi- » ration compatissante en voyant une raillerie qui naît du désespoir » ne s'arrêter que par la mort. »

Il y a là beaucoup de vrai, et c'est ainsi qu'après avoir bien réfléchi nous nous représentons les choses. Molière était d'une très-mauvaise santé naturelle ; il avait en cela hérité de sa mère, morte fort jeune ; ses frères et sœurs moururent aussi ou en bas âge ou à un âge très-peu avancé ; celui qui vécut le plus longtemps fut, je crois, son frère Jean, mort à trente-cinq ans. De trois enfants, notre grand comédien ne put conserver qu'une fille, qui mourut à cinquante ans sans postérité. Quant à lui, Molière, il ne jouit jamais d'une bonne santé. Toujours valétudinaire, il souffrait de la poitrine et toussait presque sans interruption ; il fit en outre plusieurs grandes maladies : vers la fin de 1665, au commencement et à la fin de 1667, et enfin de 1671 jusqu'au moment de sa mort, il fut de plus en plus souffrant, son infirmité lui laissant à peine quelques jours de répit. Or cet homme toujours malade croyait d'abord, nous allons le montrer, et à la médecine et aux médecins ; atteint d'une maladie incurable et voulant guérir, il consulta sans doute l'un après l'autre tous les médecins de la Faculté ; nul ne pouvant lui rendre la santé, il dut peu à peu les prendre en haine, et dans ses moments de répit ou de mauvaise humeur, se moquer d'eux et tourner en raillerie un art impuissant à le soulager. Nous avons la conviction (et sur ce point M. Bazin nous paraît s'être trompé) que Molière a imploré la science jusqu'au dernier jour, et que dégoûté, fatigué et peut-être désespéré, il crut se venger justement en présentant aux moqueries et à la risée de la foule ces hommes et cette prétendue science qui ne savaient pas le guérir. Et qui sait si elle ne l'eût pas guéri, et alors quel bienfait pour l'humanité si elle avait pu prolonger de dix ans seulement cette précieuse vie ! Mais Molière devait être un fort mauvais malade, prêt à tout entreprendre, à tout endurer quand il était très-souffrant, abandonnant tous les remèdes dès qu'il se sentait mieux, et se livrant alors à diverses sortes d'excès qui devaient nécessairement briser assez vite une machine si délicatement organisée. Et l'auteur d'*Elomire hypocondre* n'était probablement que l'écho de la Faculté quand il disait :

A ces causes, seigneur, j'en puis joindre encore une,
Qui dans ce siècle-ci n'est que par trop commune ;
Mais quand cette troisième est jointe aux autres deux,
On peut dire qu'un mal est des plus périlleux :
Par exemple, attaqué de cette maladie,
On augmente son mal faisant la comédie,
Parce que les poumons trop souvent échauffés,
Ainsi que je l'ai dit, s'en trouvent desséchés,
Et l'on en peut guérir, pourvu que l'on s'abstienne
D'abord de comédie *et de comédienne*.

Dr H. Montanier.

(Seine-Inférieure) pour l'année 1862, par M. le docteur Cisseville (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une deuxième note sur l'organe central de la circulation, par M. le docteur Brun-Séchaud, de Limoges. (Commissaire : M. Béclard.)

2° Un mémoire sur la Cochinchine au point de vue physiologique, hygiénique et pathologique, par M. le docteur Gimelle fils. (Commissaire : M. Briquet.)

3° Une lettre de M. Roussin, pharmacien à Marseille, accompagnant l'envoi d'une brochure sur les eaux potables de cette ville.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. Robinet, le spécimen d'un Dictionnaire hydrographique de la France, comprenant l'étude des eaux douces au point de vue statistique, géographique, géologique, chimique, économique, hygiénique et agricole.

— M. ROBINET communique une note de M. le docteur Gobet, de Joncourt (Aisne), sur une ablation d'une petite tumeur graisseuse enkystée de la paupière supérieure. (Renvoyé à l'examen de M. Larrey.)

— M. LARREY présente, au nom de M. Pascal, une brochure intitulée *l'Année médicale à Rome*.

LECTURE.

De la mort subite par embolie pulmonaire dans les contusions et les fractures. — M. le docteur AZAM (de Bordeaux) donne lecture d'un mémoire sur ce sujet.

Ce mémoire est basé sur cinq observations : la première, qui est propre à M. Azam, relate l'histoire d'une femme qui est morte subitement au quinzième jour du traitement d'une fracture simple de la jambe ; l'autopsie a démontré dans l'artère pulmonaire la présence d'un caillot enroulé, de petit calibre et de 50 centimètres de long, provenant du membre fracturé, où toutes les veines étaient pleines de caillots semblables.

La deuxième a été communiquée à l'Institut en 1862 par M. Velpeau ; elle donne à la précédente une importance considérable.

L'identité est absolue ; le caillot qui a causé la mort chez une fracturée au quarantième jour avait 16 centimètres de long et venait aussi du membre malade.

Un troisième malade a succombé pendant la convalescence d'une entorse à un caillot dans l'artère pulmonaire. On n'a pas recherché son origine.

Enfin deux malades sont mortes subitement pendant la convalescence de fractures, mais l'autopsie n'a pas été faite.

M. Azam fait suivre ces observations de réflexions, et pense que la thrombose dans les membres fracturés est la conséquence d'une phlébite lente provoquée par la résorption des caillots d'épanchement. Voici du reste le résumé de son travail :

1° Les fractures et les contusions peuvent devenir des causes de mort subite par embolie pulmonaire.

2° Ces embolies ont pour origine une thrombose des veines de la région blessée, due elle-même à la résorption du sang épanché.

3° Ces thromboses ou les phlébites qui les précèdent sont en général latentes ; elles doivent être plus communes qu'on ne le croirait au premier abord.

4° L'exploration par les doigts du trajet des veines superficielles et profondes peut seule démontrer leur existence.

5° Certains accidents pulmonaires subits, tels que dyspnée, hémoptysie, douleur précordiale, indices de la présence dans le poumon d'un caillot embolique de volume variable, peuvent attirer sur ces phlébites l'attention du chirurgien.

6° Dans les thromboses veineuses les caillots sont plus ou moins adhérents ; le degré de plasticité du sang est en rapport avec la solidité de ces adhérences. Or les fractures condamnées au repos sont dans de mauvaises conditions de plasticité.

7° Les mouvements généraux ou partiels accompagnés d'efforts, et l'application d'appareils compressifs, peuvent provoquer le départ des caillots emboliques.

8° Le chirurgien devra rechercher si à partir du quinzième jour il n'existe pas chez les fracturés ou les contusionnés des phlébites latentes.

9° Si l'existence d'une phlébite est démontrée, le repos, les antiphlogistiques et un traitement alcalin sont indiqués.

(Commissaires, MM. Velpeau, Reynal et Sappey).

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant national dans la section de médecine.

La liste de présentation porte : en 1re ligne, M. Fonssagrives, à Brest ; en 2e ligne, M. Cazenave, à Lille ; en 3e ligne, M. Tholozan, à Téhéran (Perse) ; en 4e ligne, M. Thore, à Sceaux.

Au premier tour de scrutin, le nombre des membres votants étant de 66, majorité 34,

M. Cazeneuve obtient	32 voix.
M. Fonssagrives	22 —
M. Tholozan	9 —
M. Thore	2 —
Bulletin nul	1 —

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, on procède à un second tour de scrutin.

Nombre des votants, 59, majorité, 30.

M. Cazeneuve obtient	39 voix.
M. Fonssagrives	18 —
M. Tholozan	2 —

M. Cazeneuve ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cœur.

La parole est à M. Gavarret. Mais M. Bouillaud demande à faire auparavant une présentation relative au sujet de la discussion.

Suite de la discussion sur les théories des bruits du cœur.

M. BOUILLAUD rappelle à l'Académie qu'il a mis sous ses yeux, lors de sa première argumentation, un cœur de bœuf, pour montrer quelle énorme différence de volume il y a entre la partie ventriculaire et la partie auriculaire du cœur. On lui a objecté que le cœur du bœuf, par son volume même, n'était pas un exemple bon à choisir. En conséquence, et pour convaincre son adversaire que la différence est proportionnellement la même, quel que soit le volume du cœur et à quelque espèce animale qu'il appartienne, il met sous les yeux de l'Académie des cœurs de différentes dimensions : des cœurs de mouton, de lapin, de poulet, et il montre que dans tous également la masse du cœur est constituée par les ventricules, et que les oreillettes n'en constituent qu'une sorte d'appendice d'un volume toujours relativement très-petit.

M. Bouillaud présente ensuite un malade qui est affecté d'hypertrophie du cœur. Il montre qu'il est aisé de constater, chez cet homme, l'isochronisme des battements du cœur avec les pulsations artérielles et avec le premier bruit.

M. GAVARRET a la parole. (Nous reproduirons un résumé de sa réplique dans le numéro prochain.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Bouyer, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être désigné pour suppléer M. l'inspecteur des eaux d'Amélie-les-Bains pendant la saison d'été.

— Un élève distingué des hôpitaux de Paris et rempli d'avenir, M. Coste, vient de succomber aux suites d'une piqûre anatomique.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort du docteur Alexis Bremond, décédé à l'âge de soixante-seize ans. Il avait pratiqué la médecine à Pont-Saint-Esprit pendant cinquante et un ans.

— La commune de Walincourt (Nord), centre de cinq villages d'une population de 12,000 habitants, demande toujours un docteur en médecine. On garantirait un traitement très-convenable.

S'adresser à M. Lamouret, maire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'Année médicale à Rome, par M. le docteur CASTANO. Gr. in-8° de 28 pages. Prix, 1 fr.

Étude sur les eaux thermales de Bourbon-l'Archambault (Allier); observations de névroses et de paralysies réflexes; par M. Hippolyte CORNE, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourbon-l'Archambault. In-8° de 47 pages. Prix, 1 fr. 25.

Ces ouvrages se trouvent chez Victor Rozier, libraire, rue Childebert, 11.

Manuel de matière médicale et de thérapeutique comparée et de pharmacie, par M. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine. Quatrième édition. Tome Ier. Prix de l'ouvrage complet (2 vol.) : 14 fr.

De la surdité et de quelques nouveaux moyens pour constater et guérir cette affection, par M. le docteur N. LERICHE, ancien médecin de la Charité maternelle de Lyon et des Dispensaires de la même ville, etc. Deuxième éditioo. Un vol. in-8°. Prix : 2 fr.

De la fièvre typhoïde, par M. le docteur E. MARX, ex-interne (1er au concours), ex-aide de clinique médicale et chirurgicale à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Un vol. in-8°. Prix : 3 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Traité théorique et pratique de la chlorose, avec une étude spéciale sur la chlorose des enfants, par le docteur NONAT, médecin de la Charité, professeur agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50 c., *franco*. Paris, 1864, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Des ulcérations de la langue dans la coqueluche, par M. le docteur Jules CHARLES, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 34 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 68. — SAMEDI 11 JUIN 1864.

(37e ANNÉE.)

N° 68. — SAMEDI 11 JUIN 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ramollissement du cerveau chez un enfant nouveau-né.

Les études sur le ramollissement cérébral semblent entrer dans une nouvelle voie ; on ne le considère plus exclusivement comme un apanage de la vieillesse, et l'inflammation, brillamment soutenue par Lallemand et M. Durand-Fardel, n'est plus mise en cause dans la généralité des cas.

Voici un fait qui s'est passé à la Maternité, et qui paraît être en relation avec des embolies artérielles :

Un enfant né au terme de huit mois et demi, chez lequel aucun soupçon d'infection syphilitique ne paraissait admissible, présentait des bulles de pemphigus éparses sur le corps, et qui ont été suivies de l'apparition de nouvelles bulles, mais la paume des mains et la plante des pieds ont été respectées.

Cinq jours après la naissance, on a vu se développer chez lui des signes de conjonctivite et de coryza assez intense, et quatre jours plus tard la diarrhée s'est jointe à ces symptômes, et présentait des alternatives d'amélioration et d'exacerbation. Une semaine plus tard l'amélioration était considérable; le pemphigus était à peine apparent, mais il s'était fait une éruption de sudamina.

Six jours après, le 7 avril, on constatait un peu de chaleur au tégument et une pâleur générale de la peau. Les extrémités étaient œdématiées.

Le 10, la température du corps était plus élevée, l'œdème s'était généralisé; il y avait de l'albumine dans les urines.

Le 14, il y avait eu des vomissements.

Le 17, après une nuit très-mauvaise, il y avait eu des convulsions généralisées, et ces convulsions étaient beaucoup plus prononcées du côté droit que du côté gauche, soit à la face, soit aux membres; la langue était portée à droite; le tronc, le cou, également atteints, se courbaient en arrière et un peu à droite.

Dans les journées du 18 au 24 avril, les convulsions se sont reproduites avec une intensité croissante d'abord, puis avec une violence de moins en moins grande. A plusieurs reprises, on a trouvé de l'albumine dans les urines.

Le 25, les convulsions avaient cessé. Mais à dater de ce moment, le petit malade, en proie à une diarrhée séreuse et jaunâtre, n'avait pas cessé de crier. Les convulsions avaient été remplacées par de la contracture de la moitié droite du corps, prononcée surtout à la main et au pied. La mort était survenue le 26 avril.

A l'autopsie, les viscères de la cavité thoracique ont été trouvés complétement sains; les organes abdominaux ne présentaient pas davantage de lésions. Dans les reins se trouvaient de petits abcès dont le volume variait de celui d'un pois à celui d'une noisette. A l'incision, il s'écoulait du pus jaunâtre bien lié, et sur les parties voisines des collections purulentes, on voyait le tissu glanduleux congestionné, d'un rouge foncé et ramolli; le reste des deux organes était sain; les vaisseaux ne semblaient pas oblitérés.

Voici les lésions cérébrales telles qu'elles ont été décrites par M. Bouchaud, interne à l'hôpital de la Maternité (1).

En ouvrant la cavité crânienne, on donnait issue à une assez grande quantité de sérosité limpide contenue dans les méninges, qui d'ailleurs n'offraient pas d'altérations. Le ventricule gauche contenait une sérosité limpide abondante; le ventricule droit en contenait moins. L'hémisphère droit était sain, ainsi que le cervelet et la protubérance. Dans l'hémisphère gauche il y avait deux foyers de ramollissement. L'un, situé en avant et en dehors du corps strié, au-dessus de la scissure de Sylvius, du volume d'une petite noix, était peu apparent à l'extérieur; là le changement de coloration était presque nul.

A la coupe, le cerveau fournissait en ce point une substance fluide et d'un gris rosé, contenue dans une cavité à parois irrégulières et ramollies plus ou moins, suivant qu'on s'éloignait des parties saines. L'autre foyer, ramolli, plus petit, situé au-dessous de la scissure de Sylvius; dans le lobe sphénoïdal, se révélait à l'extérieur par une coloration foncée des circonvolutions cérébrales et par une fluctuation très-manifeste au toucher, qui a laissé échapper à l'incision la substance cérébrale fluide et d'un gris rosé.

Les artères cérébrales moyennes du côté gauche renfermaient plusieurs petits caillots, dont quelques-uns grisâtres, fibrineux, solides, distendaient les parois artérielles d'ailleurs saines, et faisaient supposer qu'il s'agissait d'embolies, dont à la vérité on ne pouvait dire l'origine.

Les abcès du rein, qui expliquaient l'albuminurie, pouvaient être dus à une lésion du même genre.

Les travaux modernes sur l'embolie justifient la conclusion de cette observation. Ajoutons que dans les esprits cette interprétation s'était déjà présentée depuis longtemps, et les livres classiques, les éditions de la *Pathologie* de M. Grisolle de 1850 à 1855 renferment des phrases comme celle-ci : Le ramollissement cérébral a été rapproché de la gangrène sénile. Des observations témoignent qu'on a vu des ramollissements blancs ou rougeâtres se lier à l'oblitération d'un ou de plusieurs vaisseaux, soit par des caillots, soit par des concrétions. Le fait avait été saisi au passage et les recherches de M. Virchow se trouvaient déjà appuyées. Pour compléter les connaissances sur ce sujet, les exemples de ramollissement du cerveau chez les enfants, liés à des oblitérations artérielles, sont de nouveaux faits importants à consigner.

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. VIII, p. 233.

Cicatrices d'allongement (procédé d'Amussat). Application à l'étroitesse du méat chez un sujet hypospade.

Malgré les efforts des chirurgiens, l'art était resté presque toujours impuissant, sinon pour agrandir, du moins pour tenir agrandies, après les avoir incisées ou dilatées, les ouvertures naturellement ou accidentellement trop étroites ; en un mot, pour détruire les adhérences formées par les tissus de cicatrices. Amussat a imaginé un procédé qu'il a appliqué dans un grand nombre de cas et à l'aide duquel il a pu obtenir l'agrandissement permanent d'ouvertures trop étroites, telles que le méat urinaire, le prépuce, l'anus, la destruction de brides et d'adhérences consécutives aux brûlures, etc. Ce procédé consiste à *aviver* tous les jours ou tous les deux jours l'angle de la plaie qui a été faite, afin de détruire la membrane pyogénique, qui tend toujours, en s'organisant, à rapprocher les deux bords de la solution de continuité. L'angle ainsi mis dans l'impossibilité de se cicatriser prématurément, les deux surfaces de l'incision se cicatrisent isolément.

M. le docteur Amussat fils nous a montré, il y a quelque temps, un résultat complet obtenu à l'aide de ce procédé.

Un jeune homme de dix-huit ans lui fut adressé le 2 novembre 1863, pour remédier à un vice de conformation de l'urèthre. Ce jeune homme est hypospade ; quand on relève la verge, on voit sous le gland, au niveau de la couronne, deux orifices pouvant admettre un stylet de trousse.

L'orifice antérieur conduit à cul-de-sac de 1 centimètre de profondeur; le postérieur, placé à 3 millimètres en arrière et au-dessous du premier, est le méat urinaire.

Ce jeune homme raconte qu'il a toujours uriné par un jet très-fin, et qu'étant tout jeune on lui a fait une opération qui n'a pas réussi. Au mois de mai 1863, il contracta une uréthrite, qui fut traitée par les moyens ordinaires; l'urine vint alors plus difficilement, et à la fin d'octobre, le méat étant collé le matin, il était obligé de l'ouvrir, non sans difficulté, avec une épingle. Il fit part de cette circonstance à son médecin, M. le docteur Naudin, qui l'engagea à consulter M. Amussat fils. Notre confrère ayant constaté le vice de conformation que nous avons décrit, reconnut qu'une opération pouvait seule rendre au méat sa dimension normale.

Le 3 novembre, assisté de M. le docteur Naudin, M. Amussat introduisit dans l'urèthre une sonde cannelée très-fine, et à l'aide d'un bistouri conduit dans sa rainure, il débrida le méat naturel, de manière à pouvoir introduire une bougie de 9 millimètres. Une sonde fut placée à demeure, et retirée le lendemain.

A dater de ce jour, notre confrère *aviva chaque matin, à l'aide d'un ténotome, l'angle de la plaie* jusqu'au 18 du même mois, et de temps en temps le malade dut introduire une bougie conique. A cette époque, les lèvres du méat étant cicatrisées isolément, on se contenta de passer de temps à autre une bougie de 8 millimètres.

Du traitement de l'anthrax par la compression.

La pratique des hôpitaux de Paris est assez invariable quant au traitement de l'anthrax. Depuis Dupuytren, pour l'anthrax comme pour le furoncle, une incision cruciale est faite sur la tumeur lorsque le mal existe depuis trois ou quatre jours. Des cataplasmes sont appliqués sur la tumeur depuis son appa-

---

BIBLIOGRAPHIE.

De la réunion en chirurgie, par M. le professeur JOBERT (de Lamballe) (1).

Les plaies, qu'elles proviennent d'un traumatisme quelconque ou qu'elles soient produites par des opérations, forment une des classes les plus nombreuses de maladies auxquelles le chirurgien est appelé à remédier; lorsqu'il se trouve en présence d'une plaie, le but de tous ses efforts consiste à en obtenir la réunion. Indiquer ce sujet, c'est en faire connaître toute l'importance; aussi ne doutons-nous pas de l'accueil favorable qui sera fait par le monde médical au nouveau livre que vient de faire paraître M. Jobert (de Lamballe) et auquel il a donné pour titre : *De la réunion en chirurgie.*

Les matériaux qui ont servi à la rédaction de ce livre sont rassemblés depuis quelques années déjà, et il est permis de le considérer au point de vue de la *réunion* comme le résumé des leçons professées par M. Jobert, leçons si bien appréciées du reste par les élèves qui suivent la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

(1) Un fort vol. in-8°, avec planches coloriées. Paris, 1864, J. B. Baillière et fils.

Le mérite incontestable du livre de M. Jobert est dû non-seulement au sujet qu'il a choisi, mais encore au plan qu'il a suivi en traitant cette matière. En effet, il ne s'est pas borné à exposer d'une manière ingrate et aride les faits qui ont rapport à la *réunion* dans les différentes solutions de continuité; il a étudié et élucidé avec grand soin plusieurs questions de doctrine sur lesquelles on a tant discuté jusqu'à ce jour, et dont la solution divise encore la plupart des chirurgiens. Pour indiquer d'un mot l'importance de ces questions, nous nous bornerons à signaler, en nous promettant d'y revenir un peu plus longuement, quelques-uns des principaux sujets étudiés par le professeur : *les sections tendineuses, les solutions de continuité des organes génito urinaires chez la femme, les corps étrangers des articulations*, etc., etc.

Personne ne peut nier, comme le dit M. Jobert, que la physiologie ne doive les progrès si remarquables qu'elle a faits dans ces derniers temps à l'application rigoureuse de ce principe de philosophie naturelle qui consiste à placer l'observation des phénomènes au-dessus des doctrines admises, alors même que le consentement général qui usurpe si souvent les droits et le nom de *l'expérience* semble les avoir consacrés. Aussi, s'appuyant sur ce précepte si sage et dont on s'est si longtemps écarté, l'auteur n'avance-t-il aucune opinion, n'émet-il aucune doctrine qu'il ne les appuie immédiatement par l'expérimentation et par l'observation.

Entrons maintenant dans l'analyse un peu plus détaillée des matières, et signalons rapidement quelques-uns des passages qui nous ont le plus frappé.

Dans un avant-propos, M. Jobert fait l'histoire des différentes phases par lesquelles est passé le traitement des plaies depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. A l'origine de l'art, Hippocrate conseillait et pratiquait la réunion immédiate, d'après son principe que le médecin, qui est interprète et ministre de la nature, doit avant tout favoriser l'action de celle-ci et écarter toutes les causes qui lui font obstacle. Nous étions bien loin des préceptes du maître lorsque, au commencement de ce siècle, nous trouvons pratiqué un principe contraire qui consistait à *modifier* les surfaces d'une plaie en vue d'obtenir la formation de granulations et la cicatrisation consécutive. De nos jours, heureusement, on est revenu à une pratique plus sage, et la réunion immédiate est le but des efforts des chirurgiens, bien que tous ne la tentent pas constamment, l'expérience leur ayant appris qu'à Paris surtout elle est souvent suivie d'insuccès.

Avant de procéder à l'étude de la *réunion* dans les diverses régions du corps, M. Jobert étudie cet acte en général : les huit premiers chapitres de son livre sont consacrés à cette étude, et c'est, nous ne craignons pas de le dire, l'article le plus complet qui ait été écrit sur la matière jusqu'à ce jour.

Dans son premier chapitre intitulé *De la réunion médiate*, le chirurgien étudie avec de grands détails la formation des cicatrices; il discute avec clarté les différentes opinions émises sur ce sujet et établit nettement la différence qui existe entre la *régénération* et la *réparation* des organes et des tissus. Il insiste particulièrement sur l'évolution des cicatrices.

Ayant remarqué qu'une grande vascularisation et un bourgeonne-

rition, et ils sont continués jusqu'à ce que les lambeaux de tissu cellulaire gangrenés aient été éliminés, et alors la plaie est pansée avec de la charpie, imbibée de vin aromatique ou avec une toile enduite d'onguent de la mère, ou même avec un pansement simple.

Dans le cas d'anthrax malin, c'est-à-dire d'anthrax à marche rapide accompagné de phénomènes d'infection connus sous le nom de phénomènes typhoïdes, la cautérisation a été proposée soit à l'aide du fer rouge appliqué sur la tumeur, comme on la pratique sur la pustule maligne, soit avec un disque de pâte au chlorure de zinc placé dans une incision de l'anthrax.

Tous les traitements dits abortifs, plusieurs fois préconisés, tels que les sangsues, sont rejetés. Le traitement général par les purgatifs salins, les boissons délayantes au début, puis les toniques et le vin généreux pendant la période de suppuration de l'anthrax, paraissaient mieux indiqués.

En Angleterre, MM. Collis et Crampton Smyly ont traité des anthrax uniquement par la compression, de la manière suivante : deux morceaux de toile emplastique sont taillés en équerre en sens opposé, de façon que leur angle s'emboîte réciproquement. On applique sur la peau, à droite et à gauche, un des côtés de chaque équerre, puis on approche la peau et on fixe les autres côtés des équerres sur la peau en les imbriquant mutuellement sur le côté opposé de l'équerre. Il reste à la partie centrale un espace carré (*square*) que l'on diminue à volonté et dont les bords compriment l'anthrax.

Ce mode de compression, disent les auteurs anglais, a été inspiré par le bandage de M. Jæger (de Vienne) pour l'occlusion des paupières (1).

Voici deux faits où la méthode a été employée :

Un garçon de trente-cinq ans portait à la nuque un anthrax de 12 centimètres de haut et de 10 de large; la compression a été appliquée. Le malade est retourné chez lui et est revenu le lendemain à l'hôpital, disant que l'emplâtre avait fait disparaître complétement la douleur, qu'il se sentait capable de reprendre ses travaux, et qu'il revenait seulement dans le but de se faire appliquer un nouvel emplâtre. Le pansement enlevé, la tumeur a été trouvée d'un volume moindre. Le malade disait que par l'ouverture de l'appareil il s'était écoulé une quantité considérable de matières.

L'anthrax fut guéri en dix jours, laissant une cicatrice de la largeur d'une pièce de six pences (environ la largeur d'une pièce d'un franc).

Un individu atteint de phthisie pulmonaire et de symptômes de lésions cérébrales, avancé en âge, avait à la nuque un anthrax de 4 pouces de diamètre. Lorsque cette tumeur a été examinée, elle était d'une couleur livide, d'une consistance charnue, et était percée d'ouvertures qui laissaient écouler du pus mal lié. La compression a été appliquée et fortement serrée. Le jour suivant, il n'y avait plus qu'une ouverture au centre de la tumeur, sur la partie laissée découverte, et qui laissait écouler librement le pus. La compression a été enlevée après que la tumeur a eu diminué suffisamment ; la guérison a été obtenue en huit jours, et le premier jour seulement le malade est resté couché, le reste du temps il a pris régulièrement de l'exercice.

MM. Collis et Smyly jugent ce bandage préférable à l'incision. Au point de vue de l'incision prématurée, cela est possible ; mais si l'on se tient aux deux faits signalés, il serait aisé de montrer que la compression n'a eu d'autres résultats que des pansements répétés et des pressions exercées sur la tumeur pour faire écouler le pus. En France, la méthode de la temporisation a été vulgarisée. M. Nélaton, dans le premier volume de sa *Pathologie chirurgicale*, disait que les anthrax ne devaient pas être ouverts, et que l'on devait à chaque pansement exercer des pressions sur la base de la tumeur pour évacuer la matière pulpeuse et le bourbillon qui y sont renfermés.

Amputation du pénis.

Dans notre dernière *Revue clinique*, nous exposions les différentes phases par lesquelles les chirurgiens avaient passé pour arriver au choix presque exclusif de l'écraseur linéaire pour l'amputation de la verge, et nous rapportions un exemple qui justifiait les espérances qui avaient été conçues de ce mode opératoire.

En même temps, dans un autre journal, les *Archives de médecine*, numéro de juin, l'amputation de la verge par le galvanocautère, objet d'une clinique chirurgicale de M. Middeldorpf, de Breslau, était reproduite par M. J. Bessel. Trente-trois cas ont été rapportés, et malgré des accidents divers, l'auteur concluait « qu'il serait à désirer que l'application de la galvano- » caustique dans le cas d'amputation du pénis devînt usuelle » dans la pratique chirurgicale, comme elle le mérite par les » bons résultats qu'elle fournit. »

La galvano-caustique a-t-elle une qualité sérieuse pour l'amputation de la verge qui la place au-dessus du rôle d'une doublure de l'écrasement linéaire ?

Et d'abord, en principe, le galvano-cautère a déjà été appliqué. A part la source de la chaleur, au seizième siècle, on incisait les tissus avec un bistouri chauffé au rouge ou avec un cautère en rondache. Et il paraît que toute l'énergie et l'activité de Marc-Aurèle Séverin, l'un des plus zélés propagateurs du fer rouge, n'ont pu réussir à faire oublier que la cautérisation ne met pas autant à l'abri des accidents que l'on aurait pu le supposer.

Enfin, et M. Verneuil le rapportait dans la séance du 24 décembre 1856 à la Société de chirurgie, dans la pratique de Lyon, les chirurgiens amputaient la verge avec le fer rouge.

Au point de vue des faits, sur les 33 malades opérés par le galvano-cautère dont parle M. Bessel, 5 moururent d'infection purulente. L'état sanitaire était mauvais, disaient les relations des opérations. Soit ; mais outre les cas de mort, on trouve des faits non équivoques d'inflammation consécutive à l'opération. Dans plusieurs cas, les malades ont eu de la fièvre. Trois fois il s'est écoulé du sang après l'opération.

D'une part, il est démontré que la cautérisation ne met pas à l'abri des inflammations, quoiqu'elle soit très-propre à arrêter les écoulements sanguins ; de l'autre, même en prenant la précaution de ne point trop chauffer le fil galvano-caustique, il peut y avoir des hémorrhagies, parce que la chaleur développée dans le fil de platine étant inégale, l'instrument sectionne plus vivement dans un moment que dans un autre.

Un des passages qui nous a le plus surpris dans la clinique de M. Middeldorpf, c'est un fait emprunté à M. Shuh, qui pratiqua sur le docteur P... l'amputation du pénis par la galvanocaustique après avoir échoué avec l'écraseur et le serre-nœud muni d'un fil métallique. La citation est brève. Nous comprenons à la rigueur que le fil métallique ait cassé, mais l'écraseur, nous le comprenons plus difficilement. Cet argument en faveur du galvano-cautère ne nous paraît pas concluant.

Si des hémorrhagies avaient été invoquées, il eût été plus difficile de répondre, quoique l'on eût pu invoquer la précipitation de la manœuvre. Il y a eu des accidents de phlébite après l'écrasement linéaire, mais ils sont reconnus très-rares.

Ne quid nimis, a dit le poëte. Le galvano-cautère, s'il doit être considéré comme moins avantageux que l'écrasement linéaire, ne conserve pas moins ses avantages pour d'autres opérations et en particulier pour la cautérisation des fistules. Mais de même qu'il ne serait pas rationnel de vouloir faire toutes les opérations avec l'écraseur, de même ce serait un exclusivisme peu profitable que de vouloir tout enlever avec la galvano caustique.

Pour nous résumer, nous dirons que le galvano-cautère n'ayant pas de supériorité réelle sur l'écraseur, qui est d'un maniement facile, celui-ci semble destiné à l'amputation de la verge de préférence aux autres moyens connus jusqu'ici.

(1) *Dublin quarterly Journal*, mai 1864, p. 280.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BOURG. — M. BERTHIER.

Mutisme hystérique. — Surdi-mutité névralgique.

Au moment où paraissait, dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'article si intéressant de M. Moreau (de Tours) et la reproduction d'une note de M. Lordat (l'illustre professeur de Montpellier), à propos de l'aphémie, j'avais sous les yeux deux cas remarquables ayant, quant à leur cause efficiente, la plus grande analogie avec les observations publiées.

J'ai pensé qu'ils pourraient servir à élucider la question, palpitante d'actualité, des lésions de la parole ou du langage.

Mutisme hystérique.

Une paysanne sanguine et robuste, âgée d'environ trente ans, d'un esprit inculte et peu développé, n'ayant pas encore donné des signes de délire, accuse des maux d'estomac.

Le 8 juin 1864, D... (Antoinette) passe à l'infirmerie en proie à une agitation maniaque vague et à de violentes gastralgies qui ne tardent pas à se dissiper. Mais le 10 septembre suivant, à la suite d'une aménorrhée produite par l'immersion des pieds dans l'eau froide, la malade est prise d'un accès qui se présente ainsi : douleur vive à l'épigastre, sentiment de suffocation, symptômes d'asphyxie, chaleur de la tête, refroidissement des extrémités, fréquence et petitesse du pouls, espèce de *stertor*. Elle met constamment le doigt dans la gorge, *sans pouvoir s'exprimer*, pour faire comprendre que c'est là qu'est le siége de ses angoisses et celui de l'obstacle supposé.

Craignant d'avoir affaire aux conséquences d'un acte de folie ou d'une tentative criminelle, nous nous empressons de prescrire un émétique, qui reste sans effet. La langue était rouge, sèche, pointillée; la respiration haletante ; les mains se portaient à la région sous-orbiculaire : nous fîmes appliquer douze sangsues et administrer un purgatif. Nos efforts furent vains. Alors, nous pensâmes à l'existence d'un état hystérique, que semblaient contredire le tempérament, la constitution, les habitudes du sujet, et nous recourûmes aux inhalations de chloroforme et d'éther. Il s'opéra une détente, et la patiente fut guérie. Elle recouvra progressivement le sommeil, l'appétit et la parole.

Depuis chaque mois, dès que les règles ont cessé, — et elles sont peu abondantes, — les mêmes phénomènes se reproduisent.

Enfin, le 24 octobre 1862, il s'en ajoute de plus singuliers et qui achèvent de nous convaincre de la nature hystérique de l'affection.

Le lendemain de la cessation du flux mensuel, D... est prise d'engourdissement des jambes, d'une faiblesse excessive de ces membres, puis d'une sorte de paralysie qui l'oblige à garder le lit, puis d'un *mutisme complet*. Et non-seulement elle n'a pas perdu de son intelligence, mais celle-ci paraît pour ainsi dire aiguisée, car elle supplée par une mimique expressive au langage parlé ordinaire et à l'émission des mots.

Vingt-quatre heures après ce simulacre de paraplégie avait disparu, et la pauvre fille annonçait sa délivrance par ce cri : « Oh! que j'ai souffert! »

Elle a été soumise à un traitement méthodique, rien n'a pu prévenir le retour de ces accès étonnants, dans l'intervalle desquels l'aliénée vaque, avec d'autres compagnes, aux travaux des champs.

Surdi-mutité névralgique.

Une jeune religieuse ayant souffert l'an passé d'horribles maux de dents, se plaint de nouveau de ces douleurs. Elle désigne un chicot comme l'auteur de son mal, et me supplie de le lui enlever. « Mieux vaut mourir, s'écrie-elle en pleurant, que de vivre dans un tel état, qui vous ôte les idées et ferait perdre la tête. »

Ni mon collègue ni moi ne pûmes en venir à bout, tant la racine était profonde et bien enclavée : il s'agissait d'une canine. Je prie M. Moulin, dentiste fort expert, de se charger de l'opération. Ce praticien se rend à l'asile Sainte-Madeleine, et exécute l'extraction avec quelque peine, quoique avec dextérité, et sans le moindre accident. Toute souffrance cesse.

Six heures après, je suis mandé au plus vite. Sœur V... *devenait muette* et n'entendait plus. La malade explique par signes son chagrin de ne pouvoir parler. On voit que la langue tourne en vain dans la bouche, et qu'elle ne peut traduire sa pensée, d'ailleurs intacte.

Je crois être en présence d'une commotion nerveuse, et je prescris le calme absolu, des topiques émollients, des narcotiques internes. Un répit s'ensuit, de courte durée. J'insiste sur cette médication. J'ordonne la morphine par la méthode endermique, *loco dolenti*. Résultat négatif. La nuit n'apporte aucun changement.

Le lendemain, la maladie offrait des caractères alarmants : surdi-mutité, affaiblissement de la vue, anesthésie de l'intestin, force et fréquence du pouls. La patiente montre sa tête, le maxillaire droit, siége primitif de la douleur.

En face de cette situation, je demandai l'avis d'un confrère. On décida l'application de sangsues à l'angle externe de la mâchoire et d'un vésicatoire à chaque mollet. Les lavements étaient rendus aussitôt. L'ingestion stomacale n'était plus possible.

---

ment abondant sont suivis de déformation, et que tous les moyens mécaniques sont quelquefois impuissants pour arrêter les cicatrices vicieuses, M. Jobert employa d'abord les caustiques énergiques sans heureux résultat, et enfin il s'arrêta à un moyen qui lui a réussi depuis longues années. Ce moyen consiste dans l'application sur la surface suppurante de glace pilée contenue dans une vessie, et cela dans le but de modérer le travail inflammatoire et de mettre un obstacle au développement des vaisseaux.

Le chapitre II est consacré à l'étude de la *réunion immédiate*. M. Jobert se montre partisan de la théorie de Hunter, qui n'est cependant pas admise par tous les chirurgiens. On sait, en effet, que M. Broca a soutenu il y a quelques années que l'inflammation ne préside pas à la réunion immédiate. Pour M. Jobert, il n'existe aucun doute sur la question de savoir si, dans les plaies saignantes, il y a possibilité d'obtenir la réunion des lèvres en les mettant en contact ; seulement tous les organes ne sont pas également aptes à recevoir l'application de cette méthode. Aussi, pour lui, des différentes théories qui ont été émises, la plus rationnelle consiste à admettre que la réunion se fait tantôt sous l'influence de la phlogose, tantôt sans son concours.

Il passe ensuite en revue les différents reproches qui ont été adressés à la réunion immédiate; il attache surtout une grande importance au procédé que l'on emploie pour opérer la réunion; il considère la suture comme supérieure à tous les autres moyens.

Après cette étude sur la *réunion* en général, M. Jobert s'occupe de la réunion dans les différents organes et dans les différents tissus. C'est ainsi qu'il commence par l'étude si intéressante des *sections tendineuses*, de leur régénération et leur cicatrisation. Au commencement de cet article, le chirurgien entre dans des considérations anatomiques et physiologiques importantes sur les gaînes des tendons.

Abordant enfin la question si longtemps débattue des théories relatives à la cicatrisation des tendons, M. Jobert nous donne le résultat détaillé de très-nombreuses expériences pratiquées sur les animaux, sur le chien et sur le cheval en particulier; à ces observations il a pu ajouter la description de pièces anatomiques recueillies sur deux hommes auxquels on avait pratiqué des sections tendineuses et qui étaient morts de maladies intercurrentes peu de temps après l'opération.

Le sang épanché dans la gaîne entre les deux bouts divisés fait, selon lui, tous les frais de la régénération tendineuse. De très-belles planches, dessinées d'après nature et jointes à l'ouvrage, prouvent l'exactitude des observations de M. Jobert.

Il admet cependant un autre mode de réunion dans le cas où un tendon est coupé et où il est recouvert par une mince gaîne qui lui adhère fortement : alors la réunion serait due à un produit de nature plastique fourni par la gaîne ; c'est ce mode de réunion qu'il a désigné encore sous le nom de *cicatrisation plastique*.

Le premier mode de cicatrisation admis par l'auteur rentre, comme on le voit, dans la théorie de Hunter sur la transformation que subit le sang hors de ses voies naturelles. Quelques observateurs modernes objectent que le fait est absolument impossible ; que le sang épanché, coagulé hors de ses vaisseaux, a cessé de vivre, est un corps étranger tout à fait incapable de se revivifier, de s'organiser. Il s'agit là d'une grande question d'histologie et de pathogénie; nous nous garderons bien de vouloir la trancher; nous nous contenterons de faire observer que les expériences si nombreuses et si variées de M. Jobert semblent toutes favorables à la théorie qu'il soutient.

Nous voilà arrivés à l'un des sujets les plus affectionnés du savant professeur et dont il peut se montrer fier à si juste titre, puisqu'il a créé de toutes pièces le traitement de cette affection qui avant lui était presque regardée comme incurable, nous voulons parler de la *réunion dans les lésions de la vessie chez la femme*. Nous regrettons vivement de ne pouvoir analyser minutieusement l'important article qu'il vient de lui consacrer dans son nouvel ouvrage, notre cadre est trop restreint pour pouvoir y insister comme il le conviendrait, contentons-nous de signaler quelques-uns des points les plus saillants.

L'auteur nous donne un résumé statistique des faits qu'il a observés depuis 1835 jusqu'en 1860 ; il a pu réunir ainsi 147 cas de fistules urinaires chez la femme, et sur ce nombre il a compté 82 cas de guérison radicale ; c'est là, il faut l'avouer, un beau résultat. Après avoir démontré la possibilité de la réunion par première intention du bas-fond de la vessie, le savant professeur ne veut pas abandonner cette grande question chirurgicale sans jeter un coup d'œil sur des modes opératoires qui ont pris leur origine dans les instruments, les méthodes et les procédés qu'il a inventés.

Nous ne pouvons que constater ici le ton de convenance parfaite et de modération avec lequel M. Jobert traite ce sujet. L'honorable professeur ne pouvait mieux répondre aux attaques dont il a été

Quatre jours s'écoulèrent, et le mieux ne survenait pas.

Enfin, le cinquième jour la vue s'éclaircit, l'ouïe est moins dure et la *langue se délie*.

Cependant le retour aux perceptions sensorielles n'eut lieu que très-lentement, et plusieurs semaines se passèrent avant que la sœur V... pût facilement fixer la langue, entendre nettement mes questions et y répondre. Pendant plus d'un mois, nous nous servîmes de tablettes pour correspondre.

L'intestin demeura aussi paresseux, irritable, et des séries d'herpès envahirent la face ou le tronc à trois ou quatre reprises.

Cette religieuse, dont je n'avais eu qu'à me louer, est allée dans son pays, dans l'espérance d'y retremper une santé profondément ébranlée.

Le premier de ces exemples, sans être fort rare, n'en est pas moins très-curieux par l'ensemble des phénomènes qu'il a offert, et qui aurait pu de prime abord en imposer pour une affection plus grave des centres nerveux. Il nous montre, en outre, l'influence qu'exerce l'utérus sur le système cérébro-spinal, et les rapports si connus entre les organes de la voix et ceux de la génération. M. Brierre de Boismont, dans son *Traité de la menstruation*, et M. Girard de Cailleux, dans ses *Considérations sur l'hystérie* (observ. IX, X, XI et XII), l'avaient surabondamment prouvé.

Le second établit combien les états névropathiques et névralgiques savent simuler les désordres matériels du cerveau; comment les organes des sens peuvent être suspendus de leurs fonctions par un simple ébranlement physique; qu'on ne saurait être trop circonspect dans le diagnostic et le pronostic des troubles extraordinaires où la nature déploie souvent des ressources inattendues.

Ils coopéreront tous deux pour leur faible part à tracer la ligne de démarcation entre les *aphasies, aphémies, alalies* déterminées par les altérations substantielles de l'encéphale, et celles qui ont pour origine une pure névrose.

ALBUMINURIE A LA SUITE D'UN ECZÉMA GÉNÉRALISÉ.

Par M. le docteur P. Meilhac, d'Argentat (Corrèze).

Je soignais à la fin de 1863 l'enfant de la femme M..., atteint de gastralgie avec dépravation de l'appétit. A propos d'une bronchite survenue à cet enfant, la femme M... lui prépara elle-même un emplâtre avec cire, résine et sel ammoniac. Le lendemain, les deux mains de cette femme offraient sur leurs faces dorsales le gonflement, la rougeur et les vésicules lactescentes d'une poussée aiguë d'eczéma (1er janvier 1864).

D'après ce qu'elle me dit, elle aurait eu depuis quatre ans quatre éruptions semblables; la dernière serait venue à la suite de frictions qu'elle avait faites à son mari avec un liniment médical. Redoutant les insomnies et l'oisiveté qui résultent pour elle du prurit et du gonflement des mains, la femme M... me demande un traitement curatif et préventif.

Prescription. — S'abstenir de tout topique autre que des lotions émollientes tièdes; boire deux cuillerées par jour de la liqueur suivante: acide arsénieux, 5 centigrammes; eau, 600 grammes.

Quelques jours après, la malade peut se servir de ses mains, qui n'ont plus qu'un aspect rugueux et des exfoliations.

Le 17 janvier, mandé par la malade, je la trouve très-fatiguée par de nouvelles insomnies et très-mécontente. La peau des mains est couverte d'une nouvelle poussée plus abondante, et dont les vésicules montent déjà sur les bras. Des plaques analogues existent autour des yeux et sur le front, sur les deux jambes et sur quelques points du tronc. Les ganglions correspondants sont gros et douloureux; les nuits sont insupportables; larmoiement, fièvre, anorexie, crampes d'estomac. — Lotions tièdes; purgatif salin; une seule cuillerée de liqueur par jour.

Le 24 janvier, la peau a changé d'aspect très-rapidement; les surfaces malades ne sont plus humides, mais sèches, rugueuses, squameuses; le dos des mains et des phalanges entières perdent leur épiderme exfolié.

La figure de la malade est gonflée comme par un embonpoint subit; les jambes sont grosses; le ventre, volumineux, contient évidemment du liquide dans les bas-fonds du péritoine; couleur blafarde et œdème un peu partout. Ce gonflement est venu brusquement, et alarme beaucoup la malade, heureuse, la veille, de la disparition des boutons. Elle a un peu de toux, quelques douleurs lombaires vagues; elle ne peut marcher, car la peau, gonflée autour des jointures, gêne la flexion des membres. J'examine l'état de la poitrine, rien d'anormal; dans les urines, la chaleur et l'acide nitrique font déposer des flocons blancs qui remplissent, après vingt-quatre heures de repos, les quatre cinquièmes du volume des urines examinées.

Le lendemain, la malade se plaint de la toux et d'une dyspnée très-fatigante. Rien d'anormal dans le poumon gauche; le poumon droit est rempli depuis le haut jusqu'en bas d'un râle crépitant fin analogue à celui des pneumonies, mais moins circonscrit. Pas de fièvre. — Large vésicatoire du côté droit, infusion de polygala, opiacés dans une tisane sudorifique le soir.

Un jour après, la malade n'a plus de dyspnée; pourtant le râle crépitant s'entend encore dans les parties inférieures du poumon droit, et, chose singulière, dans tout le poumon gauche, dont tous les bruits étaient normaux la veille. Je n'ai jamais vu de vésicatoire donner autant de liquide que l'exutoire placé sur les parties droites de la poitrine, déjà œdématiées comme le reste du corps. Cet écoulement continue avec la même abondance pendant quatre jours. — Mêmes prescriptions; en sus, frictions rudes sur les jambes avec l'alcool camphré, pilules de scille, digitale et scammonée tous les deux jours.

Le 1er février, la poitrine est à l'état normal; les effets diurétiques étant plus marqués que l'action purgative, je remplace dans les pilules la scille par une dose plus forte de scammonée. L'enflure des jambes et du ventre a diminué. Les urines ne renferment plus qu'un nuage léger d'albumine. Je prédis à la malade une prompte guérison. — Pilules, frictions, poudre de Dower le soir.

Le 8, la malade est guérie; les frictions n'ont amené que quelques petits boutons insignifiants sur les cuisses. — Viandes rôties, vin de kina; continuer la liqueur arsenicale.

Rien n'est plus commun que l'albuminurie comme conséquence de la scarlatine. MM. Foucault (1844), Balbiani (1854) ont produit artificiellement cette maladie chez des animaux couverts d'un enduit imperméable et capable d'empêcher la sécrétion d'eau et d'urée par la peau, sécrétion complémentaire de celle des reins.

Dans ces expériences, il se produisait une congestion du poumon et une tendance à l'asphyxie, en même temps que la congestion des reins et les changements de l'urine.

Je n'ai jamais lu (même dans la thèse si complète de M. Lorain pour l'agrégation) aucune mention de l'eczéma comme cause d'albuminurie. Celui dont je parle était, il est vrai, capable par son étendue d'altérer les fonctions de la peau beaucoup plus que certaines scarlatines à peine apparentes.

C'est leur origine qui m'a paru donner quelque intérêt aux troubles que j'ai cités dans les fonctions respiratoires et urinaires de la femme M..., et c'est pourquoi je cite aussi les expériences les plus propres à donner la théorie de faits analogues.

GROSSESSE MOLAIRE HYDATIFORME.

Par M. le Dr J. L. Tarneau,
médecin aide-major attaché au Conseil de santé des armées.

M. J. de Soyre a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 mai dernier une observation fort curieuse de grossesse molaire hydatiforme, qu'il a communiquée à la Société des sciences médicales.

Ainsi que le fait remarquer notre honorable confrère, les exemples de ce genre sont rares. Le fait qu'il rapporte est précédé et suivi de détails intéressants auxquels nous n'ajouterons qu'un mot: c'est qu'on n'a jamais vu cette expansion morbide se développer dans l'utérus pendant l'état de vacuité, et que par conséquent elle ne se manifeste ni chez les jeunes vierges ni chez les vieilles femmes.

Quoi qu'il en soit des causes invoquées pour expliquer le mode de formation et de développement de cette altération du produit de la conception, dont le plus grand inconvénient consiste à désappointer les familles et parfois le médecin, voici en quelques mots l'exposé d'un fait dont nous avons promis les détails il y a bientôt cinq ans (*Du tænia en Algérie*, p. 9, broch. in-8°), et que l'initiative de notre estimable confrère nous met dans l'obligation de faire connaître; mieux vaut tard que jamais, dit le proverbe.

Mme X..., âgée de vingt-deux ans, de petite taille, d'une constitution délicate, vient habiter l'Algérie aussitôt après son mariage, qui a lieu en juin 1857.

Un mois s'était à peine écoulé, qu'elle éprouva tous les symptômes rationnels d'une grossesse au début: suppression des règles, dyspepsie, langueurs d'estomac, goût d'œufs couvis dans la bouche, nausées, vomissements pendant quelques jours.

Aux approches de la troisième et de la quatrième époque menstruelle, apparition d'un très-léger suintement sanguin, qui dure à peine quelques heures et colore le linge d'une faible teinte rose pâle. L'abdomen se développe lentement, mais d'une manière graduée.

Vers la fin du cinquième mois, les glandes mammaires se tuméfient et les seins deviennent douloureux, sans donner lieu cependant à aucune sécrétion lactescente. Les mouvements actifs du fœtus supposé ne sont jamais perçus.

Néanmoins Mme X... se croit sérieusement enceinte et prend les dispositions en conséquence, sans croire toutefois qu'il soit utile de consulter un médecin.

Les phénomènes que nous venons d'énumérer se continuent avec régularité; le ventre s'affaisse dans la dernière quinzaine du huitième mois. Enfin, deux cent soixante-dix jours après la soi-disant conception, Mme X..., assistée d'une sage-femme, est prise de véritables contractions utérines, qui marchent avec régularité jusqu'à l'expulsion d'une masse ovoïde qui l'effraye considérablement, persuadée qu'elle n'aura jamais d'enfant.

C'est dans ces circonstances que je fus appelé, avec mon excellent confrère et ami M. le docteur Moreau (de Bone), afin de rassurer la jeune patiente et de l'édifier sur la véritable nature de son bizarre produit.

Nous constatâmes une môle hydatique de 20 centimètres de longueur sur 8 centimètres de diamètre. La masse totale, de forme ovoïde et pesant 318 grammes, était renfermée dans un kyste unique, grisâtre, résistant. L'incision de cette poche donna issue à un liquide limpide, et mit à découvert une série de petit corps sphériques de grosseur variée, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une aveline, contenus eux-mêmes dans des vésicules disposées en grappe.

Mme X..... se remit très-promptement. Quelques mois après elle constata de nouveau tous les signes rationnels de la grossesse. Une chute dans un escalier détermina un hémorrhagie, à la suite de laquelle elle expulsa par des coliques utérines un petit corps informe que nous n'avons pas eu sous les yeux, mais en tout point semblable au premier, à ce qu'il paraît.

Enfin, Mme X... devint réellement enceinte quatorze mois après son mariage; mais elle n'était pas encore au bout de ses surprises, car elle n'accoucha qu'après dix mois et onze jours de grossesse. Nous avons publié cette intéressante observation dans la *Gazette des Hôpitaux* (1859), sous ce titre: *Quelques mots sur les naissances tardives*.

(Consulter sur le même sujet une observation publiée par M. le docteur Delaire, dans le *Bulletin des travaux de la Société médicale d'Amiens*, année 1861.)

FORMULE

pour l'emploi du chlorhydrate de chaux comme reconstituant.

L'acide chlorhydrique est depuis longtemps employé pour réveiller l'action de l'estomac et donner du ton à l'organisme. (Caron, Trousseau.)

M. Rodolpho Rodolphi propose, — in *Gazetta medica Lombardia*, — de donner aux malades débilités, anémiques, phthisiques, etc., le chlorhydrate de chaux ainsi formulé:

Chlorhydrate de chaux..	1 gramme.
Solution de gomme arabique. . . .	200 —

Mêlez.
A prendre dans les vingt-quatre heures.

Sous l'influence de ce moyen, les fonctions digestives deviennent plus régulières, la diarrhée se modère et s'arrête, le visage se colore, l'embonpoint augmente, et on obtient, au bout d'un mois en moyenne, une amélioration des plus encourageantes, parfois même une guérison complète.

(*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

---

l'objet dans quelques circonstances. C'est un exemple qui serait bon à suivre.

Il sera facile pour quiconque aura vu opérer des fistules par le procédé de M. Jobert et par le *procédé américain*, de voir que dans ce dernier cas les instruments employés sont absolument les mêmes que ceux dont on se sert à l'Hôtel-Dieu, seulement modifiés, compliqués et beaucoup moins commodes. Il n'y a qu'une chose nouvelle dans cette méthode, c'est l'emploi des fils métalliques à la place des fils de soie ou de lin; M. Jobert a expérimenté les uns et les autres, et en est revenu en définitive à l'emploi des fils de soie.

L'un des points qui fait l'immense supériorité du procédé de M. Jobert, c'est l'emploi des incisions et des débridements dans le but de relâcher les lèvres de la fistule et d'éviter aussi les tiraillements et les déchirures; aussi le procédé américain, qui repousse ces débridements, n'a-t-il pu être appliqué jusqu'à présent qu'aux petites fistules. Notons ici que les incisions ne sont pratiquées que dans le cas où il existe un tiraillement des lèvres de la plaie.

L'auteur consacre un chapitre à la *périnéorrhaphie*; pour la réunion dans les déchirures du périnée, il emploie un mode de suture particulier auquel il a donné le nom de *suture serpentine*, et qui a l'avantage de réunir les parties profondes aussi bien que les superficielles; une planche qui se trouve à la fin de l'ouvrage fait bien comprendre le mécanisme de cette suture; il y joint les incisions latérales pour relâcher les lèvres de la plaie.

L'auteur étudie ensuite la réunion dans les plaies des organes génitaux de l'homme. A propos de la castration, nous ne ferons que signaler le procédé opératoire auquel il a donné le nom de *procédé en coquille*, qui permet aux surfaces saignantes de se maintenir sans obstacle en rapport.

Dans la réunion des *lésions du voile du palais*, ce chirurgien, toujours fidèle à son grand principe d'autoplastie, n'hésite pas à sectionner les piliers antérieur et postérieur pour relâcher les lèvres ravivées et mises en contact.

M. Jobert arrive enfin à l'importante question des *corps étrangers articulaires*.

Bien des théories ont été émises sur l'origine des corps étrangers. M. Jobert ne peut y voir des fragments détachés du cartilage diarthrodial. Pour lui, c'est de la fibrine qui forme presque tous ces corps; tantôt c'est le sang en nature qui leur donne naissance, tantôt c'est de la fibrine déposée sous l'influence d'un travail inflammatoire.

De nombreuses opérations ont été proposées pour l'extraction des corps étrangers. De nombreux revers survenus dans les mains de Richerand, de Dupuytren, de Lisfranc, de Bégin, avaient beaucoup refroidi l'ardeur des chirurgiens pour cette opération, et l'on en était revenu au mode d'extraction de Desault, qui, comprenant parfaitement qu'il fallait soustraire l'articulation au contact de l'air, conseillait d'éloigner les deux ouvertures l'une de l'autre, afin de prévenir l'accès de cet agent irritant. Dans les mains de M. Goyrand (d'Aix), le procédé de Desault a acquis une nouvelle importance.

Pour M. Jobert, le même traitement n'est pas applicable à tous les cas. Il croit qu'il est nécessaire de deux méthodes différentes basées sur la nature des corps étrangers. Signalons l'une des deux méthodes qu'il emploie, et qu'il désigne sous le nom de *morcellement* ou de *segmentation*, opération qu'il ne pratique qu'après avoir immobilisé le corps étranger au moyen de son instrument appelé *trident*. Cette méthode est destinée au traitement des corps étrangers extra-articulaires, charnus ou fibreux. Dans tous les cas, la réunion immédiate s'est produite sans accident.

Enfin, le livre se termine par la grande question qui a tant agité les esprits, la *réunion dans les amputations des membres*.

En tête du chapitre consacré à ce sujet, M. Jobert pose cette question d'une importance capitale: La structure des membres est-elle favorable à la réunion immédiate? Il n'hésite pas à la résoudre d'une manière affirmative. Puis vient le résumé de plusieurs observations rassemblées au hasard, et dans un grand nombre desquelles nous voyons qu'après l'amputation la réunion a eu lieu par première intention.

Nous voilà arrivés à la fin de cette analyse bien incomplète du livre de M. Jobert. Nous sommes loin d'en avoir signalé tous les passages remarquables. Nous avons été obligé d'effleurer à peine quelques-uns des principaux sujets, et de passer sous silence un grand nombre de questions traitées par l'éminent professeur avec toute l'autorité que peut lui donner une longue et laborieuse carrière chirurgicale. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer nos lecteurs à l'ouvrage lui-même; ils verront, en parcourant ce livre attrayant par la manière dont il est écrit et par le choix des matières qu'il renferme, que nous n'avons rien exagéré en le louant et en lui prédisant un légitime succès.

Malhéné, interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er juin 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Tumeur hypertrophique de la pulpe dentaire.

M. Broca présente de la part de M. le docteur Joussaume (de Château-Thierry) une *tumeur hypertrophique de la pulpe dentaire*, siégeant sur la deuxième petite molaire droite.

Une jeune femme de vingt et un ans souffrait de cette dent depuis cinq ans pendant la mastication, et surtout à l'époque des règles. La dent se caria et fut promptement découronnée. On reconnut alors une petite tumeur rouge s'élevant du centre de la racine, et augmentant de volume d'une manière lente, mais continue; elle finit par s'étaler sur les deux dents voisines, qu'elle recouvrait complétement. Quoique la douleur eût disparu, l'accroissement de la tumeur et la gêne qu'elle occasionnait engagèrent M. Joussaume à conseiller l'extraction de la dent, qui fut pratiquée par M. Louvet, dentiste, le 29 janvier 1864.

M. Joussaume fait remarquer que la tumeur ayant séjourné depuis cette époque dans l'alcool, a perdu plus de la moitié de son volume.

M. Broca a examiné la pièce, et y a trouvé les éléments de la pulpe dentaire hypertrophiée : tissu fibreux, tissu conjonctif avec un grand nombre de noyaux embryoplastiques.

Il a déjà observé deux fois des tumeurs analogues à celle-ci, en particulier sur le cadavre d'un vieillard apporté à l'amphithéâtre de Bicêtre.

DISCUSSION.

Thérapeutique des luxations congénitales du fémur.

M. BROCA. J'ai été l'un des trois commissaires nommés pour examiner la malade de M. Pravaz, et je partage en général les opinions émises par M. Bouvier dans son rapport. Je ne demande donc pas la parole contre ce rapport, mais à propos de lui.

On se rappelle que l'état local était assez amélioré chez la petite malade de M. Pravaz pour qu'il nous la présentât comme guérie. La difficulté consistait à préciser bien exactement le siége de la tête fémorale. Nous avons constaté que cette tête n'est pas réduite, qu'elle n'est pas rentrée dans sa cavité. C'est là le fait anatomique; mais en regard, il faut placer le fait thérapeutique : la marche est rétablie d'une manière régulière et soutenue, de telle sorte que le résultat obtenu par M. Pravaz peut être considéré comme excellent.

Je me suis demandé quelle est la cause de cette remarquable amélioration. Sans doute l'ensellure lombaire a disparu, le bassin a été redressé et les forces musculaires se sont développées, c'est beaucoup, et c'est avec raison que nos collègues ont insisté sur ces différents points; mais il me semble qu'il y a encore autre chose.

Chez les individus normalement constitués, les têtes des fémurs sont situées un peu en avant de la ligne verticale qui passe par le centre de gravité du corps, de sorte que dans la station debout les fibres antérieures de la capsule se tendent et résistent passivement, sans nécessiter pour ainsi dire aucune intervention des muscles extenseurs du bassin et de la cuisse. Quand, au contraire, la tête du fémur est placée en arrière de la ligne d'aplomb, le tronc a une tendance incessante à se fléchir, et il faut pour maintenir l'équilibre vertical un effort énergique des extenseurs qui finit par produire l'ensellure lombaire.

Or mes observations sur les sujets vivants et les dissections assez nombreuses que j'ai pu faire, me portent à croire que dans les luxations congénitales du fémur la tête de l'os est située plus en arrière qu'on ne la trouve chez la malade de M. Pravaz. Elle aurait donc été ramenée en avant par le traitement, et dans ma pensée ce serait ce retour de la tête en avant qui aurait rétabli des conditions de marche et d'équilibre telles qu'il faut une exploration chirurgicale attentive pour reconnaître les désordres qui existent encore.

Cette situation se maintiendra-t-elle? Je l'ignore; cependant on peut légitimement espérer que le traitement prolongé pendant près de deux ans aura constitué des moyens de fixité assez résistants pour que la tête du fémur conserve sa position actuelle. D'ailleurs, il y a plusieurs mois que tout traitement a cessé, et rien jusqu'ici ne permet de croire que les rapports des parties osseuses se soient modifiés. En résumé, je pense que la thérapeutique chirurgicale peut marcher dans la voie du très-beau succès obtenu par M. Pravaz.

M. BOUVIER. Nous sommes d'accord avec M. Broca sur l'appréciation générale. Il vient de développer ici d'une manière plus complète une opinion qu'il avait émise dans le sein de la commission, opinion que j'avais indiquée dans mon rapport en l'attribuant à l'un de nous.

Mais je ne suis plus du même avis que notre collègue sur le changement de situation qu'aurait subi la tête du fémur. Je pense qu'elle est aujourd'hui exactement au même point qu'avant le traitement. Ni l'un ni l'autre nous n'avons vu la jeune malade à cette époque, et nous ne pouvons faire que des conjectures sur la position qu'occupait alors la tête de l'os. Les photographies, si bien faites qu'on les suppose, ne prouvent rien sous ce rapport. Mais je ne crois pas que chez les individus atteints de luxation congénitale du fémur non traitée la tête soit portée en arrière, ainsi que l'indique M. Broca. J'ai vu tout dernièrement à ma consultation, et je pourrai peut-être montrer à la Société un enfant non traité ayant une ensellure lombaire très-prononcée, et chez lequel la tête du fémur occupe exactement le même siége que chez la malade traitée par M. Pravaz.

Je pense donc que des changements considérables et très-heureux peuvent survenir sans que la tête du fémur change de place.

Quant à la solidité de la tête, à sa fixation, le rapport, si je ne me trompe, a établi ce point, et ici encore j'ai la même opinion que M. Broca.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. DÉSORMEAUX présente une tumeur du tibia pour laquelle il a dû pratiquer l'amputation de la cuisse.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Verneuil sur les candidats à la place vacante de membre titulaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. Trélat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous complétons aujourd'hui par quelques détails la relation de la mort douloureuse dont nous recevions la nouvelle mercredi, au moment de mettre sous presse.

M. Frédéric Coste, externe à l'hôpital Necker (service de M. Bouley), a succombé, après treize jours de maladie, aux suites d'une piqûre anatomique. A la veille de terminer ses études, il se préparait à remplacer son père dans une de ces clientèles de campagne où le dévouement est au moins aussi nécessaire que la science.

Une foule nombreuse d'amis a suivi jusqu'à sa dernière demeure cette nouvelle victime des études médicales. M. Rigal, qui, en qualité d'intime du malheureux Coste, avait pu apprécier chaque jour les qualités de cœur et d'esprit qui distinguaient ce jeune homme, a voulu lui adresser un dernier et touchant adieu, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire. Puissent ces regrets et l'estime qui accompagnent la mémoire de M. Coste, adoucir la douleur d'une famille si cruellement frappée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Villaret, chirurgien de 1re classe; Fontès, chirurgien de 3e classe, et Bidault, chirurgien auxiliaire de 3e classe de la marine.

— On annonce qu'il ne sera plus donné droit aux demandes pour les places de médecin inspecteur-adjoint près les eaux minérales. Les titulaires actuels ne seraient pas déplacés, mais on laisserait s'éteindre avec eux les places qu'ils occupaient.

— Le cours de M. Pajot se poursuit avec les succès auxquels est accoutumé ce professeur. Nous avons le plaisir d'annoncer une innovation qu'il se propose d'introduire dans l'Ecole et qui est tout en faveur des élèves et de leurs études. Ce serait, pendant les longs mois d'hiver, l'ouverture de leçons où, sous sa direction, tous les jeunes gens seraient, à tour de rôle, familiarisés à la pratique des accouchements par des manœuvres obstétricales sur le cadavre et le mannequin. Nous ne pouvons qu'appeler de tous nos vœux la réalisation de cette promesse.

— La Société d'agriculture, sciences, belles-lettres et arts d'Orléans a mis au concours le sujet suivant : « Dans toutes les affections intermittentes qui réclament l'emploi du quinquina, et surtout dans les fièvres pernicieuses, peut-on administrer avec un égal succès le sulfate de quinine ou le quinquina en substance? » Le prix sera une médaille d'or de 400 francs. Les mémoires devront être remis à M. le docteur Pelletier-Sautelet, secrétaire général de la Société, avant le 1er mars 1865.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Règne végétal, divisé en Traité de botanique générale, Flore médicale et usuelle, Horticulture botanique et pratique, Plantes agricoles et forestières, Histoire biographique et bibliographique de la botanique; par MM. Dupuis, O. Réveil, Gérard, Hérincq. Ce splendide ouvrage formera 17 beaux volumes, dont 9 volumes grand in-8° jésus de texte et 8 atlas petit in-4° de planches gravées sur acier. Les atlas renfermant, avec des textes descriptifs en regard, plus de 5,000 dessins de plantes ou de détails botaniques très-exactement et très-finement coloriés. L'ouvrage paraîtra à la fois en volumes et en atlas et par livraisons chacune de 16 pages au moins, grand in-8° jésus, et deux belles planches coloriées. Il formera de 200 à 210 livraisons au plus. Prix de la livraison : 1 fr. Les livraisons paraissent très-exactement, de dix en dix jours, à partir du 1er mai 1864, jour où deux livraisons à la fois ont été mises en vente. Les six premières livraisons sont en vente. — Paris, 1864, Th. Morgand, libraire-éditeur, rue Bonaparte, 5.

La méthode de la science moderne est-elle réellement positive et définitive? Introduction à la construction du dogme positiviste par la découverte de l'origine organique de l'intelligence, par César Lefort, disciple d'Auguste Comte. Brochure grand in-8° de 92 pages. Prix : 2 fr. — Paris, chez Adrien Delahaye.

Étude sur les différentes espèces d'épanchements pleurétiques et sur leur traitement médical et chirurgical, par le Dr Marcovitz, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté, etc. Mémoire de 103 pages. Prix : 2 fr. 50 *franco*. — Paris, 1864, Adrien Delahaye.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 69. — MARDI 14 JUIN 1864. (37e ANNÉE.) N° 69. — MARDI 14 JUIN 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 JUIN 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les belles recherches de M. Thomas Graham sur la diffusion moléculaire appliquée à l'analyse, que l'Académie des sciences a commencées en 1862, viennent de recevoir une heureuse application. On sait que le premier résultat de ces recherches a été de doter l'analyse chimique de procédés précieux pour la séparation de certains corps. On pouvait prévoir que la chimie physiologique et la toxicologie en particulier, tireraient un grand profit des méthodes de dialyse dues à ce savant. M. L. Grandeau, s'engageant dans cette nouvelle voie d'analyse, a fait dans le laboratoire de M. Cl. Bernard, au Collége de France, des études sur l'application de la dialyse à la recherche des alcaloïdes, qui l'ont conduit à des résultats extrêmement importants pour les recherches toxicologiques. M. Graham avait déjà fait voir qu'on pouvait à l'aide de la dialyse déceler de très-petites quantités de certains poisons, notamment d'acide arsénieux et de strychnine, mélangées à des matières organiques de diverse nature. M. Grandeau a expérimenté ce même procédé sur la morphine, la brucine et la digitaline, et il est arrivé à des résultats tels que les plus minimes quantités de ces substances ne pourraient échapper désormais à l'expert dans un cas d'empoisonnement par l'une de ces substances. On trouvera un exposé de ces études dans le compte rendu.

M. Guyon a communiqué, dans cette séance, un mémoire sur la nature de la fièvre jaune, dont il reconnaît trois formes : une forme hémorrhagique, une forme phlegmasique aiguë ou continue, et une forme phlegmasique chronique ou rémittente. Chacune de ces formes aurait ses symptômes et ses caractères propres, et à chacune d'elles se rattacheraient des états particuliers du foie. Enfin M. Guyon admet entre la fièvre jaune et les fièvres éruptives une analogie qui ne se bornerait pas à leurs phénomènes constitutifs, mais qui s'étendrait encore à leur double mode de développement, à leur développement spontané, sous l'influence d'une constitution atmosphérique *sui generis*, particulière à chacune d'elles, et à leur mode de développement par transmission.

L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport de la section de physique sur les candidats à une place de correspondant vacante par suite du décès de M. Barlow. La section a présenté en 1re ligne, M. Magnus, de Berlin; en 2e ligne *ex æquo*, MM. Dove, à Berlin; Henry, à Philadelphie; Jacobi, à Saint-Pétersbourg; Joule, à Manchester; Kirchhoff, à Heidelberg; Plucker, à Bonn; Riess, à Berlin; Stokes, à Cambridge, et Weber, à Gœttingue.

L'élection aura lieu dans la séance d'aujourd'hui.

Dr Brochin.

LES ÉLOGES DES MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (1).

En publiant le recueil des éloges des membres de l'Académie de médecine en 1845, Pariset s'est cru obligé de faire l'apologie des Académies et de les défendre contre les critiques et les railleries dont elles ont été si souvent l'objet. Cette défense était superflue. Les Académies subsistent et subsisteront probablement longtemps encore, en dépit des railleurs, et avec elles se perpétuera l'usage de louer ceux de leurs membres qui ont le plus contribué à leur lustre. Cette tâche, que Pariset avait remplie avec tant d'éclat pour l'Académie de médecine, M. Dubois (d'Amiens) l'a poursuivie avec un égal mérite, mais dans un autre esprit et avec des qualités différentes qui ont empreint son œuvre du cachet de son originalité.

Arrivé aujourd'hui à une étape où il a voulu prendre un repos momentané nécessité par l'état de sa santé, il en a profité pour jeter un coup d'œil en arrière, et il a réuni en deux beaux volumes les éloges qu'il a prononcés de 1845 à 1862, c'est-à-dire dans une période de dix-sept années. M. Dubois a fait dans cet espace de temps l'éloge de vingt académiciens, en commençant par celui de Pariset, son prédécesseur, qui inaugure cette série, et en finissant à Thénard.

Tous ces éloges ont été publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*, et ils ont, en outre, été presque tous l'objet d'une appréciation ou de quelques réflexions de la part de la rédaction. Nous aurions donc peu de chose à ajouter, en présence de ces deux volumes, à ce que nous avons dit de chacun de ces éloges en particulier, si M. Dubois n'avait enrichi cette collection d'une introduction et de notes qui lui forment un encadrement digne à lui seul de tous les honneurs de la critique.

Cette introduction est elle-même un morceau parfait de critique du genre, où l'érudition et le goût de l'auteur ont pu se donner libre carrière. Les notes sont un complément et un commentaire des éloges; elles constituent une sorte de dossier des pièces justificatives, qui achèvent de donner à ces notices le caractère essentiellement historique que M. Dubois a tenu à imprimer à son œuvre.

Voici en quels termes il expose lui-même, dans son introduction, les principes qui doivent présider à ce genre de composition :

« Les notices qui ont été consacrées aux médecins, dit M. Dubois, n'ont pas toutes été conçues dans le même esprit, ni envisagées de la même manière. Les uns, comme Grand-Jean de Fouchy, Vicq-d'Azyr et Pariset, ont pensé que dans ces sortes de compositions on doit toujours louer, et louer sans restrictions et sans réserves; d'autres, au contraire, et parmi eux se trouvent les hommes les plus considérables, les Fontenelle, les Condorcet, les d'Alembert, les Louis et les Cuvier, ont professé qu'avant tout il faut apprécier les œuvres et ne faire porter la louange que sur des portions vraiment dignes d'être louées. »

C'est dans ce dernier esprit que M. Dubois a conçu et exécuté son œuvre.

« L'historien d'une compagnie savante, a dit Cuvier, ne doit pas seulement se proposer une lutte de talents avec ses devanciers, il ne doit pas chercher à briller dans ces solennités académiques : ses devoirs sont plus sérieux. Après avoir exposé l'état de la science, il doit fixer la part que ses contemporains ont eue au progrès du siècle. »

Tels sont les principes qu'il a pris pour guide, les modèles qu'il s'est proposé d'imiter. — L'Académie avait eu un panégyriste; il a voulu en être l'historien.

Puisque le panégyriste et l'historien se trouvent tout naturellement mis en présence, qu'on nous permette ici un petit parallèle :

« L'homme est raison, mais il est encore bien plus sentiment », disait Pariset. Là, est avec la pompe de son langage le secret de sa manière et de ses succès. Ecoutez-le plutôt donnant à cet égard des conseils à son ami Flandin :

« En distinguant, comme je pense l'avoir essayé, l'homme d'avec le savant, vous exposerez ce que l'un a fait pour la science, ce que l'autre a été parmi les hommes; mais dans celui-ci comme dans celui-là, vous rencontrerez des détails dont les fleurs de votre esprit auront peine à couvrir la sécheresse et l'aridité; vous ne les embellirez que par l'élégante brièveté de votre langage. Si même l'homme qui recevra vos éloges a eu dans son caractère ou dans sa conduite quelque chose de répréhensible, c'est avec une sorte de pudeur pour sa mémoire que vous laisserez entrevoir le vice ou le défaut qui pourrait la ternir. En revanche, si le sujet de votre discours a brillé par quelques-unes de ces qualités que je chéris dans vous, la loyauté, la sincérité, le désintéressement, et surtout cette tendre pitié

(1) *Eloges lus dans les séances publiques de l'Académie de médecine* (1845-1863). *Tableau du mouvement de la science et des progrès de l'art*, etc.; par M. Fr. DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine. — Deux vol. in-8°. Paris, 1864, Didier et Cie, quai des Augustins, 35; et J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

UN DERNIER MOT

SUR MOLIÈRE ET LES MÉDECINS (1).

Ainsi s'explique pour nous la guerre de Molière et sa haine pour la médecine et les médecins; ce n'est pas la haine d'un incrédule, loin de là, c'est celle d'un désespéré, qui croit et ne croit pas, selon les jours et l'heure; qui alternativement a une confiance absolue et une incrédulité complète; c'est la haine d'un homme qui tient à la vie, qui sent qu'elle lui échappe, et qui ne veut pas mourir sans se venger de cette science impuissante et peut-être des vaines promesses de quelques charlatans inhabiles à les remplir. Nous ne prétendons pas laver Molière de tout reproche, il s'en faut; cependant nous avouons qu'à ce point de vue nous n'avons plus le courage de le blâmer aussi sévèrement; les gens qui tiennent à la vie veulent la conserver à tout prix, et sur les questions qui se rapportent à ce point particulier, ils ne conservent plus ni leur sang-froid ni leur raison.

Mais il nous reste à prouver à notre tour que Molière a longtemps cru aux médecins et toujours aux remèdes. Peut-être affaiblirons-nous l'estime que certaines personnes ont pour lui; mais nous, médecin et critique, nous ne pouvons pas nous arrêter devant une semblable puérilité. D'ailleurs, la gloire du comédien et du penseur ne saurait guère souffrir de cette constatation, et elle restera tout aussi complète qu'auparavant. Molière, nous l'avons dit, connut toutes les faiblesses du cœur humain, et celle en particulier de nier la médecine alors qu'il y croyait et qu'il l'appelait à son aide. Légère peccadille après tout!

(1) Voir les numéros des 7 et 9 juin.

Nous fondons notre croyance sur diverses preuves et suppositions.

Et d'abord sa liaison profonde et durable avec le docteur Mauvillain, son ami intime, longtemps ennemi lui-même de la Faculté, et qui fournit à notre auteur plus d'une indication. Tout le monde, à ces mots, aura immédiatement présente à l'esprit la réponse de Molière à Louis XIV. Un jour que le docteur et le comédien se trouvaient tous les deux au dîner du roi, celui-ci interpella Poquelin : « Voilà donc votre médecin, que vous fait-il? — Sire, répondit le comédien-valet de chambre, nous raisonnons ensemble; il m'ordonne des remèdes, je ne les fais point, et je guéris. » Cela prouve au moins que Molière passait pour avoir un médecin, et quant à ses paroles, on peut bien les regarder, sans un trop grand effort, comme une pure vanterie; il ne pouvait évidemment pas parler d'une manière différente, et je pense qu'il était absolument dans le même cas que le grand roi, qui aimait fort à rire des médecins, bien qu'il fût leur sujet le plus soumis et l'homme le plus médicamenté de son royaume; on n'a qu'à consulter sur ce point le *Journal de sa santé*.

Molière n'était pas seulement lié avec Mauvillain, mais aussi avec Bernier, le médecin voyageur, avec Chapelle, qui était quelque peu médecin, et avec d'autres sans doute. Il pouvait bien se révolter par moments contre leurs avis, mais il est impossible qu'il ne se rendît pas aussi, d'autres fois, à leurs conseils et à l'expression de leur sollicitude.

Nous pourrions trouver une seconde preuve dans quelques avances faites par Molière à la Faculté. Ainsi, il dit dans sa préface de *Tartufe* : « La médecine est un art profitable, et chacun la révère comme une » des plus excellentes choses que nous ayons; et cependant il y a eu » des temps où elle s'est rendue odieuse..... » Précaution oratoire, a-t-on dit : c'est possible; mais pourquoi ne verrait-on pas dans ces paroles une preuve qu'à cette époque Molière était dans un de ses moments de croyance et de *faiblesse*? Et dans le *Malade imaginaire* lui-même, ce grand et suprême défi jeté à la Faculté tout entière, ne voit-on pas encore poindre le même sentiment? Argan ne dit-il pas avec une juste raison que sur les questions de santé et de maladie, les médecins en savent au moins plus que les autres hommes? Dans tout ce dialogue, Argan combat Béralde par les raisons les plus justes et les plus sensées, et on peut dire qu'il est, bien mieux que son interlocuteur, dans la nature et dans la vérité. Si l'auteur termine en déclarant par la bouche de Béralde qu'il ne demandera point de secours à la médecine; c'est qu'il sent qu'il est trop tard et que désormais cette science ne peut plus rien pour lui, qui a tout au plus la force de porter son mal.

M. Edouard Fournier admet comme nous que Molière croyait à la médecine, et que sur la fin de sa vie il consultait volontiers les empiriques. « On connaît, dit-il, ses préoccupations inquiètes et ses cu- » riosités de malade à ces moments-là. Comme ces gens qui n'ont » pas de religion, mais qui sont superstitieux, Molière, qui n'avait » pas foi dans la science officielle, croyait à celle des empiri- » ques. » L'auteur d'*Elomire*, qui, encore un coup, connaissait bien sa vie, nous le représente en quête de remèdes pour guérir son mal et consultant les charlatans de toute espèce en même temps que les vrais docteurs; et, bien qu'il faille beaucoup se méfier de Le Chalussay, qui détestait Molière, nous admettons cependant que ce renseignement doit être vrai.

Il nous reste enfin à fournir les deux preuves les plus certaines de notre supposition.

On doit à M. Eud. Soulié un livre plein des renseignements les plus curieux et les plus intéressants sur Molière et sur sa famille; M. Soulié, après mille recherches, a pu refaire presque tout entier l'inventaire de Poquelin. Notre comédien était riche et avait beaucoup d'ordre; l'actif de sa succession se monte à 43,000 fr.; les dettes ne s'élevèrent qu'à la somme de 3,000 fr., et encore M. Soulié dit-il « qu'une grande partie doit être attribuée à la veuve de Molière, qui avait dû manquer d'argent après la mort de son mari. » D'autres de ces petites dettes semblent se rapporter aux dépenses courantes du théâtre. Or, dans cet inventaire, parmi ces dettes nous trouvons l'ar-

pour le malheur, qui est la première qualité des médecins, avec quelle effusion de cœur vous lui rendrez hommage ! avec quelle gratitude, avec quelle chaleur vous relèverez les vertus dont il a donné l'exemple !... »

Voilà Pariset tout entier. Sa prose facile, abondante et poétique, comme le dit quelque part M. Dubois, jetait sur tous ceux dont il avait à parler comme une riche draperie qui les couvrait admirablement, mais sous laquelle rien de personnel ne venait s'accuser.

M. Dubois, nous l'avons dit, a voulu être et a été tout autre; son but et sa manière diffèrent essentiellement. Des deux éléments humains, raison et sentiment, il choisit plus volontiers pour guide le premier, sans prétendre dire toutefois par là qu'il exclue jamais le second. Il s'en faut assurément que le côté moral des hommes et des choses lui soit indifférent; loin de là; plus d'une fois, donnant un libre cours à ses penchants philosophiques et à son culte littéraire, il lui arrive de semer çà et là ses discours de ces bonnes et consolantes pensées qui reposent doucement l'esprit, et de trouver des accents pleins de sensibilité quand il s'agit de rappeler un acte honorable ou un trait heureux de caractère. Mais sa préoccupation principale est le point de vue scientifique. Sa prétention avouée est de juger, d'apprécier et de peser les titres des académiciens auxquels il doit décerner un brevet d'immortalité, de passer les faits et les œuvres au crible de sa critique. Il laisse ouvertement voir, dès ses premiers éloges, qu'il ne répartira la louange qu'avec mesure ; témoin l'éloge de Broussais, qui commence la série des éloges-critiques, Broussais, dont il loue dignement le génie sans dissimuler ses erreurs et en déplorant ses écarts.

Qu'on nous permette encore ici un dernier point de comparaison qui, en faisant mieux ressortir les différences des deux auteurs que nous nous plaisons à rapprocher ici, donnera jusqu'à un certain point la raison même et comme la justification de ces différences.

Pariset inaugurait en quelque sorte par ses éloges une compagnie de création nouvelle, qui avait à marquer sa place dans le monde savant. Il semble que la bienveillance, outre qu'elle était naturelle à son esprit, répondît en quelque sorte aux circonstances même et aux besoins de la situation. En grandissant ses héros, il flattait, il encourageait l'Académie tout entière et la grandissait elle-même à ses propres yeux et aux yeux du public, qu'il initiait ainsi à ses heureux débuts.

A l'époque où M. Dubois a recueilli sa succession, l'Académie avait acquis l'âge adulte, elle était dans toute sa virilité, et sa constitution était assez robuste pour n'avoir plus besoin de pareils ménagements, elle était assez forte et assez sûre d'elle-même pour entendre la vérité. C'est le langage que M. Dubois devait lui parler désormais. Ses modèles ont posé devant lui sans apprêt, sans fard, il les a dépouillés de cette riche draperie dont son prédécesseur aimait tant à les envelopper, et non content de les peindre d'après nature et dans leur attitude habituelle, il a cherché à scruter jusqu'à leur *pensée de derrière*, pour employer une expression de Pascal.

Bien loin de trouver à redire à cette manière de faire, nous en acceptons complètement le principe. Mais dans l'application M. Dubois s'est-il toujours tenu dans les limites d'une appréciation juste et équitable? Nous n'hésitons pas à poser ici cette question, parce qu'elle a été déjà dans beaucoup de bouches, et que nous en avons appelé nous-même, dans plusieurs circonstances, de la sévérité de quelques-uns de ses jugements. Sans prétendre revenir ici sur nos premières impressions, nous ne pouvons cependant nous dispenser de faire à cet égard une remarque dont le bénéfice — si c'en est un — devra revenir à la nouvelle publication de M. Dubois. Pour mieux nous expliquer, nous lui emprunterons à lui-même le texte de notre réflexion.

« Lorsqu'on prononce des paroles sur le bord d'une tombe, dit M. Dubois, on ne doit exprimer que des regrets ; en séance académique, on doit ajouter à ces regrets des vérités utiles ; lorsqu'on n'a plus devant soi que des lecteurs, on ne doit aux morts qu'une chose : la vérité ! »

Il est possible que ces vérités utiles que M. Dubois a cherché à proclamer dans les solennités académiques, en présence de parents, d'amis, d'élèves dévoués encore pleins d'un respectueux souvenir pour le parent, l'ami ou le maître récemment enlevé à leur affection, peu disposés par cela même à les entendre avec impartialité ou indifférence, il est possible que ces vérités utiles aient paru aux uns trop rigoureuses, à d'autres moins exigeants seulement prématurées. Aujourd'hui que le temps a apporté son influence modératrice sur les opinions, que la postérité a commencé pour la plupart des savants dont la biographie compose ces deux volumes, et que les Eloges prononcés sont devenus sous la presse des notices historiques, il est probable que ceux-là même qui avaient jugé ces Eloges avec le plus de sévérité, modifieraient à la lecture leur premier jugement.

Quant à nous, si après cette lecture il restait encore dans notre esprit quelque sujet de dissidence, — et qui peut se flatter de concilier toutes les opinions quand il s'agit de juger les hommes et surtout les médecins, ce que Cuvier considérait comme une tâche si difficile qu'il désespérait de la faire jamais dignement! — nous n'en aurions pas moins la plus haute estime pour cette œuvre remarquable, digne de figurer dans toutes les bibliothèques, à côté des meilleurs modèles de notre littérature.

D[r] Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Du rhumatisme cérébral.

Nous avons eu dans nos salles deux malades qui ont été atteints de ce que l'on a appelé le rhumatisme cérébral. L'histoire de ces deux malades va nous servir d'entrée en matière et nous fournir un très-utile enseignement. J'insisterai plus particulièrement sur quelques-uns des détails particuliers à ces observations, car nous aurons à nous en servir plus tard pour l'étude générale de cette maladie, et pour prouver qu'il y a dans le rhumatisme cérébral des choses qui peuvent être prévues dans une certaine mesure.

Au n° 16 de la salle Sainte-Agnès était couché, il y a quelques jours, un jeune homme de vingt-sept ans atteint de rhumatisme articulaire aigu. C'était un garçon très-robuste. Il avait eu antérieurement deux ou trois attaques qui toutes avaient duré fort longtemps, et d'après son dire, sans se compliquer d'aucun accident du côté du cœur. Mais vous vous rappelez qu'à l'autopsie dont nous vous avons parlé et qui a servi de préambule aux leçons que nous voulons vous faire, vous vous rappelez, dis-je, que, n'ayant rien rencontré dans le cerveau, nous avons trouvé des lésions graves dans le cœur. Il racontait que dans les intervalles de ses attaques il avait récupéré la plénitude de sa santé : il portait souvent de très-lourds fardeaux ; il était assujetti à des exercices violents, mais jamais il n'avait ressenti ni palpitations ni essoufflements ; il disait qu'il ne savait pas s'il avait un cœur, et il avait la pleine conscience de l'intégrité de ses forces. Vous comprenez bien qu'il nous importait d'avoir des renseignements exacts sur les antécédents de cet homme : c'était une chose capitale. Nous avons donc envoyé l'un de nos aides faire une enquête, et voici ce qu'il nous a rapporté d'intéressant sous le rapport de la prédisposition.

Cet homme était un grand buveur ; ses parents et ses camarades, interrogés avec soin, ont unanimement répondu qu'il ne s'enivrait pas, mais qu'il buvait énormément de vin. Lorsqu'il avait fait ces abondantes libations, il n'était pas ce qu'on appelle *soûl*; il pouvait continuer son travail, user de ses forces, mais il était abruti. C'est l'expression dont ses camarades se sont servis. Ils ont encore raconté que depuis trois mois il avait des étourdissements assez fréquents et très-souvent des cauchemars pendant la nuit.

Vous apercevez là une disposition aux affections cérébrales manifestée par les étourdissements, les cauchemars et l'abrutissement.

Cet homme nous est arrivé au cinquième ou sixième jour d'un rhumatisme poly-articulaire d'intensité médiocre ; la fièvre était modérée, les douleurs peu intenses ; pas d'accidents du côté du poumon ; du côté du cœur, double souffle à la base au premier et au deuxième temps, d'où nous avons conclu à un rétrécissement ventriculo-aortique avec insuffisance, peut-être à une péricardite. Il resta donc pendant cinq ou six jours avec un rhumatisme qui n'avait rien d'insolite ; les sueurs étaient abondantes, mais sans éruption millaire à la peau : le malade mangeait. Pendant les deux premiers jours, nous lui donnâmes à prendre 1 gramme de sulfate de quinine, et il dit qu'il s'en trouvait bien. Le troisième et le quatrième jour, il en prit 1 gr. 50 centigr., et il dit être mieux. Le cinquième il en prit 2 grammes, et il n'eut ni nausées ni étourdissements. Il accusa encore du mieux-être et il demanda à manger. Nous n'accordâmes que des potages. Celui du matin passa bien, celui du soir passa de même. En définitive il allait à merveille.

C'était un homme bien élevé, de manières convenables ; tout le monde en était content dans la salle. A sept heures du soir, l'infirmier alla lui demander s'il avait besoin de quelque chose ; il demanda à boire et dit qu'il avait très-chaud. En même temps il s'étonna de ce que la lampe n'était pas allumée. Elle l'était : il n'y voyait donc pas bien. Cet infirmier quitta la salle à sept heures et demie, et il fut remplacé par le veilleur de nuit. A huit heures, on entendit tout à coup dans la salle des vociférations horribles poussées par le malade ; il criait au voleur aussi haut qu'il le pouvait, et il se précipita de son lit par terre. On courut à lui et on eut grande peine à le contenir dans la violente résistance qu'il opposait à ceux qui voulaient le remettre dans son lit. Cette lutte dura peu, car on sentit la résistance s'affaiblir ; puis l'homme s'affaissa dans la stupeur, et quelques minutes après il expira.

Il est dans cette observation quelques phrases que nous voulons de suite souligner afin de fixer votre attention et votre esprit sur ce qu'elles nous apprennent. Et d'abord cet homme était habituellement dans un état d'ébriété ; il avait des cauchemars depuis plusieurs mois ; enfin, trois quarts d'heure avant de mourir, il a été pris d'obnubilation.

Nous avons appris encore que cet homme avait eu sept frères, dont cinq morts jeunes et très-rapidement, on ne sait pas de quoi.

Passons à notre seconde observation. Le sujet est la femme du n° 2, âgée de soixante-trois ans. Le premier jour de son entrée, nous l'avons interrogée avec un soin très-minutieux, la retournant dans tous les sens pour la bien faire expliquer. Elle nous raconta qu'elle était femme de ménage et concierge ; dans ce métier, les femmes ont généralement un goût quelque peu prononcé pour le vin et les liqueurs. En était-il de même pour celle-ci? Cela est probable.

Il y a sept jours, elle alla comme d'ordinaire faire un ménage dans l'île Saint-Louis ; elle le termina à onze heures, et de là elle se rendit à Notre-Dame pour y entendre une messe. Elle nous dit qu'une fois installée à sa place habituelle, elle ne suivit pas la messe comme à l'ordinaire ; elle n'était pas à son affaire. Elle avait dans l'épaule droite une très-véhémente douleur. Elle quitta l'église pour aller faire son second ménage ; mais elle éprouvait quelque chose d'extraordinaire. Elle se mit nonobstant

---

ticle suivant : Il est dû « aux sieurs Frappin et Dupré, apothicaires, » cent soixante-six livres quatorze sols, d'une part, et vingt livres » dix sols, d'autre. » Cette somme équivaut environ à 1,000 fr. de notre monnaie ; chiffre assez rond, on le voit ; mais nous savons ce qu'étaient alors les mémoires d'apothicaires. Sur le compte de qui peut être portée cette somme, sinon sur celui de Molière valétudinaire, presque mourant, alors surtout que rien ne prouve qu'il y eût un autre malade dans sa maison? Et très-probablement les médicaments fournis ont dû l'être dans les derniers mois de son existence. Hélas ! qui sait si le mémoire des sieurs Frappin et Dupré n'est pas le modèle de celui de M. Fleurant!

Enfin nous trouvons une dernière et assez concluante indication. Molière vient d'être rapporté chez lui, il vomit des flots de sang, il touche à son heure suprême, il espère encore, il veut essayer un dernier remède, et il envoie demander à sa femme un oreiller rempli de je ne sais quelles drogues, qui, selon elle, doit lui faire le plus grand bien. — Pauvre grand homme ! il ne croit pas à la science des médecins, mais il se raccroche encore à la dernière branche, il est tout entier entre les mains des empiriques et des commères ! ! O faiblesse de la nature humaine ! combien de gens qui croient à peine en Dieu et qui ont peur du diable ! Aujourd'hui, sondez les esprits forts qui nient la médecine ; ils ont une confiance absolue dans le magnétisme, dans l'homœopathie et dans les esprits frappeurs !

Arrivons enfin au *Malade imaginaire*, la dernière production de ce sublime génie. On a déjà remarqué, et le fait est réellement curieux, que le grand comédien termina sa carrière d'auteur et d'acteur par une pièce contre la médecine (1).

On a voulu voir dans Argan Molière lui-même. Il n'est guère possible de commettre une plus grosse erreur ; un malade imaginaire ne l'est plus dès qu'il connaît la cause de son mal. Tout l'art du médecin consiste, dans des cas de cette nature, non pas à guérir le malade, mais à lui persuader qu'il peut le guérir, qu'il l'a guéri. S'il pouvait prouver à celui-ci que sa maladie est le produit de son imagination, il n'y aurait plus de malade. Molière ne se joua donc pas lui-même ; il devait sentir mieux que tout autre que ses maux étaient trop réels. Mais obsédé peut-être par ce pamphlet d'Élomire, il voulut prouver au monde ce qu'il était capable de faire avec un pareil sujet, et, frappé mortellement, presque mourant, montrer ce que c'est que le vrai malade imaginaire. Peut-être aussi, à force de l'entendre dire, se prenait-il quelquefois à ce vain espoir ; peut-être se disait-il alors : Mais si réellement je n'étais qu'un malade imaginaire !... Vains rêves trop tôt détruits par la cruelle réalité. Aussi Argan ne représente-t-il nullement Molière ; celui-ci est bien plutôt le Béralde de la comédie, moins cette grande conviction, si facile à Béralde qui se porte bien, mais que le pauvre malade ne pouvait pas partager aussi complétement, témoin les nombreuses objections qu'il met dans la bouche d'Argan et ses singulières hésitations.

De toutes les pièces de Molière contre la médecine, bien que celle-ci soit la plus modérée, la plus juste et celle dont la portée morale est la plus considérable, nous n'hésitons pas à penser qu'elle dut être pour le corps médical d'alors la satire la plus sensible et la plus dure à entendre. Jusqu'ici, qu'avait surtout fait le grand comédien? Il avait hardiment nié la médecine et présenté cet art sous un côté ridicule. Mais chacun, après tout, a bien le droit de penser de la médecine ce qu'il lui plaît, et comme les malades n'en continuaient pas moins à appeler les docteurs à leur secours, ceux-ci pouvaient rire tout à leur aise et soutenir que leur influence était réelle et grande, quand celle de la comédie était absolument nulle. Est-ce que, après l'*Amour médecin*, Louis XIV avait congédié les hommes chargés du soin de sa santé ?... — Molière avait encore représenté les médecins sous un jour presque odieux ; mais ici il avait tellement dépassé le but, que ses traits avaient volé par-dessus la tête de ses victimes sans en atteindre une seule ; le portrait était absolument faux, le coup ne pouvait porter. Les médecins ne devaient pas reconnaître des confrères dans des hommes sans honneur, sans moralité, ne croyant pas à leur art, se jouant des malades et finissant comme des portefaix.

(La suite prochainement.) D[r] H. Montanier.

(1) Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de revenir ici sur la méchante pièce d'*Elomire hypochondre*. Il y a dans ce factum un grand nombre de faits intéressants à étudier à notre point de vue. Il n'est pas douteux que Molière, préoccupé assurément de ce mauvais libelle, n'y ait puisé l'idée de son *Malade imaginaire* et voulu prouver ce qu'un homme de génie peut faire avec une idée qu'un méchant pamphlétaire n'avait pas même su effleurer. — Malgré le silence de tous les commentateurs, il est évident pour nous que Molière a pris dans *Elomire* la première donnée de cette scène charmante où sous les imprécations et les malédictions de M. Purgon, Argan se croit un homme mort. Que l'on compare la scène 6[e] du III[e] acte du *Malade imaginaire*, et la 3[e] scène du I[er] acte d'*Elomire*, et l'on verra que Molière, selon son habitude, a pris son bien même chez son ennemi mortel ; seulement, avec une pierre brute il a taillé un diamant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Un chapitre de thérapeutique thermale. Traitement hydro-minéral de la chlorose et de ses complications, par le docteur V. Auphan, lauréat de l'Académie de médecine, médecin inspecteur des eaux d'Euzet, membre correspondant de la Société d'hydrologie médicale de Paris. In-8° de 66 pages. Prix : 1 fr. 50. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Mémoire sur les abcès blennorrhagiques, par le docteur Ch. Hardy, ancien interne de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc. In-8°, avec trois planches gravées sur bois. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, 1864, Adrien Delahaye, libr.-éditeur.

De l'élément nerveux dans le croup, par le docteur Lallement, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, etc. Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1864, Adrien Delahaye.

à sa besogne. Les personnes chez qui elle était s'aperçurent de son malaise et l'obligèrent à quitter son ouvrage. Elles la mirent en fiacre, et elle fut ramenée chez elle. En voiture, elle continua à se sentir dans un état singulier : son épaule droite la tourmentait beaucoup, et de plus elle sentait un malaise général. Elle descendit de voiture et monta l'escalier avec une parfaite facilité. Elle se mit au lit et déclara qu'elle avait alors toute sa connaissance, mais que son esprit était cependant un peu confus.

Le lendemain matin elle se réveilla et reconnut alors qu'il lui était impossible de parler, qu'elle était aphasique. Elle voulait boire : son mari ne la comprit pas; elle s'impatienta : de la main gauche, le bras droit étant trop endolori, elle montra la carafe.

On la comprit : chose singulière, elle avait dans l'esprit l'idée et l'envie d'appeler son mari *cochon*. Elle essaya, mais ne put y réussir. Elle fut vexée tant de n'avoir pas été comprise de suite, que de ne pouvoir assaisonner sa demande de la gracieuse épithète dont elle voulait gratifier son mari. Elle resta dans cet état le lundi et une partie de la journée du mardi. Un médecin fut appelé, qui appliqua quelques sangsues et ordonna un purgatif. Elle en revint à bredouiller; elle entra à l'hôpital bredouillant encore, mais pouvant cependant rendre assez bien compte de tout ce qui s'était passé. Elle raconta son affaire à la religieuse d'abord, puis à l'infirmière. Elle accusait une douleur violente à l'épaule droite et au genou gauche.

Voilà tout ce que nous pûmes d'abord obtenir d'elle; hier, nous la chapitrâmes avec plus d'insistance, et sur notre demande à l'effet de savoir si elle n'avait pas quelquefois éprouvé des troubles nerveux, elle convint qu'en effet elle avait été un peu nerveuse dans sa vie et que cela datait surtout de la révolution de 1848. Elle nous raconta alors qu'à cette époque elle fut témoin d'une scène de violence entre un locataire et son mari, dont la vie était menacée, et qu'elle fut tellement frappée de cette scène que trois jours après on dut la conduire à la Salpêtrière, où elle resta treize mois. Or, il fallait qu'il y eût du côté du moral quelque chose de vraiment sérieux pour que cette femme fût gardée treize mois dans cet établissement.

Ainsi donc, voilà deux sujets, l'un ivrogne habituel ou plutôt buvant beaucoup sans aller jusqu'à l'ivresse; l'autre, probablement aussi adonné à cette demi-ivrognerie du cassis ou de l'anisette; le premier prenant des accidents généraux très-graves et soudainement apoplectiques; l'autre ayant des accidents rapides mais moins funestes. Notez cette circonstance commune de l'habitude alcoolique, plus, celle de l'état nerveux dans lequel la femme s'est trouvée; car nous verrons bientôt que les gens qui prennent plutôt le rhumatisme cérébral ont comme une invitation à l'explosion de cet accident, soit par une prédisposition constitutionnelle, soit par le fait de certaines habitudes mauvaises.

Avant d'aller plus loin, nous devons nous arrêter un instant sur la question du délire dans les maladies; car il serait impossible de continuer l'étude du rhumatisme cérébral sans nous renseigner un peu sur le délire en général.

DE L'ACIDE PHÉNIQUE,

de son action sur les végétaux, les animaux, les ferments, les virus, les miasmes, les venins, etc., et de ses applications à l'industrie, à l'hygiène, aux sciences anatomiques et à la thérapeutique (1),

Par M. le docteur de LA PLAGNE.

Le titre de cet ouvrage indique les questions qui y sont traitées. A l'exception d'une introduction et d'un chapitre consacré aux ferments, c'est l'ordre que l'auteur a suivi pour le groupement des matières.

Ce travail est la continuation de ses recherches sur le *coaltar*.

Dans sa brochure sur le *coaltar saponiné*, publiée en juin 1860, il avait démontré le rôle que joue l'acide phénique dans la désinfection et dans l'arrêt des fermentations.

Avant ces recherches, on savait que le goudron de houille possède les propriétés antiputrides et désinfectantes, mais cette dernière était contestée. Quelques personnes l'attribuaient au charbon divisé que contient cette substance, et M. Chevreul soutient encore que le coaltar masque seulement les mauvaises odeurs sans les détruire. Enfin, MM. Calvert et Bouchardat admirent que c'était à l'acide phénique que cette substance devait les propriétés indiquées ci-dessus.

Les expériences de M. Lemaire ont jeté la plus vive lumière sur ces différentes questions; elles démontrent que l'acide phénique, la benzine et l'aniline, chimiquement purs, possèdent à un haut degré les propriétés antiputrides et désinfectantes : les auteurs qui attribuaient cette propriété au charbon étaient donc dans l'erreur. Les mêmes expériences ont encore prouvé que l'acide phénique n'est pas le seul principe actif du coaltar, puisque la benzine et l'aniline jouissent de propriétés identiques (2).

Étudiant le mode d'action de ces substances dans la désinfection, M. Lemaire démontre qu'elles n'exercent aucune action sur les gaz fétides. C'est sur la cause qui les produit, sur les *ferments*; qu'elles agissent en réalité : ces substances arrêtent brusquement la fermentation en tuant les ferments eux-mêmes. La cause qui produisait les gaz fétides étant instantanément détruite, il ne s'en forme plus d'autres; ceux qui existaient au moment du mélange se volatilisent, et la matière se trouve entièrement désinfectée.

Mais pour obtenir ces résultats, le renouvellement de l'air est indispensable. L'opinion de M. Chevreul était fondée, et celle de ceux qui soutenaient qu'il y avait désinfection ne l'était pas moins. Les recherches de M. Lemaire ont résolu ces différents points de l'histoire du coaltar et de l'acide phénique en démontrant leur mode d'action réelle.

Dans son introduction, l'auteur rappelle les remarquables effets qu'il a obtenus du *coaltar saponiné* dans le traitement des plaies de toute nature, dans les affections cutanées parasitaires, dans la conservation des matières organiques et pour la destruction des insectes. Ces divers résultats ont été confirmés sur une grande échelle en France et en Angleterre, en Belgique et en Espagne.

La composition très-variable du goudron de houille a vivement préoccupé l'auteur. Il craignait qu'elle ne compromît les résultats importants qu'il avait obtenus. L'acide phénique pouvant être obtenu cristallisé, par conséquent toujours le même, et l'expérience lui ayant démontré que cet acide représente à un haut degré les propriétés désinfectante, antiputride et toxique du coaltar, M. Lemaire fit de nouvelles études pour savoir s'il ne serait pas possible de remplacer ces deux produits l'un par l'autre. — Tel est l'objet de son livre.

Mais, comme un composant ne peut jamais remplacer partout et toujours le composé naturel qui le fournit, il est des applications pour lesquelles le coaltar est préférable à l'acide phénique. L'auteur les indique en faisant connaître ses motifs.

L'acide phénique a été découvert en 1834 par Remge, qui lui avait donné le nom d'*acide carbolique*. Après avoir résumé ce que l'on savait sur l'acide phénique avant ses recherches, l'auteur fait connaître les siennes propres, qui sont très-nombreuses. S'étant attaché à bien déterminer le degré de solubilité de cet acide dans l'eau, il a reconnu que ce dernier liquide pouvait dissoudre 5 p. 0/0 d'acide phénique sublimé en longues aiguilles.

Cette solution, qui est aussi limpide que l'eau pure et beaucoup plus énergique que toutes les poudres coaltarées proposées comme désinfectantes, ouvrait un vaste champ d'applications. En démontrant qu'il suffit d'un millième d'acide phénique pour prévenir les fermentations spontanées, M. Lemaire insiste sur le bon marché auquel reviendra cet acide. D'après ses renseignements recueillis dans les usines à gaz, l'acide phénique, fabriqué sur une grande échelle, pourra être livré à 2 fr. le kilogramme. Il en résulte que pour 2 fr. on pourrait faire mille litres d'un désinfectant énergique.

L'auteur a également étudié l'action de l'acide phénique sur les végétaux pour déterminer les doses auxquelles on peut y avoir recours pour détruire leurs parasites sans faire mourir les plantes elles-mêmes. Ses recherches sur la germination sont très-remarquables : il a pu empêcher cette dernière au moyen de l'acide phénique, et la reproduire dans une même graine en débarrassant celle-ci de cet acide. Il a de plus découvert ce fait imprévu que ce sont les microzoaires qui déterminent l'évolution de l'embryon, et il considère ce dernier comme le nourrisson des infusoires.

D'autre part, M. Lemaire a vérifié les effets de l'acide phénique sur plus de soixante espèces animales appartenant aux quatre classes de Cuvier. Ses expériences établissent que cet acide est un poison très-violent pour les animaux inférieurs, et qu'il détermine chez eux des phénomènes d'anesthésie; mais c'est par l'estomac qu'il faut l'administrer pour obtenir ces derniers effets. Un cheval qui respira les vapeurs d'acide phénique pendant une heure et demie ne parut pas en souffrir, tandis qu'un autre cheval, auquel on fit avaler 50 grammes de cet acide dissous dans un litre d'eau, tomba comme foudroyé. Douze chiens sur lesquels on a fait les mêmes expériences en ont ressenti les mêmes effets.

L'action de l'acide phénique sur les ferments est très-remarquable. L'auteur l'a mise à profit pour démontrer qu'il existe deux classes de ferments. Les uns sont des agents chimiques obéissant à l'affinité, tels sont la *myrosine*, la *synaptase*, la *diastase*, la *pectase* et les *venins*; les autres sont des êtres vivants, des microphytes et des microzoaires. Dans cette dernière classe, il range les ferments qui provoquent les fermentations spontanées, les *virus* et les *miasmes*.

Plus loin, M. Lemaire établit que, dans les gaz putrides résultant de la putréfaction des végétaux et des animaux, il existe des spores et des granules très-nombreux d'un diamètre de 2 à 3 millièmes de millimètre, tantôt isolés, tantôt agrégés en petites sphères ou masses irrégulières. Ensemencés dans des substances fraîches, ces granules en déterminent la putréfaction immédiate, donnant naissance aux microphytes et aux microzoaires existant dans les liqueurs qui les ont fournis. Ces granules-là sont donc les corps reproducteurs des infusoires, et des expériences comparatives ne permettent pas de doute sur la découverte de ce fait important.

Dans d'autres expériences, l'auteur démontre la transmission des miasmes putrides d'une substance en putréfaction sur une substance fraîche, et il prouve de la manière la plus évidente que l'acide phénique les détruit complétement. D'autres expériences, enfin, établissent indubitablement que les effets de l'inoculation des venins d'abeille et de crapaud, du virus-vaccin et de matières animales putrides, sont empêchés par l'application de l'acide phénique sur les points d'insertion de ces divers agents.

M. Lemaire fait ici remarquer avec raison qu'il a obtenu, au moyen de cet acide, des effets que ne produisent ni le fer rouge ni les caustiques. Il pense que ce résultat peut être attribué à trois causes : 1° en ce qui regarde les virus et les matières putréfiées (qui sont considérées comme des virus), l'acide phénique tue les infusoires ou leurs corps reproducteurs; 2° pour les venins, il forme avec eux une combinaison qui neutralise leurs effets toxiques; 3° enfin, la propriété que cet acide possède de paralyser les vaisseaux capillaires et d'arrêter brusquement la circulation lui paraît aussi jouer un très-grand rôle. Il a démontré cette dernière action d'une manière palpable sur les branchies des larves de salamandre.

La question des ferments est traitée avec beaucoup de détails. L'auteur discute tous les points relatifs à l'origine, au développement, à la nature de ces agents mystérieux, et fait ressortir tout l'enseignement que peuvent en tirer la physiologie et la pathologie générale. Il a rassemblé, pour cette discussion, un grand nombre de faits très-intéressants, et il fait des rapprochements ingénieux qui éclairent d'une vive lumière des questions fort obscures encore. Par exemple, les champignons qui produisent le *muguet* et les *teignes* appartiennent à la tribu des *oïdiées*. Ce sont aussi des *oïdiées* qui constituent la maladie de la vigne et de plusieurs autres végétaux. La maladie des vers à soie (muscardine) est due à un *botrytis*; c'est encore un *botrytis* qui cause la maladie des pommes de terre, etc.

Les applications que M. Lemaire a faites de l'acide phénique sont très-importantes. En suivant ses conseils, on peut très-facilement empêcher le développement des moisissures ou les détruire, lorsqu'elles existent, sans nuire aux substances sur lesquelles elles se sont développées. Il a ainsi prévenu la maladie des pommes de terre et guéri celle de la vigne par les seules émanations du coaltar.

De nombreuses expériences faites dans un grand jardin démontrent que l'on peut éloigner tous les animaux inférieurs des plantes et des arbres, en introduisant dans le sol une très-petite quantité de coaltar et en recouvrant la surface d'une couche de deux centimètres d'épaisseur d'une poudre faite avec de la terre, du sable et 2 0/0 de goudron de houille.

L'acide phénique peut donc détruire [un] grand nombre d'animaux nuisibles.

Les graines alimentaires, blé, orge, seigle, froment, les pois, lentilles, etc., peuvent être préservés de la fermentation et des attaques des insectes, qui en dévorent chaque année de quoi nourrir plus de vingt-cinq millions d'hommes.

Les produits, bruts ou travaillés, qui font la richesse de notre industrie, seraient aussi efficacement protégés par l'acide phénique contre les attaques des insectes.

La propriété antiputride de ce même agent permet à l'auteur d'en faire de très-importantes applications à l'hygiène. Il établit qu'il peut remplacer le boucanage, assainir l'eau potable, désinfecter l'eau croupie en la clarifiant, ce qui permet d'utiliser cette eau. L'acide phénique conserve l'urine, donne le moyen de la recueillir et de l'employer comme engrais; il désinfecte les fosses d'aisances. Aussi M. Lemaire propose-t-il des mesures générales très-économiques pour assainir les voiries et les cimetières.

L'auteur a fait des expériences démontrant tout le parti que les arts insalubres, boyauderies, parcheminerics, mégisseries, etc., devront tirer de l'acide phénique pour leur assainissement. Il propose certaines mesures qui auraient pour résultat d'assainir les égouts, et donne le moyen de purifier l'air confiné, de détruire les miasmes.

D'après une expérimentation faite sur une grande échelle pendant plus de cinq années, toutes les humeurs sécrétées à la surface du corps peuvent être désinfectées par le coaltar saponiné ou par l'eau phéniquée au millième.

Les applications faites à la thérapeutique sont déjà nombreuses, et un chapitre intitulé *Questions à étudier* prévoit celles qui pourront y être ajoutées utilement.

De nombreuses observations établissent que la gale de l'homme, celle des animaux, la teigne, la pytyriase, etc., peuvent être rapidement guéries par l'acide phénique. La solution qui produit ces résultats servirait également à purifier les vêtements et la literie des œufs d'insectes ou des germes de champignons.

Enfin, l'auteur rappelle des observations d'*eczéma*, de *pemphigus*, de *plaies gangréneuses*, de *cancroïde*, d'*anthrax*, de *carie dentaire*, de *gengivite chronique*, de *muguet*, etc., qui ont été traités avec succès par l'acide phénique, dont il s'est également servi avec la même réussite contre les ascarides lombricoïdes.

L'ouvrage que nous venons de résumer contient aussi des faits taires, et cette étiologie s'étend chaque jour à d'autres affections, notamment des muqueuses et du sang lui-même.
qui nous paraissent devoir appeler toute l'attention des professeurs chargés de l'enseignement de la pathologie. Les critiques acerbes et les mordants sarcasmes que l'on a dirigés contre la *pathologie animée* ont fait leur temps, et peuvent désormais être renvoyées à leurs auteurs. Nul doute qu'un grand nombre de maladies ne soient dues à des microphytes et à des microzoaires. — Déjà M. Bazin a établi pour les affections de la peau une classe de maladies parasitaires, et cette étiologie s'étend chaque jour à d'autres affections, notamment des muqueuses et du sang lui-même.

M. Lemaire a donc largement posé les jalons de l'étude à laquelle il compte se livrer dans la même voie pour la pathologie interne, et ce qu'il a déjà si bien démontré fait pressentir de nouvelles découvertes également importantes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 juin 1864. — Présidence de M. MORIN.

Nature de la fièvre jaune. — M. GUYON communique le résumé suivant d'un mémoire sur la nature de la fièvre jaune :

Quelle est la nature de la fièvre jaune? Disons d'abord que pour nous, la fièvre en général n'est point une maladie, mais seulement un signe, un symptôme de maladie, qui pourrait être défini l'appareil, le *consensus* des forces déployées par la nature pour repousser de l'organisation la cause morbide.

Cette cause dans la fièvre jaune est une *intoxication du sang par un agent extérieur ou aériforme*.

Il peut arriver que, aussitôt après avoir été touchée par l'intoxication, l'organisation s'affaisse pour ainsi dire sur elle-même pour ne plus se relever; mais ces cas sont rares; peut-être pas dans la proportion de 3 ou 4 sur 100 dans tout le cours d'une épidémie. A part ces cas, une réaction surgit toujours, plus ou moins vive, plus ou moins intense. Cette réaction, après une courte durée, ou triomphe du mal, ou succombe sous ses propres efforts; ou bien encore, soit que les forces conservatrices aient plus de puissance, soit que la cause morbide ait moins d'action, elle se relève, et, après une durée environ double de la première, ou elle tombe et disparaît sous les efforts de cette même énergie, ou elle se continue sous forme rémittente.

D'où il résulte qu'on pourrait admettre trois formes de fièvre jaune, savoir :

1° Une fièvre jaune hémorrhagique qui n'est autre que la fièvre jaune proprement dite, la fièvre jaune ordinaire;

2° Une fièvre jaune phlegmasique aiguë ou continue;

3° Une fièvre jaune phlegmasique chronique ou rémittente.

Ces trois formes de fièvre jaune sont caractérisées, comme déjà leur dénomination l'indique assez, par des phénomènes distincts, ainsi qu'il résulte de l'exposition qu'en fait l'auteur.

De l'exposition de ces phénomènes, voici ce que M. Guyon conclut au point de vue de la nature de la fièvre jaune :

Les plus saillants, les plus importants de ces phénomènes, ceux qui dominent tous les autres, sont l'hémorrhagie dans la fièvre jaune ordinaire, ou fièvre jaune hémorrhagique, et la phlegmasie dans les deux autres, les fièvres jaunes phlegmasiques aiguë et chronique.

L'hémorrhagie et la phlegmasie se développent sous l'influence d'une action commune, la réaction ou fièvre, dont le but véritable, dans la maladie dont nous parlons, est évidemment la phlegmasie,

(1) Un vol. in-12 de 432 pages, par M. le docteur Jules Lemaire. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

(2) La formule en chimie de l'acide phénique est $C^{12}H^5O,HO$
Celle de l'aniline est . . . . $C^{12}H^7AZ$
Celle de la benzine . . . . $C^{12}H^6$

l'hémorrhagie n'étant, pour tous les pathologistes, qu'une inflammation avortée.

Or, la phlegmasie est également le but véritable de la réaction ou fièvre constituant les premiers phénomènes des maladies éruptives (variole, rougeole, scarlatine), maladies avec lesquelles la fièvre jaune nous paraît avoir une grande analogie. Seulement, dans la fièvre jaune, la phlegmasie serait plutôt interne qu'externe, à moins qu'on ne veuille considérer la phlegmasie externe, dans la fièvre jaune chronique, comme le produit du complément des efforts développés par la nature dans la fièvre jaune en général. La fièvre jaune phlegmasique chronique serait alors la fièvre jaune ayant parcouru toutes ses phases, ayant accompli tout son cours; elle serait alors, en regard des deux autres formes, celle qui représenterait, dans son plus grand développement, la fièvre jaune en général.

L'analogie qui nous paraît exister entre la fièvre jaune et les fièvres ou maladies éruptives, ne se bornerait pas à leurs phénomènes constitutifs; elle s'étendrait à leur double mode de développement, à leur développement spontané, c'est-à-dire sous l'influence d'une constitution atmosphérique particulière, *sui generis*, à chacune d'elles, et à leur mode de développement par transmission, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une atmosphère contaminée par des malades qui en sont atteints. Et, en effet, dans les lieux qui en sont la patrie, la fièvre jaune se développe spontanément tous les jours, et sa transmission loin de ces lieux, par une atmosphère contaminée par des malades qui en viennent, paraît établie par les faits qui s'offrent de temps à autre en Europe, et dont les derniers ont plus particulièrement appelé l'attention de la médecine française.

Application de la dialyse à la recherche des alcaloïdes. Nouveau caractère de la digitaline. — M. CL. BERNARD présente, au nom de M. L. Grandeau, la note suivante :

M. Graham a fait voir qu'on peut, à l'aide de la dialyse, déceler de très-petites quantités de certains poisons, notamment d'acide arsénieux et de strychnine, mélangés à des matières organiques de diverse nature. J'ai de mon côté expérimenté déjà sur la morphine, la brucine et la digitaline.

1° *Dialyse de la digitaline.* — On place dans le dialyseur 100 centimètres cubes d'eau distillée tenant en dissolution 0,01 de digitaline pure. Après vingt-quatre heures, on suspend la dialyse; le liquide contenu dans le vase extérieur est évaporé avec précaution, à siccité, dans une capsule de platine tarée. Il laisse un résidu pesant exactement 0,01, doué d'une saveur amère et présentant les caractères de la digitaline.

La liqueur restant dans le dialyseur est également évaporée à siccité dans un vase de platine taré : elle se volatilise sans laisser de résidu; toute la digitaline a donc passé dans le liquide dialysé.

2° *Dialyse d'urine contenant 0,01 de digitaline.* — Dans 45 centimètres cubes d'urine normale, fraîche, on verse 2 centimètres cubes d'une solution contenant 0,50 de digitaline pour 100 centimètres cubes d'eau; après dix-huit heures on suspend la dialyse et l'on évapore à siccité le liquide du vase extérieur (environ 300 centimètres cubes). Le résidu, à peine coloré, est repris par l'alcool; la solution alcoolique, évaporée à sec, présente tous les caractères de la digitaline avec autant de netteté que le résidu de 2 centimètres cubes de la dissolution normale de digitaline. Le contenu du dialyseur est évaporé à part; le résidu est brun; on le reprend par l'alcool à 95°; la solution verdâtre ainsi obtenue fournit des réactions qui décèlent la présence de traces de digitaline. La dialyse n'avait donc pas été complète.

3° *Dialyse de morphine, brucine et digitaline, mélangées à des matières animales.* — On prend l'estomac et les intestins d'un chien (quelques heures après la mort); on les fait macérer dans de l'eau à 25 ou 30 degrés pendant deux heures environ; on filtre sur une toile le liquide jaunâtre, très-odorant, résultant de ce traitement. On en fait quatre parts de 250 centimètres cubes chacune : à la première on ajoute 0,04 de digitaline; à la deuxième, 0,02 de brucine; à la troisième 0,02 de chlorhydrate de morphine; on laisse la quatrième intacte; on soumet séparément à la dialyse ces quatre liqueurs. Après vingt-quatre heures on évapore avec soin les liquides contenus dans les vases extérieurs; les résidus obtenus sont repris respectivement par l'alcool, pour séparer les sels minéraux (sels de soude, de chaux, etc.) qui ont été dialysés. Les réactifs ordinaires de la brucine (acide azotique) et de la morphine (acide azotique, perchlorure de fer) décèlent de la façon la plus nette la présence de ces alcaloïdes dans les résidus des liqueurs alcooliques. La digitaline se retrouve également bien dans l'eau du premier vase. Quant au résidu de l'évaporation de la partie du liquide à laquelle on n'avait ajouté aucun alcali végétal, il est séparé en plusieurs parts et essayé avec les réactifs employés pour reconnaître la brucine, la morphine et la digitaline. Cette expérience avait pour but de s'assurer que les matières animales auxquelles on avait ajouté les substances vénéneuses ne fournissaient pas par elles-mêmes avec les réactifs des colorations propres à induire en erreur. Le résultat de ce contrôle ne laisse aucun doute sur la valeur de la dialyse appliquée aux recherches de ce genre.

J'ai dû, dans le courant de cette étude préliminaire, chercher une réaction caractéristique, autant que possible, de la digitaline. On ne connaît jusqu'ici, comme réaction chimique propre à distinguer la digitaline des autres poisons végétaux, que la coloration verte qu'on obtient en dissolvant cette substance dans l'acide chlorhydrique concentré. Cette réaction, comme on l'a fait remarquer, ne saurait être un indice certain de la présence de la digitaline, car plusieurs matières organiques colorent également en vert l'acide chlorhydrique concentré. L'action successive de l'acide sulfurique et des vapeurs de brome me paraît jusqu'ici caractériser la digitaline, même à de très-faibles doses. La digitaline pure se colore en brun, *terre de Sienne*, au contact de l'acide concentré; cette coloration passe au rouge vineux au bout de quelque temps; l'addition d'eau la fait virer immédiatement au vert sale.

Lorsque, au lieu d'opérer sur un centigramme, par exemple, de digitaline solide et n'ayant encore été en contact avec aucun liquide, on soumet à l'action de l'acide sulfurique le résidu de l'évaporation de quelques gouttes d'une solution étendue de digitaline, la coloration, au lieu d'être brune, est rouge-brun plus ou moins foncé, suivant la quantité de substance employée. Pour de très-faibles doses de digitaline (0,0005 par exemple), la coloration est rose, couleur de fleur de digitale.

Lorsqu'on expose aux vapeurs de brome la digitaline humectée d'acide sulfurique, le mélange se colore instantanément en violet, dont la teinte varie du *violet pensée* le plus foncé au *violet mauve*, suivant qu'on a affaire à plus ou moins de digitaline. La coloration manifestée par l'acide sulfurique et modifiée par les vapeurs de brome est des plus nettes avec le résidu de l'évaporation d'un centimètre cube d'eau contenant 0,005 de digitaline : elle est très-nette encore avec 0,0005 de cette substance vénéneuse. On peut la constater même avec des traces plus faibles de digitaline. Aucune des substances suivantes, que j'ai soumises à la même réaction, ne m'a présenté ce caractère : morphine, narcotine, codéine, narcéine, strychnine, brucine, atropine, solanine, salicine, santonine, vératrine, phlorhidzine, daturine, amygdaline, asparagine, cantharidine, caféine.

Je ferai en outre remarquer que la dialyse, et c'est là son grand avantage, permet de séparer des substances animales auxquelles on les mélange, les poisons végétaux dans un état de pureté assez grand pour qu'il soit possible d'en examiner aisément les principaux caractères. (Commissaires, MM. Pelouze, Payen, Bernard.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central s'est terminé samedi 11 juin, par la nomination de MM. Léon Labbé et Armand Després.

— M. le maréchal ministre de la guerre a décidé, le 12 mai, que, conformément aux dispositions des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale aurait lieu, en 1864, dans l'intérieur et en Algérie.

Les localités auxquelles cette inspection doit s'étendre ont été divisées en sept arrondissements, composés et répartis ainsi qu'il suit :

1er *arrondissement.* — M. Michel Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires: Le 3e corps d'armée, moins la 5e division militaire (6e et 7e divisions territoriales). — Les deux écoles de médecine militaire de Paris et de Strasbourg.

2e *arrondissement.* — M. Maillot, membre du conseil de santé : Le 5e corps d'armée (15e, 16e, 18e, 19e et 21e divisions territoriales).

3e *arrondissement.* — M. le baron Larrey, membre du conseil de santé : Le 4e corps d'armée (8e, 9e, 10e, 17e, 20e et 22e divisions territoriales).

M. le baron Larrey ne se rendra pas en Corse; il est seulement chargé d'annoter et de transmettre à qui de droit les rapports individuels et présentations qui lui seront adressés par les chefs de service de la 17e division. Il agira de même pour la division française à Rome.

4e *arrondissement.* — M. Hutin, membre du conseil de santé : Le 6e corps d'armée (11e, 12e, 13e et 14e divisions territoriales).

5e *arrondissement.* — M. Ceccaldi, médecin inspecteur : La 5e division militaire, et le 2e corps d'armée (3e et 4e divisions territoriales).

6e *arrondissement.* — M. Sédillot, médecin inspecteur, directeur de l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg : Le 1er corps d'armée (1re et 2e divisions territoriales).

7e *arrondissement.* — Divisions d'Alger, d'Oran et de Constantine. L'inspecteur chargé de cet arrondissement sera ultérieurement désigné.

L'inspection médicale, en 1864, aura surtout pour but l'examen du personnel de santé militaire, et continuera à être faite conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle en date du 22 mai 1857, insérée au *Journal militaire*.

MM. les inspecteurs généraux, intendants généraux et intendants militaires, auront à compléter, chacun en ce qui le concerne, les propositions qui leur seront transmises par MM. les inspecteurs médicaux, quand bien même ils les recevraient postérieurement à la clôture de leurs opérations.

MM. les officiers de santé qui, par suite de congé ou de tout autre motif ne résultant pas d'un ordre de service, ne se trouveront pas à leur poste au moment de l'inspection médicale, ne seront pas reçus à réclamer, en matière de notes ou de propositions, contre les conséquences de leur absence.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 70. — JEUDI 16 JUIN 1864. (37e ANNÉE.) N° 70. — JEUDI 16 JUIN 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 JUIN 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

A l'occasion du rapport annuel de la commission de vaccine et des récompenses accordées aux médecins vaccinateurs, il s'est produit à la dernière séance de l'Académie de médecine un fait digne d'attention. Pour la première fois depuis bien longtemps, l'administration préfectorale avait réclamé contre les décisions de l'Académie, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce avait transmis à la savante Compagnie les dépêches de M. le préfet des Basses-Pyrénées. Bien que l'administration de Paris n'ait exercé aucune pression sur l'Académie, à laquelle elle a simplement demandé une réponse, il y avait dans cette communication une situation nouvelle qui méritait d'être éclaircie.

M. Depaul, rapporteur de la commission de vaccine, a présenté un projet de lettre en réponse à M. le ministre, où étaient développées les raisons qui avaient motivé les récompenses accordées par l'Académie; l'honorable académicien ajoutait que l'Académie était en mesure d'appuyer son choix sur des titres scientifiques véritables, qu'elle devait rester étrangère aux considérations administratives, et qu'elle était le juge naturel des travaux scientifiques.

Nous ne saurions trop applaudir au calme et à la dignité des expressions proposées par M. Depaul, et à l'unanimité des sentiments de l'Académie dans cette circonstance. Si nous avions un regret à exprimer, ce serait celui de voir quelques confrères, au lieu d'adresser des travaux au ministère et de là à la Commission de vaccine, chercher une protection auprès d'une autorité qui, malgré sa justice et sa bienveillance, ne saurait juger comme un corps savant. L'usage, en effet, a consacré dans nos institutions une voix consultative à l'Académie dans toutes les questions d'épidémie, de vaccine et de remèdes secrets.

D'importantes communications ont été faites. M. Velpeau a présenté, au nom de M. Ollier, un fait de cal difforme du bras comprenant le nerf radial. L'opération qui a été pratiquée, les conséquences qu'il faut tirer de sa réussite, seront prochainement exposées dans un rapport. Nous aurons occasion d'y revenir.

Nos lecteurs trouveront au compte rendu les conclusions de plusieurs travaux intéressants, le premier sur un *nouveau manuel opératoire de l'embryotomie,* par M. le docteur Mattei; un autre sur les *Caractères du bassin dans les différentes races humaines,* par M. le docteur Joulin; enfin une *Note sur la digitaline, sur ses caractères chimiques et microscopiques,* par M. le docteur Jules Lefort.

M. Bouillaud a ensuite occupé la tribune pour répondre à quelques arguments de M. Beau et pour invoquer encore de nouvelles preuves à l'appui de la théorie des bruits du cœur admise aujourd'hui, et vérifiée par les expériences concluantes de MM. Chauveau et Marey. Nous reviendrons sur ce point dans le cours de la discussion, qui ne paraît pas toucher à son terme. — Dr Armand Després.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du rhumatisme cérébral (1).

Il y a des gens qui délirent pour peu de chose. Nous avions il y a huit ans pour chef de clinique un jeune médecin dont la mère était une femme des plus nerveuses que nous eussions connues. Elle était quelquefois prise d'hémoptysies formidables sans avoir le plus petit tubercule dans les poumons; d'autres fois c'étaient des accidents de paralysie; son fils avait été somnambule. Un jour nous fîmes ensemble une autopsie de fièvre puerpérale; nous nous piquâmes tous les deux au bout des doigts. Pour mon compte, j'attrapai un anthrax; lui eut un furoncle et une angéioleucite. Depuis ce moment nous eûmes l'un et l'autre des éruptions furonculeuses qui s'éternisèrent pendant trois ans; il nous en venait cinq ou six à la fois sans la moindre réaction fébrile; mais lui, pour peu qu'il en sortît deux ensemble, était aussitôt leur apparition saisi de fièvre avec délire. Combien de gens ne peuvent pas avoir le commencement d'une angine même légère avec fièvre, sans tomber immédiatement dans le délire? Ce sont là des idiosyncrasies. Certains enfants ont des convulsions pour le moindre mal de dents, pour la plus légère colique, pour une éruption, et d'autres n'en ont jamais pour quoi qu'il leur arrive, au sein même des plus graves accidents. Cette forme du délire que nous décrivons maintenant ne se montre qu'au début des maladies. Ici le délire est le corrélatif du frisson chez l'adulte, des convulsions chez l'enfant, et il résulte d'un état idiosyncrasique, d'une prédisposition constitutionnelle.

Mais le délire peut résulter de prédispositions acquises. Ceux d'entre vous qui ont suivi les services de chirurgie, ont certainement entendu parler du délire des blessés, celui que Dupuytren a décrit dans sa Clinique, et que, dans une certaine mesure, il comparait au *delirium tremens* des individus adonnés aux boissons alcooliques. Il remarqua que des blessés de cette catégorie, lorsqu'ils éprouvaient un grand fracas nécessitant une grande mutilation, alors même que l'opération avait été faite rapidement et que les douleurs avaient été modérées, que ces individus, disons-nous, prenaient rapidement du délire, avec un tremblement tout particulier, et succombaient après six, vingt, trente, quarante heures. Cet accident résultait d'une prédisposition spéciale due à l'habitude des liqueurs fortes. Vous savez encore que la pneumonie chez les ivrognes revêt facilement la forme ataxique avec ce délire excessivement violent qui cède heureusement assez bien aux grands bains et au musc.

Vous le voyez, chez les uns à la suite du traumatisme, chez les autres à la suite des phlegmasies, en vertu d'une prédisposition tantôt naturelle, tantôt acquise, il survient des phénomènes nerveux qui tuent quelquefois d'une manière très-rapide.

Les femmes qui procèdent de père et de mère aliénés prennent facilement l'éclampsie pendant leur grossesse ou dans leurs couches. Les femmes qui ont été folles contractent facilement des phénomènes cérébraux graves au début de leurs maladies inflammatoires, ainsi dans le rhumatisme articulaire aigu. Il y a donc des conditions d'hérédité, d'habitude ou de maladies antécédentes qui invitent au délire, aux accidents nerveux dans le cours d'une affection intercurrente. Mais il ne suffit pas de remarquer cela, il faut aussi considérer le délire au point de vue de la nature et de l'intensité des maladies.

Pour cela, prenons des maladies qui se développent sur des appareils similaires.

Voici d'une part la dothiénentérie, et d'autre part la scarlatine, deux maladies éruptives, l'une du canal intestinal, l'autre de la peau.

Prenons encore, pour les mettre également en regard, le choléra et la péritonite. Lorsque nous arrivons au lit d'un dothiénenthérique, le premier phénomène qui frappe notre regard, c'est la stupeur. Or, si nous la rencontrions chez un malade atteint de pneumonie, cela nous ferait une grande peur, plus grande encore si c'était dans un rhumatisme articulaire aigu; mais dans la dothiénentérie, elle nous paraît toute naturelle. C'est une maladie à phénomènes nerveux, qui éclatent dès le premier jour par l'insomnie, laquelle va poursuivre le malade jusqu'au quinzième jour. Parfois même, c'est tout de suite de la stupeur, telle que le malade tournoie et tombe dans un vertige lorsqu'il veut se lever. Lorsque vous arrivez le matin auprès d'un dothiénentérique et que la personne qui l'a veillé la nuit dit qu'il a eu du délire, vous trouvez également tout simple que cela ait eu lieu. Ce délire ne vous étonne ni ne vous effraye; il n'occupe votre esprit que comme phénomène complémentaire du diagnostic, et vous répondez à la garde de nuit: Mais, oui, il y a eu du délire, et cela durera ainsi pendant trois semaines, et peut-être bien restera-t-il ensuite de l'ablation intellectuelle, de l'imbécillité pendant un ou plusieurs mois.

Prenons maintenant le choléra dans sa plus grande véhémence: il laisse l'intelligence saine; l'homme crie dans la torture des crampes, mais il répond très-pertinemment aux questions qu'on lui adresse; il n'a ni délire ni stupeur, à moins qu'au choléra proprement dit ne succède la période dite typhoïde. D'autre part, voici une péritonite atroce qui va foudroyer une pauvre créature en trente-six heures et produire des flots de pus dans la cavité péritonéale. Le mal occupe tout le ventre, même la paroi des intestins, qui s'enflamme par continuité. Eh bien, il n'y a pas de délire; les douleurs sont horribles, mais l'esprit n'est pas troublé, si ce n'est vers la fin, au moment de l'agonie.

Nous avons rangé toutes ces maladies parmi celles du ventre, quoique ni la dothiénentérie ni le choléra ne soient à proprement parler des maladies abdominales; mais nous avons suivi en cela l'habitude, quoiqu'elle soit mauvaise. Voyons maintenant le délire en rapport avec ce que l'on nomme des maladies de la peau, avec les fièvres éruptives, qui ne sont en réalité des maladies de la peau, pas plus que la dothiénentérie et le choléra ne sont des maladies du ventre.

Quand vous voyez pour la première fois un scarlatineux adulte au début de l'affection, vous devez sans crainte de vous tromper prévenir la garde qu'il aura du délire pendant la nuit. C'est la règle. Sur 10 cas de scarlatines bien sorties, il y en a 9 qui s'accompagnent du délire; et ce phénomène nerveux ne vous étonne et ne vous effraye pas plus ici que dans la dothiénentérie.

Mais dans la rougeole, il en est autrement; si au cinquième ou sixième jour de la maladie il survient du délire, défiez-vous; la maladie est grave, très-grave, et la mort en sera probablement la conséquence. Le délire et les accidents nerveux sont dans la nature même de la scarlatine. Dans la rougeole, ils sont une complication des plus graves.

Mais il arrive dans un certain nombre de cas que l'intensité du mal triomphe de la résistance que telle affection oppose à l'invasion des phénomènes nerveux. Ainsi on ne délire pas dans la variole simple, discrète; mais on délire presque constamment dans la variole confluente; on ne délire pas dans un érysipèle du visage; mais lorsque l'érysipèle est profond, ou bien encore lorsqu'il est très-étendu et qu'il envahit à la fois la face et la tête, le délire se montre. Dans les maladies non délirantes habituellement, dans celles qui ne s'accompagnent pas de phénomènes cérébraux, la présence du délire et des accidents nerveux doit donc être considérée comme se rattachant à une gravité insolite et comme étant l'indice d'un grand péril pour le malade. Dans la maladie saturnine, il n'y a pas ordinairement d'accidents cérébraux, car nous n'appelons pas ainsi la rachialgie, qui en est un des symptômes; mais lorsque nous voyons arriver du délire, nous pouvons annoncer presque à coup sûr que le sujet périra.

Il en est de même dans les maladies de Bright, dont le caractère essentiel est de se revêtir d'accidents dépendant de la suffusion séreuse générale, de l'anasarque; lorsque vous voyez survenir des désordres cérébraux, l'éclampsie, par exemple, désordres qui ne sont pas dans la nature propre de l'affection albuminurique et ne sont pas nécessaires pour la caractériser, alors vous dites que l'état du malade est extrêmement grave.

Eh bien, voyons maintenant si dans le rhumatisme il y a quelque chose comme cela.

Le rhumatisme articulaire n'est pas une maladie qui éveille volontiers les sympathies cérébrales. En suivant pendant plusieurs années les services de fiévreux dans les hôpitaux, il vous arrivera sur le nombre de rhumatismes observés pendant ce temps de n'en pas voir un seul qui soit en compagnie du délire; quelque aigu qu'il soit, il est presque inouï de rencontrer des phénomènes délirants dans la forme ordinaire du rhumatisme articulaire. Les malades conservent toutes leurs facultés intellectuelles: ils n'ont ni ataxie, ni somnolence, ni délire. Et même il faut dire que l'extrême intensité du rhumatisme polyarticulaire, que la violence de la fièvre qui l'accompagne, que son extension simultanée à plusieurs articulations, ne produisent pas ordinairement des phénomènes délirants.

Et cependant il est constant, avéré, que le rhumatisme articulaire se complique quelquefois d'accidents cérébraux qui sont tout à fait indépendants de l'intensité du mal, de sa gravité, de son extension, et qui paraissent alors rentrer dans l'affection rhumatismale elle-même.

Nous avons commencé par vous citer les deux exemples qu'il nous a été donné de suivre dans notre service. Nous vous les rappellerons en peu de mots.

Notre femme du numéro 1 avait eu un rhumatisme d'une bénignité extrême, et qui n'avait même pas donné lieu à un mouvement fébrile notable. L'intensité du mal n'était donc pour rien dans l'explosion des troubles cérébraux, et cependant dès le deuxième jour il existait des phénomènes comme apoplectiques, lesquels ont particulièrement donné lieu à une aphasie qui a duré deux fois quarante-huit heures.

Notre homme du numéro 16 avait un rhumatisme articulaire prononcé, mais non excessif: il n'avait pas beaucoup d'articulations prises ensemble, pas de fièvre violente, et pourtant il a été envahi par des accidents cérébraux qui l'ont enlevé de ce monde en quelques heures. Ce sont bien là des troubles céré-

(1) Voir le numéro précédent.

braux nés pendant l'existence d'un véritable rhumatisme et se rattachant à lui.

Mais il faut bien se garder de confondre ces cas avec d'autres qui sont une certaine forme de maladie dite rhumatisme, et dans lesquels les phénomènes cérébraux sont constants. Rappelez-vous ce commissionnaire, déchargeur de voitures, entré il y a trois mois, lequel disait avoir reçu un gros paquet de clous sur la face antérieure de la poitrine. Il accusait une douleur vive dans le côté droit, sans qu'il y eût trace de contusion extérieure. Dès le premier jour, il nous sembla qu'il y avait une fluctuation profonde derrière le grand pectoral ; nous ne retrouvâmes plus cette sensation le lendemain. Elle reparut le surlendemain ; puis les genoux se gonflèrent, ensuite les poignets, les épaules ; il survint de la mussitation, du tremblement des lèvres, de la carpologie. Et de l'examen de la situation, nous conclûmes à une arthrite suppurée par infection purulente, diagnostic qui se vérifia, car à l'autopsie nous trouvâmes une collection purulente énorme dans le côté gauche de la poitrine; pas de pus dans les articulations, mais une arthrite dans toutes celles qui avaient été prises de quelque chose qui ressemblait à du rhumatisme et qui n'en était pas, à proprement parler. Voilà donc une affection poly-articulaire qui se complique d'accidents cérébraux comme on en voit dans la scarlatine, dans la dothienentérie. En réalité, c'était une fièvre typhoïde. Des accidents de ce genre sont communs chez les femmes qui viennent d'accoucher, chez les individus qui ont subi de graves opérations et qui sont en proie à l'infection purulente. Chez eux, nous voyons survenir des lésions poly-arthritiques toujours accompagnées de délire. Ce sont des maladies de nature infectieuse, à accidents cérébraux, comme on en voit dans toutes les affections typhoïdes. Mais ce n'est pas du rhumatisme articulaire aigu ordinaire. Dans le rhumatisme, l'accident cérébral est l'exception, tandis que dans l'état typhoïde ou infectieux il est la règle.

Avant d'entrer dans la description des accidents et des formes du rhumatisme cérébral, nous voulons vous dire quels peuvent être les phénomènes prémonitoires capables de faire supposer qu'un rhumatisme articulaire va se compliquer de troubles cérébraux. Dans quelques cas, ces phénomènes manquent. Nous pouvons soutenir qu'ils ont manqué chez notre femme du n° 1. Elle se couche avec des douleurs vives dans une épaule, et le lendemain elle se réveille avec des accidents cérébraux graves. Notre homme du n° 16 reste dans de bonnes conditions nerveuses jusqu'à sept heures du soir. A ce moment, il est pris d'une obnubilation subite ; un quart d'heure après, le délire éclate, et un quart d'heure plus tard le malade meurt. Le phénomène prémonitoire, si l'on veut absolument en trouver un, a été ce trouble de la vue; nous l'acceptons d'autant plus volontiers, malgré sa brièveté, que dans certaines circonstances il a devancé d'un et même de deux jours l'invasion des accidents cérébraux. De même chez l'enfant qui a eu une scarlatine suivie de la maladie de Bright, on voit quelquefois survenir tout à coup un trouble de la vue qui annonce les phénomènes cérébraux, et se présente comme un augure fâcheux. Ainsi donc, libre à vous d'accepter comme phénomène prémonitoire cette obnubilation qui a précédé d'un quart d'heure seulement l'événement terminal.

On a encore cité l'inquiétude exagérée des malades comme un phénomène mental qui doit vous mettre en garde contre quelque catastrophe. En général, le rhumatisme articulaire aigu ne frappe pas les esprits et n'inspire aucune terreur à celui qui en est atteint.

Dans certains cas, il en est autrement. M. Vigla vient d'en observer deux dans lesquels, dès le début de l'affection rhumatique, les sujets exprimaient une terreur extraordinaire, et parlaient de leur fin prochaine dans des circonstances où d'habitude on n'en parle jamais. Les hallucinations préalables, la stupeur plus grande sans que le malade ait pris des médicaments stupéfiants, sont donc des phénomènes qui indiquent que la maladie va se compliquer.

M. Vigla et d'autres observateurs ont encore signalé l'extrême profusion des sueurs, et avec elles l'éruption corrélative de miliaire. Cependant il faut dire que l'extrême profusion des sueurs est chose assez commune dans le rhumatisme; il faut dire aussi que chez certains individus naturellement disposés aux sueurs, les maladies s'accompagnent souvent de ce phénomène et de miliaire. Chez notre malade du numéro 16, il n'y a jamais eu ces grandes sueurs.

Voilà donc d'un côté des cas graves sans sueurs, d'un autre côté des cas bénins avec des sueurs abondantes. Quant à la miliaire, elle n'est que la conséquence des sueurs excessives. C'est une éruption vésiculaire à base rouge, un exanthème sudoral que l'on voit très-souvent dans les maladies bénignes des enfants, même chez des enfants bien portants, dans les mois de juillet et d'août, et qui dépend tout simplement de l'abondance de la transpiration cutanée. Nous ne pouvons donc pas considérer la miliaire comme un prémonitoire grave.

Cette question des phénomènes précurseurs élucidée, voyons maintenant quelles sont les formes du rhumatisme cérébral.

On en a établi un certain nombre, qui sont : 1° l'apoplectique; 2° la délirante; 3° la méningitique; 4° M. Marotte a voulu faire accepter l'hydrocéphalique; puis 5° la convulsive; et enfin 6° nous avons ajouté la choréique à celles que l'on avait précédemment établies. Pour nous, toutes ces formes ne sont que des modes expressifs de l'état cérébral, et rien ne les justifierait assez complétement pour les conserver, si ce n'était le besoin de la description. Ces divisions ne nous paraissent donc bonnes qu'au point de vue scolastique, didactique; mais au point de vue clinique, elles se confondent les unes dans les autres, et sont l'expression variée de la même cause et le plus souvent de la même lésion anatomique. L'analogie confirme cette manière de voir.

Prenez une maladie déterminée, la dothiénentérie ou la scarlatine, par exemple; quelquefois elles conduisent à une stupeur profonde : dites-vous pour cela que c'est une dothiénentérie ou une scarlatine apoplectique ? Non.

D'autres fois, le malade est saisi d'accès furieux que l'on ne peut maintenir que dans la camisole de force ; ou bien ce sont des convulsions. Et, à cause de cela, admettez-vous une dothiénentérie délirante, une convulsive? Non encore ; vous faites rentrer tout cela dans les accidents cérébraux propres à la dothiénentérie, et vous vous gardez bien de créer des divisions.

Ainsi donc, dans le rhumatisme cérébral, vous pourrez bien avoir à observer toutes ces formes, toutes ces expressions de la souffrance encéphalique; mais vous vous bornerez à entendre que ces expressions variées résultent de la même modification survenue dans le centre nerveux, et qu'il n'y a lieu d'admettre tant et tant de formes avec des dénominations capables de faire penser que la lésion est particulière pour chacune d'elles. Mais réservons ces divisions pour l'enseignement, et puisqu'elles existent, servons-nous-en pour entrer plus avant dans l'étude de notre sujet.

Nous allons examiner et discuter l'une après l'autre ces six formes scolastiques du rhumatisme cérébral. Nous ne nous dissimulons pas que nous devons procéder à un travail difficile, à une inquisition qui sera parfois subtile ; mais nous ne pouvons faire autrement que de prendre les choses telles qu'elles sont, et nous vous prions de nous suivre avec une grande attention.

POTION CONTRE L'HÉMOPTYSIE BILIEUSE.

Par M. Beau, médecin de la Charité.

Une femme, avec des crachements de sang abondants, avait un goût de fiel dans la bouche et vomissait de la bile.

Obéissant aux préceptes de Stoll, M. Beau lui fit administrer immédiatement la potion suivante :

Poudre de racine d'ipéca	1 gramme.
Tartre stibié	0,1 décigr.
Eau.	150 grammes.

A prendre en 2 fois à dix minutes.

En associant ainsi le tartre stibié et l'ipéca, M. Beau est plus sûr du résultat qu'il poursuit, car certains malades sont réfractaires les uns à l'émétique, les autres à l'ipéca, de sorte qu'en donnant ces deux médicaments à la fois, il y en a un au moins qui produit son effet.

Ici, ajoute le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, cet effet ne laissa rien à désirer; la malade vomit en abondance des matières bilieuses, et le lendemain, il n'y avait plus de sang dans le crachoir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE (1).

Séance du 14 juin. — Présidence de M. Malgaigne, vice-président.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Gers, de Maine-et-Loire, des Hautes-Pyrénées, de la Seine-Inférieure et de Seine-et-Oise. (Commission des épidémies).

M. le ministre de l'instruction publique envoie un mémoire de M. Martenot de Cordoux, relatif à l'action du feu sur les cadavres comme un moyen certain de reconnaître la mort réelle. (Commissaire, M. Vernois.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Larrey fait hommage à l'Académie de plusieurs brochures qu'il vient de publier.

— M. Velpeau communique, au nom de M. Ollier, une observation suivie de réflexions, ayant trait à un cal difforme du bras, dans l'épaisseur duquel se trouvait enfermé le nerf radial. Le chirurgien a accompli une opération nouvelle qu'il avait conçue pour le cas particulier. Le cal a été mis à nu; une portion a été réséquée avec la gouge et le maillet, et le nerf radial a été mis en liberté. Le malade a guéri. M. Velpeau ajoute que ce fait est unique jusqu'ici dans la science. (Une commission sera prochainement nommée.)

— M. Gavarret présente, au nom de MM. Dechambre et Vulpian, une note *sur les bruits de souffle du cœur dans l'anémie et sur leur existence indépendante des lésions des orifices.*

RAPPORT.

M. Depaul, au nom de la commission de vaccine, soumet à l'approbation de l'Académie le projet d'une lettre adressée au ministre des travaux publics en réponse à deux dépêches du préfet du département des Basses-Pyrénées, par lesquelles ce fonctionnaire réclame contre les récompenses accordées par l'Académie aux médecins vaccinateurs de son département pendant l'année 1862.

Le projet de lettre maintient les décisions du rapport officiel de la commission de vaccine, et justifie, par des preuves, le choix qu'a fait l'Académie, notamment en ce qui concerne M. Houssolle. Il établit que l'Académie, en général, est plus compétente que l'administration, qui s'adresse du reste à elle à cet égard, pour juger la valeur des documents susceptibles d'être jugés dignes d'une récompense.

La rédaction de cette lettre est adoptée à l'unanimité.

(1) Dans la séance du 7 juin, M. Mélier a présenté au nom de M. le docteur Morel, médecin de l'asile de Saint-Yon, un travail imprimé sur le goître et le crétinisme. C'est, a dit M. Mélier, le meilleur travail qui ait été publié dans ces derniers temps sur cette question d'un si grand intérêt.

LECTURE.

Étude sur la digitaline. — M. J. Lefort donne lecture d'un travail intitulé *Études chimiques et toxicologiques sur la digitaline.* Voici les conclusions de ce travail :

1° En France, la médecine emploie deux espèces de digitaline possédant des propriétés physiques et chimiques notablement différentes, l'une dite allemande ou soluble, l'autre dite française ou insoluble.

2° La digitaline soluble se colore plus lentement et moins fortement en vert par l'acide chlorhydrique que la digitaline insoluble.

3° Le gaz chlorhydrique colore en vert foncé la digitaline insoluble et en brun foncé la digitaline soluble.

4° Ce même gaz acide développe avec la digitaline insoluble l'odeur spéciale de la poudre ou de la teinture alcoolique de digitale; avec la digitaline soluble, ce caractère est moins appréciable.

5° Au microscope, la digitaline soluble laisse apercevoir des vestiges de cristaux sans forme déterminée, et la digitaline insoluble un magma opaque d'aspect utriculaire représentant un mélange de deux substances au moins.

6° La digitaline soluble paraît être un produit mieux défini et plus pur que la digitaline insoluble.

7° Le principe qui se colore en vert par l'acide chlorhydrique paraît être indépendant de la digitaline elle-même, soit soluble, soit insoluble; il est sans doute volatil, et c'est le même qui donne à la digitale son odeur spéciale.

8° Les deux espèces de digitaline dissoutes dans l'eau et dans l'alcool, traversent les membranes colloïdales et peuvent être séparées par la voie dialytique des matières qui les renferment, naturellement ou accidentellement.

9° L'amertume de la digitaline soluble et de la digitaline insoluble, leur coloration par l'acide chlorhydrique et l'odeur de digitale qu'elles répandent par le gaz chlorhydrique, sont des caractères suffisants pour permettre d'affirmer leur présence dans les matières qui les contiennent en proportion un peu notable. (Commissaires, MM. Tardieu et Poggiale.)

Nouveaux instruments pour opérer l'embryotomie. — M. Mattei lit un travail sur de nouveaux instruments pour pratiquer l'embryotomie.

Après avoir jeté un coup d'œil historique sur l'embryotomie et les nombreux instruments qu'on a employés à cet usage, M. Mattei indique les inconvénients de ceux dont on se sert aujourd'hui et en présente de nouveaux.

Il résume son travail de la manière suivante :

1° Mes instruments permettent de perforer la tête avec un perce-crâne plus simple (fig. 1) que les trépans, les forets et les ciseaux;

2° Que, la tête une fois perforée, je détruis avec mon endotome (fig. 2) la base du crâne, qui est la partie la plus résistante, chose que ne font pas ou fort mal tous les instruments qu'on a employés jusqu'ici ;

3° Que la tête une fois ouverte et la base du crâne détruite, je saisis avec mon forceps modifié *ad hoc* (fig. 3) cette tête d'une manière bien plus solide qu'avec le céphalotribe ou tout autre instrument destiné à cet usage ;

4° Que pour diviser le cou, le tronc ou les membres, lorsque la chose est nécessaire, je n'ai pas besoin d'une foule d'instruments qu'on a proposés, plus compliqués ou dangereux les uns que les autres. Mon endotome me permet de faire ces opérations de la manière la plus prompte et la plus sûre. Cet instrument pourra même servir aux résections osseuses et à d'autres opérations chirurgicales ;

5° Que pour les cas où j'ai besoin d'un crochet pointu ou mousse (fig. 4), je le monte sur le manche du forceps, comme je le fais pour le perforateur. Enfin, pour le cas où j'ai besoin d'une pince, j'en ai fait faire une à branche séparable, comme le cranioclaste de M. Simpson, mais plus petite, pinçant bien du bout et nullement faite pour écraser les os;

6° Qu'avec ces instruments j'espère pouvoir effectuer l'embryotomie même dans les rétrécissements inférieurs à 5 centimètres et demi, ce qui est diminuer d'autant le champ funeste de l'opération césarienne;

7° Enfin que tout l'attirail instrumental de l'embryotomie se trouve ainsi réduit à cinq instruments qu'on peut placer dans une trousse longue de 32 centimètres et large de 12. (Commissaires : MM. Devilliers et Jacqmier.)

Du bassin considéré dans les races humaines. — M. le Dr Joulin lit un mémoire sur *le bassin considéré dans les races humaines*, dont voici les conclusions :

1° Les traits les plus importants qui ont été signalés comme caractérisant les races nègre et mongole n'existent pas.

2° Les différences légères qui s'observent sur le pelvis des trois races humaines n'ont rien de véritablement caractéristique. Elles apparaissent seulement lorsque la comparaison porte sur un certain nombre de sujets, mais elles ne sont pas assez tranchées pour qu'un bassin isolé leur emprunte une caractéristique évidente.

3° Les races mongole et nègre présentent dans la conformation du bassin une identité qui ne permet pas de les distinguer. Si donc, par l'examen du crâne, on doit diviser le genre homme en trois races principales, l'examen du pelvis ne fournit que deux groupes. Dans le premier, je place la race aryenne ou caucasienne; dans le second, la mongole et la nègre.

4° Dans toutes les races humaines, contrairement à ce qu'on a dit,

le diamètre transversal du détroit supérieur est plus grand que l'antéro-postérieur.

5° Dans le bassin de la négresse et de la Mongole le diamètre oblique du détroit supérieur ne diffère du transverse que de quelques millimètres. Chez l'Aryenne la différence est d'un centimètre et demi.

6° La verticalité des ilions est plus prononcée chez la Mongole et la négresse que chez l'aryenne.

7° Dans les races, la direction plus ou moins verticale des ilions ne concorde pas avec la forme du crâne, mais avec celle de la poitrine. Chez le nègre *dolichocéphale* et le Mongol *brachicéphale* les fosses iliaques ont la même direction, parce que la conformation thoracique est la même.

8° Dans les races mongolique et nègre, on peut presque toujours constater la transparence des fosses iliaques, mais elle est moindre en général que chez l'aryenne.

9° Le point le plus élevé de la crête iliaque est situé dans les trois races à sa partie moyenne.

10° Il n'est point exact de dire que dans la race nègre la crête iliaque atteigne constamment un point plus élevé des vertèbres lombaires que chez l'aryenne. Seulement les variations dans le degré d'élévation sont plus fréquentes et plus notables que chez cette dernière. Sous ce rapport comme sous tous les autres, la Mongole ressemble à la négresse.

11° Le bassin des races jaune et nègre a une capacité moindre que celui de la race blanche; il est moins profond, et l'arcade pubienne est plus large de quelques degrés.

12° Il n'existe aucune corrélation entre la forme de la tête et celle du pelvis. Les légères différences que j'ai signalées comme séparant le bassin de l'aryenne de celui des deux autres races et qui sont communes à ces dernières, le prouvent d'une manière évidente.

Ces conclusions sont basées sur l'examen et la notation de tous les diamètres de dix-sept bassins de négresses et neuf de Mongoles, qui sont consignés dans deux tableaux annexés au mémoire. (Commissaires : MM. Devillier et Jacquemier.)

Suite de la discussion sur les théories des bruits du cœur.

M. BOUILLAUD, avant de rentrer dans la discussion, dit que si M. Beau veut renoncer à prendre la parole, il descendra le premier de la tribune. (Dénégations de M. Beau.)

Peu d'hommes ont suivi M. Beau dans la voie où il s'est engagé; Valleix, MM. Hardy et Béhier sont les seuls qu'on peut compter; mais ils ne défendent pas la doctrine, peut-être même à l'heure qu'il est les deux derniers n'affirment plus, et M. Beau se trouve seul, seul contre tous.

Prenant plusieurs points de l'argumentation de M. Beau, l'orateur montre que, contrairement à ce qui a été dit par M. Beau, il a écrit que les oreillettes se contractaient, qu'elles ne jouaient pas un rôle purement passif. Il rappelle ensuite les expériences de MM. Chauveau et Marey. Du moment, dit-il, que, le cœur étant découvert, on le voit frapper la poitrine et se plisser en diminuant de volume; du moment que le sang s'échappe en jet du ventricule et de l'aorte à l'instant précis où le cœur se contracte et bat contre la poitrine; du moment que le battement de l'aorte correspond à la contraction du cœur et à son choc contre la poitrine, il n'y a pas d'hésitation possible. Dans le fait de la révolution du cœur, il n'y avait qu'à voir, et on a vu. La théorie de M. Beau était renversée du jour où ces phénomènes ont été constatés : est-il besoin d'ajouter que l'on n'a saisi aucune contraction sur l'oreillette, si ce n'est au niveau des auricules?

Passant en revue les raisons déduites des précédentes, qui controuvent l'opinion de M. Beau sur le choc du cœur correspondant à la diastole ventriculaire, sur le deuxième bruit qui serait dû à l'oreillette distendue par le sang lancé par les veines, M. Bouillaud montre que les veines n'ont pas une force suffisante, qu'elles ne se vident jamais, et qu'admettre une systole des veines est contraire à toutes nos connaissances physiologiques.

Invoquant ensuite les faits pathologiques pour juger les mouvements et les bruits du cœur, une thèse récente de M. Essarco, dit l'orateur, donne des arguments irrésistibles contre la théorie de M. Beau : des rétrécissements extrêmes de l'orifice auriculo-ventriculaire, laissant à peine passer le bec d'une plume, étaient accompagnés d'un choc violent de la pointe du cœur; si l'ondée sanguine lancée par l'oreillette était la cause du choc du cœur contre la poitrine, celui-ci eût dû être diminué par le fait du rétrécissement, et il était au contraire augmenté.

La théorie de M. Rouennet est vraie expérimentalement; Hope a démontré que le claquement valvulaire empêché, le bruit ne se produisait plus. Les faits donnent journellement raison à la théorie, et l'on s'explique bien les choses. Ainsi, le bruit de souffle dans l'insuffisance aortique est pour tous le retour du sang dans le ventricule, tandis que pour M. Beau il serait dû à deux diastoles successives. Dans l'insuffisance auriculo-ventriculaire, il y a reflux du sang dans l'oreillette, quelquefois pouls veineux : cela se conçoit avec la théorie de M. Rouennet; M. Beau est obligé d'admettre deux systoles successives.

M. Bouillaud reconnaît tout ce qu'il y avait de séduisant dans l'apparence fournie par le choc du cœur contre la poitrine; mais M. Beau n'a-t-il pas assisté aux expériences de M. Hiffelsheim, qui a ingénieusement rendu compte des faits en disant : Le cœur bat parce qu'il recule?

L'orateur termine en demandant la preuve de l'existence des sphincters aux orifices veineux des oreillettes.

Je ne sais quel prophète, dit en terminant M. Bouillaud, a annoncé que dans cinquante ans la théorie de M. Beau serait admise; mais j'ai peur que ce ne soit un oracle comme Calchas. Je ne suppose pas quels seront les anatomistes, les physiologistes et les pathologistes qui pourront accepter de telles interprétations. Je soupçonnerai plutôt qu'il arrivera un moment où les Académies, en présence de théories aussi étranges que celle dont nous nous occupons depuis si longtemps, les mettront au rang de la quadrature du cercle et du mouvement perpétuel, et que les corps savants, lorsqu'ils les verront apparaître, passeront à l'ordre du jour.

ADDITION A LA SÉANCE DU 7 JUIN 1864.

Sur la théorie du bruit du cœur.

(Extrait résumé du discours de M. Gavarret.)

M. GAVARRET. Vous avez entendu la réponse de M. Beau aux nombreuses et puissantes objections qui lui ont été adressées, a-t-il apporté de nouvelles preuves à l'appui de ses théories? Non; notre honorable collègue ne s'est pas écarté un seul instant de la voie qu'il a constamment suivie dans ses publications et ses lectures. Ce sont toujours les mêmes affirmations basées sur les mêmes hypothèses qu'il oppose invariablement aux résultats les plus positifs des expériences les mieux instituées, les plus démonstratives. Avec une constance digne d'une meilleure cause, il n'abandonne rien de ce qu'il a dit, écrit ou professé depuis trente ans sur la circulation intra-cardiaque et sur l'anatomie du cœur. Il nous sera facile de mettre en relief tout ce qu'il y a d'hypothétique, d'inadmissible, de contraire aux faits les mieux établis, dans les propositions fondamentales de sa théorie.

M. Beau est obligé d'admettre l'existence de six muscles sphincters *assez puissants* pour fermer exactement les deux veines caves et les quatre veines pulmonaires. Il faut d'abord fixer nettement le véritable sens des expressions et ne pas jouer sur les mots. Nous connaissons très-bien les fibres contractiles des parois des veines, des capillaires et des artères, et nous savons que ces fibres, en rétrécissant le calibre des vaisseaux, contribuent activement et utilement à entretenir le mouvement circulatoire; nous connaissons aussi les fibres musculaires disposées en anses autour des embouchures des veines caves et des veines pulmonaires, et capables de rétrécir leurs orifices. Il n'était pas nécessaire de remonter jusqu'à Gerdy pour prouver la réalité d'une disposition anatomique que personne ne conteste, et qui se trouve décrite dans les livres élémentaires dont nos élèves se servent à l'amphithéâtre. Si M. Beau avait lu plus attentivement les écrits de Gerdy, il n'aurait peut-être pas si complaisamment invoqué son autorité; il se serait certainement aperçu que, d'accord en ce point avec tous les anatomistes et tous les physiologistes, Gerdy nie complétement l'occlusion des veines pendant la systole de l'oreillette.

« Le sang redresse les vestiges impuissants de la valvule d'Eustache, et se partage en trois portions : l'une récurrente, l'autre progressive, l'autre intermédiaire. La récurrente reflue péniblement dans les veines caves, surtout dans la supérieure, et y produit le mouvement rétrograde décrit ci-dessus. »

Ainsi donc, même en admettant l'autorité de Gerdy, nous restons en droit de dire à M. Beau : Votre occlusion complète des veines qui débouchent dans les oreillettes est une hypothèse gratuite. Après comme avant cette discussion, votre position reste la même; nous vous mettons en demeure de nous fournir la preuve de l'existence de ces sphincters assez puissants pour fermer hermétiquement les orifices auriculaires des grosses veines.

Plus énergiquement que jamais, M. Beau affirme que le sang ne passe de l'oreillette dans le ventricule que par et pendant la systole de l'oreillette. Les parois du ventricule ont beau être molles et relâchées, le sang a beau s'accumuler dans l'oreillette et presser sur l'orifice auriculo-ventriculaire, la valvule ne cède pas. « Le ventricule forme, dit M. Beau, une masse de chair compacte qui sert de plancher résistant à la cavité de l'oreillette, jusqu'à ce que l'oreillette, se contractant, ouvre par l'action de ses fibres verticales l'orifice auriculo-ventriculaire. » Mais ce plancher résistant ne peut, en définitive, opposer que la résistance qui appartient à un muscle, que M. Beau qualifie lui-même de *mou* et *relâché!* Et je le demande toujours à M. Beau, comment, avec cette résistance d'un muscle mou et relâché, fait-il équilibre à une pression de 200 grammes au moment du choc de l'ondée sanguine, et qui s'élève bientôt à 425 grammes? — Nous avons beau dire avec tous ceux (et ils sont nombreux) qui ont assisté aux expériences de M. Chauveau : Pendant la diastole auriculaire, alors que le ventricule est en relâchement, le doigt sent la valvule fuir et démasquer l'orifice auriculo-ventriculaire. Non! répond intrépidement M. Beau : « Il est très-vrai que le doigt introduit dans l'intérieur du cœur se sent pressé par la valvule auriculo-ventriculaire pendant la systole, mais cette pression ne cesse pas pendant le temps de repos. » Quand il a écrit cette phrase, M. Beau s'est-il rappelé que si pendant la systole ventriculaire la valvule presse le doigt introduit dans l'oreillette, c'est parce qu'elle fait hernie dans la cavité auriculaire? A-t-il bien compris que si la pression de la valvule continue, malgré le relâchement du ventricule, d'après lui vide de sang, il faut que les parois ventriculaires fassent elles-mêmes hernie dans la cavité auriculaire pour maintenir la valvule dans sa forme convexe du côté de l'oreillette?

Enfin, M. Beau persiste à déplacer le centre circulatoire et à le transporter du ventricule dans l'oreillette. J'ai écouté avec grande attention les raisons qu'il a données à l'appui de cette opinion inattendue. Je ne puis pas croire que, dans une Académie de médecine, ces raisons paraissent suffisantes pour justifier la subordination de la fonction du ventricule à celle de l'oreillette?

Je lis dans un premier passage de sa réponse :

« Mais, dit M. Gavarret, je vois que, même d'après vos expériences, le ventricule est noté par vous comme relâché dans l'état de repos. »

Et là-dessus M. Beau explique longuement la différence qu'il y a entre un ventricule relâché et un ventricule en diastole, c'est-à-dire distendu. Je sais parfaitement qu'un muscle d'abord contracté peut rester raccourci pendant son relâchement, aussi n'ai-je rien dit de ce que me prête gratuitement notre honorable collègue. Mais je sais aussi que lorsqu'un muscle est relâché, la moindre traction suffit pour l'allonger, et voilà pourquoi je me suis refusé et je me refuse encore, quoi qu'en dise M. Beau, à reconnaître à un ventricule relâché la puissance de résister, sans se dilater, à une pression de 425 grammes.

M. Beau dit que l'oreillette et le ventricule ont à peu près la même épaisseur et la même force. Me rappelant que, d'après les mesures si exactes de M. Bouillaud et de M. Marey, l'épaisseur de l'oreillette n'est que le tiers de celle du ventricule, et la force de contraction auriculaire n'est que le dixième de la force de contraction ventriculaire, je me suis cru et je me crois encore le droit de demander à M. Beau par quelle série d'illusions il a pu être amené à considérer comme à peu près égales des quantités qui sont dans les rapports de un à trois et de un à dix.

Dans un troisième passage de sa réponse, M. Beau me fait dire « que le pouls est en état de synchronisme parfait avec le premier bruit et le choc précordial. » D'abord, il me sera permis de faire observer que, dans le paragraphe incriminé, il n'est fait aucune mention du choc. Or, que disais-je dans ce passage? Je rappelais qu'au lit du malade, dans les salles de clinique, on prend toujours pour premier bruit celui qui coïncide avec le pouls carotidien. Ce que j'ai dit, je le soutiens encore, et sans crainte d'être démenti par personne. Oui, cliniquement, il y a coïncidence entre le premier bruit du cœur et le pouls carotidien. Quant au synchronisme parfait dont parle M. Beau, c'est une expression dont je ne me suis jamais servi en pareille matière, parce que je sais que ce synchronisme n'existe pas. Je n'ai pas oublié que j'ai vérifié avec le cardiographe, et que j'ai écrit dans mon rapport que, même dans l'aorte ascendante, le pouls artériel est en retard de près d'un dixième de seconde sur le début de la systole ventriculaire.

Frappé des scrupules exprimés par M. Beau au sujet des modifications successives du cardiographe, nous avons fait tous nos efforts pour rassurer sa conscience alarmée. Nous lui avons montré comment MM. Chauveau et Marey, éclairés par l'expérience elle-même sur les imperfections de leurs appareils, sont parvenus, après beaucoup d'essais et de tâtonnements, à construire un cardiographe qui permet de reproduire dans ses plus petits détails le tableau complet des mouvements de l'organe central de la circulation. Nous lui avons prouvé que, loin de se contredire dans leurs indications, les trois tracés successivement publiés ne font réellement que se compléter les uns les autres. Nos efforts ont été superflus; M. Beau ne peut pas se familiariser avec l'idée, bien simple pourtant, de reconnaître à ses adversaires le droit de perfectionner leur procédé expérimental. S'il s'agissait d'une œuvre d'art, je comprendrais cette préférence pour un premier jet. Mais nous sommes ici sur le terrain de la science; et, en matière d'instruments de précision, une pareille manière de raisonner ne saurait être acceptée.

Il faut que l'idée de perfectionnement répugne singulièrement à notre honorable collègue pour qu'il ait pu dire que la sensibilité de l'instrument a été modifiée dans un but précis qui a été atteint; que ce but ayant été inspiré par une idée ou une influence théorique, cette influence théorique peut très-bien être une illusion. Mais comment M. Beau ne voit-il pas qu'une simple modification de sensibilité ayant permis d'atteindre le but qu'on se proposait, cela prouve évidemment qu'il n'y avait d'illusion ni dans le but cherché ni dans l'idée théorique qui a pu l'inspirer?

M. Beau considère donc comme illégitime, et par conséquent comme dangereux, tout perfectionnement obtenu dans un but précis, ce qui revient en définitive à condamner l'art expérimental à l'immobilité absolue.

Maintenant que les opinions de notre honorable collègue en matière de perfectionnement nous sont enfin connues, nous nous garderons bien de revenir sur la discussion du second et du troisième tracé. A quoi bon? Notre adversaire ne manquerait certainement pas de nous dire : Ces tracés sont sans aucune valeur, puisqu'ils ont été fournis par des appareils modifiés dans un but précis qui a été atteint. — Nous nous contenterons de dire ici que nous maintenons invariablement tout ce que nous avons dit de ces tracés dans la séance du 10 mai, parce que nos convictions n'ont nullement été ébranlées par les réponses que M. Beau a essayé de nous faire dans sa dernière communication, et nous passerons immédiatement au premier tracé. Tout incomplet qu'il est, ce tracé nous suffira amplement pour mettre en évidence le peu de solidité des théories physiologiques que nous combattons.....

M. Beau a admis que la pression intra-auriculaire éprouve une brusque diminution pendant la seconde moitié de la systole de l'oreillette. Il nous donna de cette assertion une explication empruntée à l'hydrodynamique. J'essayai de lui faire comprendre que cette explication était en contradiction flagrante avec les principes élémentaires de l'hydrodynamique. Je ne crois pas me tromper en ajoutant que ma démonstration fut acceptée comme complète par tout le monde. M. Beau n'en persiste pas moins dans son opinion première; mais il m'est impossible de ne pas regretter que notre honorable collègue ne nous ait pas dit plus catégoriquement s'il continue à admettre ou s'il abandonne sa théorie de l'invariabilité de la forme ovoïde de l'ondée sanguine. Il aurait été intéressant de savoir s'il pense encore que la force du retrait systolique de l'oreillette doit varier suivant les divers diamètres de l'ondée qui se présentent à l'orifice auriculo-ventriculaire.

(Ici l'orateur réfute de nouveau, à l'aide de l'interprétation du premier tracé cardiographique, cette opinion soutenue depuis trente ans par M. Beau.)

Passons aux bruits du cœur. Dans la séance du 10 mai, j'ai prouvé à M. Beau que le synchronisme des deux bruits du cœur est la conséquence forcée, inévitable, de sa théorie des bruits cardiaques et de son interprétation du premier tracé. Dans sa dernière lecture, il a fait de vains efforts pour échapper à cet argument; il a même fait imprimer dans ce but un premier tracé original orné de trois signes musicaux, une *noire* pour chacun des deux bruits, et un *soupir* pour le silence unique de sa théorie. Nous lui répondons à ce sujet : Cette figure ne représente pas exactement votre théorie des bruits cardiaques; les *noires* et le *soupir* n'y occupent pas les places réservées à ces deux bruits et au silence dans cette théorie que vous défendez depuis trente ans.

En résumé : 1° D'après son interprétation du premier tracé, M. Beau se trouve forcé d'admettre que le début de la diastole auriculaire ne coïncide ni vers la fin de la systole ventriculaire, comme le veut sa théorie, ni avec le commencement de la systole ventriculaire, comme il l'adopte maintenant, et comme le veut la théorie orthodoxe, mais qu'il se produit en pleine diastole ventriculaire.

2° De la combinaison de la véritable théorie de M. Beau et de l'interprétation de son premier tracé il résulte incontestablement que les deux bruits du cœur se superposent et arrivent en même temps à l'oreille de l'observateur.

Je m'en rapporte avec confiance au jugement de l'Académie et de M. Beau lui-même pour savoir ce qu'il faut penser de doctrines et d'interprétations qui aboutissent forcément à de telles conclusions.

Dans sa dernière lecture, M. Beau nous a dit : « Je ne suis pas allé de ma théorie à ces faits, mais de ces faits à la théorie. » C'est une thèse qu'il affectionne particulièrement, et sur laquelle il revient avec complaisance. Voyons donc si, dans ses théories physiologiques, il s'est conformé aussi strictement qu'il le dit aux principes fondamentaux de la méthode expérimentale. Pour M. Beau, il n'entre de sang dans le ventricule que par et pendant la systole auriculaire, et, pendant cette systole, toute communication est interrompue entre la cavité de l'oreillette et les veines qui s'y rendent. C'est donc un dogme fondamental de la théorie de M. Beau, que la capacité de l'oreillette est au moins égale à celle du ventricule correspondant, puisque le sang

qui remplit l'oreillette suffit pour remplir le ventricule et le porter à son maximum de distension. L'égalité de capacité de l'oreillette et du ventricule correspondant est une question de fait qui vaut la peine d'être vérifiée. M. Beau s'est-il un instant préoccupé de cette importante question ? Nullement. Cette égalité de capacité était nécessaire à sa théorie ; avec cette intrépidité que rien n'arrête, il l'a affirmée dans son *Traité d'auscultation*. Les scrupules qui ne sont pas venus à M. Beau, d'autres les ont eus et les ont même hautement proclamés il y a plusieurs années à la Société biologique.

Cette vérification que M. Beau aurait dû tenter a été faite par M. Hiffelsheim, son ancien contradicteur de la Société biologique, et notre savant collègue M. Robin. Ils ont constaté que la capacité de l'oreillette droite n'est, en nombres ronds, que les deux tiers de la capacité du ventricule droit.

Laissons à M. Beau le soin de nous expliquer comment, avec les 128 centimètres cubes de sang que contient l'oreillette droite distendue, il peut remplir et distendre le ventricule droit, dont la capacité est de 181 centimètres cubes.

M. Beau se fera peut-être une arme de nos paroles ; nous n'en dirons pas moins avec M. Marey et sans faire violence à notre conscience : Cette théorie que nous combattons est simple et logiquement déduite. Puisque M. Beau n'a pas voulu comprendre le véritable sens de cette phrase polie, mais fort transparente, sous laquelle un élève a cru devoir voiler une critique amère des doctrines d'un ancien maître, nous allons la compléter ; nous en avons acquis le droit. Oui, cette théorie est logiquement déduite, mais elle est déduite de prémisses fausses, de pures hypothèses en contradiction avec les faits les mieux établis. Les trois principes fondamentaux de cette théorie sont, en effet : *l'occlusion complète des veines pendant la systole auriculaire ; — l'occlusion complète de l'orifice auriculo-ventriculaire pendant la diastole auriculaire ; — l'égalité de capacité des cavités auriculaire et ventriculaire correspondantes.* — Or, nous l'avons démontré, ces trois prétendus principes sont des hypothèses gratuites et sans fondement. Y a-t-il lieu de s'étonner maintenant si plus M. Beau s'est montré serré et rigoureux dans ses raisonnements, plus ses conclusions se sont fatalement trouvées entachées d'erreur ?

Cependant notre honorable collègue est de bonne foi ; vous avez, comme moi, admiré la vigueur, le talent et la conviction profonde avec lesquels il a défendu ses doctrines. Comment un esprit si distingué a-t-il pu être ainsi et si loin entraîné sur cette pente glissante de l'erreur ? Il suffit de lire attentivement ses publications et ses travaux pour s'en rendre compte. M. Beau a beaucoup cherché, beaucoup vu, beaucoup travaillé ; mais c'est surtout sur les animaux inférieurs (grenouille, tortue, anguille) qu'ont porté ses expériences et ses vivisections. Chez les grenouilles, il a revu tout ce que longtemps avant lui Harvey et Haller avaient si bien constaté. Il a montré de plus que, chez les anguilles et chez les tortues, les choses se passent comme chez les batraciens. Mais il a, sans examen assez approfondi, conclu de la grenouille au mammifère. Je suis de ceux qui pensent que la physiologie de l'homme peut, en beaucoup de circonstances, être éclairée par les expériences faites sur des animaux inférieurs, mais à la condition de ne jamais comparer que des phénomènes accomplis dans des circonstances semblables.

Ainsi, prenons un exemple bien connu. Chez la grenouille, comme chez l'homme, l'air entre dans le poumon ; les phénomènes physico-chimiques de la respiration sont les mêmes : le physiologiste conclut logiquement de la grenouille à l'homme. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit des phénomènes mécaniques, qui dépendent surtout des conditions très-différentes créées par la conformation des parois thoraciques. La grenouille déglutit l'air ; chez l'homme, le thorax fait fonction de soufflet, et l'air pénètre dans la cavité pulmonaire par un simple mouvement d'aspiration.

Ce que nous venons de dire de la respiration s'applique rigoureusement à la circulation intra-cardiaque. Chez la grenouille, comme chez l'homme, la diastole auriculaire commence avant la diastole ventriculaire, et la systole de l'oreillette précède la systole du ventricule ; ces phénomènes sont subordonnés à des conditions intrinsèques de composition du cœur, assez semblables pour que la conclusion de l'animal inférieur à l'homme lui-même soit logique ; mais là s'arrête toute comparaison légitime. Pour pénétrer plus avant dans le mécanisme intime de la circulation intra-cardiaque, il faut nécessairement tenir compte de l'intervention des conditions extrinsèques. Et qui ne serait pas frappé de l'énorme différence de ces conditions extrinsèques !

Chez la grenouille, la circulation tout entière s'accomplit dans un plan horizontal ; il n'y a pas de colonne sanguine pressant de tout son poids sur les orifices cardiaques des veines et des artères ; le ventricule n'a pas de colonne sanguine à soulever, et n'a à vaincre que la faible résistance des capillaires ; les veines-caves jouissent d'une contractilité extrêmement remarquable. Aussi le sang, en passant des veines dans les oreillettes, des oreillettes dans le ventricule et du ventricule dans les artères, obéit à un véritable mouvement péristaltique qu'Harvey a très-heureusement comparé au cheminement du bol alimentaire dans l'œsophage. En raison de toutes ces circonstances, on peut voir chez ces animaux l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire persister pendant la diastole des oreillettes, et les veines rester fermées pendant la systole auriculaire.

Chez l'homme, au contraire, le sang veineux presse sur l'orifice de la veine-cave supérieure de toute la hauteur de la colonne sanguine comprise entre l'embouchure de cette veine et les sinus de la dure-mère, et tend à retomber par son propre poids dans l'oreillette ; la contractilité des veines-caves est rudimentaire, presque négligeable, et les mouvements d'aspiration des parois thoraciques facilitent l'afflux du sang veineux vers l'oreillette. Il résulte de ces circonstances que jamais la communication ne peut être interceptée entre la cavité auriculaire et les veines qui s'y rendent, et que l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire cesse nécessairement avec la systole du ventricule. D'un autre côté, le ventricule, qui a à soulever des colonnes sanguines considérables pour faire passer le sang dans les artères et à vaincre la résistance des capillaires, prend nécessairement une prédominance d'action énorme sur l'oreillette, qui n'a d'autre fonction que de compléter la diastole ventriculaire.

Messieurs, il en est des assises de l'intelligence comme des assises judiciaires. Il arrive un moment où tout a été dit de part et d'autre, où toutes les pièces du procès sont entre les mains des juges. Cette discussion ne pourrait être continuée avec fruit qu'à la condition d'être portée sur le terrain pathologique ; nous devons laisser à des voix plus autorisées que la nôtre la mission d'envisager la question de ce point de vue. Notre tâche est achevée ; nous quittons aujourd'hui, pour n'y plus rentrer, ces débats que nous n'avons pas provoqués. A vous, messieurs, de nous dire, dans votre conscience et dans votre impartialité, laquelle des deux théories en présence est frappée, frappée à mort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 4 juin 1864, M. Roger, vétérinaire en 1er, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été nommés médecins inspecteurs des eaux minérales de :

Saint-Gervais (Savoie), M. le docteur Billout, médecin consultant à Luxeuil, en remplacement de M. le docteur Payen, démissionnaire.

Chaudesaigues (Cantal), M. le docteur Bremont, en remplacement de M. le docteur Chevallier, démissionnaire.

Ax (Ariége), M. le docteur Aufhan, médecin inspecteur à Euzet (Gard), en remplacement de M. le docteur Alibert, démissionnaire.

Royat (Puy-de-Dôme), M. le docteur Basset, médecin de Saint-Nectaire, en remplacement de M. le docteur Allard, décédé.

— M. le docteur de Renzi, professeur de clinique chirurgicale à Naples, vient de mourir subitement. Ce savant distingué était l'auteur d'un des ouvrages italiens les plus remarquables sur la chirurgie.

— M. le docteur Buron, qui avait acquis aux eaux thermales de Cauterets, comme médecin consultant, une position importante, vient de succomber près de Tarbes, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

— On demande pour Bone (Algérie) un médecin de colonisation. Le traitement est de 4,000 fr.

— M. le docteur Collongues consacrera tous les dimanches une conférence d'une heure, de trois à quatre, à la démonstration de sa méthode d'auscultation artificielle ou de *pneumoscopie*, pour les élèves en médecine. Ces conférences auront lieu à son domicile, Grande rue de Passy, 72.

Erratum. — Dans l'article sur l'acide phénique, à la troisième page de notre dernier numéro, deux lignes répétées ont produit une confusion que nos lecteurs auront réparée dans leur esprit, en supprimant les deuxième et troisième lignes de l'avant-dernier alinéa.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Faits et raisonnements établissant la véritable théorie des mouvements et des bruits du cœur, par le docteur Essarco. Grand in-8°. Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Collection de mémoires sur une fonction méconnue du pancréas (la digestion des aliments azotés), par le docteur Lucien Corvisart. In-8° de x-232 pages. Prix : 4 fr. 50. — Paris, Victor Masson et fils.

Étude sur les kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie, par le docteur Herrera Vegas. Un vol. in-4°, avec planches. Prix : 4 fr. — Paris, 1864, chez Louis Leclerc, libr.-éditeur.

Des fractures en V au point de vue de leur gravité et de leur traitement, par M. Bérenger-Feraud, docteur en médecine et en chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur, etc. In-8° avec figures. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1864, Adrien Delahaye.

De l'hématocèle utérine, par le docteur Duncan, médecin de l'infirmerie royale d'Edimbourg ; traduit par le docteur Verrier, professeur particulier d'accouchements. In-8°. Prix : 1 fr. 25 *franco*. — Paris, 1864, Adrien Delahaye.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 71. — SAMEDI 18 JUIN 1864. (37e ANNÉE.) N° 71. — SAMEDI 18 JUIN 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des trichines.

L'histoire des trichines était autrefois reléguée au nombre des curiosités pathologiques bonnes à défrayer les loisirs des gens de science; mais les observations de maladie des trichines (*trichiniasis*) se sont multipliées, surtout dans ces deux dernières années; elles ont ému, inquiété les populations au sein desquelles cette maladie apparaissait avec une fréquence inusitée.

Il ne s'agit plus, en effet, comme pour la plupart des vers intestinaux, d'un incident incommode ou répugnant, mais d'une affection à marche rapide, accompagnée de symptômes douloureux et que la mort vient le plus souvent terminer. Il y a là une question d'actualité dont le corps médical s'est ému à bon droit; et quoique dans nos pays on ait rarement l'occasion d'observer des trichines, comme il se peut faire qu'à un moment donné cette maladie, sujette à revêtir en quelque sorte la forme épidémique, vienne à sévir parmi nous, il importe que le médecin ne reste pas désarmé et qu'il connaisse bien la maladie avant d'avoir à la combattre.

Nous ferons à ce sujet quelques remarques historiques, et pour rester dans le côté pratique de la question, nous insisterons avec grands détails sur les symptômes de la maladie des trichines et sur l'importance de cette question au point de vue de l'hygiène publique et de l'alimentation. Ce ne sera donc ni une revue critique ni même un résumé de doctrines, mais l'exposé pur et simple de l'état de la science à ce sujet.

Nous emprunterons une partie de ce qui va suivre à deux excellentes Revues critiques que M. Lasègue a fait paraître dans les numéros de décembre 1862 et avril 1864 des *Archives générales de médecine*. Ce travail présente, avec des développements que nous ne pourrions lui donner ici, tout ce qui a été écrit ou publié d'intéressant sur cette question en France ou à l'étranger. Les faits, les opinions des auteurs, sont exposés et commentés avec cette clarté d'exposition et cet esprit de judicieuse critique qui distingue au plus haut degré le savant rédacteur des *Archives*.

L'histoire des trichines est de date récente. Une note lue par le docteur Hilton à la Société médico-chirurgicale de Londres, le 22 janvier 1833, en fait pour la première fois mention; il n'y avait là, suivant l'auteur, qu'une *apparence des muscles due à la présence de petits cysticerques*.

C'est à Owen que revient l'honneur de la découverte des trichines : Paget, alors étudiant à l'hôpital Saint-Barthélemy, avait eu plusieurs fois occasion de remarquer des muscles remplis de trichines, et il appela sur ce fait l'attention de son maître. Le mémoire d'Owen est un modèle d'exactitude; mais son travail est celui d'un naturaliste, et il ne donne que de très-courtes indications sur les malades où il avait observé ces singuliers entozoaires.

Quelques autres faits ont été rapportés par Farre, Wood (1834). Pendant plus de quinze ans, on n'entendit point parler des trichines, jusqu'à l'époque où parut la monographie de Luschka (1851), publiée dans le journal de Siebold. Henle (1855) en recueillit également une observation. Ces deux travaux, très-complets au point de vue de l'histoire naturelle de l'entozoaire, ne donnent que des détails insignifiants sur les maladies qui en sont la conséquence immédiate.

La question en était là, lorsque parurent, après le mémoire Bustow et Raincy, les travaux de Virchow, Jenker, Leuckart, Kuchenmeister. Ces travaux eurent surtout pour but de déterminer de quels entozoaires la trichine était une phase de développement. Cette partie de l'histoire naturelle a été très-bien traitée dans le livre *Des entozoaires* de M. Davenne et dans le récent ouvrage de Leuckart.

Cette histoire du développement des trichines est, non-seulement au point de vue de l'histoire naturelle, mais encore à celui de la pathologie, d'une grande importance. Nous allons donner d'abord une très-courte description du *trichina spiralis*.

La trichine est renfermée dans un kyste de forme ronde ou ovalaire, inséré entre les fibres primitives du muscle; il est grisâtre, sinon blanc, opaque, et son opacité est due à des dépôts calcaires; malgré ces incrustations de chaux, l'animal reste vivant dans l'intérieur du kyste qui le renferme. Les parois de ce kyste paraissent homogènes; elles sont formées de fibres allongées fusiformes, assez analogues aux corpuscules du cartilage. La membrane interne qui revêt le kyste est de nature épithéliale; et ce n'est pas là un fait sans importance, car on en peut conclure que le kyste tout entier est un produit de nouvelle formation appartenant à l'organisme humain.

Le ver, semi-transparent, filiforme, atténué à son extrémité antérieure, enroulé en spirale flexueuse, présente un tégument distinct finement strié, un orifice buccal et anal, et, allant de l'un à l'autre, un canal alimentaire distinct, et en arrière s'ouvrent à l'anus des organes reproducteurs mal définis.

Quant à l'origine des trichines, elle a été controversée. Meissner les considère comme des larves de trichosoma; Kuchenmeister et van Beneden comme des larves du trichocéphalus dispar. Cette question ne pouvait être résolue que par des expériences en nourrissant des animaux avec des trichines. Leuckart et Virchow y parvinrent, et voici en peu de mots l'histoire de leur découverte, qui a fixé la science sur ce sujet :

Le *trichina spiralis* est la première phase de développement d'un nématoïde filiforme, auquel on doit garder le nom générique de trichine, qui à l'état adulte habite le canal intestinal de certains mammifères et même de l'homme. Les œufs se développent dans les organes génitaux de la mère, et les petits, à peine nés, percent les parois de l'intestin, pénètrent dans les muscles et s'y enkystent.

La trichine est transmise à l'homme par l'usage de la viande de porc, et les observations se sont multipliées à tel point qu'elles ont pris la forme épidémique : à Plauen, en 1862, on compta 30 malades; dans les épidémies de Leipsick, Magdebourg, Calbe, sur 38 malades, 8 succombèrent; l'épidémie de Hettsted, qui n'a point encore été relatée, a fait près de trente victimes (janvier 1864). Les villes qui réunissent les conditions les plus favorables à l'explosion de la maladie sont celles où l'usage de la charcuterie est très-répandu, et où la viande crue de porc entre pour une très-large part dans l'alimentation publique.

Voici quels sont en résumé les caractères auxquels peut se reconnaître la maladie des trichines : suivant pas à pas la description de Virchow, comme lui nous distinguerons deux stades, deux formes, deux degrés différents.

Tant que le trichine est dans l'intestin, il donne lieu tout au plus à un peu d'entérite, à de la diarrhée.

Quand, dans le second stade, il chemine dans l'intestin, il peut causer de la fièvre, du malaise. Mais lorsque les vers parviennent aux muscles, ils produisent alors de graves désordres. Les irritations qu'ils déterminent partout amènent l'œdème, qui d'abord occupe la face et de là descend aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs.

Les muscles sont roides, douloureux, difficiles à mouvoir, surtout à étendre; et suivant qu'ils occupent tel ou tel groupe de muscles, le trichiniasis provoque des désordres fonctionnels variables : dyspnée (muscles respiratoires); dysphagie (muscles du pharynx); raucité de la voix (muscles du larynx), etc.

Les douleurs musculaires sont extrêmement vives, et le moindre mouvement exaspère ces douleurs. La fièvre survient avec des symptômes typhoïdes, accompagnée de sueurs profuses, de faiblesse et d'amaigrissement.

On a noté également des congestions pulmonaires, suivies de pneumonies hypostatiques, des épanchements dans la plèvre et les diverses manifestations de l'infection purulente.

La mort, qui peut survenir après cinq ou six jours, a lieu le plus souvent entre la troisième et la quatrième semaine; elle paraît causée par une consomption progressive et fébrile.

Il est évident, en parcourant la description que nous venons de donner, que la maladie des trichines est d'un diagnostic extrêmement difficile; et on conçoit qu'elle ait dû passer autrefois inaperçue, tant il était facile de la confondre avec les fièvres typhoïdes à forme putride, et l'erreur serait encore facilement commise.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

Salies de Béarn, par M. le docteur DE LARROQUE DE COUSTATÉ (1).

Vers la fin du onzième siècle, des chasseurs poursuivant un sanglier découvrirent une mare d'eau salée alimentée par une source qui cheminait dans des canaux souterrains. Des tentatives d'exploitation dirigées d'abord par un habitant de la contrée, perfectionnées ensuite par un industriel venu de Rome, attirèrent autour de cette mare un certain nombre d'ouvriers dont les habitations formèrent le noyau primitif de la ville connue aujourd'hui sous le nom de *Salies de Béarn* (la ville du sel).

Les produits fournis par la source de Salies ne sont point exclusivement destinés au commerce; depuis quelques années déjà, ses eaux mères, chlorurées sodiques et bromo-iodurées, sont affectées à la balnéation thérapeutique. L'analyse qui en a été faite par MM. Mialhe, Figuier, Reveil, Henry et Filhol, les range dans le groupe minéral le plus riche qui existe en Europe.

Pourquoi, disent MM. Trousseau et Pidoux, dans toutes les localités où l'on fabrique le sel marin, ne met-on pas les eaux mères à la disposition des médecins? Ceux-ci en tireraient certainement un parti avantageux dans le traitement de quelques états morbides d'une nature spéciale. Jusqu'à présent, ce mode de balnéation n'est guère usité qu'à Salins et au Croisic, on pourrait l'établir pareillement à Montmort, Arbonne, Dieuze, sur nos côtes de la Méditerranée et de l'Océan. En attendant, Salies arrive très à propos pour exonérer la France d'une partie du tribut qu'elle paye à Wiesbaden, Hombourg, Kreuznach et Nauheim. Riche autant et plus même que ses congénères, Salies est réservée à une grande prospérité dès qu'elle aura acquis une notoriété suffisante.

Cette station naissante a pour répondants des hommes sérieux, et qui n'ont point coutume d'accorder leur adhésion aux choses dépourvues d'utilité réelle.

Après avoir été honorablement citée par MM. Trousseau et Durand-Fardel, la source de Salies est devenue pour M. de Larroque l'occasion d'études et d'un livre dont les formes se revêtent d'élégance, sur un fond d'exactitude et de sincérité. En m'exprimant de la sorte, je ne me mets pas à la remorque de ceux qui ont déjà rendu publiquement compte de cet ouvrage; je joins spontanément un suffrage d'estime à ceux que l'auteur a recueillis. Ce qui me plaît et m'attire surtout dans ce livre, c'est le ton sur lequel il est écrit : pas un mot, pas une illusion à en faire déloger; tout y est de la plus louable franchise.

Dire juste et vrai, ne point suggérer au lecteur de regrettables entraînements, tels sont les principes que M. de Larroque a adoptés dans la méthode d'exposition qu'il a suivie. S'agit-il du séjour de Salies, il nous le représente sans déguisement, dans sa rustique beauté, en indiquant toutefois les perfectionnements que l'art pourra y ajouter. S'agit-il des propriétés médicinales de la source? bien qu'elles ne soient connues encore que par des observations un peu abruptes, il en démêle très-bien et en signale avec impartialité les avantages et les dangers.

Salies a donc ses contre-indications formelles; l'auteur donne un bon exemple en les faisant connaître. Ce n'est pas là un mince mérite, suivant M. le docteur Lahillonne, car, dit-il dans le *Monde thermal*, « ce qui est important, c'est d'arriver à préciser la valeur thérapeutique d'une eau minérale, et cette valeur sera d'autant plus grande qu'elle s'adressera à un nombre plus restreint de maladies. » On ne saurait mieux dire, ni plus justement et en moins de mots.

Que ces paroles servent de frein et de programme à tous ceux qui mettent la science au service de la spéculation, qu'ils cessent de se gonfler outre mesure et sans raison, de mettre à tout propos la main au feu pour affirmer l'excellence incomparable des sources qu'ils patronnent. Outre qu'il n'est pas strictement honnête, ce procédé est bien usé; on n'accepte guère aujourd'hui de pareilles exagérations; on ne croit plus aux panacées.

M. de Larroque, guidé par son expérience personnelle, signale les eaux de Salies comme douées d'une efficacité spéciale contre les altérations du sang, contre les affections qui relèvent du lymphatisme et de la diathèse scrofuleuse, mais sous la réserve expresse que ces affections n'auront point été précédées d'herpétisme héréditaire ou constitutionnel. Il attend prudemment que des faits nombreux lui permettent de recommander, autrement que par analogie, l'usage de ces eaux contre le rhumatisme sous toutes ses formes, la goutte vague, l'arthrite chronique avec ou sans épanchement, les caries et les nécroses, les varices, les hémorrhoïdes, la leucorrhée, les glandes au sein et la chorée.

Il y aurait, pour moi, une suite à cette nomenclature, et cette suite, je veux la faire connaître à M. de Larroque.

Quoique devenues moins communes, grâce aux mesures de préservation suggérées par M. le baron H. Larrey, les adénites cervicales indurées sont encore très-fréquentes dans l'armée. Elles nous désespèrent par la lenteur et la rareté de leur guérison, peuplent nos salles de non-valeurs, et motivent finalement un certain nombre de réformes annuelles. N'y aurait-il pas lieu de vérifier, par quelques essais, la possibilité de traiter ces cas d'engorgement rebelle par les eaux mères de Salies durant la saison d'hiver? Nous disposons de Bourbonne, il est vrai; mais Bourbonne ne fonctionne qu'en été, et il n'est pas indifférent de faire attendre l'adénite.

Je tiens à ce que ma pensée ne soit point méconnue. En faisant valoir Salies par l'un de ses côtés, je n'entends déprimer ni déprécier aucune des stations analogues; je désire voir se multiplier nos moyens d'action; je demande, en un mot, que nous nous étendions, comme on dit, dans la plaine et vers la montagne.

Dr CHAMPOUILLON.

(1) Paris, Adrien Delahaye.

Tel est, en résumé, l'histoire de la maladie des trichines; les divers modes de traitement essayés dans cette maladie n'ont donné aucun résultat sérieux; mais si le médecin reste désarmé, c'est une raison de plus pour qu'il poursuive l'étude d'une maladie qui ne se révèle plus manifestement à lui dans ses causes premières que pour échapper plus sûrement à son action thérapeutique.

Mais c'est surtout à l'hygiène publique, c'est au zèle intelligent et prévoyant des conseils de salubrité qu'il importe de prévenir le développement de ce mal redoutable; et c'est à leur surveillance active que nous devons peut-être chez nous le rare privilége d'avoir échappé à cette singulière maladie.

Traitement préventif des accidents consécutifs aux piqûres anatomiques.

Les redoutables accidents qui sont la conséquence des piqûres anatomiques ont été déjà prévenus pour ce qui touche aux dissections. Les injections des cadavres dans les amphithéâtres d'anatomie ont depuis plusieurs années mis les élèves à l'abri des dangers auxquels ils étaient naguère exposés.

Les autopsies et les pansements dans les hôpitaux sont aujourd'hui presque les seules causes de piqûres anatomiques suivies d'accidents. Nous disons presque les seules, car il y a des exemples d'infection causée par des sujets en putréfaction, sur lesquels les dissections ont été faites au delà des limites de la prudence. Dans les deux cas, les règles d'hygiène bien observées préviendront les accidents, et nous croyons devoir rappeler à nos lecteurs, sous une forme élémentaire, les préceptes conseillés par les maîtres et passés dans la tradition.

Toutes les fois que les élèves sont fatigués par des excès de quelque nature que ce soit, ils doivent s'abstenir de faire des autopsies et de travailler sur des sujets avancés. S'ils sont dans la nécessité de le faire, ils enduiront leurs mains d'un corps gras, de cérat ou d'huile, et s'ils ont quelques écorchures aux doigts, immédiatement après avoir porté les mains sur un cadavre, ils se les laveront avec de l'eau-de-vie camphrée, de l'alcool ou de l'eau chlorurée, ou même de l'eau tenant en dissolution du chlorure de chaux, telle qu'elle est employée comme désinfectant.

Lorsqu'une plaie a été faite par un instrument ou par un fragment osseux, on la fera saigner au moins pendant cinq minutes sous un courant d'eau, et on la lavera ensuite avec une solution d'eau alcoolisée, à parties égales.

La cautérisation de la plaie est un mauvais moyen.

Après les lavages, la plaie sera pansée avec des bandelettes de diachylon; et si quelques douleurs existent dans la journée, un cataplasme sera appliqué sur la partie blessée.

Avec de semblables précautions, quelle que soit l'autopsie qui ait été faite, les dangers sont conjurés. Que les élèves se pénètrent bien de cette vérité; mais qu'ils ne conçoivent pas des alarmes invincibles à l'idée d'une piqûre anatomique, comme cela a été vu encore dernièrement. Coste, l'élève de regrettable mémoire qui a succombé récemment, a eu, peu de temps après s'être piqué, trois syncopes successives, et il se jugeait frappé à mort alors qu'aucun accident local grave ne s'était encore montré. Il perdait ainsi un peu de cette volonté qui est quelquefois une force de résistance contre la maladie.

Une autre recommandation doit encore être faite. Les cadavres laissent échapper des miasmes qui sont absorbés par les voies respiratoires. L'homme en bonne santé résiste en général à l'action délétère des miasmes, mais il y résiste d'autant mieux que l'absorption est ralentie; aussi est-il indiqué de ne point pratiquer d'autopsie lorsque l'on est à jeun.

Hyperostose des os du crâne et de la face.

Depuis Malpighi et Tarin, on connaît des faits d'hypertrophie des os du crâne; mais on n'a vu qu'une fois un fait du genre de celui qui a été représenté par le docteur Paolo Gaddi (1).

Malpighi a laissé la description d'une hypertrophie des os du crâne facile à mesurer par une ligne imprimée, et qui apprend que les os du crâne avaient 2 et 3 centimètres d'épaisseur; mais ces os seuls présentaient cette disposition.

Dans le fait observé par M. P. Gaddi, tous les os de la face avaient participé à l'hyperostose générale des os du crâne, et l'augmentation de volume des os était, par rapport au volume des os sains, dans la proportion moyenne de 5 à 3.

Un tableau détaillé de toutes les mesures prises présente à cet égard un très-grand intérêt, et, pour ne citer qu'un chiffre, disons que la cavité orbitaire, sur le crâne hypertrophié, était à une cavité orbitaire saine comme 3 est à 4, et que la fosse temporale était, par rapport à l'état sain, comme 3 est à 10. Le dessin qui accompagne le travail de M. Gaddi fait bien apprécier la diminution de volume des cavités de la face et des fosses du crâne.

Les analyses chimiques du crâne trouvé par M. Gaddi et du crâne laissé au musée de Modène par Malpighi ont été faites, et on a trouvé que, comparativement aux analyses de Berzélius sur les os sains, les os des crânes atteints d'hyperostose contenaient 2 pour 100 de matière organique en moins, 1 pour 100 de phosphate de chaux, et 1 pour 100 de carbonate de chaux en plus. Il est juste d'ajouter que les deux têtes observées avaient séjourné dans la terre pendant de longues années. Elles avaient été trouvées dans des exhumations.

L'hypertrophie des os du crâne a été mise par Andral sur le compte d'une ossification des os du crâne chez les hydrocéphales, on le sait. La tête conservée au musée de Mantoue par Malpighi ne controuve point l'idée d'Andral. Mais la pièce étudiée par M. Gaddi ne peut se prêter à cette interprétation, parce que l'hyperostose portait aussi sur les os de la face. En conséquence, l'auteur a rattaché cette disposition à la diathèse scrofuleuse, avec périostite généralisée et ossification produite aux dépens du périoste.

(1) *Iperostosi scrofolosa cefalo vertebrale.* Mem. del cavaliere Paolo Gaddi, direttore del Museo anatomico nella Universita di Modena. 1863, Modena.

HOPITAL NECKER. — M. DÉSORMEAUX.

Du cathétérisme.

Leçon recueillie par M. VERGELY, externe du service.

Avant de commencer l'étude des maladies de l'urèthre, permettez-moi de vous dire quelques mots des opérations qui se pratiquent le plus fréquemment sur ce canal, soit pour remédier à un symptôme, la rétention d'urine, soit pour explorer le canal ou la vessie.

Vous avez nommé avec moi le cathétérisme.

On l'exécute avec trois espèces de sondes, les sondes courbes, les sondes droites et les sondes coudées, et avec des instruments flexibles, sondes ou bougies.

Pendant longtemps on ne se servait guère que de sondes courbes. Dans les temps reculés de la chirurgie, on employait la sonde presque droite; cependant la découverte dans les fouilles faites à Herculanum d'un cathéter courbe comme celui de J. L. Petit, prouve que cette forme de l'instrument n'était pas inconnue aux anciens. Le dix-huitième siècle employa les sondes courbes que vous voyez journellement employer chez nous, et c'est au commencement de notre siècle que de nouvelles méthodes de cathétérisme ont été proposées.

Amussat montra la possibilité du cathétérisme avec la sonde droite, et exagéra la rectitude du coude.

Nous verrons plus tard que cette modification n'a pas été la dernière, et que les sondes à petite courbure de M. Mercier ont été admises pour les explorations de la vessie.

Il est inutile de vous rappeler l'anatomie de l'urèthre; vous savez que ce canal forme deux courbures, dont l'une s'étend de la vessie au pubis et est permanente, l'autre qui est formée par la chute de la verge, et qui s'efface lorsqu'on l'étend. On a exagéré l'importance de cette deuxième courbure, qui a motivé la sonde en S de J. L. Petit. Aujourd'hui il n'en est plus question; les sondes de Beniqué seules conservent le souvenir de la sonde de J. L. Petit.

Du reste, un des avantages que recherchait ce chirurgien était de faire une sonde qui tînt d'elle-même dans la vessie, comme celle que M. Marion Sims introduit dans l'urèthre des femmes opérées de fistules vésico-vaginales. Elle n'a pas l'avantage d'arriver plus facilement dans la vessie que les autres sondes, mais elle y peut rester sans être retenue par aucun lien.

N'oubliez pas un rapport très-important, celui que le canal affecte avec le pubis. On a de la tendance à se figurer la symphyse pubienne verticale : la station debout serait ainsi impossible, parce que le bassin recevrait le poids du corps dans un point bien postérieur aux cavités cotyloïdes. Le pubis, dans la station verticale, forme avec l'horizon un angle de 45 degrés au plus. Que cette disposition, ainsi que la dilatation de l'urèthre dans sa portion bulbeuse, soient présentes à votre esprit lorsque vous pratiquerez le cathétérisme. Je vous montrerai plus loin les applications de ces connaissances anatomiques.

Passons maintenant au cathétérisme. On peut sonder un malade debout ou couché, cette dernière position est généralement préférable. L'opération est ainsi plus facile, on explore mieux la vessie; si le malade est craintif et s'il est sujet à la syncope, vous éviterez plus facilement les accidents en opérant dans cette position.

La sonde, saisie entre le pouce à la face supérieure de l'instrument et l'index, et le médius à la face inférieure, est placée parallèlement à la ligne blanche : c'est le procédé classique, le procédé par-dessus le ventre; la sonde placée entre les deux cuisses, le malade étant couché sur le bord du lit, constitue le procédé du tour de maître. Le troisième procédé consiste à placer la sonde dans la direction du pli de l'aine. On est quelquefois obligé de choisir ce procédé chez les personnes qui ont le ventre saillant, autrement le pavillon de l'instrument se trouverait repoussé en avant et le bec viendrait arc-bouter contre le pubis.

Comment le chirurgien doit-il se placer?

Pour le procédé classique, le plus souvent applicable, on recommande de se mettre à la gauche du malade, la main droite tenant la sonde, la main gauche la verge. Habituez-vous à vous placer indifféremment d'un côté ou de l'autre. Vous pouvez éviter ainsi de déranger le lit d'un malade, dont le moindre mouvement peut exagérer les souffrances. Ne vous attachez pas à vous servir de la main droite pour l'introduction de la sonde, cela importe aussi peu qu'il est nécessaire de manœuvrer l'écrou des instruments lithotriteurs avec la main droite. Pour manier l'écrou du lithotriteur, il est préférable de se servir de la main droite pendant que la main gauche fixe l'instrument.

J'ajouterai que dans certaines tumeurs de l'urèthre la sonde pénètre avec plus de facilité d'un côté que de l'autre. J'ai fait constater plusieurs fois ce fait à mes internes.

Lorsqu'on veut introduire une sonde courbe, on place le troisième et le quatrième doigt à la partie inférieure de la verge, le pouce et l'index restant libres, servent pour repousser le prépuce en arrière ou pour écarter les lèvres du méat; puis, de l'autre main, on enfonce l'instrument.

Ce premier temps exécuté, on amène sans force la verge sur la sonde, que l'autre main laisse glisser dans le canal. On arrive ainsi jusqu'au-dessous du pubis. Cette traction de la verge a pour but d'effacer les plis de l'urèthre. Si on examine à l'endoscope ce qui se passe, on voit que lorsque la verge n'est pas étirée, la muqueuse uréthrale forme à l'extrémité de la sonde une cloison plissée ou un bourrelet circulaire; tandis que si on a pris la précaution que je vous recommandais, la muqueuse forme un entonnoir dans lequel la sonde pénètre tout naturellement. Lorsque l'instrument est arrivé sous le pubis, on le renverse doucement, en le tenant à peine avec deux doigts vers l'intervalle des cuisses du malade : là on abaisse le pavillon. Il décrit ainsi près d'un demi-cercle. Ce mouvement, comme le disent les auteurs, se passe non au bout du bec de la sonde, mais un peu plus loin sur sa courbure.

Dans ce mouvement de renversement, le bec de la sonde s'engage dans la portion membraneuse et pénètre facilement jusqu'à la vessie. Dans un urèthre sain, le cathétérisme peut être rendu difficile par certaines circonstances que je dois vous signaler. Le prépuce est très-œdématié, il faut alors tâtonner ou faire une légère compression pour chasser l'œdème, et on rencontre assez facilement le méat. Si cette ouverture est étroite, un léger débridement ou mieux une sonde plus petite, qui la dilatera un peu, permettra de franchir cet obstacle. Quelquefois on trouve un rétrécissement derrière la fosse naviculaire; il est très-rare que la sonde y soit arrêtée.

Je ne vous parlerai pas des follicules, des plis de la muqueuse.

Au niveau du pubis, je vous ai appris comment vous devriez diriger la sonde à ce niveau, si elle s'arrête. Ayez soin de porter le doigt au périnée pour diriger le bec de la sonde et le relever.

Lorsque les sujets ont été sondés par des mains malhabiles ou se sont sondés eux-mêmes, souvent la portion bulbeuse est très-dilatée, de sorte que dans ce point-là l'extrémité de l'instrument touche le cul-de-sac du bulbe et peut faire croire qu'on est dans la vessie. Il peut arriver que la sonde jouant librement, on se croit dans le réservoir urinaire; comme on n'obtient pas d'urine, on enfonce l'instrument plus profondément et avec plus de force, de là des déchirures fréquentes dans cette portion. Pour éviter l'erreur, il suffit de calculer la longueur de la portion de sonde engagée dans l'urèthre.

Si arrivé au col de la vessie vous êtes arrêté, ne persistez pas à enfoncer la sonde. Le malade se plaindrait et vous n'arriveriez pas pour cela à vaincre la résistance du sphincter contracté. Attendez un instant, cette contraction spasmodique disparaîtra, et la sonde entrera d'elle-même ou par une légère pression.

Pour pratiquer le cathétérisme avec la sonde droite, on introduit celle-ci verticalement jusqu'au pubis. Là elle doit être abaissée entre les cuisses et parallèlement à leur axe, en ayant soin de la pousser vers la vessie, légèrement, sans cela elle repousserait le cul-de-sac du bulbe : on serait arrêté.

Pour la sonde coudée à petite courbure, elle est surtout utile dans l'hypertrophie de la prostate. On l'introduit comme la sonde courbe; lorsqu'elle est dans la prostate, si cette glande est gonflée, elle doit la parcourir en ligne droite, et la petite branche se présente obliquement à l'axe de l'urèthre, mais la dilatation qui accompagne ces lésions lui permet de cheminer ainsi.

Chez la femme, lorsqu'on ne peut se servir de la vue, l'index est appliqué contre la paroi supérieure du vagin et y cherche la saillie formée par le canal de l'urèthre, bulbe du vagin, puis de l'autre main on glisse la sonde sur le doigt ainsi placé. La chose est difficile dans les derniers mois de la grossesse, mais on y arrive facilement en rapprochant le bec de la sonde du pubis, et, en cas de difficulté, on insiste pour que les malades se laissent découvrir; on peut alors rechercher le méat urinaire et sonder en toute sécurité.

La sonde d'homme est utile lorsque la tête de l'enfant engagée dans le bassin, ou une tumeur utérine, repoussent la vessie en avant et au-dessus du pubis, et quand l'urèthre s'ouvre assez haut dans le vagin; hormis cet état, la sonde de femme est toujours suffisante.

Laissez-moi en terminant vous rappeler le précepte que je vous ai donné très-souvent : si vous voulez bien connaître les plis et les détours de cette voie, parcourez-les à pas lents.

RAMOLLISSEMENT ROUGE DU COEUR.

Rupture. — Mort instantanée. — Accusation de parricide.

Par M. le Dr COCHETEUX, médecin de l'hôpital de Valenciennes.

Dans la soirée du 7 février, au village d'Hasnon, canton de Saint-Amand-les-Eaux, un vieillard rentrait à son domicile, où se trouvait seul alors un de ses fils âgé de trente-cinq ans, sourd-muet de naissance, mais très-intelligent. A peine était-il de retour que les voisins entendirent un grand cri, des chaises se renversèrent, puis le silence se fit.

Intrigués par ce bruit, quelques-uns pénétrèrent dans le domicile du vieillard; mais à ce moment le sourd-muet ouvrit une porte de derrière et s'enfuit dans la campagne.

Parvenus dans la pièce où se tenaient d'habitude les hôtes de la maison, ils découvrirent près d'une table le corps du vieillard portant une plaie contuse sur la bosse coronale gauche, quelques éraillures superficielles sur la joue du même côté, et enfin une fracture simple du cubitus gauche dans ses quatre cinquièmes inférieurs. Telles furent les lésions que constatèrent deux de mes honorables collègues appelés par le commissaire de police.

La mort ayant été instantanée et une prévention grave ayant déjà antérieurement pesé sur le malheureux sourd-muet, il n'en fallait pas davantage pour l'accuser. D'ailleurs il s'était enfui ! Quelques charitables commères avaient cru même entendre le vieillard crier : Au voleur, à l'assassin ! elles déposèrent du fait devant le magistrat du village.

On se mit donc à la recherche du sourd-muet, qui, bientôt arrêté, fut transféré dans la prison cantonale. MM. les membres du parquet de Valenciennes furent prévenus, et sur la réquisition de M. le juge d'instruction, je dus accompagner ces messieurs à Hasnon.

Je ne relaterai pas ici tous les détails de l'expertise et de la nécroscopie. Je veux seulement en arriver au cœur. M. Delecourt, médecin de la commune, que j'avais fait prier de vouloir bien m'aider, arriva au moment où j'enlevais la paroi thoracique. Nous continuâmes alors ensemble les recherches cadavériques.

Le péricarde est distendu par un vaste épanchement sanguin. Le cœur placé sur une table et son enveloppe fendue, le sang s'en écoule immédiatement; mais alors le cœur s'affaisse sur lui-même, et sa coloration paraît tout à fait anormale. Soumis à un lavage répété, cette coloration persiste : c'est une couleur lie-de-vin ; il semble que le cœur a longtemps macéré dans le sang, et qu'il se serait imbibé de ce liquide. Le tissu musculaire est flasque; on sent dans tous les orifices des concrétions ossiformes, et l'anneau aortique est véritablement formé par un os. A la pointe du cœur, et plutôt sur le ventricule gauche, nous remarquons une surface de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, ayant une coloration jaune fauve.

Nous incisons les parois du cœur, et nous remarquons que les ventricules s'aplatissent sur la table. La coloration d'un rouge sombre occupe toute l'épaisseur des parois du cœur; et même les colonnes charnues. Mais à la pointe en rapport avec cet endroit coloré en jaune dont j'ai parlé, dans l'épaisseur du muscle, nous remarquons une quantité de petits points noirâtres infiltrés de sang, et qui sont autant de noyaux apoplectiques.

C'est en cet endroit, par une ligne sinueuse de 25 millimètres d'étendue, qu'a eu lieu la rupture du cœur.

Les recherches médico-légales étant faites, nous déchirons facilement le tissu de l'organe, qui se laisse sans difficulté pénétrer par le doigt, mais nous ne trouvons pas cette sensation de linge humide dont parle M. Grisolle. M. le juge d'instruction Monlez, dont les connaissances approfondies en anatomie expliquent l'estime qu'il ne cesse de professer hautement pour le corps médical, comprit de suite toutes les conclusions que l'on devait tirer de cet examen : le cri poussé par le malade au moment de la rupture, la chute sur l'angle d'une table, d'où plaie à la tête et fracture du cubitus par cause indirecte, et enfin la mort instantanée. Aussi fit-il mettre immédiatement en liberté le malheureux sourd-muet, déjà chargé de chaînes. Nous n'avons pas été ici de simples témoins, et c'est avec raison que je répéterai après M. Devergie : *Medici proprie non sunt testes, sed est magis judicium quam testimonium.*

Mais ce n'est pas seulement au point de vue médico-légal que cette observation me paraît intéressante.

L'homme qui portait cette affection du cœur était parvenu à un âge avancé; il venait de passer la soirée chez des voisins; le médecin de la commune, présent, ne se souvenait pas avoir été appelé pour lui : cet homme n'était donc pas malade; il n'avait donc pas eu, comme le veut M. Bouillaud, une cardite ou une inflammation quelconque du cœur ou de ses enveloppes. Le ramollissement n'est donc pas toujours nécessairement précédé d'une inflammation.

Doit-on en attribuer la cause à l'obstacle qui existait dans les orifices? Pour moi, cet obstacle expliquerait la rupture à un moment donné; il ne saurait donner l'explication du ramollissement. Bien souvent nous avons occasion, à l'hôpital, de faire des autopsies cadavériques de vieillards. Nous rencontrons de ces concrétions qui occupent toutes les parois des orifices avec hypertrophie du cœur; jamais nous n'avons rencontré de ramollissement.

Les pauvres vieillards ont d'ailleurs de l'œdème, de l'anasarque, et meurent lentement étouffés. Ici point d'infiltration ni dans les jambes ni dans l'abdomen.

Je crois, comme Laennec, que c'est une maladie *sui generis*, résultant d'une altération de nutrition, dans laquelle les éléments solides de l'organe diminuent, tandis que les éléments liquides augmentent en proportion.

« Tous les muscles se ramollissent à un certain degré dans certaines maladies chroniques, et un petit nombre de jours suffit pour produire ce résultat, qui s'effectue sans qu'aucune inflammation le précède. » (Laennec, t. III, p. 172).

DES PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES
de la fougère mâle.

Par MM. Deschamps (d'Avallon) et Collas.

Le dernier numéro du *Bulletin de thérapeutique* contient une note de MM. Deschamps et Collas sur les diverses préparations pharmaceutiques de la fougère mâle, qui peut se résumer ainsi :

L'alcool dissout mieux les principes résinoïdes du rhizome de la fougère mâle que l'éther, il ne dissout pas de matière huileuse.

L'éther dissout la matière grasse avec de la matière résinoïde; elle abandonne cette matière résinoïde à l'alcool à 70 degrés centésimaux.

Les médecins qui préfèrent l'extrait alcoolique ne sont pas dans l'erreur.

En administrant de l'huile éthérée, on ne fait pas prendre plus de matière résinoïde qu'en administrant l'extrait.

Le principe actif de la fougère mâle doit résider dans la matière résinoïde.

Et l'on obtiendrait un résultat plus positif en employant cette matière résinoïde, dont la dose est de 1 à 2 grammes, et peut être prescrite en potion, en électuaire ou en pilules.

Potion.

Faire dissoudre la matière résinoïde dans une petite quantité d'alcool à 70 degrés centésimaux. Ajouter 10 grammes de gomme arabique; faire le mucilage avec 30 grammes de sirop de sucre et délayer le tout dans 100 grammes d'une émulsion faite avec 40 grammes de semences de citrouille.

Électuaire.

Matière résinoïde de fougère mâle.	1 à 2 grammes.
Poudre de réglisse	4 à 8 —
Alcool et sirop	Q. S.

Dissolvez la matière résinoïde dans une petite quantité d'alcool à 70 degrés centésimaux; ajoutez la poudre, triturez et versez du sirop de sucre pour obtenir un électuaire.

Pilules. — On emploie les mêmes substances, plus 40 ou 80 centigrammes de gomme arabique et un peu de sirop seulement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 juin 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Mascarel adresse les trois observations qu'il avait communiquées dans la séance du 25 mai.

Obs. Ire. — **Plaie d'arme à feu. — Tétanos. — Traitement par l'opium et la belladone. — Guérison.** — Le 14 septembre 1854, M. M..., contrôleur d'armes à la manufacture de Châtellerault, reçut à bout portant dans la cuisse droite la décharge d'un canon de pistolet de cavalerie, chargé de deux balles avec double charge de poudre. Les deux balles pénètrent, distantes seulement d'un centimètre, à la partie externe et inférieure du fémur, au ras de la capsule synoviale, sans intéresser cette capsule, pour sortir transversalement à l'extrémité inférieure et interne de la cuisse, en présentant ici un écartement de deux centimètres et demi.

Le blessé, âgé de quarante-cinq ans, est d'une bonne constitution, d'un tempérament sec et nerveux, irritable, et repousse toute idée d'amputation. Les plaies donnent lieu à une faible hémorrhagie, malgré l'état d'attrition dans lequel se trouvent les chairs de la cuisse et l'extrémité inférieure du fémur, aucun organe important n'étant blessé. — Le malade est soumis aux irrigations fraîches et à l'expectation.

Dans la nuit du troisième au quatrième jour, le blessé, qui avait été très-bien jusqu'à ce moment, est pris de trismus à trois heures du matin et de mouvements saccadés involontaires dans le membre blessé. — Prescription : cinq centigrammes d'extrait gommeux d'opium d'heure en heure; infusion de bourrache et de mélisse.

Huit heures du matin, les accidents augmentent, le malade lance ses membres en l'air et parfois il renverse le torse en arrière, opisthotonos, pouls peu fréquent, intelligence parfaite.— Prescription : continuer les 5 centigrammes d'extrait d'opium d'heure en heure; puis imbibition de deux en deux heures de tout l'appareil de Scultet, depuis l'aine jusqu'au pied, d'une décoction de feuilles de belladone (125 grammes pour deux litres et demi d'eau); trois bouillons.

La nuit se passe sans aucune espèce de sommeil, et le lendemain, deuxième jour du tétanos, les accidents convulsifs continuent comme la veille et causent d'atroces douleurs au malade. A la levée de l'appareil et sous toutes les bandes qui enveloppent la cuisse et la partie supérieure de la jambe, on trouve une multitude de vers vivants, larves de la *musca carnaria*, ayant près d'un centimètre de longueur. L'appareil entier est remplacé, à l'exception des attelles. — Prescription : continuer les imbibitions de décoction de feuilles de belladone, dix centigrammes d'extrait d'opium d'heure en heure; quatre bouillons.

Troisième jour du tétanos, pas de sommeil, mais nausées depuis quatre heures du matin, puis vomissement, pupilles serrées, pouls petit, serré, secousses tétaniques moins fortes et plus éloignées; 3 grammes 75 centigrammes d'opium avaient été absorbés. (Prescription : cesser complétement l'opium, continuer les lotions d'eau de belladone sur le membre; lavement de café, eau de café pour boisson.) A partir de midi les accidents tétaniques cessent pour ne plus se renouveler; mais les larves se reproduisent sans cesse sous les bandes, malgré les plus grands soins de propreté, et cela pendant dix ou douze jours; la température extérieure était très-élevée.

Ce malade, après cinq mois de soins, se rétablit complétement : mais de temps à autre il fallut lui ouvrir des abcès pour extraire des corps étrangers, tantôt des fragments de vêtements, mais le plus souvent des esquilles; une boîte de pâte de Regnaud fut remplie de ces dernières.

Une saison à Barèges, une autre à Bourbon-l'Archambault produisirent encore l'expulsion de séquestres, et finalement M. M... put marcher sans l'aide d'une canne, conservant à peine de la rigidité dans le genou, mais un raccourcissement du membre de deux centimètres et demi. Aujourd'hui encore il continue l'exercice de sa profession.

Obs. II. — **Tétanos produit par un séton dans la tunique vaginale. — Mort.** — Un an avant l'accident que nous venons de relater, nous fûmes consulté par un cultivateur âgé de quarante-trois ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, pour une hydrocèle gauche de la tunique vaginale datant de plusieurs années. Deux ponctions successives à deux mois d'intervalle, suivies de deux injections, l'une iodée, l'autre au vin chaud, n'amenant pas la guérison, et la tunique vaginale nous paraissant épaissie et presque fibro-cartilagineuse, le 15 octobre 1853, nous passons un séton dans le sens du plus grand diamètre et sans aucune difficulté.

Depuis huit jours, notre cultivateur allait aussi bien que possible, lorsque dans la nuit du neuvième jour, ayant un besoin à satisfaire, il sort dans sa cour à deux heures du matin; à peine rentré, il est pris d'un frisson, puis bientôt de trismus, et à neuf heures du matin nous constations tous les accidents du tétanos. — Prescription : 60 sangsues sur le rachis, infusion de sureau et de tilleul nitrée, grand bain chaud prolongé; potion avec un gramme de laudanum de Sydenham.

Le soir, à quatre heures, le malade expirait sous les coups redoublés du tétanos, deux heures après la sortie du bain.

Obs. III. — **Tétanos pendant une fausse couche de deux mois et demi. — Guérison.** — Une femme de quarante et un ans, jouissant d'une belle santé, d'un tempérament bilieux et nerveux, étant accouchée deux ans auparavant pour la première fois et à l'aide du forceps, mais sans accident, fit le 12 avril 1856 une fausse couche à deux mois et demi.

Une hémorrhagie de médiocre intensité continuait depuis deux jours, lorsque nous fûmes appelé, le troisième jour au matin, par la sage-femme, par suite de mouvements saccadés très-violents et involontaires qui se passaient à de courts intervalles dans les muscles de l'abdomen; déjà les mâchoires étaient serrées, et la malade éprouvait beaucoup de difficulté à avaler; en notre présence, il y eut un mouvement de totalité du torse en arrière, puis dans les membres inférieurs. L'hémorrhagie continue; les facultés intellectuelles sont intactes; la malade éprouve de l'anxiété et un sentiment d'oppression extrême.

Le col est dilaté comme environ une pièce de 1 fr., et obstrué par un magma d'arrière-faix du volume d'une noisette adhérent à cette partie de l'utérus. Je procède à l'extraction de ce corps étranger et d'une masse de caillots de sang remplissant la cavité vaginale. A partir de ce moment, l'hémorrhagie cesse complétement, mais les mouvements convulsifs continuent. — Extrait gommeux d'opium, 2 grammes, divisés en 40 pilules, une d'heure en heure; demi-lavement avec décoction de deux têtes de pavot; fomentations sur le ventre d'une forte décoction de feuilles de belladone, tilleul et sureau.

Le jour et la nuit se passent sans sommeil; il y a un peu de sueur le matin répandue sur tout le corps; les crises sont moins fortes et s'éloignent. — Même traitement.

La seconde nuit est meilleure que la précédente; le pouls est large et à la sueur; il y a eu un peu plus de transpiration. Les mouvements convulsifs diminuent de plus en plus et cessent à la fin du quatrième jour.

Les 2 grammes d'opium ont été absorbés sans produire ni sommeil ni nausées.

La convalescence s'est établie promptement avec l'apparition et la continuation de la sueur.

Aucune cause pour expliquer le tétanos, si ce n'est la présence du corps étranger à l'entrée du col de l'utérus, et l'aveu que nous fit la malade de s'être levée une fois au milieu de la nuit et pieds nus sur le carreau pour uriner.

Ces deux derniers faits confirment l'opinion émise par MM. Larrey et Marjolin, à savoir : le refroidissement comme cause de tétanos. Le premier et le dernier, qui se sont terminés par la guérison, semblent avoir été avantageusement modifiés par l'opium à l'intérieur et la belladone extérieurement. Depuis dix ans nous attendions un troisième fait de tétanos traumatique pour juger cette méthode de traitement; il ne nous a pas été donné de le rencontrer.

— **M. Desormeaux** dépose sur le bureau l'observation suivante, relative à la pièce qu'il a présentée dans la dernière séance.

COMMUNICATIONS.

M. Dauvé lit un travail ayant pour titre :

Blessure par coup de sabre des artères humérale, radiale et cubitale au point même de la bifurcation de l'humérale. — Insuccès de la ligature par la méthode d'Anel, procédé de Hunter. — Amputation du bras. — Guérison.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Desormeaux, Verneuil et Béraud.

— **M. Meyer** lit une note sur la *strabotomie*.

Son travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bouvier, Guyon et Follin.

— **M. Azam**, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux, correspondant de la Société, lit le travail suivant :

Résections successives des nerfs sciatiques poplité externe et grand sciatique pour une névralgie de moignon. — Guérison. — Récidive. — Étude physiologique. (Sera publié dans un prochain numéro.)

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

Vingt-sept membres titulaires et honoraires de la Société prennent part au vote.

Au premier tour de scrutin :

M. Lefort obtient.	19 voix.
M. Panas.	7
M. Périn.	1

En conséquence, M. le président proclame M. Léon Lefort membre titulaire de la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur ganglionnaire récidivée.

M. Verneuil désire avoir l'opinion de ses collègues sur l'opportunité d'une opération chez un malade sur lequel il donne d'abord les renseignements suivants :

C... (Eugène), âgé de vingt-cinq ans, très-robuste, a toujours été bien portant. Une blennorrhagie à dix-neuf ans. Pas d'antécédents

yphilitiques. Pas de glandes ou traces scrofuleuses dans sa jeunesse. Le père, âgé de quarante-huit ans, jouit d'une bonne santé. La mère est morte à l'âge de quarante ans d'une fluxion de poitrine. — A seize ans, il remarque au côté droit du cou, sous l'angle de la mâchoire, une petite grosseur du volume d'une noisette, indolente, très-dure. En un an elle acquiert à peu près le volume d'un œuf, et son accroissement se fait peu en surface, mais surtout en pointe. A cette époque, le malade consulte M. Bergonnier, qui le soigne durant huit mois de la façon suivante :

Ponction à la lancette; puis introduction dans la tumeur, pour la broyer, d'un instrument que le malade compare à un vilebrequin; enfin, injection caustique. Cette douloureuse opération était répétée chaque jour, et c'est la souffrance seule qui a fait renoncer le malade à cette médication. A partir de ce moment la tumeur s'accroît rapidement, et en dix-huit mois elle acquiert à peu près un volume égal à celui qu'elle a aujourd'hui, mais elle était surtout acuminée et beaucoup moins étendue en surface.

Le malade entre à Cochin dans le service de M. Gosselin (décembre 1857); la tumeur est enlevée, et au bout de vingt-neuf jours le malade quitte l'hôpital en parfaite santé. La guérison persiste pendant trois ans environ; cependant, dans les régions lymphatiques voisines, petits ganglions remarqués par le malade. Vers 1860, réapparition de la tumeur, mais accroissement assez lent; en deux ans elle prend à peu près le volume d'un gros œuf. Mais à partir de 1862, la tumeur prend rapidement des proportions considérables.

Etat actuel. — A la région latérale droite du cou, tumeur volumineuse (une fois et demie le poing), étalée, s'étendant de l'apophyse mastoïde à la région moyenne du cou, de consistance dure mais pas tout à fait chondroïde, très-mobile, paraissant peu s'enfoncer dans l'échancrure parotidienne (le doigt est introduit assez facilement entre la tumeur et le maxillaire). La peau est un peu rouge à la surface de la tumeur; on y voit une cicatrice à trois branches assez régulières; il serait difficile au malade de dire si elle est la trace de l'opération de M. Gosselin ou du traitement de M. Bergonnier. Ganglion sous-maxillaire droit induré, plus consistant que la tumeur, du volume d'un œuf; ganglion sous-mental également engorgé et induré. Au-dessous de la tumeur, masse adénopathique volumineuse, moins dure, assez élastique, s'étendant jusqu'au voisinage de la clavicule. Le sterno-mastoïdien est soulevé par la tumeur; ses deux chefs inférieurs sont tendus; les veines anté-thoraciques sont dilatées; on sent superficiellement les battements de la carotide ou tout au moins d'une branche volumineuse émanant de ce vaisseau; peut-être un peu de refoulement en dedans; souffle continu, peu intense.

Pas de dyspnée, pas de vertiges, pas de difficulté pour avaler : état général parfait.

Voilà donc, continue M. Verneuil, un homme jeune, actuellement bien portant comme santé générale, mais qui est voué à une mort certaine dans un temps indéterminé, si on renonce à l'opérer.

Cette tumeur n'a ni la marche ni l'aspect d'un cancer, c'est un adénome; mais il ne s'ensuit pas que le pronostic soit bénin. Nous n'avons pas affaire ici à une simple hypertrophie ganglionnaire. La marche et les caractères physiques de la tumeur indiquent qu'il y a autre chose, des parties dures, fibreuses, qui peut-être sont en relation directe avec la parotide.

Je ne me dissimule pas toutes les difficultés que peut offrir une semblable opération. Le malade peut succomber séance tenante, soit par hémorrhagie, soit par l'entrée brusque de l'air dans quelque grosse veine. On pourrait peut-être se mettre en garde contre ces graves accidents en associant l'emploi de l'écraseur linéaire à celui du bistouri, ainsi que cela a été fait avec succès pour une grosse tumeur du cou, par un chirurgien américain.

Il y a cependant un fait qui, s'il était bien constaté, fournirait une contre-indication absolue, ce serait l'existence d'une chaîne ganglionnaire descendant jusque dans la poitrine.

En l'absence de cette complication, on pourrait peut-être songer à une opération qui, si elle ne procurait pas une guérison définitive, aurait au moins l'avantage de prolonger plus ou moins longtemps la vie du malade.

Il y a sept ans que M. Gosselin l'a opéré, et si on pouvait obtenir un nouveau répit aussi long, cela vaudrait bien la peine d'opérer.

Deux de nos collègues qui ont examiné le malade, MM. Follin et Guérin, ont des opinions diverses : M. Follin opérerait, M. Guérin s'abstiendrait. J'avoue que je suis complétement indécis, et dans l'intérêt du malade, je demande l'opinion de mes collègues.

M. MARJOLIN. Il y a déjà eu une récidive avec développement considérable de la tumeur, après une opération qui, selon toute probabilité, a dû être très-bien faite par M. Gosselin. La tumeur n'est pas parfaitement libre et mobile sur les tissus sous-jacents; elle a sans doute des adhérences profondes, des rapports intimes avec les gros vaisseaux du cou. Ce serait donc une opération très-difficile, peut-être même impossible à terminer; et si par hasard on en venait à bout, ce serait pour voir une prompte récidive compromettre ce laborieux résultat. Je ne puis oublier ce malade que nous présenta autrefois Lenoir, après lui avoir fait subir de nombreuses opérations pour des récidives persistantes d'une tumeur des parois thoraciques. Ces opérations n'eurent en définitive aucun résultat, et le malade succomba. En somme, je m'abstiendrais de toute opération chez le malade de notre collègue.

M. LEGOUEST. Je crois que la tumeur de ce malade est bien ganglionnaire, mais ce n'est pas une simple hypertrophie; il y a peut-être quelques masses cartilagineuses et très-probablement des kystes.

Depuis longtemps j'ai renoncé à enlever ces tumeurs, qui sont très-fréquentes dans l'armée, et que j'ai observées nombre de fois dans mon service.

Cette tumeur n'est pas absolument inopérable. L'habileté du chirurgien pourrait conjurer le danger, mais il faut s'attendre à de très-grosses difficultés. Les gros vaisseaux du cou sont englobés dans la tumeur, et on aura une hémorrhagie immédiate des plus redoutables.

La plaie résultant de l'ablation sera beaucoup plus étendue et plus profonde qu'on ne pourrait le croire au premier abord; car il faudra poursuivre ce chapelet ganglionnaire jusqu'à ce qu'on ait tout enlevé.

Enfin, je craindrais la possibilité, ou mieux la probabilité d'une récidive. Telles sont les raisons qui m'engageraient à ne pas opérer.

M. BOINET. Puisqu'une opération sanglante paraît entourée de si graves dangers, ne pourrait-on pas essayer de détruire cette tumeur par suppuration provoquée par des injections et des applications caustiques?

M. VERNEUIL. Je pense qu'en raison de la nature complexe de la tumeur, il faut, ou faire une opération radicale, ou ne rien faire, et qu'il faut se garder des tentatives dont parle M. Boinet, et qui, en général, n'ont pour résultat que d'exaspérer le mal et d'en hâter les progrès.

Au reste, l'opinion exprimée par mes collègues a tranché mes hésitations. Je n'étais guère disposé à opérer, je me range à l'avis général, et je me bornerai à instituer un traitement médical.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 14 juin 1864 ont été nommés ou promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin professeur à Brest, le chirurgien de 1re classe Gestin (Robert).

Au grade de chirurgien de 1re classe, les chirurgiens de 2e classe : Julien, pour *Toulon;* Manès, pour *Rochefort;* Falot, Guillemart, Boëlle, pour *Brest.*

Au grade de chirurgien de 2e classe, les chirurgiens de 3e classe : Bourru, pour *Rochefort;* Ely, Mesnil, Petipas-la-Vasselais, Marcilly, Miorcec, Levéziel, Lequerré, pour *Brest;* Chaumeil, Pillerault, Moreau, Béliard, pour le *Sénégal;* Manson, Beaussier, Lartigue, Nègre, Geoffroy, pour *Toulon;* Rousse, Froment, pour le *Sénégal.*

Au grade de chirurgien de 3e classe, les élèves et chirurgien auxiliaire :

Obet, Lemarchand, Simon, pour *Brest;* Brun, pour *Taïti;* Dubois, pour la *Nouvelle-Calédonie;* Neis, Hallais, pour *Brest;* Robin, pour la *Guadeloupe;* Chassaniol, pour le *Sénégal;* Jeaugeon, pour la *Martinique;* Dounon, Guès, Bourgarel, Bouvier, pour *Toulon;* Olmeta, pour la *Martinique;* Carrassan, Lenoir, pour *Toulon.*

Au grade de pharmacien de 1re classe, le pharmacien de 2e classe : Chaze, pour *Brest.*

Au grade de pharmacien de 2e classe, les pharmaciens de 3e classe : Bavay, Egasse, pour *Brest.*

Au grade de pharmacien de 3e classe, l'élève et le pharmacien auxiliaire :

Schmidt, Monnet, pour *Brest.*

M. Olmeta était chirurgien auxiliaire de 3e classe depuis 1859, et M. Monnet pharmacien auxiliaire depuis le 10 février 1864.

— Par décret en date du 28 mai, ont été nommés présidents :

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département, à Chartres (Eure-et-Loir), M. Voyet, membre du conseil municipal, médecin de l'hôpital des pauvres;

De la Société de secours mutuels de la commune de Saint-Valérien (Yonne), M. Claisse, médecin, maire.

— Par arrêté ministériel du 2 juin, sur la proposition de la Faculté de médecine, M. le docteur Léon Marchand a été nommé aide d'histoire naturelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'acide carbonique, de ses propriétés physiques, chimiques et physiologiques; de ses applications thérapeutiques comme anesthésique, désinfectant, cicatrisant, résolutif, etc.; par J. Ch. HERPIN (de Metz), docteur en médecine, lauréat de l'Institut de France, de l'Académie impériale de médecine, etc. In-18 jésus de 564 pages, avec figures. Prix : 6 fr. — Paris, 1864, J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

De la liberté absolue donnée aux malades dans l'usage des eaux minérales, et de l'inspection établie près de ces eaux, lettre à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics; par le docteur V. S. GERDY, agrégé libre de la Faculté de Paris. Brochure in-8°. Paris, 1864, imprimerie Martinet, rue Mignon, 2.

Faits et raisonnements établissant la véritable théorie des mouvements et des bruits du cœur, par le docteur ESSARCO. Grand in-8°. Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de la stérilité chez la femme, considérée particulièrement sous le rapport de ses causes et de son traitement, suivi de nombreuses observations de guérison; par M. le docteur H. D. MAHEUX. Un vol. grand in-18 de 216 pages. Prix ; 2 fr. 50. — Paris, chez G. Baillière.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 72. — MARDI 21 JUIN 1864. (37e ANNÉE.) N° 72. — MARDI 21 JUIN 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encourager les auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 JUIN 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une communication de M. Sédillot sur les résections longitudinales comme procédé d'évidement des os, un essai de guérison de la surdité, une réclamation de M. Lefort et une courte note de M. Dareste, forment tout notre butin de ce jour à l'Académie des sciences.

On sait que M. Sédillot avait pu jusqu'à présent commencer et continuer ces opérations d'évidement sans recourir à des expériences directes sur les animaux. L'histoire de l'art lui avait donné la confiance d'aborder directement le problème sur l'homme. Le savant professeur de Strasbourg veut aujourd'hui démontrer la supériorité de cette méthode sur les résections sous-périostées telles qu'elles ont été si souvent répétées sur les animaux et appliquées à la pathologie humaine, avec des résultats encore fort douteux. Il a donc eu recours aux expériences sur les animaux, et il a ainsi acquis la preuve qu'on pouvait enlever la moitié et les deux tiers de toute la longueur des diaphyses en creusant et évidant le canal médullaire, sans compromettre ni la longueur, ni la solidité, ni les usages des membres, dont les os se régénèrent avec une perfection jusqu'ici inconnue.

Ce travail, que l'on trouvera à notre compte rendu, se termine par la promesse d'une prochaine communication sur les résultats obtenus par l'évidement des extrémités articulaires.

L'Académie a procédé ensuite à la nomination d'un correspondant pour la section de physique en remplacement de feu M. Barlow; M. Magnus réunissant la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

M. Flourens transmet et appuie une demande adressée par M. Turnbull, médecin de la Faculté d'Edimbourg, qui se propose de traiter par une méthode qui lui est propre un certain nombre de personnes affectées de surdité. Une commission est nommée.

La communication de M. Grandeau, dont nos lecteurs ont pu prendre connaissance dans la dernière séance de l'Institut, est l'objet d'une réclamation en priorité de la part de M. Lefort. Ce chimiste avait déposé le 29 mai dernier un pli cacheté. Il en demande l'ouverture, et nous reproduirons prochainement cette note. Elle est accompagnée d'un mémoire plus complet dont nos lecteurs connaissent déjà les conclusions, car elles sont conformes à celles du travail présenté par M. Lefort à la dernière séance de l'Académie de médecine.

Une courte note historique sur les origines de la *monstruosité double* complète un travail antérieur de M. Dareste.

L'Académie se forme à quatre heures en comité secret. Comme président de la commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place d'associé étranger, vacante par suite du décès de M. Mitscherlich, M. Morin présente la liste suivante : 1° *ex æquo*, MM. de la Rive, Wöhler; 2° MM. Agassiz, Airy, Bunsen, Martius, Murchison, Struve.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Dr E. Renaud.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du rhumatisme cérébral (1).

Commençons par la forme *apoplectique*. Elle avait été déjà acceptée par les anciens. L'apoplexie rhumatismale de Storck, Musgraave, Sauvages, est indiquée; mais il y avait au siècle dernier, à propos du mot apoplexie, une confusion étrange qu'il importe de ne pas laisser derrière nous, car nous aurions la forme apoplectique là où elle n'est pas, si nous suivions en cela le pressentiment des anciens. Toutes les fois qu'une maladie frappait et tuait soudainement, on était tenté de l'appeler maladie apoplectique. Autrefois, on mourait d'apoplexie bien plus souvent qu'aujourd'hui. Nous savons maintenant que les morts subites résultent plus fréquemment des maladies du cœur que des maladies du centre nerveux. Il y a, nous le savons aussi, des maladies de l'encéphale qui peuvent tuer avec une très-grande rapidité, mais elles ne sont pas très-communes, et nous sommes parfaitement autorisés à établir aujourd'hui que le sens du mot apoplectique, en tant que rattaché à une lésion cérébrale, était beaucoup trop étendu pour nos prédécesseurs, et qu'il se trouve maintenant très-restreint par suite de nos recherches pathologiques modernes. Nous sommes forcément conduits à penser que le terme de rhumatisme cérébral apoplectique a été appliqué à des accidents qui ne relevaient pas du cerveau.

Voilà un premier point.

Il y en a un second. Il est nécessaire de s'entendre sur le sens à donner au mot apoplexie.

Les anciens nous en ont légué plusieurs. Le premier est de Murgraave et Sauvages, qui disent que l'apoplexie est caractérisée par de l'hémiplégie, ce qui revient à dire que si chez un rhumatisant ou un goutteux il survient tout à coup de l'hémiplégie, on appellera cela rhumatisme apoplectique. Avouez que c'est mettre de la complaisance dans la manière d'interpréter les choses. Un individu atteint de rhumatisme ou de goutte n'est-il pas, comme celui qui n'a rien, à même d'être pris d'accidents cérébraux d'hémiplégie?

La rencontre de ces deux maladies n'établit certainement pas le droit de proclamer un rhumatisme apoplectique, pas plus que la gastrite accidentellement accompagnée d'une paralysie subite ne serait une gastrite apoplectique. Donc la relation de l'hémiplégie avec le rhumatisme n'est pas admissible dans ces cas.

Il en est cependant dans lesquels on voit survenir, pendant le cours de l'affection rhumatismale, des hémiplégies transitoires, qu'il est impossible de ne pas rattacher à cette affection et qui sont évidemment de cause rhumatique. Nous vous avons cité dans le temps l'histoire d'une jeune femme qui nous était arrivée avec des douleurs très-aiguës dans la région médullaire et de la paraplégie, avec une fièvre très-véhémente. Pendant trois jours nous avons attendu une éruption varioleuse; nous l'avions même annoncée; mais le quatrième jour se passant, nous avons dû renoncer à notre diagnostic. Nous fîmes appliquer des ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale.

La paralysie cessa : mais aussitôt la malade fut prise d'amaurose et d'hémiplégie, et alors nous appelâmes cet état hémiplégie rhumatismale. Nous prescrivîmes quelques sangsues derrière les oreilles, et deux jours après des douleurs éclatèrent dans les articulations, en même temps que l'amaurose et l'hémiplégie se dissipaient complétement. Pour ce cas nous acceptons la dénomination d'apoplexie rhumatismale, bien que cependant la marche de la maladie n'ait pas été signalée par l'*ictus apoplecticus*. Evidemment il y avait eu quelque chose du côté du cerveau, quelque chose de transitoire, mais suffisant pour légitimer le rapport que nous établissons par les deux mots d'apoplexie rhumatismale entre le rhumatisme qui a eu lieu et les phénomènes paralytiques qui se sont produits. Quelle était la lésion? Nous n'en savons rien ; mais elle a dû être passagère et de l'ordre des congestions.

D'autre fois, l'hémiplégie transitoire peut dépendre d'une embolie. Si vous considérez que dans le rhumatisme articulaire il se forme presque toujours des sécrétions fibrineuses sur le bord des valvules, vous concevrez très-bien qu'une de ces concrétions se détachant, peut prendre son chemin vers le cerveau et là produire dans l'un des vaisseaux nourriciers de l'organe une oblitération tantôt complète, tantôt incomplète, par conséquent une paralysie momentanée ou permanente. Par conséquent nous

(1) Voir les numéros des 14 et 16 juin.

UN DERNIER MOT

SUR MOLIÈRE ET LES MÉDECINS (1).

Dans le *Malade imaginaire,* il n'y a plus de ces insultes, de ces personnalités inapplicables, il y a beaucoup mieux et beaucoup plus, de vrais tableaux et une critique sincère et élevée. Je laisserai volontiers M. Thomas Diafoirus, Molière avait besoin de le peindre sous les traits d'un grand benêt pour nous expliquer l'aversion d'Angélique et sa préférence pour le beau Cléante. Ce Thomas Diafoirus a-t-il jamais existé? Je l'ignore, mais assurément Molière ne l'a pas pris autour de lui. Ce n'est pas Bernier, ce n'est certainement pas son ami intime, Mauvillain, qui dans son jeune âge surtout se faisait remarquer par beaucoup d'esprit, une tenue irréprochable, une élégance et des mœurs de courtisan, Mauvillain, qui, de tous points, était la contre-partie de ce grand imbécile de Thomas. — Mais M. Diafoirus le père est un vrai docteur de ce temps-là, aussi bien que M. Purgon. L'un et l'autre sont profondément attachés aux vieux usages, aux vieilles coutumes, comme la plupart de leurs confrères; ils ne sauraient admettre la circulation du sang, ainsi que les gros bonnets de la Faculté; ils sont à cheval sur les principes, ne connaissent qu'Hippocrate, Galien et Aristote; ils sont orgueilleux et vaniteux comme tous les suppôts de la sacro-sainte Faculté de Paris; enfin ce sont de vrais docteurs. Et c'est pour cela, nous le répétons, que le *Malade imaginaire* dut être vu d'un très-mauvais œil par nos vieux médecins, forcés de se reconnaître et d'avouer que toutes ces critiques étaient fondées et que les spectateurs qui se moquaient des Diafoirus et des Purgon se moquaient bien réellement des vrais médecins, des médecins en chair et en os.

Et ce n'était pas là le seul sujet de chagrin pour nos malheureux docteurs; le grand comique avait osé tourner en dérision ce qui pour eux était l'objet d'un vrai culte, leur organisation et la cérémonie solennelle de leur réception. Cette fois ils burent le calice jusqu'à la lie, et leur douleur dut être bien amère. Songez donc! se moquer de cette auguste cérémonie où, en présence de tout ce qu'il y avait de plus grand et de plus instruit, on donnait un médecin *urbi et orbi,* comme le Saint-Père donne la bénédiction la plus solennelle et la plus imposante. Il n'y aura donc plus rien de sacré et aucune majesté ne pourra résister à ce terrible démolisseur! — Vous avez raison, mes bons vieux confrères du temps jadis, Molière a rudement démoli, et ce ne sont pas seulement les murs de la Faculté qui se sont écroulés sous ses coups! Dormez en paix, vous reposez au milieu de ruines plus nobles encore et plus imposantes. On peut, sans exagération, vous accuser d'avoir eu une foi trop aveugle; mais, à notre tour, nous ne croyons plus à rien!

Pour bien faire comprendre la grotesque cérémonie qui termine la comédie du *Malade imaginaire,* et où le public ne voit guère qu'une risible mascarade, pour en bien préciser toute la portée philosophique et morale, pour expliquer notre pensée sur le chagrin qu'en durent ressentir les médecins, il est indispensable de se reporter à tout ce que nous avons dit de la réception des docteurs au dix-septième siècle.......

Qu'on se figure de quel œil les docteurs élevés dans de pareilles idées durent contempler la parodie de ces cérémonies imposantes et respectées qui termine la comédie du *Malade imaginaire.* Tout y est, mais tout y est grotesquement présenté; la harangue d'ouverture du président, les diverses questions posées selon l'usage par les docteurs, les réponses du bachelier, son discours final, etc., le tout entremêlé d'entrées et de sorties ridiculement solennelles. — Le président ouvre, dans la comédie, la séance par un superbe discours fort louangeur, tout comme le faisait un véritable président dans l'École de médecine; — les questions sont posées à peu près dans le même ordre qu'à la Faculté, et quand le bachelier a répondu, c'est le chœur qui chante les louanges du postulant, tandis qu'à l'École c'est encore le président qui déclare que le candidat a convenablement répondu aux diverses questions. Après chaque partie de l'examen, le præses enfonce rudement le bonnet sur la tête du bachelier, et c'est là évidemment une réminiscence de la bénédiction du chancelier.

Le président fait prêter au candidat le serment professionnel, et sur plus d'un point il se rapporte à celui des véritables médecins. Enfin, le nouveau docteur termine par un discours, ainsi qu'il était d'usage à l'École de Paris. Les hyperboles ne manquent pas plus au discours du *bachelerius* qu'à celui du *præses,* les compliments y sont des plus pompeux et des moins ménagés; il semble au premier abord qu'il soit impossible de brûler autant d'encens sous le nez de ces doctes personnages; on se tromperait toutefois, et Molière est peut-être au-dessous de la vérité; il nous suffira pour convaincre le lecteur de citer la page suivante, empruntée à l'ouvrage de M. Maurice Raynaud :

« Le voilà, ce jeune Moreau, la merveille de son siècle et de cette École! Que dis-je? la merveille! Mais y a-t-il rien qu'on puisse appeler merveilleux en un mortel chez qui tout est divin, et dont on ne doit rien attendre d'ordinaire? C'est le caractère distinctif des héros, que chez eux tout est illustre, rien ne souffre la médiocrité. Or, est-ce bien un héros dont j'ai à vous entretenir? Oui, Messieurs, et je n'en veux pour preuve que ce qu'en dit le suave Isocrate.... Et ce serait une grave erreur de mesurer la vertu, la doctrine, les mérites divers de notre licencié au nombre de ses années. Que de fois dans cette enceinte, asile du génie et de la science, vous avez cru voir réunis en lui seul Hippocrate rendant de vive voix ses oracles, Platon enseignant la philosophie, Aristote disputant avec subtilité et profondeur, Galien pratiquant l'art de guérir, Pline étudiant la nature, Théophraste ra-

(1) Voir les numéros des 7, 9 et 14 juin.

pouvons dire que l'embolie cérébrale amène une hémiplégie transitoire ou permanente, selon que la communication vasculaire se rétablit ou reste définitivement interrompue.

C'est là le sens véritable qu'il faut attacher au terme d'apoplexie rhumatismale, et non celui qui a été soutenu par Murgraave et Sauvages. Au lieu de supposer un raptus sanguin allant jusqu'à l'épanchement, raptus dû à l'influence rhumatique et produisant une véritable apoplexie, nous sommes amené à n'admettre tantôt qu'une congestion, tantôt qu'une embolie : la première seule due au processus rhumatismal, la seconde constituant un accident indirect, médiatement dû à l'affection arthritique.

Mais alors comment expliquerons-nous les cas de mort subite chez les individus atteints de rhumatisme? La cause en sera-t-elle dans le cerveau? C'est là le moins probable, car le rhumatisme articulaire n'est pas, nous l'avons déjà dit, une maladie dans laquelle le système nerveux central soit ordinairement touché. La mort subite arrive par suite d'une lésion du cœur, lésion si commune, nous dirons même si constante dans le rhumatisme articulaire aigu. Ainsi un rhumatisant prend une péricardite aiguë; ne savez-vous pas que bien souvent la mort subite dérive de cette complication? Or la péricardite rhumatique, avec sérosité, avec fausses membranes, est très-fréquente, et elle peut déterminer la mort par arrêt brusque des mouvements du cœur et syncope immédiate. L'endocardite pourra donner lieu au même accident, et même il peut se montrer non pas seulement dans les maladies récentes du cœur, mais encore dans celles où l'économie a eu le temps de s'habituer à la lésion. Nous savons de plus que, outre qu'il produit fréquemment des lésions du cœur, le rhumatisme articulaire est une maladie qui dispose aux coagulations fibrineuses non-seulement du côté des valvules, mais encore dans les gros vaisseaux. Vous ne serez donc pas étonnés d'apprendre qu'il s'est tout à coup formé une thrombose veineuse dans le système veineux cardiaque, dans le cœur droit, et que de là le caillot a passé dans l'artère pulmonaire, ce qui tue le malade non pas subitement, il est vrai, mais d'une manière assez rapide pour que cela passe pour une mort quasi subite, et que cela fasse dire dans le monde qu'il y a eu des accidents cérébraux. On y est du reste d'autant plus porté que la mort survient au sein de la stupeur chez celui qui est pris de ce redoutable accident.

Enfin disons que la mort rapide peut cependant être observée chez des individus qui sont frappés de rhumatisme cérébral; mais alors ce ne sera pas encore l'apoplexie cérébrale rhumatismale telle que l'entendaient Musgraave et Sauvages.

Voyez ce qui se passe chez notre n° 16. Il se plaint d'abord d'obnubilation soudaine; un quart d'heure après, il est pris de délire, et il succombe quinze minutes après l'apparition de ce délire. Certainement cette mort doit être attribuée au cerveau; mais ce n'est pas là ce que nous devons appeler une apoplexie cérébrale, à moins que nous ne prenions ce mot dans le sens de congestion, lésion fugitive et du reste incertaine. Mais il n'y a pas là l'*ictus apoplecticus* que nous rencontrons chez certains rhumatisants dont nous allons vous parler.

C'est vous dire qu'il y a des rhumatismes accompagnés d'accidents cérébraux que, dans une certaine mesure du moins, on peut appeler apoplectiques. Notre femme du n° 1, vous vous le rappelez, était occupée à faire un ménage, lorsqu'elle ressentit une vive douleur à l'épaule droite. Elle s'en alla de là à l'église, où elle suivit mal sa messe. Elle sortit pour aller faire un autre ménage. Comme on remarqua son état de souffrance, on la renvoya en voiture chez elle. Elle se coucha, souffrit beaucoup de son rhumatisme pendant toute la nuit, et le matin elle s'éveilla aphasique. Elle voulait et ne pouvait plus demander à boire à son mari, ni l'appeler *cochon*, ainsi qu'elle en avait l'envie et l'habitude.

Voilà donc un accident violent, subit, du côté de l'encéphale, et sans prodromes bien manifestes, car la femme n'a eu au préalable qu'un peu de mal de tête et d'étourdissement. Voilà un accident qui ressemble singulièrement à une attaque d'apoplexie dans le courant d'une affection rhumatismale; il s'est dissipé en trente-six ou quarante-huit heures, et puis le rhumatisme a continué de suivre son cours sans prendre de gravité. Ainsi donc, nous considérons ce cas comme un cas de rhumatisme cérébral apoplectique.

HOPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. Azam.

Résections successives des nerfs sciatiques poplité externe et grand sciatique pour une névralgie de moignon. — Guérison. — Récidive. — Etude physiologique.

(Travail lu à la Société de chirurgie.)

L'étude difficile des fonctions du système nerveux ne peut être seulement basée sur l'observation de l'homme à l'état de santé, les vivisections viennent puissamment à son aide. Mais que de choses restent encore obscures! L'animal, après une section de nerfs, est ou non paralysé, il crie ou ne crie pas, mais comment se rendre compte du point précis du membre dans lequel les mouvements seront diminués ou abolis et des modifications si variées que peut subir la sensibilité dans tel ou tel point limité du corps? C'est à l'étude de l'homme malade qu'il faut alors avoir recours, c'est dans l'observation attentive des faits pathologiques que la physiologie puise de nouvelles ressources, et tout médecin ou chirurgien soucieux des progrès de la science ne doit pas laisser inaperçues les altérations des centres nerveux ou de la périphérie qui auront pendant la vie donné lieu à certains ordres de symptômes ou qui auront nécessité des opérations sur le système nerveux, sortes de vivisections humaines.

Observation. — Germain L..., âgé de vingt ans, terrassier, est apporté à ma clinique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux pendant la nuit du 18 février 1862. Dans la soirée, sa jambe droite a été broyée par un train de wagons; le malade ayant perdu beaucoup de sang, le docteur Labat, chef interne, pratique immédiatement l'amputation au lieu d'élection avec un lambeau postérieur et externe, méthode indiquée par l'état des parties. Le malade était chloroformé.

Rien de particulier ne signala les premiers jours de l'opération. Vers le dixième jour, un érysipèle survint et entrava la cicatrisation, qui fut très-lente. Un mois après, la plaie se rouvrit, envahie par une matière pultacée, grisâtre, qui nécessita l'application d'une couche légère de pâte de Canquoin. Vers le milieu de mai, la cicatrisation fut terminée; c'est à ce moment, c'est-à-dire trois mois après l'opération, que commencèrent à se montrer des douleurs violentes qui, limitées pendant quelques jours à la cicatrice, s'irradièrent bientôt dans tout le moignon. Ces douleurs consistaient en des élancements profonds qui se faisaient sentir surtout la nuit et dans une hyperesthésie de la peau de tout le moignon remontant jusqu'au-dessus du genou. Cette hyperesthésie était telle que le malade ne pouvait supporter le moindre contact : le poids de son drap pendant la nuit, le frottement du pantalon pendant le jour, lui causaient des douleurs intolérables.

Je passai en revue les moyens les plus vantés et les plus actifs contre les névralgies, vésicatoires, électricité, cautérisation, injections sous-cutanées, etc., etc., le malade n'éprouva aucun soulagement. Sur ces entrefaites, M. le docteur Labat ayant dû me remplacer pendant quelque temps en qualité de professeur suppléant de clinique, pratiqua, le 25 septembre, la résection du nerf sciatique poplité externe au-dessus de la cicatrice, à cinq centimètres au-dessous de la tête du péroné. L'opération simple en elle-même fut compliquée d'accidents convulsifs très-graves; la première chloroformisation n'avait amené qu'une agitation très-vive, cette fois les convulsions prirent tout le caractère de l'épilepsie.

Cette résection partielle n'amena aucun soulagement. Pendant plus de quinze jours, les convulsions épileptiques qui avaient accompagné la dernière anesthésie se reproduisirent presque chaque jour, puis cessèrent pour ne se montrer qu'à de longs intervalles. Je dois noter ici que ce malade n'avait jamais eu auparavant d'attaques semblables, mais que sa mère était morte épileptique.

Ayant repris le service, j'éprouvai quelque embarras devant l'insuccès complet de cette tentative en apparence si légitime. J'essayai alors d'un moyen que me conseilla M. le professeur Denonvilliers, de passage à Bordeaux. Je plaçai le moignon dans un bain permanent de chloroforme; je n'obtins aucun changement, le chloroforme agissait comme irritant sur la peau, et le malade souffrait davantage.

Vers la fin d'octobre, L..., qui n'avait pas été vacciné, fut atteint d'une variole confluente, et passa dans le service des varioleux. A sa rentrée dans une des salles, un mois après, il me raconta un intéressant épisode : cinq ou six jours auparavant, pendant son sommeil, il s'était fait dans son état un heureux changement. Au réveil, il avait reconnu que ses douleurs avaient cessé d'une manière absolue dans toute la partie externe du moignon, il pouvait impunément toucher et pétrir la peau et les muscles; dans ces points, la sensibilité était normale. Cette guérison locale et limitée avait eu lieu deux mois après la résection du nerf sciatique poplité externe.

Malgré cette amélioration, l'état du malade était déplorable; dans les deux tiers du moignon, les douleurs avaient conservé leur intensité, et les attaques d'épilepsie persistaient, quoique plus rares; l'hyperesthésie de la peau causait au malade de véritables tortures. Il éprouvait une telle crainte d'un contact, si léger qu'il fût, que la vue d'un doigt s'approchant de son moignon le faisait tomber en convulsions; à ces douleurs superficielles se joignaient quelquefois des douleurs profondes, remontant jusqu'au haut de la cuisse; le malade était amaigri, sombre; il parlait de suicide.

Une opération semblable à celle qui avait réussi, quoique tardivement, était nettement indiquée; je devais réséquer le nerf sciatique poplité interne.

Le 29 décembre, je tentai l'opération, mais elle fut impossible. A la première inhalation de chloroforme, le malade fut pris d'une attaque des plus violentes. De plus, la contracture du moignon rendait inaccessible le creux du jarret; je dus y renoncer. Je n'avais plus de ressources que dans la résection du tronc lui-même.

Je noterai ici que pendant huit jours les attaques d'épilepsie se renouvelèrent avec une effrayante intensité; aucune opération n'avait été faite, le chloroforme était donc le seul coupable.

Résection du grand sciatique. — Le 8 janvier 1863, éclairé par l'expérience sur les accidents qui m'attendaient, je procède moi-même à l'anesthésie. Dès les premières inspirations, l'agitation commence et le visage se congestionne; aussitôt je verse sur la compresse une grande quantité de chloroforme; le malade, comme sidéré, retombe sur le lit; on le retourne, et je procède rapidement à l'opération : une incision de 6 centimètres, commençant à 2 centimètres au-dessus du creux du jarret, vers le milieu de la face postérieure de la cuisse, met à nu l'aponévrose; celle-ci incisée sur la sonde cannelée, je rencontre le bord externe du muscle biceps; j'étale le tronc nerveux placé immédiatement en avant, et l'ayant soulevé sur mon index gauche, je le coupe d'un coup de ciseaux; 3 centimètres au-dessous, j'enlève d'un autre coup de ciseaux la portion que je veux réséquer. L'opération a été très-rapide, et le malade n'a pas perdu de sang. A peine est-elle achevée que les convulsions apparaissent, et ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il m'est possible de faire la réunion de la plaie et le pansement.

Bientôt le malade tombe dans l'état comateux qui suit l'attaque, et il est reporté à son lit.

La portion réséquée a un peu plus de 3 centimètres de long. Son extrémité inférieure comprend la bifurcation des deux sciatiques poplités; son tissu est parfaitement sain.

Vers le soir, le malade est revenu à lui-même; son hébétement est passé; il n'a aucun souvenir de l'opération. Pendant la nuit, il a deux ou trois attaques.

Les conséquences physiologiques et pathologiques de la résection du plus gros nerf de l'économie présentaient, on le comprend, un vif intérêt; aussi les ai-je étudiées avec soin.

Pendant les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération, l'analgésie et l'anesthésie du moignon ont été complètes; le malade a perdu conscience de la partie inférieure de son membre. Après ce temps,

---

contant les merveilles des plantes, Ptolémée interrogeant le firmament, Cicéron enchaînant les cœurs par les charmes de son éloquence! Alors, je me le rappelle, refusant de croire à son extrême jeunesse, vous étiez tentés de vous écrier :

> Non hæc humanis opibus, non arte magistra
> Proveniunt.... »

Il n'y a pas jusqu'au latin de cuisine de la cérémonie qui ne soit encore une critique dirigée à bon droit contre la pauvre Faculté; ce latin macaronique a, dit-on, été forgé chez la belle Ninon par notre satirique Boileau; mais la Faculté l'avait inventé avant lui. Dans leur querelle avec les chirurgiens, nos docteurs s'érigèrent un jour en professeurs des barbiers et voulurent leur apprendre l'anatomie. Or, selon les statuts de la Faculté, les leçons ne pouvaient être faites qu'en latin, et les barbiers n'en comprenaient pas un traître mot. La haine est féconde en ressources; les médecins voulaient ruiner les chirurgiens et leur enlever leurs élèves, et il fut convenu que la leçon d'anatomie, à l'usage des barbiers seulement, serait faite en un langage en tout semblable à celui du *Malade imaginaire*.

Ah! Molière n'ignorait rien de tout ce qu'il avait intérêt à savoir, et c'est pour cela que sa critique est presque toujours si précise et d'une réelle portée. Il savait aussi bien qu'un docteur les usages de l'Ecole, et il avait assurément une connaissance complète de ses statuts officiels.

Au milieu de ses désolations, quelle fut l'attitude de la Faculté à l'égard de celui qu'elle pouvait considérer comme son ennemi le plus acharné et le plus dangereux? Nous pouvons dire, à sa louange, que ce rôle fut digne et convenable. Elle pouvait se défendre et attaquer, elle ne le fit pas; elle resta muette spectatrice. Les médecins, gens d'esprit, firent probablement chorus avec le public rieur; les autres se contentèrent de gémir en silence. Pendant la vie de Molière, si fortement protégé par le grand roi, comprirent-ils que leurs plaintes ne seraient pas écoutées? jugèrent-ils sagement que lorsque Molière était parvenu à faire jouer le *Tartuffe*, ils ne réussiraient pas à interdire la représentation des médecins? Cela est possible et même fort probable; dans tous les cas, la Faculté eut au moins le bon goût de ne pas porter aux pieds du trône d'inutiles doléances. Mais Molière mourut après la quatrième représentation de son dernier ouvrage; la protection royale ne s'étendit pas sur sa veuve et sa troupe, comme elle l'avait fait sur l'illustre mort. L'influence des médecins grandit au contraire tous les jours; Daquin, qu'on prétendait reconnaître dans l'un des docteurs de l'*Amour médecin*, devint bientôt une véritable puissance. Qui douterait qu'il eût pu avoir sur l'esprit de son royal client, dans un de ces moments où le malade accorde tout, assez d'empire pour obtenir la suppression des représentations de certaines comédies de Molière? Dans tous les cas, lui, comme la Faculté, eut le bon esprit de ne rien tenter et de laisser continuer les représentations de l'*Amour médecin*, du *Médecin malgré lui* et du *Malade imaginaire*, etc., etc.

Qu'en pensèrent les médecins contemporains? Nous savons peu de chose à cet égard. Le grand causeur de l'époque, Gui Patin, qui raconte si volontiers tout ce qui lui paraît intéresser la profession médicale, qui se tient à l'affût de tout ce qui se fait d'important, de tout ce qui se fait de curieux, Gui Patin ne dit que quelques mots de Molière et de ses comédies. Et cela nous étonne en vérité; il est impossible que le satirique médecin n'ait pas connu le grand comédien ou tout au moins qu'il n'en ait pas très-souvent entendu parler. Poquelin avait été l'élève de Gassendi et resta toujours son ami; Gui Patin était aussi extrêmement lié avec le philosophe provençal : Bernier le voyageur était également intime avec le médecin et le comédien, et probablement tous les deux avaient-ils d'autres amis communs. — Il est vrai que Patin mourut avant la représentation du *Malade imaginaire*; cette pièce l'eût beaucoup plus touché que les précédentes, et il ne l'eût point laissée passer sans quelques coups de boutoir bien appliqués, tandis qu'il parle à peine des premières. Nous ne citerons que le passage suivant : « On joue présentement à l'hôtel de Bourgogne l'*Amour malade* (c'est l'*Amour médecin* qu'il veut dire). Tout Paris y va en foule pour voir représenter les médecins de la cour, et principalement Esprit et Guénaut, avec des masques faits tout exprès; on y a ajouté Des Fougerais. Ainsi on se moque de ceux qui tuent le monde impunément. » On voit que Gui Patin est de bonne composition; on ne doit pas s'en étonner, il s'agit là de ses ennemis intimes, des médecins de la cour, des donneurs d'antimoine; il est très-heureux de les voir exposés à la risée publique; sa colère l'aveugle si bien, qu'il ne comprend pas que c'est le corps médical tout entier qu'on expose au pilori, et, pour moi, je suis fâché que cet homme de tant d'esprit ait eu la vue si courte; il était bien capable de lutter un instant, et sur ce point particulier, contre Molière lui-même.

Après Gui Patin, je ne connais guère qu'un autre médecin contemporain qui ait écrit sur Molière : c'est J. Bernier.

« Molière, dit-il, et ses partisans pourraient être mis au nombre des ennemis déclarés de la médecine, si Quintilien n'avait remarqué qu'*encore que les comédies soient bien reçues du public à cause de la grâce que les auteurs leur donnent, elles ne trouvent aucune place dans les bibliothèques*, et si ce comédien n'avait lui-même rétracté, ou, si l'on veut, interprété en faveur de la médecine tout ce qu'il avait écrit de plus outré contre cette profession. Mais pour ne laisser aucun doute sur cet article, il faut apprendre au peuple, aux demi-savants et aux adorateurs de la comédie, que Molière n'a fait monter la médecine en spectacle de raillerie sur le théâtre que par intérêt, et pour se venger contre une famille de médecins, sans se mettre fort en peine des règles du théâtre, et particulièrement de celles de la vraisemblance : car de toutes les pièces dont ce comédien a outré les caractères, ce qui lui est souvent arrivé, et qu'on ne voit guère dans l'ancienne comédie, celles où il joue les médecins sont incomparablement plus outrées que toutes les autres; mais comme il faut être maître pour s'en apercevoir, ceux qui cherchent à rire ne pensent qu'à rire, sans se mettre en peine s'ils rient à propos. De plus, comme il

il s'est aperçu que la sensibilité normale revenait peu à peu, mais seule, sans ramener avec elle les douleurs passées.

Le quatrième jour, l'état normal est complet. Le malade frappe son moignon, le pétrit violemment, et ne peut croire à son bonheur. La sensibilité du moignon est en tout semblable à celle des points correspondants de l'autre membre. La distance des pointes d'un compas y est appréciée de la même manière.

Le chatouillement, le pincement, le froid et le chaud donnent les mêmes sensations.

En un mot, la guérison est complète, absolue, et l'opération a eu un magnifique résultat.

Publié à cette époque, le succès eût été plus frappant; mais l'observation eût été moins instructive qu'aujourd'hui.

Or voici ce qui est arrivé :

Pendant sept mois et quelques jours aucune modification dans cet état satisfaisant n'a eu lieu, sauf quelques fourmillements ressentis de temps à autre dans le moignon ; les attaques d'épilepsie ont complétement cessé ; L... jouit d'une santé parfaite. Il est gros et gras, et, muni d'un pilon, il court la ville sans canne, vendant des journaux.

Le 25 juillet 1863, son pilon glisse entre deux pavés ; il fait un effort pour se retenir, aussitôt une douleur horrible lui fait perdre connaissance ; il tombe sur le sol en proie à une attaque d'épilepsie; pendant la nuit, deuxième attaque : il revient à lui le matin sur le plancher de sa chambre. Pendant deux ou trois jours les anciennes douleurs ont reparu, mais avec moins d'intensité ; bientôt elles diminuent, mais persistent encore. Quinze jours après je rencontre L..., qui me raconte cette récidive ; à ce moment les douleurs sont supportables; mais il ne peut marcher qu'à la condition de porter à l'extrémité de son moignon un morceau de caoutchouc qui le protége contre tout retentissement douloureux.

Etat actuel du malade. — Aujourd'hui 2 mai, dix mois après la récidive, L... est dans l'état suivant :

Depuis plus de sept mois il n'a pas eu d'attaques d'épilepsie ; à trois ou quatre reprises, sans cause connue, il a éprouvé de violents accès de douleur : l'un entre autres qui a amené sa chute, sans cependant qu'il perdît connaissance. Il sent toujours, mais obscurément, deux ordres de douleurs : les unes, qui sont profondes, suivent le trajet du nerf sciatique ; d'autres, qui ayant leur siége à la peau, s'irradient dans le crural jusque dans les parties génitales : une fois, ces douleurs ont amené une impossibilité absolue d'uriner pendant plusieurs heures. Les changements de temps se font surtout ressentir dans les parties profondes ; le moignon est souvent pris d'un état convulsif très-pénible, et le malade améliore sa situation en le comprimant au moyen d'une bande roulée, serrée et bien appliquée. Il marche plus commodément en appliquant à l'extrémité de son pilon une rondelle de caoutchouc ; cependant, sans cette précaution, la marche n'est pas impossible comme dans les premiers temps.

En résumé, la guérison n'est pas complète, absolue, comme elle l'a été pendant sept mois. La circulation nerveuse s'est rétablie, et avec elle une partie des accidents ; mais la situation de L... est tolérable, et ne peut être comparée à ce qu'elle était avant la résection du grand sciatique. Il n'hésite pas à dire que si des douleurs pareilles revenaient, il demanderait une autre résection.

Avant de chercher une explication physiologique des phénomènes qui ont précédé et suivi l'opération, je crois indispensable de vous rendre compte du mécanisme de la formation de la névralgie.

On se souvient peut-être que l'amputation a été faite à lambeaux, et que la plaie a suppuré trois mois. Il y a eu nécessairement dans le moignon une accumulation de tissu inodulaire dans lequel ont été enserrées les extrémités des nerfs coupés ; c'est la rétraction lente de ce tissu qui, par son accroissement incessant, a amené la névralgie. Je suis convaincu que la plupart des amputés qui présentent cette redoutable complication ont été opérés par cette méthode. Le fait que je cite serait une indication à réséquer dans les lambeaux d'amputation les bouts nerveux, méthode conseillée du reste par M. Verneuil pour l'amputation sous-astragalienne.

Etudions maintenant la physiologie pathologique de cette observation.

Il paraît, au premier abord, très-simple qu'une névralgie soit guérie par la résection du nerf comprimé ; cependant, si on veut se reporter aux détails de l'observation, on verra que quelques points ont besoin d'être expliqués.

Il existait en effet, avant l'opération, deux douleurs : l'une profonde, et remontant vers la partie postérieure de la cuisse, due incontestablement à la compression des deux sciatiques poplités ; l'autre superficielle, consistant en une hyperesthésie de la peau qui enveloppait tout le moignon jusqu'au-dessus du genou ; cette douleur suivait le nerf crural et remontait parfois jusqu'aux organes génitaux. Or, on le sait, à part une petite partie en arrière et en dehors, le moignon, surtout quant à la peau, était innervé par les branches du nerf crural.

Comment la lésion du sciatique a-t-elle pu amener la douleur du crural et de ses terminaisons?

Plusieurs hypothèses peuvent être faites. L'irritation, transmise par le nerf sciatique à la moelle, a agi sur les origines du crural, et ce nerf, par une sorte d'irradiation passant par le centre, a ressenti dans ses extrémités la douleur transmise.

On pourrait croire aussi qu'il s'est fait dans le moignon des anastomoses entre les extrémités renflées des nerfs coupés, anastomoses qui ont fait communiquer les bouts du sciatique avec les nerfs de la peau émanée soit du crural, soit du sciatique lui-même. La dissection des moignons démontre d'une manière incontestable l'existence de ces anastomoses.

Larrey, sur un moignon d'avant-bras, a reconnu la soudure du médian et du cutané. M. Richet a vu sur une cuisse le crural réuni au sciatique par une bande cicatricielle. M. Verneuil et le professeur Wedl, en 1855, ont étudié les renflements nerveux qui se forment à l'extrémité des nerfs coupés. Ils ont reconnu que ces intumescences contiennent un grand nombre de tubes nerveux qui se croisent en tout sens, et qui peuvent se mettre en rapport de continuité avec les nerfs adjacents. Enfin, les expériences de M. Chauveau (de Lyon) ont démontré de la manière la plus claire la possibilité de faire anastomoser artificiellement des nerfs coupés, même des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs.

Voyons comment l'existence des anastomoses pourrait, chez notre malade, rendre compte des phénomènes observés.

La névralgie ne s'est montrée que trois mois après l'amputation ; à cette époque même elle paraissait confinée dans les profondeurs du moignon, où étaient comprimées par la cicatrice les extrémités des nerfs coupés. Peu à peu, des connexions avec les extrémités du crural se sont organisées, et la douleur s'est étendue à la surface du moignon ; son intensité a même été plus grande dans son nouveau domaine, en raison de la prédominance des nerfs sensitifs à la peau. Une première opération est faite ; la résection du nerf sciatique poplité externe à 5 centimètres au-dessous de la tête du péroné. Mais cette opération ne donne pendant deux mois aucun résultat; cela s'explique par ce fait que toute la partie externe du moignon est innervée par la branche cutanée péronière, qui émane du sciatique au-dessus du lieu de la section. Or le renflement comprimé s'étant anastomosé avec les extrémités de cette branche, la section faite immédiatement au-dessus n'a pas, en réalité, séparé le point malade des centres nerveux, et la douleur, au lieu de remonter en passant par le tronc du sciatique poplité externe, est passée par la branche anastomosée accidentellement avec le point malade.

Mais comment expliquer qu'après deux mois la douleur a subitement cessé dans toute la partie externe du moignon?

Il est probable que pendant ce temps l'extrémité du sciatique séparée de son tronc s'est atrophiée, et qu'il est arrivé un moment où, ayant presque disparu dans la cicatrice qui l'étreignait, la névralgie ressentie par les branches anastomosées n'a plus eu de raison d'être. Malheureusement sept mois s'écoulent, le tissu nerveux se régénère, la vie revient dans les points atrophiés et comprimés, et la douleur revient avec elle dans la partie externe du moignon comme dans le reste.

Je ne puis m'empêcher de faire ici une remarque sur la façon singulière dont a procédé dans ces deux cas l'influx nerveux. Dans l'atrophie de l'extrémité comme dans la régénération du tissu enlevé, il n'a pas disparu ou ne s'est pas rétabli lentement, c'est-à-dire au fur et à mesure de la disparition ou de la reconstitution de l'élément anatomique. C'est subitement, tout d'un coup. Le nerf, paraît-il, est ou n'est pas apte au passage du courant ; quand il l'est, il l'est tout à fait. Cette analogie avec le fluide électrique est frappante : il y a ou il n'y a pas contact; quel que soit le contact, s'il existe, le courant passe.

L'opération principale, la résection du tronc du sciatique, a eu, contrairement à la précédente, un succès immédiat. Cela se comprend ; elle a absolument séparé du centre les extrémités nerveuses malades ; elle a complétement interrompu le circuit; la douleur ressentie dans le crural par l'intermédiaire des anastomoses, comme celle éprouvée directement par les filets cutanés du sciatique, a disparu avec la cause.

Pendant les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération, il s'est passé un phénomène sur lequel je dois revenir; toute sensibilité normale ou anormale a disparu dans le moignon. Le malade n'a plus en quelque sorte conscience de son existence. Je ne puis expliquer cette abolition momentanée des fonctions que par une sorte de commotion amenée dans le système nerveux de la région par l'opération elle-même.

Je n'ai pas besoin d'insister sur ce fait, que la résection du nerf sciatique a fait disparaître la douleur du moignon sans amener avec elle aucune des conséquences ordinaires des résections nerveuses : paralysie du mouvement, abolition de la sensibilité. A la hauteur où avait été faite l'amputation, le nerf sciatique n'a encore donné que peu de rameaux. La contracture du moignon et son peu de longueur empêchent de reconnaître s'il est paralysé. Quant à la sensibilité cutanée, la région qui la recevait du sciatique avait trop peu d'étendue pour que les effets de la résection pussent y être appréciables.

Nous avons vu qu'après sept mois et quelques jours la maladie s'est reproduite, bien qu'avec une moindre intensité.

On sait très-bien aujourd'hui que les nerfs coupés ou réséqués se régénèrent. Dès 1776, Cruiksbank l'avait démontré. Après lui, Fontana, Michaelis, Meyer. Dans ce siècle, Swan, Béclard, Descot; de nos jours, M. Flourens, M. Verger (de Montpellier), qui en a fait le sujet d'un mémoire important, l'ont démontré par des expériences sur les animaux.

En 1859, M. Lobsteck (de Tubingen), a réuni cinq faits de régénération de nerfs coupés chez l'homme. Aussi est-ce pour cela que j'avais réséqué une quantité considérable et que je croyais suffisante, plus de 3 centimètres. Malgré ce soin, après sept mois le courant nerveux s'est rétabli, non lentement, comme l'élément nerveux qui devait le conduire, mais tout d'un coup, ramenant la douleur avec lui. Ce rétablissement a eu lieu sous l'influence d'un ébranlement du moignon.

J'ai fait remarquer plus haut la frappante analogie de ce phénomène avec les allures des courants électriques.

Jusqu'à ce jour, grâce probablement à un certain degré d'atrophie qui avait dû suivre l'opération, la maladie est tolérable, mais il est impossible d'affirmer qu'elle ne reprendra pas sa première intensité. Dans ce cas, je n'hésiterais pas à faire une nouvelle résection, en apportant dans l'opération des modifications importantes.

Je ne dois cependant pas me dissimuler qu'on peut donner de la récidive une explication qui rendrait très-illusoire tout espoir de guérison radicale.

J'ai précédemment admis que la douleur était revenue par la régénération du nerf coupé. Mais on pourrait admettre aussi que la névralgie est aujourd'hui causée par un névrome, un renflement fibreux développé dans le bout supérieur du nerf réséqué. Dans cette hypothèse, une nouvelle opération n'amènerait encore qu'une guérison temporaire.

Cependant, je dois le dire, cette explication me paraît douteuse, car le malade souffre de l'extrémité de son moignon, et n'éprouve aucune douleur dans la région où est aujourd'hui le bout supérieur, c'est-à-dire à 6 ou 7 centimètres au-dessus du creux poplité.

Au point de vue opératoire, ce fait présente un certain intérêt.

La résection du grand nerf sciatique n'a été que très-rarement pratiquée. En 1828, M. Malagodi l'a faite pour une névralgie de la jambe; la guérison a été complète le cinquantième jour, mais le malade a été perdu de vue cinq mois après l'opération. On ignore donc si, comme chez le mien, la continuité nerveuse s'est rétablie.

En 1839, un malade de M. Maye a subi successivement, pour une névralgie du genou, une amputation de cuisse, une résection du moignon et du nerf sciatique dans la cicatrice, une deuxième résection du nerf sciatique plus haut; enfin, une désarticulation de la hanche. Cette dernière opération put seule amener la cessation des douleurs.

En 1859, un chirurgien américain a fait la résection du nerf scia-

---

était encore meilleur acteur que bon auteur, il eut grand soin d'accorder ses sujets, ses caractères et ses personnages à son geste naturel et à son visage, qu'il avait, comme on dit, dans ses mains. Ajoutez que, comme il vit que la médecine était fort décriée à Paris, il crut ne pouvoir mieux prendre son temps qu'il le prit alors. Ainsi il n'y avait qu'à jouer toujours à bon compte, et sur l'espérance que le jeu ne déplairait pas, sans penser scrupuleusement à jouer dans les règles. De sorte que si on lui eût demandé sérieusement, comme on fit depuis à un comédien italien, pourquoi la comédie n'avait plus rien de son ancienne régularité, il aurait sans doute répondu comme celui-là : *Que si on ne voulait rien représenter sur le théâtre que de régulier, on verrait mourir de faim bien des comédiens avec de bonnes comédies.* Quoi qu'il en soit, si Molière se moque avec succès de quelques médecins, je ne crois pas pour cela qu'il ait ruiné le métier : car s'il arrive qu'on tombe malade au sortir de ses représentations, on ne laisse pas d'avoir recours à des ignorants et même à des empiriques pires que toutes les satires et tous les théâtres. Après tout, il n'y eut pas trop à rire pour Molière : car, loin de se moquer de la médecine, s'il eût suivi ses préceptes, s'il eût moins échauffé son imagination et sa petite poitrine, et s'il eût observé cet avis d'un meilleur médecin, quoique bien moins bon poëte que lui :

> Et l'on en peut guérir, pourvu que l'on s'abstienne
> Un peu de comédie et de comédienne,
> Et que choyant un peu ses poumons échauffés...;

s'il eût, dis-je, suivi cet avis, et qu'il eût bien ménagé l'auteur et l'acteur, ceux dont il prétendait se railler n'auraient pas eu leur revanche et leur tour, outre que c'est une grande témérité à un mortel de se moquer de la maladie et de la mort, et particulièrement à un chrétien, qui n'y doit penser qu'en tremblant. Quant aux pauvres malades qu'il prend tant de plaisir à railler, comme les visionnaires mêmes sont en cela fort à plaindre, il me semble qu'il les devait laisser là s'il n'en voulait avoir compassion. »

Ce passage est assez aigre, et ne prouve pas que Bernier fût un bien bon juge en fait de comédies. Tel qu'il est cependant, il montre que l'auteur n'est, à l'endroit de Molière, ni bien méchant ni bien rancunier. La Faculté pouvait certes se permettre cette innocente revanche.

Un ancien éditeur du *Malade imaginaire*, Georges Backes, a prétendu qu'après la mort de Molière les médecins de Paris voulurent interdire l'impression de la pièce, et qu'ils s'adressèrent même au roi ; mais nous n'avons nulle part trouvé la preuve de cette assertion, et nous pensons au contraire qu'elle doit être fausse, ou que tout au moins ce projet n'eut pas même un commencement d'exécution.

Reste enfin la fameuse pièce d'*Elomire hypochondre ou les Médecins vengés*. Ces deux titres pourraient faire penser qu'elle fut l'œuvre d'un médecin (1) ; il est aisé de s'assurer du contraire. Dans la pièce de Chalussay, les médecins jouent un assez vilain rôle ; ils ne sont jamais d'accord, ils se querellent volontiers, et nous avons vu comment finit la pièce ; ils vont boire au cabaret, en compagnie de laquais et d'exempts de justice, avec l'argent extorqué à Elomire. Assurément un docteur du dix-septième siècle ne se serait jamais avisé d'un semblable dénoûment ; il n'aurait pas davantage, on en conviendra, tenu le langage suivant :

> On ramène souvent les gens en bon chemin,
> Et je vous en réponds s'il n'est pas médecin ;
> Mais s'il est tel, ma foi ! l'attente est ridicule,
> Je n'en connais pas un moins têtu que sa mule.

Et plus loin :

> Et sans être connu des bâtards d'Hippocrate.
> . . . .

(1) M. Fournel, dans les *Spectacles populaires*, vient de remettre au jour cette supposition plus qu'improbable, et qu'il n'appuie d'aucune preuve.

> Mais qui ne l'eût pas fait en une conjoncture
> *Où nous vîmes leur art berné par la nature?...*

En outre, les docteurs sont tous des assassins ; il est vrai que c'est Elomire qui les appelle ainsi. Enfin, nous n'avons nulle part trouvé la preuve que *Le Boulanger de Chalussay* appartînt à la Faculté.

Non, *Elomire hypochondre*, qui n'est pas seulement une mauvaise pièce, mais encore une mauvaise action, n'a été composée ni par un médecin ni à l'instigation des médecins ; ceux-ci sentirent sans doute les blessures que leur faisait Molière, mais ils eurent le bon sens de ne point essayer d'en tirer vengeance.

Bien différents en cela des faux dévots et de quelques grands seigneurs, ils ne tentèrent rien pour arrêter le génie en ses sublimes productions, et si aujourd'hui nous, médecin, essayons de remettre les choses à leur place et de les présenter sous leur véritable jour, c'est que désormais rien ne peut plus ternir l'auréole qui brille au front du sublime comédien. Nous avons montré que dans sa campagne contre les médecins il ne fut pas toujours heureux, et se laissa souvent aveugler par un parti pris d'avance ; mais il n'en a pas moins rendu de grands services à la science médicale en démolissant sous ses railleries les restes d'une scolastique usée et puérile ; en détruisant ce respect profond et superstitieux en de vieilles idées et en de vieilles doctrines, en forçant le médecin à observer la nature, au lieu de s'attacher aveuglément à la parole du maître et aux vieilles règles établies ; à laisser de côté une polypharmacie souvent dangereuse, toujours ruineuse pour le malade ; à renoncer à un jargon plein d'obscurité et d'une sorte de mysticisme ; à rentrer enfin dans la vie commune et à vivre en plein soleil. — Ces critiques-là, justes, vraies, réellement fondées, les médecins ont su les comprendre, et l'humanité tout entière en a tiré profit.

Dr H. Montanier.

tique au-dessous de l'ischion; mais auparavant, il avait fait subir au membre inférieur trois amputations successives. Dans ces deux faits, on ne sait vraiment ce qu'il faut le plus admirer, ou de la ténacité du chirurgien, ou de la confiance et du courage des malades.

J'ai entendu dire que dans ces derniers temps, M. Nélaton avait réséqué le grand nerf sciatique pour une névralgie de la jambe, mais le fait n'a pas été publié.

L'observation qui précède est, à ma connaissance, le seul fait de névralgie de moignon pour lequel cette résection ait été pratiquée. C'est aussi la seule qui ait donné lieu à une étude physiologique des phénomènes observés.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juin 1864. — Présidence de M. MORIN.

Des résections longitudinales comme procédé d'évidement des os. — M. SÉDILLOT. Dans le grand nombre d'évidements des os dont nous avons publié les observations, nous avons signalé la résection longitudinale du tibia, du fémur et des autres os du squelette, comme un des moyens d'arriver au canal médullaire et d'enlever avec la gouge, la rugine, la scie, le trépan, les ciseaux et les divers ostéotomes, les parties malades, ou de les détruire par la cautérisation ignée.

Le but principal de ces opérations était de laisser intacte une surface osseuse périostée, capable de conserver au membre sa longueur, sans détruire les insertions musculaires les plus importantes, et de fournir à la régénération des os les éléments d'une activité réparatrice complète, par la transformation ostéoplastique des cellules plasmatiques du périoste et de la couche osseuse évidée.

Cette méthode, dont les avantages n'ont pas été contestés, était la suite et la confirmation des règles curatives tracées par les plus anciens et les meilleurs observateurs, et se présentait avec la double recommandation d'une filiation scientifique non interrompue et d'une explication rationnelle de faits jusqu'alors purement empiriques, dont la valeur avait été à plusieurs reprises, et particulièrement de nos jours, mise en doute et combattue.

Eclairé par l'histoire de notre art et par les remarquables travaux de Duhamel, de Troja, de Macdonald, de Heine, de Swan, Virchow, M. Flourens, etc., nous avons pu commencer et continuer, depuis plusieurs années, nos opérations d'évidement, sans recourir à des expériences directes sur les animaux; mais nous avons cru devoir combler aujourd'hui cette lacune et en instituer quelques-unes, pour mieux montrer la supériorité de cette méthode sur les résections sous-périostées, telles qu'elles ont été si souvent répétées sur les animaux et appliquées à la pathologie humaine, avec des résultats encore fort douteux. Nous avons ainsi acquis la preuve qu'on pouvait enlever la moitié et les deux tiers de toute la longueur des diaphyses, en creusant et évidant le canal médullaire, sans compromettre ni la longueur, ni la solidité, ni les usages des membres, dont les os se régénèrent avec une perfection jusqu'ici inconnue.

J'ai présenté à la Société de médecine de Strasbourg plusieurs humérus, dont un de mes confrères et amis, M. le docteur Marmy, avait enlevé la moitié et les deux tiers par des résections longitudinales, avec évidement des portions osseuses conservées et réduites à une épaisseur de 2 millimètres, et les os s'étaient si bien reproduits, qu'il eût été difficile de les distinguer des os sains du membre opposé.

Dans une de ces expériences, faite sur un chien de dix à douze ans, et chez lequel une résection sous-périostée de 3 centimètres avait complétement échoué, sans la moindre trace d'ossification, et où l'os enlevé avait été remplacé par un simple cordon ligamenteux, l'évidement par résection longitudinale de la moitié de l'épaisseur de la diaphyse humérale avait parfaitement réussi, et l'os s'était totalement et régulièrement reformé.

J'ai examiné plusieurs fois des os en voie de régénération, à diverses périodes de semblables expériences, et j'ai vu les nouvelles couches osseuses se déposer sous le périoste conservé et à l'intérieur de l'os évidé, comme je l'avais déjà observé sur l'homme, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur les planches de mon ouvrage.

Ces résultats sont de nature à inspirer une légitime hardiesse à la chirurgie conservatrice et réparatrice, dans un certain nombre d'affections où la mutilation et la perte des membres paraissaient inévitables.

Plein de confiance dans les progrès de l'art, nous avons appliqué notre méthode aux extrémités articulaires, dont une partie a été évidée au moyen de résections longitudinales ou obliques, et nous aurons l'honneur d'en communiquer prochainement les résultats à l'Académie.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de physique, en remplacement de feu M. Barlow.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 45,

M. Magnus obtient	39	suffrages.
M. Weber (William)	3	—
MM. Dove, Jacobi et Joule, chacun	1	—

M. Magnus ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

Grand prix des sciences naturelles. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le grand prix des sciences naturelles, question concernant le système nerveux des poissons.

MM. Milne-Edwards, Valenciennes, Coste, Flourens et de Quatrefages réunissent la majorité des suffrages.

— M. le ministre de l'instruction publique autorise l'Académie à prélever sur les fonds restés disponibles une somme de 1,500 fr. destinée à la continuation des recherches de M. Gervais dans les cavernes ossifères du midi de la France.

Traitement de la surdité. — M. FLOURENS transmet et appuie une demande adressée par M. Turnbull, médecin de la Faculté d'Edimbourg, qui, se proposant de traiter par une méthode qui lui est propre un certain nombre de personnes affectées de surdité, prie l'Académie de vouloir bien faire constater par une commission l'état de ces individus avant qu'ils soient soumis à son traitement, dont le résultat doit, suivant lui, être complet ou à peu près dans l'espace d'une année.

M. Turnbull a fait connaître sa méthode à M. Flourens, et il la communiquera également aux membres de la commission; il l'a décrite dans une note qu'il dépose, mais il demande à ne pas la rendre dès ce jour complétement publique. Sa note, à laquelle l'Académie, au bout d'une année, donnera toute la publicité qu'elle jugera convenable, resterait jusque-là sous pli cacheté.

L'Académie charge une commission, composée de MM. Flourens, Milne-Edwards et Bernard, de prendre connaissance du procédé de M. Turnbull, et de constater autant que cela lui semblera possible l'état de l'ouïe chez les individus qu'il lui présentera.

Digitaline. — M. LEFORT, à l'occasion d'une communication faite dans la précédente séance par M. Grandeau sur *l'application de la dialyse à la recherche des alcaloïdes et sur un nouveau caractère de la digitaline*, réclame la priorité quant à l'application de ce moyen pour isoler le poison en question, et quant à la réaction chimique qui permet de le reconnaître quand on l'a isolé. « C'est pour m'en assurer, dit-il, que j'ai déposé le 29 mai dernier une note sous pli cacheté, dont l'Académie a bien voulu accepter le dépôt. Je prie en conséquence M. le président de vouloir bien ouvrir ce paquet et en faire connaître le contenu. »

Le paquet cacheté est ouvert en séance ; il contient une note que nous publierons dans un prochain numéro.

— **M. PLUCHARD** annonce avoir proposé avant M. Prevet l'emploi dans l'alimentation des semences du caroubier, et il envoie comme pièce à l'appui un prospectus imprimé pour l'exposition des produits agricoles de l'Algérie en 1860.

La lettre et le prospectus sont renvoyés à l'examen des commissaires nommés pour le Mémoire de M. Prevet (séance du 2 mai 1864), MM. Brongniart, Bernard et Gay.

Comité secret. — La commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place d'associé étranger, vacante par suite du décès de M. Mitscherlich, présente, par l'organe de son président M. Morin, la liste suivante :

Au premier rang, *ex æquo* et par ordre alphabétique : M. de la Rive, à Genève ; M. Wöhler, à Gœttingue.

Au deuxième rang et par ordre alphabétique : M. Agassiz, à Boston; M. Airy, à Greenwich; M. Bunsen, à Heidelberg; M. V. Martius, à Munich; M. Murchison, à Londres; M. Struve, à Pulkowa.

Les titres de ces candidats sont discutés. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

— **M. FLOURENS** présente, au nom de l'auteur, M. Brown, deux ouvrages écrits en anglais sur les maladies chirurgicales des femmes. Ces deux ouvrages sont adressés au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon.

— **M. FLOURENS** présente encore un ouvrage de M. Herpin, sur l'acide carbonique et ses applications en thérapeutique.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Tuly, de Beaumont-sur-Vesles.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finira le 30 juin sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine*, 9;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN *frères, libraires à Genève;*

Ceux des autres Etats, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Della diatesi scrofolosa e suo trattamento mediante i bagni marini, memoria del Cav. Dottor Ezio CASTOLDI, segretario del comitato promotore degli ospizii marini pegli scrofolosi. Un volume in-12. Prix : 4 fr. — Milano, 1864, via Santo-Paolo, n° 8.

Ce travail a été couronné par l'hôpital de Milan au concours de 1862.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 73. — JEUDI 23 JUIN 1864. 37e ANNÉE. N° 73. — JEUDI 23 JUIN 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 JUIN 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Barth, prenant la parole pour la première fois dans la discussion sur la physiologie du cœur, a argumenté contre M. Beau en employant le système des contradictions : il a fait ressortir le défaut de concordance des bruits normaux avec les mouvements, et des bruits anormaux avec les bruits normaux, tels que les expose la théorie attaquée; et c'est surtout, ainsi que le public s'y attendait, sur les preuves anatomo-pathologiques que l'orateur a appuyé ses raisonnements.

Sans insister sur les trois observations qui ont longtemps servi à M. Beau pour justifier ses conclusions, l'auteur a rappelé que le bruit pré-systolique tel qu'il existe dans les cas très-rares où il y a rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire sans insuffisance valvulaire, est un bruit faible qui commence un peu avant le premier bruit, mais qu'il n'a rien de commun avec ce bruit de souffle rude, prolongé, existant au premier temps, que M. Beau a attribué dans ses trois observations à un rétrécissement mitral, et que les défenseurs de la doctrine ancienne attribuent à un rétrécissement avec insuffisance.

Parmi les contradictions qu'a mises en évidence M. Barth, quelques-unes attireront sans doute l'attention de nos lecteurs. Le fait de la perception facile du deuxième bruit du cœur en auscultant les carotides, est impossible à rattacher à la théorie de la dilatation de l'oreillette comme origine du deuxième bruit. Dans le cas où les bruits auraient pour cause la dilatation des oreillettes et des ventricules, en vertu des lois de la propagation des sons par les liquides, ce serait le premier bruit qui devrait être très-clairement entendu, tandis que ce serait le deuxième bruit qui serait sourd, et le contraire a précisément lieu. La coïncidence absolue du bruit de souffle de l'insuffisance aortique avec le moment du second bruit, la disparition de ce dernier à l'auscultation des carotides, ne sont pas moins incompatibles avec la production du deuxième bruit par la brusque dilatation de l'oreillette.

Avant la reprise de la discussion, plusieurs rapports ont été lus : M. Reynal a rendu compte d'un travail de M. le docteur Gallard sur l'empoisonnement par la strychnine, où les symptômes et la thérapeutique sont traités avec le plus grand soin et avec une scrupuleuse exactitude expérimentale. Ce mémoire a été renvoyé au comité de publication.

M. Depaul a entretenu l'Académie d'un nouveau forceps de M. le docteur Rouch; l'instrument objet du rapport est muni de vis destinées à arrêter la pression sur les manches du forceps et à éviter la compression de la tête du fœtus. M. Depaul, tout en reconnaissant la simplicité du mécanisme a conclu que l'habitude de manier un forceps dispensait d'avoir recours à l'instrument modifié de M. Rouch. Ajoutons qu'entre des mains peu familières avec les pratiques obstétricales et dans les cas simples, le forceps à rapprochement limité peut prévenir quelques dangers.

M. Alphonse Guérin a fait une excellente lecture sur le traitement de l'anthrax par les incisions sous-cutanées. Les succès répétés obtenus par le chirurgien et les raisons qu'il a fait valoir, donnent un intérêt réel à cette communication.

Dr Armand Després.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure du tibia. Amputation de la cuisse par la méthode à un seul lambeau antérieur. Guérison.

Par M. Fano, professeur agrégé de la Faculté.

La dame B..., âgée de cinquante-quatre ans, d'un tempérament nerveux, d'une bonne santé habituelle, ressentit pour la première fois des douleurs au genou gauche, dans le cours du mois de mai de l'année 1862. La marche était pénible; il y avait une légère claudication. Des frictions sur la partie affectée, avec diverses pommades; l'administration de bains de vapeur, n'apportèrent aucun soulagement. Pendant le cours des mois de juillet et d'août, les douleurs augmentèrent et eurent principalement leur siége à la partie inférieure et interne de l'article.

Dès le mois de septembre, les douleurs prirent le caractère d'élancements. La patiente se présenta à moi le 2 octobre; à cette époque, il n'existait d'autre symptôme appréciable qu'un empâtement de la région du genou correspondant à la tubérosité interne du tibia; il semblait que le périoste de cette région était gonflé. Je prescrivis l'application d'une série de vésicatoires volants, ce qui n'amena aucune amélioration; des onctions avec une pommade belladonée ne fournirent pas un résultat plus satisfaisant. Loin de là, les souffrances devinrent plus vives, bien que la patiente gardât le repos absolu du membre.

Au commencement du mois de juin 1863, il se déclara une pneumonie qui fut guérie par les soins de M. le docteur Bossion. Alors aussi les douleurs devinrent de plus en plus vives dans le genou, qui se tuméfia manifestement; la malade ne pouvait se mouvoir dans son lit sans pousser des cris; elle était devenue très-faible et avait notablement maigri. La tumeur s'était ramollie; on y pratiqua une incision qui fournit un écoulement abondant d'humeur; il s'était probablement formé un phlegmon au-devant de la production morbide.

Dans le courant du mois d'août, la malade put se lever et faire quelques pas dans la chambre, appuyée sur une chaise; l'ouverture pratiquée par M. Bossion était cicatrisée. Cette amélioration fut de courte durée; les douleurs revinrent bientôt aussi fortes que par le passé; l'application de plusieurs vésicatoires volants, des badigeonnages avec la teinture d'iode, des cautères, n'empêchèrent pas la tumeur de prendre un nouveau développement.

Le 22 octobre dernier, je revis la malade, que j'avais cessé de suivre depuis dix mois, en consultation avec MM. Bossion et Grammaire; nous constatâmes tous les trois l'état suivant :

Il existe, à la partie supérieure de la jambe gauche, une tuméfaction considérable, qui descend jusqu'à cinq bons travers de doigt au-dessous du sommet de la rotule. Tandis que l'extrémité supérieure de la jambe droite, à ce niveau, mesure 30 centimètres, celle de la jambe affectée mesure dans le même point 42 centimètres.

La tuméfaction est beaucoup plus prononcée à la partie supérieure et interne de la jambe, où elle forme une véritable tumeur qui se termine par une saillie abrupte, à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen de la jambe.

La tumeur est molle et dépressible dans certains points; plus consistante, mais cependant encore dépressible en d'autres. Dès qu'on cesse de la comprimer, elle reprend lentement son volume primitif. Dans quelques points, notamment vers la partie correspondante à la tubérosité antérieure du tibia, on perçoit des *pulsations faibles et isochrones aux battements du cœur*. Vers la partie inférieure et interne de la tumeur, ces battements sont plus distincts. Nulle part on ne perçoit avec le stéthoscope de *bruit de souffle*. La tumeur fait corps avec l'os et se confond insensiblement par sa base avec le tissu propre de ce dernier. La peau qui la recouvre a conservé, à peu de chose près, sa coloration normale. La tumeur est indolente à la pression dans toute son étendue, excepté dans la portion correspondante à la tubérosité antérieure du tibia. Dans ce point, la patiente accuse des douleurs spontanées qu'elle compare à des souris.

L'articulation du genou exécute des mouvements de flexion très-limités. Le fémur du côté correspondant semble un peu plus volumineux qu'à droite. La malade a conservé la faculté de mouvoir les orteils, le pied; elle soulève difficilement le membre tout entier. Il n'existe pas d'engorgements ganglionnaires du creux poplité. On sent dans l'aine un ganglion assez dur.

La santé générale est altérée; la malade est très-pâle, très-amaigrie, en proie à des phénomènes nerveux qui se montrent surtout pendant les crises de douleur, et qui sont caractérisés par des pleurs abondants et une aphonie passagère.

Il n'y avait plus de doute possible sur la nature de la tumeur, nous la considérâmes comme un *ostéo-sarcome* de l'extrémité supérieure du tibia, et d'un commun accord nous décidâmes que l'amputation de la cuisse était la seule ressource, la seule planche de salut à offrir à la malade. Pour la préparer et la décider à cette mutilation, il ne fallut pas moins d'un mois. On prit l'avis de plusieurs autres chirurgiens, qui partagèrent complétement le nôtre. L'opération fut en définitive acceptée, après de grandes tergiversations. Je la pratiquai le 1er décembre dernier, en présence et avec le concours aussi éclairé que dévoué de MM. Bossion, Grammaire, Thierry Mieg, Norgen, Coizot, Savornin fils et plusieurs élèves.

Je choisis la méthode à lambeau antérieur. La malade fut au préalable éthérisée. Placé en dehors du membre, pendant qu'un de nos confrères comprimait l'artère fémorale au niveau de l'éminence iléo-pectinée, qu'un autre tenait la jambe, et qu'un troisième tirait les parties molles de la cuisse en haut, j'embrassai de la main gauche la demi-circonférence antérieure du membre, immédiatement au-dessus du genou, de manière à tendre les tissus; avec un couteau à un seul tranchant, je fis sur la face antérieure de la cuisse, à trois travers de doigt environ au-dessus de la rotule, une incision demi-circulaire à concavité supérieure, n'intéressant que la peau, qui fut attirée en haut à mesure que la section des brides fibreuses permettait d'exécuter ce mouvement. Une seconde incision, de même forme que la première, divisa la couche musculaire au niveau du point où se trouvait le bord libre de la peau rétractée.

En dirigeant le tranchant du couteau obliquement d'avant en arrière et de bas en haut, je formai aux dépens de la couche musculaire un

---

LETTRES OBSTÉTRICALES.

DE LA POSITION DE LA FEMME PENDANT L'ACCOUCHEMENT (1).

XXIV.

La parturition difficile serait-elle donc le triste apanage des femmes civilisées qui entretiennent la population de la vieille Europe?

Notre conclusion ne sera pas aussi absolue, car vous pourriez l'infirmer en vous appuyant aussi sur les témoignages des voyageurs. Ainsi, dans les Indes Orientales, un grand nombre de femmes perdent la vie la première fois qu'elles accouchent (2).

Sans faire complétement abstraction de l'influence des races, nous pensons que les conditions physiologiques de l'accouchement dérivent en grande partie de l'éducation, des mœurs, des exercices corporels, etc. Dans nos climats, sous la même latitude, nous voyons presque toujours les femmes de la campagne accoucher naturellement, tandis que dans les villes les médecins se relayent trop souvent auprès de la femme en couches pour la débarrasser du produit de la conception. J'imagine que la même différence existait autrefois sous ce rapport, par des causes analogues, entre les femmes d'Athènes et de Lacédémone. Dans ma pensée, nos robustes paysannes sont les Spartiates de la société contemporaine. Si donc j'établis ici un parallèle entre les femmes d'Athènes et celles de Sparte, ce ne sera ni par une vaine prétention littéraire ni par un jeu puéril d'érudition, mais pour jeter quelque agrément sur ce point de parturition comparée. Au lieu de vous dire de quelle manière on dispose aujourd'hui le lit de travail, je vous renvoie aux ouvrages classiques; je préfère me reporter un instant vers ces siècles écoulés de l'ancienne Grèce dont le charme est éternel, et dont le parfum fait disparaître l'aridité de tous les sujets.

En élevant les filles dans les mêmes exercices que les garçons, le législateur Lycurgue avait voulu leur donner un tempérament fort et robuste pour que la santé de leurs enfants fût meilleure. Les jeunes Lacédémoniennes apprenaient à danser, à lutter, à lancer le javelot, etc.; l'hymen n'était jamais prématuré. On faisait tout ce qu'on pouvait pour éviter l'embonpoint, qui était un objet de mépris; les unions étaient sans doute fécondes, puisque l'embonpoint détermine fréquemment la stérilité; lisez à cet égard une curieuse page sur les carpières de la Sologne, dans un livre intéressant de M. Alex. Mayer (1). L'infanticide légal maintenait l'équilibre de la population.

Ainsi élevées, les Spartiates offraient probablement le type de l'accouchement physiologique, tel que nous le présentent les femmes dans l'état de nature, selon les récits des voyageurs. S'il faut en croire Justin, elles n'avaient pas même de lits et reposaient sur la terre. D'autres auteurs prétendent qu'elles avaient un lit de bois de chêne ou composé avec les sommités des roseaux qu'on avait cueillis sur les bords de l'Eurotas; en hiver, on ajoutait à ce lit une plante appelée *lycophone*, pour entretenir la chaleur.

Les exercices virils de l'adolescence donnaient un développement régulier aux systèmes osseux et musculaire, de la plasticité au sang, de la force à tous les organes, une grande résistance vitale à l'économie. La Spartiate enfantera donc facilement et sans accidents graves; bientôt elle se remettra au régime du brouet noir et reprendra ses rudes occupations. Quant à l'enfant, s'il est malingre ou difforme, il sera sacrifié; s'il est bien constitué, on cherchera surtout à le rendre robuste et vaillant, on l'élèvera dans le respect des lois, dans l'amour de la patrie, puis viendra ce jour de glorieuse mémoire où le jeune guerrier affrontera la mort aux Thermopyles.

XXV.

Les jeunes Athéniennes étaient élevées d'une manière bien différente. Elles apprenaient surtout à filer la laine, ou bien elles s'occupaient d'ouvrages d'aiguille, renfermées avec leur mère. Leur genre de vie était sédentaire; leur esprit était cultivé avec soin. Elles lisaient les poëtes et les philosophes, et même nous savons qu'elles allaient entendre Platon dans les jardins d'Académus.

La parturition de l'Athénienne sera-t-elle aussi facile que chez la Spartiate? Il est permis d'en douter. Pauvre, elle accouchera sur un siége en invoquant à grands cris l'assistance de Diane, ainsi que nous l'apprend Aristophane. Riche, elle se renfermera dans le gynécée;

(1) Voir les nos des 22 et 31 mars; 12 et 21 avril; 24 mai et 4 juin.
(2) *Bartholomeo's Voyage*, chap. II.

(1) *Des rapports conjugaux*, 4e édition, 1860.

véritable lambeau antérieur, qui fut relevé par M. Coizot. Une autre incision perpendiculaire à l'axe du membre intéressa la peau seule de la moitié postérieure de la cuisse, un peu au-dessous des angles de ce lambeau. Nouvelle rétraction de toutes les parties molles intéressées. Alors seulement je promenai circulairement le couteau autour de la cuisse de manière à diviser, en terminant ce quatrième temps, les chairs de la partie interne du membre et les gros vaisseaux fémoraux.

Le périoste et quelques fibres musculaires qui avaient échappé au couteau ayant été coupés, l'os fut scié à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen du membre. Quatre ligatures suffirent pour arrêter toute hémorrhagie. Cette vaste plaie fut réunie aux angles par quelques points de suture entortillée, et dans le reste de son étendue avec des bandelettes de sparadrap de diachylon gommé. Le pansement comme à l'ordinaire.

Les suites de l'opération furent heureuses. L'opérée n'eut pas de fièvre, et fut alimentée dès les premiers jours. Une partie de la plaie se réunit par première intention, et dès le 25 décembre elle était cicatrisée dans toute son étendue, à l'exception d'une portion de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes correspondant aux ligatures qui passaient par ce point. Les ligatures, en effet, tombèrent tardivement. Une première se détacha le 6 janvier; deux autres furent trouvées dans les pièces de pansement le 11; la quatrième, enfin, se détacha le 15 janvier.

Le 18, la petite fistule était elle-même cicatrisée. La patiente marche seule, en s'aidant de béquilles. Le moignon n'est nulle part amaigri; la cicatrice est reportée en arrière et en haut, si bien que l'extrémité du fémur est matelassée par un lambeau épais. La santé générale est devenue très-satisfaisante; l'opérée mange avec beaucoup d'appétit, elle dort bien. L'adénite inguinale a complétement disparu.

Aujourd'hui, fin février, l'opérée se promène dans Paris avec un membre artificiel.

La pièce pathologique a été présentée à la Société anatomique par M. Cruveilhier fils, prosecteur de la Faculté. La description suivante en a été faite par notre confrère :

« La tumeur a le volume des deux poings. Elle siége à la partie supérieure du tibia, qui paraît avoir disparu complétement. Elle est globuleuse, et a distendu la gaîne fibreuse de la jointure, qui n'a cédé qu'en un point, au niveau de la partie inférieure du condyle interne du tibia. En cet endroit, la peau est effectivement adhérente et très-amincie.

» Une section verticale faite au fémur et au tibia permet d'apprécier de quelle manière la tumeur se comporte relativement aux éléments de l'articulation. Les cartilages d'encroûtement n'existent plus au niveau du tibia; ceux du fémur sont déjà altérés au niveau de la face interne des condyles. L'altération paraît s'être propagée le long des ligaments croisés. Le cartilage de la rotule est aussi altéré dans le tiers inférieur de la face postérieure de cet os.

» Les deux fibro-cartilages sont presque intacts, surtout le cartilage semi-lunaire externe. Les ligaments antérieur et postérieur ne présentent aucune altération. Il n'est pas jusqu'aux ligaments latéraux dont l'extrémité inférieure ne se trouve encore adhérente à la coque fibreuse, en laquelle est convertie l'extrémité supérieure du tibia.

» La synoviale est rouge et enflammée dans les points où elle subsiste; sa cavité a presque complétement disparu. Les ganglions poplités, si voisins de la production morbide, sont sains.

» La structure de la tumeur doit être étudiée à l'œil nu et au microscope. A l'œil nu, on y voit trois sortes de coloration : la masse principale est formée d'un tissu blanc résistant et élastique; des îlots d'un rouge noirâtre en certains points, d'un rouge vif en d'autres, forment un autre aspect; on rencontre enfin un tissu jaune et mou, analogue à l'altération dite *phymatoïde*. Ce sont les parties les plus altérées du produit morbide.

» Au microscope, on ne trouve, dans les parties blanches de la tumeur, que du *tissu fibro-plastique*; des médullocèles assez nombreux s'y rencontrent aussi; mais l'élément important est l'*élément fusiforme*. Dans les parties jaunes se voient des granulations graisseuses en grande abondance, et des globules sanguins qui donnent à une portion de la tumeur la coloration rougeâtre que nous avons signalée. La tumeur n'est donc ni un squirrhe ni une tumeur à myéloplaxes. »

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE. — M. DAGA.

Pleuropneumonie des deux tiers inférieurs du côté gauche; expectoration de nombreuses concrétions hémoplastiques ramifiées. — Ventouses scarifiées; tartre stibié; bicarbonate de soude. Guérison.

Remak (de Berlin) a pour la première fois appelé l'attention sur l'expectoration dans la pneumonie de filaments fibrineux ramifiés comme les subdivisions bronchiques (*Archives générales de médecine*, 4e série, tome X). Bien que cet habile observateur, et plus tard M. Gubler, considèrent ce phénomène comme un des signes les plus certains et les plus constants de la période d'exsudation de la pneumonie, il n'en est pas moins vrai que l'abondance de ces concrétions, leur adhérence à la muqueuse des bronches, et leur expectoration parfois si difficile, entraînent des symptômes graves et inquiétants, et peuvent, à juste titre, être considérés comme un accident sérieux dont il faut savoir tenir compte. Le fait suivant, qui s'est passé récemment sous mes yeux, vient à l'appui de cette opinion.

R. J..., âgé de vingt-huit ans, originaire du département du Bas-Rhin, où il exerçait la profession de cultivateur, sert depuis sept ans au 61e de ligne. Ce militaire, doué d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique sanguin, n'a jamais eu d'autre affection que la fièvre typhoïde à la suite de la campagne d'Italie.

Le 21 février 1864, il était de planton au recrutement; il n'eut à essuyer ni fatigue particulière, ni refroidissement. Le soir, il fit dans la ville une courte promenade avec un de ses camarades, prit une tasse de café, une canette de bière, et rentra bien portant à la caserne. Dans la nuit, il éprouva soudain un frisson intense suivi de chaleur, de sueur et de point pleurétique à gauche. Le lendemain matin, se croyant assez bien pour faire son service, il se leva comme d'habitude. Mais dans la journée il fut repris des mêmes accidents, se plaignit en outre d'une céphalalgie violente qui le rendait comme fou, suivant son expression, d'un sentiment de constriction vers les deux hypochondres et de dyspnée. Envoyé d'urgence à l'hôpital le 22 février au soir, il ne fut soumis à mon observation que le 23, à la visite du matin. Je notai les symptômes suivants :

Chaleur à la peau; céphalalgie frontale vive; prostration assez prononcée pour qu'on soit obligé de maintenir le malade sur son séant; 92 pulsations, dépressibles; plusieurs épistaxis dans la nuit; douleur à la région mammaire gauche; légère diminution du son à la base du même côté, avec un peu de rudesse du murmure vésiculaire; absence complète de râle crépitant et de souffle tubaire; quelques crachats muqueux adhérents au vase, deux d'entre eux couleur de jus d'abricot; langue saburrale; constipation; inappétence. — Diète; tisane pectorale; eau de Sedlitz à 48 grammes.

A la contre-visite, 100 pulsations; selles nombreuses.

Le 24 février, abattement, céphalalgie, plusieurs épistaxis; 92 pulsations, faibles; douleur vive au côté gauche; mêmes phénomènes stéthoscopiques; crachats visqueux, jaunâtres, caractéristiques; 40 inspirations. — Diète; tisane pectorale; six ventouses scarifiées; potion stibiée, 0,2.

Le 25, agitation pendant la nuit, épistaxis répétées; persistance du point pleurétique, respiration soufflante à la zone moyenne et postérieure du côté gauche; toux fréquente; plusieurs crachats couleur jus d'abricot; 88 pulsations molles; quatre vomissements, selles nombreuses. — Même prescription.

Le 26, peau chaude et sèche, agitation et délire pendant toute la nuit, accablement et prostration au moment de la visite; persistance de la céphalalgie et des épistaxis, douleur de côté un peu moindre, dyspnée considérable; quarante-quatre inspirations; à la base du thorax et à la région antéro-latérale, nombreuses bulles de râle crépitant sec et fin; crachats sanguinolents. — Diète, tisane pectorale, potion stibiée à 0,3.

A la contre-visite, face violacée, dyspnée très-grande; quarante-six inspirations, respiration haute et costale, constriction vers les hypochondres; quintes de toux fréquentes, pénibles, entrecoupées par des cris de souffrance; lorsque je presse de bas en haut la base de l'hypochondre gauche, la douleur s'exaspère, devient violente et détermine de l'angoisse. L'expectoration paraît très-difficile; le malade me dit qu'il ne peut arracher les matières qui remplissent sa poitrine, et qu'il est sur le point d'étouffer. Au fond du crachoir existent plusieurs crachats pelotonnés, que je prends au premier aspect pour des tranches de citron ou d'orange dont le suc aurait été exprimé. En les saisissant avec des pinces, je remarque qu'ils sont constitués par des filaments de matière fibrineuse, très-élastiques, enroulés à la manière du vermicelle. Quand on tire sur eux, ils s'allongent sans se rompre, et paraissent ramifiés, c'est-à-dire que d'un tronc plus volumineux et cylindrique de 7 ou 8 millimètres de longueur se détache une touffe de branches filamenteuses plus ténues. Cette disposition ramiforme devient plus distincte quand on étale ces produits d'expectoration à la surface d'un morceau de linge ou d'une feuille de papier. A côté d'eux se trouvent quelques crachats pneumoniques ordinaires. Le malade nous fait observer qu'après l'expulsion des premiers les autres s'échappent facilement. Matité des deux tiers inférieurs du côté gauche; râle sous-crépitant à la base du thorax; souffle tubaire aux deux temps de la respiration, accompagné de quelques bulles de râle crépitant sec à la fin de l'inspiration, et bronchophonie dans la zone moyenne; 100 pulsations dépressibles, presque filiformes; bruits du cœur précipités et faibles. — Huit ventouses scarifiées; cataplasme arrosé de teinture d'opium; tisane pectorale avec bicarbonate de soude, 6 grammes.

La nuit a été très-agitée et fréquemment troublée par le délire.

Le 27, à la visite, le malade est plus calme; dyspnée toujours considérable, quarante-quatre inspirations; douleur moindre au côté gauche; mêmes phénomènes stéthoscopiques que la veille, et de plus frottement pleurétique à la paroi antérieure du thorax; huit crachats fibrineux étalés à la surface du drap d'alèze que j'ai fait étendre sur le lit pour éviter au malade des mouvements pénibles; leur disposition ramifiée est plus évidente; soulagement très-sensible dès qu'ils sont rejetés; 96 pulsations petites; langue jaunâtre, humide; une selle. — Bouillon; tisane pectorale avec addition de 10 grammes de bicarbonate de soude; potion stibiée, 0,1.

A la contre-visite : peau moite, visage moins anxieux, un peu moins d'accablement; 88 pulsations molles; 40 inspirations; parole brève, entrecoupée; disparition de la douleur pleurétique, persistance de l'expectoration fibrineuse.

La nuit du 27 au 28 a été calme.

Le 28, le malade éprouve un soulagement notable, bien qu'il rejette encore des concrétions fibrineuses; mais elles sont moins nombreuses et mélangées à une grande quantité de crachats pneumoniques ordinaires; submatité des deux tiers inférieurs du côté gauche; râle sous-crépitant humide, disséminé en arrière, et frottement pleurétique à la paroi antéro-latérale : 76 pulsations, une selle. — Bouillon, tisane pectorale avec 12 grammes de bicarbonate de soude.

Pendant la nuit un peu d'agitation.

Le 29, peau fraîche; 64 pulsations; langue humide; ventre souple; sonorité à peu près égale des deux côtés du thorax; râles humides à la paroi postérieure du côté gauche; quelques crachats aérés, légèrement jaunâtres; absence de concrétions fibrineuses. — Bouillon, tisane pectorale avec 6 grammes de bicarbonate de soude.

Le 1er mars, 60 pulsations; quelques crachats muqueux-salivaires encore un peu teintés en jaune. — Vermicelle au gras; même tisane.

Le 2, 48 pulsations; langue humide, selle régulière; les crachats redeviennent salivaires; respiration un peu faible et quelques râles muqueux postérieurement à gauche, léger frottement pleurétique en avant. L'appétit se fait sentir. — Soupe au pain, vermicelle, pomme cuite, eau gommeuse.

A partir de ce jour l'amélioration ne cesse de faire des progrès; mais les forces ne reviennent que lentement, et la convalescence est longue. Enfin, le malade quitte l'hôpital, le 16 avril, dans un parfait état de santé.

Ce malade a été frappé d'une manière soudaine et sans cause connue, au milieu d'excellentes conditions. Les premiers symptômes sont ceux d'une pneumonie franche : frisson nettement accusé, douleur de côté, crachats sanguinolents; les signes stéthoscopiques ne sont pas, il est vrai, aussi tranchés. Mais il s'y joint bientôt des phénomènes qui ne sont point en rapport avec l'état local, et qui me font redouter l'explosion d'une pneumonie typhoïde. En effet, dès le début, je vois survenir une grande prostration, une vive céphalalgie frontale, de l'agitation, des épistaxis répétées et la dépression du pouls. La dyspnée augmente rapidement, le nombre des inspirations s'élève à 44 et à 46 par minute. Pour expliquer tant de troubles, je ne constate à l'auscultation, les 25 et 26 février, que des bulles nombreuses de râle crépitant fin à la base gauche du thorax, et un souffle peu prononcé à la zone moyenne. Ce n'est pas ainsi que marche la pneumonie franche. Il y avait donc un élément particulier qui m'échappait pour le moment, mais qui ne devait pas tarder à se révéler.

Dès le 26 au soir, en effet, de nouveaux symptômes graves se manifestent. A ma contre-visite, je trouve le malade dans un état d'angoisse inexprimable. En proie à l'orthopnée, menacé de suffocation, brisé par la douleur, il réclame des soins immédiats,

---

dès les premières douleurs, elle foulera de son pied impatient les tapis de Babylone, viendra s'asseoir sur un siége thessalien, et recommandera à son mari d'envoyer les prémices du repas à l'autel de Diane. Vaincue par des souffrances prolongées, elle s'étendra sur un lit élégant, sur des matelas fabriqués à Corinthe, sous les riches couvertures de Smyrne, et sa tête reposera sur un oreiller venu de Carthage (1).

Cependant l'accoucheuse lui présente une infusion de graines d'*agnus castus* et de dictame de Crète, et fait des lotions avec l'eau d'écorce de laurier. Si les douleurs s'affaiblissent, si la femme a des défaillances, on a recours aux fumigations aromatiques, à la succussion; on lui fait avaler quelques gorgées de vin de Lesbos.

Enfin l'accouchement a lieu; la délivrance est accélérée par un cataplasme de concombre sauvage; si ce moyen échoue, l'accoucheuse attache un poids au cordon. Pour guérir les parties sexuelles excoriées, elle les recouvre d'un linge imbibé de décoction de myrte; quand il y a menace d'inflammation à l'utérus, elle applique sur le bas-ventre un cataplasme d'algue marine (2).

Si le nouveau-né est un garçon, on suspend aussitôt une couronne d'olivier à la porte de la maison; si c'est une fille, on attache la bandelette de laine, symbole des travaux de son sexe. On lave l'enfant avec de l'eau tiède, selon le conseil d'Hippocrate, puis on le dépose dans une corbeille d'osier, et il est confié aux soins d'une robuste nourrice qu'on a fait venir de Lacédémone.

Les relevailles n'auront lieu que le quarantième jour, conformément aux prescriptions du médecin de Cos; pendant ce laps de temps, les précautions hygiéniques et le régime alors en usage seront fidèlement observés. Néanmoins les suites de couches auront plus de gravité qu'à Sparte, parce que l'état primordial de l'organisme est moins sain et moins résistant, parce que l'accouchement est plus laborieux et plus long. La mort arrivera donc plus fréquemment dans l'état puerpéral, car la douleur et la maladie, selon l'expression du poëte, sont les deux ministres de la mort (1).

XXVI.

C'est ainsi qu'après avoir lu attentivement les historiens, les philosophes, les poëtes, les antiquaires et les livres hippocratiques, je me représente l'accouchement et ses suites dans ces pays de l'ancienne Grèce si différents par l'éducation, par les mœurs, par le caractère. Les paysannes et les citadines, je vous le demande, n'offrent-elles pas encore aujourd'hui la vivante image de cette parturition comparée? La robuste paysanne, l'ouvrière étiolée par la réclusion et les travaux sédentaires, la femme du monde entraînée dans le tourbillon de plaisirs d'une société nyctophile, sont des types à part et bien connus de vous; on a cent fois brodé sur ce thème facile et banal. Je me bornerai à constater avec M. Mattei l'influence que l'exercice corporel exerce sur la santé de la mère et de l'enfant. Les femmes de la campagne doivent en grande partie leur gestation heureuse à cet exercice; selon l'auteur de la *Clinique obstétricale*, « par l'exercice, elles appellent le sang et la vie à la périphérie et décongestionnent ainsi l'utérus, tandis que chez les femmes de la ville, la vie sédentaire appelle vivement le sang vers ce viscère; de là les souffrances locales, les phénomènes sympathiques très-prononcés, les hémorrhagies internes ou externes, etc. Chez les femmes de la campagne, ce même exercice augmente l'hématose et donne au sang des qualités plastiques qui sont utiles à la fois à la mère et à l'enfant. Enfin cet exercice favorise les bonnes présentations, et prépare le segment inférieur de l'utérus et le col à un prompt accouchement » (1).

Ordinairement facile et prompte dans nos campagnes de la Creuse, la parturition a lieu sans apprêts et sans cérémonie. Mon beau-père pratique la médecine et les accouchements depuis vingt-cinq ans, dans un rayon très-étendu de l'arrondissement de Bourganeuf; il m'a dit avoir rencontré rarement des bassins rétrécis, des hémorrhagies et des affections utérines consécutives à la parturition; il applique souvent le forceps, mais c'est presque toujours pour remédier à la résistance du plancher du bassin; il abrége ainsi le travail par une prudente intervention, utile à la mère et à l'enfant. Les femmes ont l'habitude d'accoucher sur une chaise, et l'enfant est reçu dans un drap placé au-devant des organes génitaux.

(1) Ces détails d'ameublement ne sont pas de l'imagination pure; lisez le *Voyage du jeune Anacharsis*, les *Comédies d'Aristophane*, etc.

(2) Voyez *Hippocratis opera*, passim.

(1) *Nam dolor ac morbus lethi fabricator uterque.*
(LUCRÈCE, *De natura rerum*, livre III.)

(1) Mattei, *Clinique obstétricale*, tome I, observ. XVI.

en s'écriant qu'il va mourir s'il ne parvient pas à se débarrasser des crachats qui semblent remplir sa poitrine.

Que s'était-il donc passé depuis la visite du matin? La douleur venait de se reproduire plus intense, siégeant vers les hypochondres, surtout du côté gauche, et augmentant sensiblement à chaque quinte de toux et à chaque effort d'expectoration. Le malade fixait en même temps mon attention sur plusieurs crachats pelotonnés qu'il avait arrachés, disait-il, après les plus pénibles efforts. Ces crachats ressemblaient parfaitement à des concrétions fibrineuses ramifiées à la manière des petites divisions bronchiques. A première vue, je pris ces concrétions pour des pseudo-membranes sécrétées à la surface de la muqueuse des bronches, et je crus avoir affaire à cette forme de pneumonie décrite sous le nom de pneumonie croupale ou fibrineuse par MM. Lobstein, Wintrich, Rokitansky et Schutzenberger.

Mais un examen plus approfondi me démontra qu'il s'agissait plutôt de cette exsudation fibrineuse si nettement signalée par MM. Remak et Gubler. En effet, les concrétions les plus volumineuses qui représentent le tronc principal d'où partent les petites ramifications et qui correspondent à des divisions bronchiques d'un ordre supérieur, s'offrent sous la forme de cylindres assez réguliers, légèrement rosés ou d'un blanc grisâtre, un peu noueux à leur surface. Ces nodosités sont dues à des bulles d'air emprisonnées, d'une grande finesse, qu'on distingue pourtant très-bien à l'œil nu. Quant aux petites ramifications, elles m'ont paru plus denses, plus élastiques, plus résistantes et uniformément grisâtres. Mais aucune d'elles ne présente l'aspect tubuleux ou canaliculé qu'offrent les fausses membranes rendues dans le cas de bronchite réellement pseudo-membraneuse.

Ces concrétions se sont manifestées le sixième jour, comme dans les observations de Remak, alors que l'auscultation nous faisait percevoir du râle crépitant et du souffle bronchique. Au moment de leur apparition, il y a eu orthopnée, menace de suffocation, commencement de cyanose, petitesse du pouls, en un mot, la plupart des symptômes qui caractérisent le catarrhe suffocant ou la bronchite croupale. Tous ces phénomènes si graves et si inquiétants disparurent aussitôt après leur complète expulsion. Il est donc très-rationnel de les attribuer à la présence de ces produits hémoplastiques.

Traitement. — La prostration du malade au début, l'état de faiblesse et de dépression du pouls me parurent être une contre-indication formelle à l'emploi des émissions sanguines générales. Aussi ai-je cru devoir m'en abstenir. La douleur pleurétique toutefois, si vive et si persistante, exigeait l'application réitérée des ventouses scarifiées, qui amenèrent un soulagement notable.

Après avoir prescrit le tartre stibié pendant les premiers jours, j'ai pensé que l'usage du bicarbonate de soude employé avec tant de succès par M. Hamon (de Fresnay) dans le traitement de la pneumonie, serait dans ce cas particulier d'une grande utilité à titre d'antiphlogistique puissant et d'antiplastique. L'amélioration rapide qui a suivi cet emploi me fait croire à l'efficacité réelle de ce sel de soude.

Le traitement que j'ai suivi présente quelque analogie avec celui qui a été recommandé par Schœnlein en pareille circonstance. Cet observateur distingué, dit Remak, pense que l'apparition d'une grande quantité de concrétions fibrineuses dans les matières expectorées indique qu'il est temps de cesser les émissions sanguines générales, mais qu'il sera utile de recourir aux émissions sanguines locales avec les ventouses scarifiées, aux frictions mercurielles ou iodées, aux boissons diurétiques et rafraîchissantes, comme l'infusion de feuilles de digitale avec le nitrate de potasse, ou bien enfin aux résolutifs, calomel, vésicatoires.

J'ajouterai, en terminant, que les exemples de concrétions hémoplastiques dans les phlegmasies du parenchyme pulmonaire ne m'ont pas paru aussi fréquents que veulent bien l'admettre les observateurs distingués que j'ai cités. La constitution médicale inflammatoire qui a régné à Lille pendant le premier trimestre de l'année 1864 a amené dans nos salles bon nombre de pneumonies plus ou moins graves. Cette affection est, d'ailleurs, une des plus communes que l'on observe dans les hôpitaux militaires. Et pourtant, je le déclare, la présence de ces concrétions ne m'avait point encore frappé jusqu'à ce jour. C'est ce qui m'a engagé à recueillir le fait intéressant dont je viens d'être le témoin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juin. — Présidence de M. GRISOLLE.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Lemaire, sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à Siez (Nièvre) en 1863 et 1864. (Commission des épidémies).

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Soultzmatt (Haut-Rhin), par M. le docteur Grimaud; de Royat (Puy-de-Dôme), par feu le docteur Allard; des bains de mer d'Etretat (Seine-Inférieure), par M. le docteur de Miramon. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Colin, professeur à l'Ecole d'Alfort, à l'appui de sa candidature à la place devenue vacante dans la section de médecine vétérinaire.

2° Une lettre de M. le docteur Kilbourn, de l'Ohio, sur le traitement préventif du choléra.

3° Un pli cacheté de M. Reveil, renfermant l'exposé des circonstances les plus favorables à la dialyse au point de vue de la recherche des poisons dans les matières organiques. (Accepté).

— M. LARREY présente, 1° au nom de M. Clot-Bey, membre correspondant de l'Académie, un travail sur *l'ophthalmie, le trichiasis et l'entropion en Egypte.*

2° Un mémoire de M. Rousse, de Bagnères-de-Bigorre, sur le *traitement de la phthisie par la chaux et les eaux minérales calcaires.*

— M. BOUILLAUD présente un travail de M. Guérin (de Mézières), renfermant des expériences sur les bruits et les mouvements du cœur.

— M. BRIQUET, au nom de M. Blanchard, membre correspondant de l'Académie, offre des observations sur l'action des eaux minérales de Louesche.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. GOBLEY, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports officiels sur les demandes en exploitation des nouvelles sources de Saint-Gelis, Vals, etc. Les conclusions favorables sont mises aux voix et adoptées.

Obstétrique. — M. DEPAUL lit un rapport sur un nouveau forceps avec note explicative de M. le docteur Rouch.

Il s'agit d'une tentative essayée plusieurs fois déjà pour limiter les pressions exercées sur la tête du fœtus pendant le temps d'extraction de la manœuvre du forceps.

La modification, dit le rapporteur, est simple, et il y a sur chaque branche du forceps une tige montée à vis et terminée par une tête d'une largeur de 1 centimètre et demi de diamètre. Lorsque la tête du fœtus est saisie, les vis de rappel sont tournées de façon que leur saillie empêche le rapprochement des branches du forceps, et par conséquent les pressions des cuillers sur la tête du fœtus.

A ce forceps est ajoutée une tige graduée comme celle du pelvimètre, et qui, placée dans l'écartement des branches de l'instrument, permet de mesurer la tête du fœtus.

La modification est bonne, meilleure que celles qui avaient été autrefois tentées; mais en principe, une main exercée n'a pas besoin de ce forceps; il y a toujours moyen d'éviter de presser la tête du fœtus en tirant seulement avec la main qui tient l'articulation du forceps.

Si l'on a affaire à un rétrécissement du bassin, rien n'empêchera les cuillers d'être pressées et de transmettre la pression à la tête du fœtus, malgré les précautions prises avec le forceps de M. Rouch.

En résumé, ce forceps, qui ne me paraît pas indispensable, peut être utile pour des mains qui ne sont point sûres d'elles.

Le rapporteur propose d'envoyer des remercîments à l'auteur et de déposer son travail dans les Archives.

Toxicologie. — M. REYNAL lit un rapport sur un mémoire de M. Gallard, intitulé *Considérations sur l'empoisonnement par la strychnine; médecine légale et thérapeutique.*

Ce travail, qui est postérieur aux travaux de M. Tardieu, renfermait quinze observations nouvelles qui avaient servi à M. Gallard à établir la symptomatologie de l'empoisonnement par la strychnine, et les déductions médico-légales que l'on doit en tirer au point de vue de la constatation de l'empoisonnement. La rigueur de l'examen des caractères de l'empoisonnement distingue, dit le rapporteur, la première partie du mémoire.

Dans la seconde partie, l'auteur, grâce à des expériences nombreuses bien instituées et avec les contre-épreuves, formule des données thérapeutiques rationnelles se rapportant à trois chefs : expulser le poison par les vomitifs, avec la sonde œsophagienne et la pompe stomacale, c'est-à-dire par des moyens mécaniques; dénaturer, transformer le poison en un corps inerte et qui cesse d'être dangereux; enfin produire avec des médications appropriées des effets opposés à ceux que l'absorption de la strychnine entraîne. Les résultats fournis par les diverses expériences indiquent que l'expulsion du poison est presque le seul remède efficace contre l'empoisonnement par la strychnine.

Un des points les plus importants du mémoire de M. Gallard est la permanence régulière des symptômes tétaniques : toutes les expériences ont invariablement prouvé que les stupéfiants et les narcotiques les plus énergiques n'empêchaient pas les spasmes tétaniques de se produire. Seul le chloroforme en inhalation a pu les arrêter pour un instant, en plongeant le malade dans le sommeil anesthésique. Mais dès le réveil, les spasmes se reproduisaient avec la même intensité et les mêmes caractères qu'auparavant (1).

Le rapporteur propose d'adresser une lettre de remercîments à M. Gallard et de renvoyer son travail au comité de publication. Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Traitement de l'anthrax par les incisions sous-cutanées. — M. ALPH. GUÉRIN lit un travail sur ce sujet. Depuis Dupuytren, dit-il, les incisions des anthrax ont passé dans la pratique générale et ont été journellement mises en pratique. Mais on n'a pas tardé à observer que la douleur occasionnée par ce traitement était extrêmement vive, ce qui a suggéré l'idée de recourir à l'expectation pour les cas où l'anthrax n'avait pas une étendue considérable. M. Nélaton a été le promoteur d'une pratique fondée sur ce précepte.

L'auteur est d'avis que les incisions sont le seul moyen d'arrêter les progrès du mal, et qu'il est des cas où des abcès se formant autour du tissu cellulaire gangréné, l'ouverture du foyer devient la principale ou plutôt la seule indication. Au début de l'anthrax, il croit les incisions aussi nécessaires.

Pour pratiquer les incisions sous-cutanées, un bistouri à lame étroite est introduit par la partie culminante de l'anthrax, là où la peau commence à se sphacéler. L'instrument tranchant pénètre à travers l'anthrax et divise les tissus des parties profondes en allant vers la peau, qui est respectée. Quatre incisions sous-cutanées en croix sont ainsi faites.

Grâce à ce procédé, nombre de fois la maladie a été arrêtée et la guérison ne s'est pas fait longtemps attendre.

L'auteur fait valoir ensuite plusieurs raisons qui plaident en faveur de cette nouvelle méthode de traitement.

En premier lieu, les incisions sous-cutanées permettent d'éviter la douleur, l'expérience apprend que la peau est en général la partie la plus sensible sous le couteau. Si l'on objectait qu'il existe des agents anesthésiques auxquels on peut avoir recours, il serait aisé de faire remarquer que le chloroforme est contre-indiqué dans les cas où l'anthrax est accompagné de phénomènes d'infection voisins des accidents généraux des maladies charbonneuses. User de la glace et des mélanges réfrigérants serait exposer la peau à une cause nouvelle de gangrène.

En second lieu, la cicatrice qui résulte de cette opération n'est point difforme, et pour la face, cette considération a son importance. L'auteur, à cet égard, présente deux dessins d'après nature montrant un anthrax abandonné à lui-même et traité par les grandes incisions après trois mois de traitement, et laissant une cicatrice arrondie d'un diamètre de 6 centimètres environ; et un anthrax qui, au début, présentait le même volume que le premier, traité par les incisions sous-cutanées, qui a laissé une cicatrice d'une étendue un peu moindre que celle d'une pièce de 1 franc. (Commissaires : MM. Laugier, Ricord et Gosselin.)

Suite de la discussion sur les théories des bruits du cœur.

M. BARTH. Les mouvements et les bruits du cœur me paraissaient démontrés par les belles expériences de MM. Chauveau et Marcy, lorsque M. Beau a relevé son drapeau. Il ne s'est pas avoué vaincu, il prétend même aujourd'hui qu'il triomphe, et cela avec persistance.

Etiamsi omnes consentiunt ego non!

(1) Nos lecteurs trouveront une analyse du travail de M. Gallard dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 9 octobre 1862.

M. Mattei dit qu'il faut tâcher de mettre les femmes enceintes de la ville dans la condition de celles de la campagne. A la dame de l'observation XVI, il recommanda de faire tous les jours de beau temps une promenade à pied, de ne pas s'écouter chez elle, mais de vaquer aux occupations manuelles et même pénibles de son ménage : « C'était une femme bien constituée et de forte santé. S'il s'agissait » d'une autre femme, dit-il, où le squelette fût grêle, la poitrine » étroite, le système nerveux irritable, l'utérus facilement conges- » tionné, je me serais alors contenté de lui prescrire l'air de la cam- » pagne, ou la promenade journalière dans une voiture bien suspen- » due; je lui aurais conseillé les exercices des bras et du tronc de » préférence à ceux des jambes, les frictions à la peau, le massage, » les bains sulfureux et les flanelles. Dans le cas où la malade n'aurait » pas pu faire des exercices corporels au moyen des bras, j'aurais » conseillé d'activer l'hématose par des respirations profondes répétées » volontairement plusieurs fois par jour. » (*Loco citato*).

XXVII.

A l'aide de ces moyens et de quelques autres dont le détail nous entraînerait hors de notre sujet, vous pourrez espérer un accouchement physiologique. Si les procédés d'exploration ont fait reconnaître une présentation du siége, M. Mattei professe qu'il faut essayer de la convertir en présentation du sommet avant le commencement du travail, par des manœuvres externes. Nous les décrirons plus loin, à propos de la position qu'elles réclament.

Dans les conditions normales, la femme en travail peut marcher, s'asseoir, se coucher jusqu'à la dilatation complète de l'orifice; et si c'est une multipare, si ses accouchements ont été rapides, il faudra la faire coucher avant cette dilatation complète.

Quand les membranes sont rompues, la position au lit est de rigueur. L'attitude sera presque horizontale, les cuisses et les jambes à demi fléchies, les pieds solidement arc-boutés, de manière à fournir un point d'appui dans l'effort expulsif utéro-abdominal qui fait progresser le fœtus.

Pourquoi l'attitude horizontale? Pour éviter les dangers que nous avons signalés en parlant des attitudes latoniennes.

Pourquoi la flexion des membres inférieurs? Parce que le relâchement des muscles psoas obtenu par cette flexion fait gagner quelque chose à l'étendue des diamètres transverses.

Si la femme ne peut s'arc-bouter à l'aide des jambes, la contraction des parois abdominales sera insuffisante. M. Depaul accoucha une jeune dame qui avait été amputée de la cuisse; ne pouvant s'appuyer qu'à l'aide d'une seule jambe, elle se livrait à de vains efforts; le bassin était bien conformé, aucun obstacle n'arrêtait la sortie du fœtus, et cependant il fut nécessaire d'appliquer le forceps (1).

A la fin du travail, les efforts de la femme auraient des conséquences qu'il importe de prévenir; elle s'abstiendra donc de pousser quand la tête distend les parties. La position latérale usitée en Angleterre, les jambes et les cuisses fléchies, les genoux écartés par des oreillers, n'a pas seulement l'avantage de ménager la pudeur de la femme. Si la rupture du périnée est imminente à cause des contractions abdominales immodérées, il sera utile de faire prendre cette attitude latérale, où l'utérus est pour ainsi dire le seul agent d'expulsion. Le rapprochement des cuisses, quand la tête est à la vulve, permet également d'éviter la rupture du périnée, en facilitant la locomotion des tissus périnéaux. C'est pour obtenir le même résultat que Flamant conseillait d'attirer la peau des fesses vers le périnée, avant l'application de la main.

Pour soulager les maux de reins, quelquefois si fatigants dans le deuxième temps, on a l'habitude d'étendre sous le saorum ou sous les reins une serviette ployée en double dont les bouts sont soulevés, pendant les douleurs, par deux personnes placées aux côtés de la malade. M. Mattei cite une femme chez laquelle ces douleurs étaient très-violentes (1); pour les calmer, la garde frictionnait la région lombaire à chaque contraction; la malade se trouvait si bien de cette friction qu'elle ne pouvait plus s'en passer. La femme peut être tourmentée par des crampes aux cuisses et aux mollets; on lui permettra alors de changer de position durant l'intervalle des douleurs, on fera des frictions calmantes, on conseillera de contracter les muscles antagonistes. Selon quelques auteurs, les douleurs de reins et les crampes seraient moins vives dans l'attitude sur les genoux et sur les coudes, et ce serait le motif de la préférence des Irlandaises pour cette position.

Dr LEGROS.

(1) Tarnier, *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire*, page 9.

(1) Observation LXXVI, seconde livraison du tome Ier.

Devant cette conviction ardente qui dure depuis de longues années, je me suis demandé s'il n'y aurait pas quelque chose de vrai. A chaque édition du *Traité d'auscultation* que nous avons fait paraître en collaboration avec M. Roger, j'ai médité, et toujours je revenais à mon opinion première, que M. Beau était dans l'erreur ; je n'ai pas changé aujourd'hui.

Beaucoup d'excellents arguments ont été produits ; ce que MM. Bouillaud, Béclard et Gavarret ont dit contre la prétendue contraction énergique des oreillettes est pleinement vrai ; il est juste d'y ajouter que les oreillettes, maintenues par les veines qui s'y abouchent, ne sont pas libres, et qu'elles sont loin de pouvoir se contracter avec la même énergie que les ventricules.

M. Beau a produit deux raisonnements, à savoir : que l'oreillette étant l'*ultimum moriens*, est la partie la plus importante du cœur; que chez les espèces animales inférieures qui ont un cœur à une seule cavité, c'est une oreillette. La réponse à la deuxième proposition peut servir pour la première. M. Beau veut voir une oreillette dans le cœur à une seule cavité; nous répondrons que, puisqu'il en sort des artères, c'est aussi bien un ventricule qu'une oreillette. D'une autre part, de ce que nous voyons chez des monstres des vaisseaux sans cœur, faut-il dire que les vaisseaux sont la partie la plus importante pour la circulation cardiaque?

M. Bouillaud a justement rappelé que dans la théorie actuelle de la révolution du cœur nous ne supprimons pas le rôle de l'oreillette ; la contraction est admise. C'est un réservoir contractile qui fournit incessamment du sang au ventricule, excepté au moment de sa systole ventriculaire. La systole veineuse dans la veine-cave n'existe pas : j'ai pu constater que le sang coule de la veine-cave par un jet continu non saccadé.

M. Beau a dit que les orifices du cœur étaient fermés après la systole ventriculaire par la permanence de la contraction du ventricule. Physiologiquement, cela est impossible ; un muscle se repose après une contraction, et en général le relâchement vient vite. Une comparaison a été faite entre la contraction du cœur et la contraction du sphincter de l'anus; la comparaison eût été plus heureuse si M. Beau avait rapproché la contraction de la vessie pendant la miction de la contraction du ventricule, et il aurait vu que la vessie après s'être contractée est de suite dans un relâchement suffisant pour permettre l'accès de l'urine descendant des uretères. Puis, s'il envisage les faits pathologiques, notre contradicteur se trouve forcé d'admettre que dans les lésions des orifices ce ne sont pas des rétrécissements ou des insuffisances qui existent, mais bien un relâchement partiel du cœur au niveau de l'orifice malade, et cela n'est guère admissible ; la théorie de la contraction tonique du ventricule est donc inacceptable.

Le jet de sang pendant la rescision de la pointe du cœur a été vu correspondant à la systole de l'oreillette. C'est Harvey qui l'a dit : *Pulsante solum auricula.* Mais il a ajouté que le jet de sang correspondait à chaque contraction ventriculaire. Depuis, MM. Chauveau, Marey, Potain, et moi-même, nous avons vu le jet de sang correspondre à la systole ventriculaire.

Si la contraction de l'oreillette était la condition nécessaire aux battements du cœur, verrait-on le cœur battre après qu'on l'a extrait de la poitrine d'un animal ? Cette question posée est encore un argument contre la théorie de M. Beau.

Examinons les bruits du cœur. Et d'abord, les lésions des oreillettes ne produisent pas de bruits morbides ; les bruits qui coïncident plus ou moins avec les bruits normaux n'existent que quand il y a des lésions des orifices. N'est-ce pas là une preuve que les bruits normaux du cœur sont liés aux fonctions des valvules ?

Les bruits du cœur s'entendent dans les carotides; le deuxième bruit est très-clair et très-net. En serait-il ainsi si le claquement de l'oreillette en était la cause? A ces raisonnements, est-il nécessaire d'ajouter les résultats des expériences de Hope et de Williams, qui démontrent qu'en faisant cesser le jeu des valvules on altère les bruits du cœur?

Le premier bruit du cœur et les pulsations artérielles ont lieu en même temps, et pour la crosse de l'aorte le synchronisme est parfait, M. Chauveau l'a démontré; et journellement, dans ces cas de dilatation de l'aorte qui permettent de sentir les battements au niveau de la fourchette sternale, comme sur les anévrysmes de la crosse de l'aorte qui ont perforé le thorax, on constate la coïncidence parfaite de la pulsation du cœur avec la pulsation de l'aorte ou de l'anévrysme de cette artère.

Prenant ensuite ses arguments dans les faits pathologiques, l'orateur démontre que le pouls veineux contredit la théorie de M. Beau. On a vu, dit-il, une pulsation veineuse ou des pulsations nombreuses, quoiqu'il n'y ait que deux bruits au cœur, et c'est quand il y a insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires qu'on observe ces anomalies. Si le pouls veineux redoublé était produit par deux contractions de l'oreillette, le second bruit de M. Beau devrait manquer ou être double.

En suivant l'ordre admis par la nouvelle théorie, il devrait y avoir dans le rétrécissement aortique un bruit de souffle un peu après le premier temps et après le choc de la pointe du cœur contre la poitrine.

Dans l'insuffisance aortique il y a un bruit de souffle qui masque le deuxième bruit normal. Donc il est dû à la lésion de la valvule. Pour expliquer ce fait, M. Beau admet une diastole ventriculaire supplémentaire par relâchement de l'orifice aortique, et un bruit anormal qui masque le deuxième bruit. Mais il faut avouer qu'il est au moins singulier que ce bruit anormal masque exactement un bruit qui se passe dans les oreillettes. En raisonnant d'ailleurs et en nous plaçant dans l'hypothèse de M. Beau, on arriverait à conclure que les oreillettes se dilatant au moment où le ventricule n'a pas encore fini de se contracter, le bruit de l'insuffisance aortique devrait se produire après le deuxième bruit.

Il y a des faits de rétrécissement sans insuffisance. Si rares qu'ils soient, on les a observés, et l'on n'a pas trouvé de bruits de souffle évidents. Tandis que quand il y a insuffisance avec le rétrécissement, il y a un bruit de souffle très-fort; il se fait quelquefois entendre avant le premier bruit ; M. Beau s'en est fait un argument ; mais ce bruit appartient encore au premier bruit; il le précède de très-peu, c'est le bruit pré-systolique, et il correspond au moment où l'oreillette se contracte pour achever de remplir le ventricule. Ce bruit est peu marqué, et on ne saisit pas d'intervalle entre lui et le premier bruit. Lorsque le bruit est très-fort et prolongé, il y a toujours insuffisance valvulaire.

De tous les faits connus, il résulte que, en admettant la théorie ancienne, les bruits de souffle correspondent à des altérations valvulaires ; que le rétrécissement auriculo-ventriculaire s'accompagne d'un bruit de souffle un peu avant le premier bruit; que l'insuffisance auriculo-ventriculaire est caractérisée par un bruit de souffle pendant le premier temps, et que le rétrécissement aortique est révélé par un bruit de souffle un peu après le premier bruit. La théorie nouvelle fournit-elle des données aussi précises?

Tout, dans les phénomènes pathologiques du cœur, montre que la contraction ventriculaire est la partie la plus importante des mouvements du cœur, et la cause des bruits; tous les bruits morbides du cœur sont liés à des altérations des ventricules; les oreillettes n'y sont pour rien seules. Les observations et les tracés sphygmographiques fournissent les preuves les plus palpables de ces vérités. Et si M. Beau ne peut être convaincu, il faut renoncer à démontrer quelque chose par les faits et les expériences.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Tardieu sur les candidats au titre de correspondant étranger.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision ministérielle du 20 juin, M. le docteur Henri Favre a été autorisé à ouvrir, dans les salons de l'établissement thermal d'Enghien, des conférences publiques pour la vulgarisation des notions d'hygiène et de physiologie.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient de dresser sa liste de présentation à la chaire d'hygiène, vacante par le décès de M. Ribes.

Si nous sommes bien informés, sur 17 votants, les voix se sont partagées de la manière suivante :

1° Pour le premier rang :

MM. Fonssagrives	14 voix.
Cavalier	1 —
Espagne	1 —
Pécholier	1 —

Pour le second rang :

MM. Cavalier	10 voix.
Pécholier	7 —

En conséquence, la Faculté présente :

En première ligne	M. Fonssagrives.
En seconde ligne	M. Cavalier.

— Des concours pour un emploi de chef de service vacant dans chacune des Ecoles impériales vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse, seront successivement ouverts, savoir : le 17 octobre à l'Ecole d'Alfort; le 24 octobre, à l'Ecole de Lyon, et le 3 novembre, à l'Ecole de Toulouse.

Le programme du concours est déposé à Paris, dans les bureaux du ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics (division du personnel), et au chef-lieu de chaque département, dans les bureaux de la préfecture, où les personnes qui désirent en prendre connaissance pourront se le procurer.

Les candidats devront se faire inscrire, soit au ministère pour les trois Ecoles, soit dans les bureaux de la préfecture du Rhône pour l'Ecole de Lyon, ou dans ceux de la préfecture de la Haute-Garonne pour l'Ecole de Toulouse.

— Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, voulant seconder les efforts des départements pour assurer le fonctionnement régulier des conseils d'hygiène publique et de salubrité, vient de décider qu'à partir de 1864, il sera décerné chaque année un certain nombre de médailles honorifiques aux membres de ces conseils qui seront désignés par le comité d'hygiène établi près de son ministère comme s'étant particulièrement distingués par leur zèle et par leurs travaux.

— M. le docteur Th. Saint-Hilaire, chirurgien de 1re classe de la marine en retraite, est décédé le 17 mai, à Rochefort, à l'âge de quatre vingt-dix ans.

Il était né le 7 avril 1774 ; de 1794 à 1815 il avait presque toujours navigué. De l'expédition de Saint-Domingue, deux fois prisonnier de l'Angleterre, il avait assisté au glorieux combat de Trafalgar comme chirurgien-major de l'*Achille*.

Dès le commencement de l'action, son brave commandant Nieuport expirait dans ses bras ; le vaisseau prenait feu. Quand les flammes l'eurent envahi de toutes parts, que la batterie de 18 fut tombée dans la batterie de 36 et que chacun dut chercher à sauver sa vie, M. Saint-Hilaire le dernier s'arracha du milieu de ses nombreux blessés; mais ne sachant pas nager, relégué sur l'arrière du navire, il allait consommer son sacrifice et périr avec eux, lorsque deux matelots, par le plus généreux dévouement, s'offrirent pour le sauver. — « Major, lui dirent-ils, jetez-vous à l'eau et nous vous soutiendrons ; » ce qu'ils firent en nageant longtemps vers les embarcations anglaises venues au secours du vaisseau qui avait coulé.

Nous empruntons cet épisode à la lettre que M. Quoy, directeur du service de santé de la marine, écrivait le 1er mai 1849, au ministre, pour faire décorer ce brave serviteur qui, mis à la retraite en 1823, attendait encore sa croix.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 74. — SAMEDI 25 JUIN 1864. 37e ANNÉE. N° 74. — SAMEDI 25 JUIN 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finira le 30 juin sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à M. Decq, libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine, 9;

Ceux de la Suisse, à MM. Jullien frères, libraires à Genève;

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. — Difficultés du diagnostic.

M. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Beaujon, a présenté à la Société de médecine des hôpitaux un fait d'anévrysme de la crosse de l'aorte, qui, malgré son volume, a offert de grandes difficultés de diagnostic dont l'examen anatomique a fourni l'explication, et qui offrait en outre quelques particularités intéressantes.

Dans le résumé succinct de l'observation et les judicieuses réflexions qui ont été suggérées à M. Moutard-Martin par ce cas particulier de diagnostic, dont il a pu surmonter les difficultés, on verra comment l'habile clinicien de Beaujon a formulé d'excellentes règles qui pourront guider les médecins. De tels cas, en effet, ne laissent pas d'embarrasser ceux dont l'attention n'aurait pas été éveillée sur ce point.

— La femme P..., âgée de trente-deux ans, couturière, a eu à l'âge de vingt ans un rhumatisme articulaire aigu, et quelques années après un écoulement utérin abondant, suivi d'éruption cutanée, que l'on peut peut-être rattacher à la syphilis; mais la malade n'en a gardé aucune trace.

A vingt-neuf ans, elle fut prise de dyspnée et de palpitations cardiaques, et elle entra à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Marotte. On la soigna quelque temps pour une maladie du cœur; à partir de ce moment, elle ne put jamais revenir à une santé complète; elle était habituellement essoufflée sous l'influence de la fatigue, de contrariétés, de veilles prolongées. Par moments elle était prise d'accès de suffocation; la face devenait turgide et cyanosée; ces accès, qui la jetaient dans de profondes défaillances, étaient accompagnés de raucité dans la voix; en même temps existaient des quintes de toux pénibles, prolongées, se terminant par l'expuition d'abondants crachats spumeux.

Cependant l'essoufflement devenait plus pénible, et les accès de suffocation se multipliaient; des douleurs se manifestèrent dans la tête, le cœur, tout le côté gauche de la poitrine; ces dernières douleurs étaient pulsatiles, et la malade se plaignait par moments de violents battements dans tout le thorax. La toux était continuelle, la voix profondément altérée, et dans la nuit du 14 au 15 avril la dyspnée fut si violente, que la malade faillit succomber.

Le lendemain, 15 avril, elle fut reçue à l'hôpital; on constata l'état suivant :

Face colorée, vultueuse; orthopnée, toux continuelle, presque éteinte et conservant une résonnance semi-caverneuse; la voix, très-altérée, présente le timbre de fausset que l'on observe ordinairement chez les jeunes garçons dont la voix mue; la respiration, bruyante, offre quelques-uns des caractères du cornage. Le pouls est insensible aux deux radiales et aux deux carotides; il n'y a pas d'œdème des extrémités.

On ne trouve rien d'anormal au cou, ni tumeur ni gonflement; le larynx est libre; il n'y a rien dans la gorge.

Le thorax paraît avoir sa conformation normale, cependant la partie supérieure du sternum présente une voussure légère ou plutôt un peu de projection en avant; les deux côtés de la poitrine sont parfaitement symétriques; cependant, en examinant attentivement la partie extérieure du thorax, on voit que les espaces intercostaux supérieurs sont un peu moins déprimés que les inférieurs.

Par la palpation, on reconnaît que l'impulsion cardiaque est modérée et régulière; la pointe du cœur frappe un peu plus bas que d'ordinaire, et on perçoit dans le troisième espace intercostal, environ à 3 centimètres du bord gauche du sternum, une impulsion très-légère, et qui est cependant assez nettement perceptible; la même impulsion se reconnaît aussi dans le même espace intercostal, à droite, sur le bord du sternum.

La percussion donne un son normal dans toute la poitrine, excepté dans la région précordiale, où existe la matité physiologique, et au sommet gauche, où existe un peu de submatité qui se prolonge au bord du sternum jusqu'à la quatrième côte.

A l'auscultation, on entend les bruits du cœur sans mélange de bruits anormaux; on observe aussi que le murmure vésiculaire est un peu plus faible dans le quart supérieur du poumon gauche en avant que dans le reste de son étendue, surtout au voisinage du sternum.

En arrière, la résonnance des deux côtés de la poitrine est égale et paraît normale; la respiration présente partout les mêmes caractères, et consiste dans une inspiration longue et très-bruyante, mélangée de ronchus, de sibilance et de râles muqueux nombreux; l'expuition est plus facile et moins bruyante.

La déglutition est devenue pénible depuis quelques jours. M. Moutard-Martin, après avoir diagnostiqué un *anévrysme de la crosse de l'aorte*, fit donner à la malade de l'iodure de potassium, de la digitale; cependant les accès d'oppression allèrent en augmentant; on fut plusieurs fois obligé d'administrer le marteau de Mayor pour parer aux accidents d'une asphyxie imminente, et la malade succomba le 20 avril, moins de cinq jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort; elle confirma en tous points le diagnostic.

A l'ouverture du thorax, immédiatement au-dessous du sternum, se présente une tumeur convexe et globuleuse, un peu bosselée, occupant au moins la moitié de la hauteur du médiastin, et refoulant les deux poumons, surtout le poumon gauche, en arrière et latéralement.

Cette tumeur a été disséquée sur place avec le plus grand soin; elle présente avec les organes voisins les rapports suivants:

Au niveau de la fourchette sternale, la trachée, après s'être maintenue rectiligne jusqu'en ce point, se dévie à droite et se trouve comprimée et réduite aux deux tiers environ de son calibre normal; les cartilages, déformés et non détruits par la compression, maintiennent seuls la trachée ouverte. Si on vient à les inciser, la trachée s'affaisse, et ses parois s'appliquent l'une contre l'autre. Les bronches droites et gauches sont intactes.

L'œsophage, conservant avec la trachée ses rapports normaux, est entraîné avec elle dans le sens de sa déviation.

Les nerfs phréniques de chaque côté sont déviés. Le pneumogastrique droit passe en avant, puis au côté droit de la tumeur, croise sous un angle très-aigu la trachée au moment où elle est le plus comprimée, et atteint l'œsophage, avec lequel il reprend ses rapports habituels. Le pneumo-gastrique gauche, placé à la face antérieure de la tumeur, se trouve aplati, étalé et comme perdu au sein d'une couche cellulo-fibreuse abondante; arrivé à la partie inférieure de la tumeur, il plonge au-dessous et émet le nerf récurrent qui disparaît entre la tumeur et la colonne vertébrale, pour reparaître sur la ligne médiane au-dessus de la tumeur, et se rendre au larynx. Ce nerf est atteint d'une congestion manifeste, et la teinte rosée qu'il présente diffère de la couleur d'un blanc mat du nerf récurrent droit.

Touchant au sternum en avant, la tumeur s'étend en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. En la détachant par son côté droit du corps des vertèbres auxquelles elle adhère, nous trouvons quelques-uns de ces corps vertébraux profondément atteints. La moitié inférieure du corps de la première vertèbre dorsale, celui de la deuxième, de la troisième et de la quatrième sont en grande partie détruits; mais les disques intervertébraux sont restés intacts.

Des cavités vertébrales se détache une matière d'un gris jaunâtre, pulpeuse, élastique, qui se prolonge dans l'intérieur de la tumeur, sans qu'il soit possible de trouver une membrane, si mince qu'elle soit, interposée entre l'os usé et cette substance.

Le volume du cœur est normal, ses orifices sains. L'aorte, à sa naissance, présente un calibre normal, puis, après un trajet d'environ 3 centimètres, elle se continue avec la tumeur, qui semble en être un épanouissement.

Quant aux vaisseaux émergents de la crosse de l'aorte, on reconnaît, en introduisant un stylet dans le tronc brachio-céphalique et dans la carotide primitive gauche, que ces vaisseaux sont complétement oblitérés; il en est de même de la sous-clavière gauche. Quant à l'orifice de la partie descendante de l'aorte, il est à la partie inférieure de la tumeur, et la cavité de la poche anévrysmale représentant la courbure de la crosse de l'aorte, il est facile de reconnaître qu'elle est moins étendue et fixée sur un plan moins élevé que ne l'est en réalité la crosse de l'aorte.

La tumeur anévrysmale, de la grosseur des deux poings,

BIBLIOGRAPHIE.

Mesmer et le magnétisme animal (les tables tournantes, les esprits); par Ernest Bersot (1).

Le petit livre curieux dont nous venons dire un mot à notre lecteur se publie déjà en troisième édition, à un peu plus d'un an de naissance; on a cependant, de nos jours, prodigieusement écrit sur le magnétisme animal, les tables tournantes, les esprits! Sans doute; mais tout le monde n'a pas, autant que notre auteur, fréquenté les maîtres de la critique et de l'esprit, Voltaire entre autres, et profité de leur conversation (2). Puis ce n'est pas le tout de fréquenter les gens, *il faut le naturel*, comme dit Montaigne. Mais vous n'avez pas tourné le troisième feuillet que vous tenez déjà la parenté. De là ce succès vif et incontesté qui nous met fort à notre aise pour louer sans détour l'aimable philosophe et recommander son livre aux croyants, de préférence aux premiers!

Ce n'est pas que le charmant opuscule soit tout à fait impeccable; il va un peu trop loin, à notre gré, dans la voie de la suspicion du témoignage humain. Pour être bref et clair (rares vertus), observateur sagace et critique aiguisé, savant sans prétention, malin sans aucun excès d'intention ni de forme, franc diseur de vérités utiles et fin chercheur de sophistications, pour avoir autant d'esprit dans la pensée que dans le tour, autant de sens gaulois que d'élégance latine, et tout ce qui a si vite mené un livre à sa troisième édition, malgré l'épuisement du sujet, on n'en est pas moins homme! Toute réflexion faite, au temps où nous vivons, un petit excès de méfiance et d'incrédulité ne gâte rien. Passons.

Suivrons-nous, avec M. Bersot, Mesmer dans toutes les phases et péripéties de sa carrière merveilleuse semée de merveilleux, depuis sa thèse première : *De l'influence des planètes sur le corps humain* (Vienne, 1766), ou depuis la seconde : *Mémoire sur la découverte du magnétisme* (Paris, 1779), jusqu'au *Mesmerismus*, triste et dernier chant du cygne, plainte du génie méconnu, oublié, qui ne précède que de quelques mois sa mort? Ce soin appartient à notre auteur, qui a si bien la touche et le tact du biographe; il faudrait copier son livre pour le faire justement apprécier, ainsi que son héros. D'ailleurs, entre nous, il s'agit plutôt du magnétisme que de la personne de Mesmer, et nous ne voulons citer les traits qui peignent l'homme que pour répandre quelque jour sur la question du merveilleux.

Au début de son ascension rapide, Mesmer tout à coup s'émancipe, jette là les appareils aimantés de Stell et tous autres aimants qu'il avait mis en vogue, et soutient l'existence d'un fluide animal, du magnétisme enfin, dont il prétend retirer des bénéfices extraordinaires. Il y a bénéfices et bénéfices, comme nous l'allons voir. « Rentré à » Vienne, nous dit son biographe, il traita une fille de dix-huit ans, » aveugle depuis l'âge de quatre, et prétendit lui avoir rendu la » vue. — Comment se fait-il qu'après avoir publié par écrit sa re» connaissance, le père se présenta l'épée à la main chez Mesmer » pour lui reprendre sa fille, qui résistait? » Question à peine discrète: nous ne la résoudrons pas. Seulement, prévenons M. Bersot de ceci : c'est que l'ingratitude de la clientèle des médecins en général est au moins égale à l'incrédulité des philosophes. Il faut avouer toutefois que la vie de Mesmer et l'histoire du magnétisme sont émaillées de toutes sortes de circonstances de la nature de celle en question ou d'autres analogues capables de piquer la curiosité et de provoquer l'indiscrétion ou le soupçon.

Par exemple, assistez, je vous prie, à l'installation du fameux *baquet* mesmérien, à la mise en scène de la cure, si bien saisie par notre auteur, et vous pourrez n'être pas sans inquiétude sur la dignité et l'honnêteté de ce docteur étranger, qui a presque conquis la ville et la cour et ravi jusqu'à Deslon, un régent de Faculté, au milieu de la Faculté même. — Dans une salle mystérieuse où règne le demi-jour, où se fait entendre une musique suave, Mesmer, en habit de soie violet, tenant fièrement sa baguette magique, règne sur la foule des malades ou des initiés, assise en rond autour du baquet magnétique, formant la chaîne par le contact de l'intérieur des pouces. Après quelques moments d'attente, *la crise* se produit; les femmes surtout (elles sont de beaucoup les plus nombreuses) tombent en extase et en convulsions. N'oublions pas ce point que Mesmer était tou-

(1) Librairie Hachette et Cie, à Paris.
(2) Voy. *Philosophie de Voltaire*, par E. Bersot.

présente, lorsqu'on l'a incisée dans toute sa longueur, trois parties distinctes.

Dans toute sa partie supérieure, où l'on reconnaît à la surface le tissu des parois artérielles, se trouve une masse fibrineuse compacte, élastique, d'un jaune grisâtre, et qui s'amincit à la partie antérieure vers le bas de la tumeur, se prolongeant en arrière pour former le tissu fibrineux déjà décrit dans les cavités formées par la destruction des corps vertébraux.

A la partie inférieure de la tumeur, que recouvre cette masse de fibrine épaisse, se trouve une cavité divisée elle-même en deux parties : l'une supérieure, remplie par un caillot d'origine récente, adhérant mollement au caillot fibrineux, dense et décoloré, signalé plus haut. Au-dessous de ce caillot s'en trouve un autre plus noir, plus mou, sans adhérences d'aucune sorte, se continuant, d'une part, dans l'origine de l'aorte et jusque dans le ventricule gauche, d'autre part, dans l'aorte descendante. Ce caillot représente le trajet de l'ondée sanguine.

Tels sont les résultats fournis par l'observation et l'autopsie de la malade : ils s'éclairent et se complètent mutuellement.

Quand on se rappelle combien les signes physiques, impulsion, matité, souffle, étaient peu en rapport avec l'hypothèse d'un anévrysme de l'aorte tel qu'il est partout décrit, on comprend très-bien que plusieurs médecins auxquels M. Moutard-Martin a fait voir ce malade, aient admis, sous toutes réserves, soit une tumeur du médiastin soulevé par la crosse aortique, soit un rétrécissement syphilitique de la trachée : on se souvient en effet que la malade était soupçonnée de syphilis ; mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Moutard-Martin avec beaucoup de justesse, avec la première hypothèse, on ne pouvait expliquer les progrès toujours croissants de l'asphyxie et surtout l'absence du pouls radial et carotidien ; avec la seconde hypothèse, il fallait rejeter sur l'asphyxie l'absence du pouls : et on ne pouvait expliquer la projection, légère, il est vrai, du sternum en avant et l'effacement des espaces intercostaux supérieurs.

En admettant, comme l'a fait M. Moutard-Martin, l'existence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, on expliquait par la compression qu'exerçait la tumeur, la dyspnée, la dysphagie, l'altération de la voix, l'absence de battements dans les radiales et les artères carotides, ainsi que les douleurs que la malade avait ressenties dans le cou et dans tout le côté gauche de la poitrine.

Il restait, en admettant l'existence d'un anévrysme de l'aorte, une grande difficulté : on pouvait avec raison se demander comment il se faisait qu'un anévrysme d'un volume assez considérable pour amener tous les accidents de compression que nous avons rappelés plus haut, produisît une voussure à peine perceptible, une impulsion très-légère sans mouvements d'expansion, sans bruits anormaux.

L'autopsie a expliqué cette apparente contradiction : la densité de la tumeur ; sa nature presque entièrement solide, ce fait qu'elle présentait une cavité à peine plus considérable que l'aorte elle-même, rendent parfaitement compte de l'absence de soulèvement violent, d'expansion, de frémissement cataire et de bruit anormal.

Il reste encore un dernier fait à signaler, c'est l'usure de la poche anévrysmale par les corps vertébraux, qui sont eux-mêmes à demi détruits ; cette simultanéité de lésion a été récemment constatée. Dans l'observation présentée par M. Moutard-Martin, le caillot fibrineux qui remplit en partie le sac anévrysmal est en contact direct avec les excavations osseuses des corps vertébraux, qui, de ce côté, servent de parois au sac anévrysmal.

On voit par la lecture attentive de cette observation que les signes qui sont considérés comme essentiels dans l'anévrysme aortique, impulsion, souffle, frémissement, etc., peuvent manquer presque absolument. L'exploration physique peut donc être insuffisante. Il faut savoir alors la valeur clinique que peut prendre, dans certaines formes de lésions, les symptômes, que les nosographes mentionnent, il est vrai, mais dont la clinique seule peut nous apprendre la signification réelle.

Des bruits anormaux du cœur dans les cas d'anémie.

On sait que les bruits de souffle peuvent se faire entendre aussi bien dans l'anémie que dans les rétrécissements des orifices du cœur ; mais on admet que le souffle anémique ne peut jamais être rude et râpeux, et que la rudesse, le bruit râpeux, appartiennent exclusivement aux lésions valvulaires.

En rendant des chiens anémiques par d'abondantes saignées, MM. Dechambre et Vulpian ont pu constater plusieurs fois l'existence d'un bruit *dur, râpeux*, aussi bien au cœur que dans les artères.

Les auteurs, dans l'intéressante note qu'ils ont communiquée à l'Académie, citent à ce sujet deux expériences à la suite desquelles ils ont sacrifié les animaux pour examiner attentivement l'état des valvules.

Ils insistent, et avec raison, sur ce qu'ont de démonstratif des observations dans lesquelles l'état anatomique de l'organe a pu être vérifié au moment même où le bruit anormal venait de se produire.

Mais si le bruit de souffle dur, râpeux, n'est point un signe *absolu* de lésions valvulaires, cependant s'il est observé à plusieurs reprises et qu'il persiste pendant un certain temps, il doit conserver toute sa valeur séméiologique ; car, ainsi que le font remarquer en terminant leur note MM. Dechambre et Vulpian, si le souffle anémique doux est parfois très-persistant, nous inclinons à penser que le souffle rude est dans l'anémie au moins assez fugace.

Fibrome sous-cutané. Tumeur fibreuse enkystée. (Mixoma fibrosum de Virchow.)

Les tumeurs fibreuses sous-cutanées, qui semblent avoir été entrevues par Dupuytren, qui les désignait sous le nom de tumeurs squirrheuses enkystées, et par les auteurs qui ont décrit les lipomes fibreux, ont été classées par Virchow dans le groupe *mixoma fibrosum*. Ce sont de véritables hypertrophies du tissu fibreux ; elles se comportent comme les tumeurs bénignes ; elles ressemblent à des corps fibreux de l'utérus et à ces tumeurs fibreuses qui se développent dans la fosse iliaque, et dont plusieurs exemples ont été montrés à la Société anatomique pendant l'année 1862.

Un malade du service de M. Denonvilliers, à l'hôpital de la Charité, vient de présenter un très-bel exemple de tumeur fibreuse sous-cutanée. La tumeur a été enlevée par M. Denonvilliers, et est destinée au Musée Dupuytren, pour représenter un type remarquable des tumeurs fibreuses sous-cutanées.

Un jeune homme âgé de vingt-deux ans, d'une assez bonne santé d'ailleurs, était entré le 24 mai, salle Saint-Jean, n° 7, portant à la partie interne de la région inguinale gauche, dans un point qui correspondait au bord externe du muscle droit, une tumeur globuleuse ayant la forme et le volume d'un œuf de poule. La tumeur était mobile sur les parties profondes, et ne semblait pas offrir la moindre trace de pédicule. La peau qui recouvrait la tumeur était saine et n'y adhérait pas. Celle-ci était régulièrement globuleuse, sans lobules apparents, et présentait une dureté considérable et comme pierreuse. Il n'y avait ni douleurs spontanées ni douleur à la pression.

Le testicule et le cordon du côté gauche ne présentaient aucune lésion, ils étaient libres et pouvaient être parfaitement sentis isolés de la tumeur.

Le mal avait commencé à se développer un peu plus de six ans avant l'entrée du jeune homme à l'hôpital. L'accroissement avait été lent et régulier, et depuis le début de la tumeur jusqu'au moment de l'opération, le malade l'avait toujours senti rouler sous le tégument.

En présence de ces signes, considérant qu'il n'y avait aucun pédicule, que la tumeur, quoique peu volumineuse, avait mis un très-long temps à se développer, M. Denonvilliers a diagnostiqué un fibrome sous-cutané. L'idée d'un enchondrome avait été rejetée, à cause de l'absence de bosselures sur la tumeur.

L'opération a été faite par le moyen d'une incision pratiquée sur la peau qui recouvrait la tumeur. Celle-ci a été mise à découvert, et il a été facile de l'énucléer pour ainsi dire en coupant seulement quelques brides, absolument comme s'il se fût agi d'un lipome sous-cutané d'un petit volume. Aucune ligature d'artère n'a été nécessaire.

Le fibrome était constitué par un masse fibreuse ovoïde, entourée d'une enveloppe celluleuse pourvue de quelques vaisseaux. Le tissu fibreux, dense, serré, offrait à la coupe un aspect luisant et laissait suinter un peu de sérosité claire.

Examiné au microscope, le tissu fibreux a présenté les caractères de cette production pathologique, des faisceaux fibreux entre-croisés et serrés les uns contre les autres. En aucun point il n'a été trouvé de cellules épithéliales, et il n'y avait pas de graisse. Seule, l'enveloppe celluleuse de la tumeur renfermait quelques capillaires.

Le malade, guéri aujourd'hui, est parti ces jours derniers, vingt jours après l'opération ; la plaie, qui avait été pansée simplement, était complétement cicatrisée au douzième jour.

Il n'y a pas longtemps, la *Gazette des Hôpitaux* publiait (n° du 3 mai) un fait analogue, emprunté au service de M. Morel-Lavallée. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse développée dans le scrotum. Les caractères anatomiques de la tumeur ne sont pas en tout semblables à ceux de la tumeur enlevée par M. Denonvilliers. Il y avait sur le fibrome du scrotum des fibres entre-croisées, contenant dans leurs interstices quelques noyaux et des cellules granuleuses ayant environ 8 ou 10 millièmes de millimètre de diamètre, et qui contenaient un noyau. Enfin, on trouvait mêlées aux fibres de tissu fibreux quelques fibres élastiques. Néanmoins, cette tumeur était encore considérée comme un exemple de tumeur fibreuse bien caractérisée.

En tenant compte du milieu où s'était développé le fibrome, on peut s'expliquer la difference. La présence de fibres élastiques dans la tumeur peut être liée au voisinage des fibres dartoïques, qui renferment du tissu élastique en abondance. Puis, la tumeur fibreuse du scrotum avait le volume des deux poings, elle datait de dix ans, et on sait qu'à la longue les fibromes passent par des périodes de transformations diverses qui, sans avoir des caractères parfaitement tranchés, se traduisent pas moins par des différences histologiques. La multiplication de cellules granuleuses est sans doute le premier mode de transformation des fibromes.

Corps étranger ayant séjourné dans la joue pendant sept mois.

On se souvient des cas singuliers de séjour de corps étrangers dans les plaies, et on se demande toujours comment ils peuvent encore passer inaperçus après tout ce qui a été vu déjà. Et cependant de nouveaux accidents de ce genre reviennent presque périodiquement surprendre les chirurgiens.

La *Lancette* anglaise du mois d'avril 1864 rapporte l'histoire d'un jeune homme qui, ayant eu une pipe cassée dans la bouche, en avait craché les morceaux et avait ensuite repris ses travaux. Au bout de quelques jours, la face s'était tuméfiée ; plusieurs médecins consultés ne s'étaient pas aperçus de la présence du corps étranger, et l'un d'eux même avait appliqué un caustique sur la joue tuméfiée.

Aucune amélioration n'étant survenue, le jeune homme était entré à l'hôpital.

M. Smith, d'après les antécédents et la durée du mal, soupçonnant qu'il s'agissait d'un corps étranger, a examiné attentivement la bouche. Il a trouvé une petite ouverture dans le sillon géno-gingival, au niveau de la seconde petite molaire. Après avoir introduit un stylet, il a constaté l'existence d'un choc sur un corps dur. Un débridement a été fait, et avec une pince un fragment de tuyau de pipe, long de 2 pouces environ, a été amené au dehors.

A la suite de cette opération, la guérison a été obtenue en peu de jours.

---

jours assisté d'aides jeunes et beaux ! — La salle du baquet magnétique se nommait dans le monde *l'enfer à convulsions.* Le mot n'est pas aimable. Etait-il juste, était-ce bien un enfer ? Il y a telle relation féminine de ce temps qui en fait un paradis.

Malgré tout, Mesmer fut suspect à deux hommes qui auraient pu lui être d'un bien grand secours, La Harpe et d'Holbach, un lettré répandu et un incrédule écouté. Pourquoi ? Nous l'ignorons ; ils étaient venus vers lui avec la meilleure intention d'y voir clair. Mais ce ne sont là que de petits échecs. Le temps, au reste, était favorable au magnétisme et aux esprits, témoin celui qui a tant persécuté M[lle] Clairon. — Voltaire mourait, nous dit M. Bersot ; il avait pendant cinquante ans surveillé la raison en tuteur sévère ; lui mort, elle s'échappait. Donc Mesmer trouva un allié naturel dans le mysticisme. Il y avait à Paris en ce moment des disciples secrets de Swedenborg et de Saint-Martin : le magnétisme devait leur convenir. — Soit, mon cher philosophe, mais ne procédez-vous point un peu trop par insinuations ?

Les amis de Mesmer (il en a encore, et beaucoup) soutiennent qu'il ne demandait que le contrôle, l'expérience, le grand jour. La preuve, c'est qu'il écrit à l'Académie pour la supplier de nommer une commission qui examinera ses malades à Creteil. L'Académie ne trouve pas viables les conditions d'examen proposées par Mesmer ; elle refuse. A qui la faute ? Cependant, voilà qu'il est tout à coup averti qu'une commission de la Société royale de médecine se rend à Creteil ; il refuse à son tour, et jette les hauts cris. Pourquoi ? Parce qu'il dénie aux honorables membres le droit d'examiner au préalable ses malades avant de statuer sur leur guérison, ce qui signifie qu'il leur dénie le droit de s'assurer d'abord s'ils sont réellement malades. A l'examen préalable par les commissaires eux-mêmes, il prétend substituer des *attestations de médecins.* La Société de médecine se retire. N'était-elle point par trop exigeante ? Notre lecteur en décidera.

On ne s'entendait pas, les malades se plaignaient fort ; ils firent tant de bruit que Mesmer fut mandé chez le ministre, M. de Breteuil. Or écoutez ceci, qui vous paraîtra sans doute, comme à nous, décisif. Au sortir de l'audience, la situation de Mesmer était digne d'envie : si quelque ministre aujourd'hui en faisait une pareille à certain prêtre du spiritisme, ledit apôtre à coup sûr ne reculerait pas. Laissons M. Bersot raconter. Si Mesmer produit ses preuves, le gouvernement doit :

1° Reconnaître qu'il a fait une découverte utile ;

2° Lui donner en toute propriété un château et une terre où il traitera ses malades ;

3° Une pension viagère de vingt mille livres.

Des commissaires nommés, deux seulement seront pris dans la Société de médecine. On va plus loin, on consent à remplacer les commissaires médecins par quelques savants qui rendront compte de ce qu'ils auront vu. Leur rapport défavorable n'entraînera la révocation d'aucun des avantages accordés ; favorable, il procurera de superbes avantages nouveaux. Le fait est étrange, mais Mesmer refusa tout, et partit pour Spa.

Soit ; mais il revint, et obtint de bien autres succès sans contrôle de savants ; la masse le suivait, lui rendait hommage : est-ce que l'on ne nous enseigne pas tous les jours que la masse est bien plus compétente que les savants en matière de merveilleux ? Le succès marchait, bien que la discorde fût au camp d'Agramant, peut-être bien aussi parce qu'elle y était. La rivalité de Deslon, l'académicien converti, ne fut point nuisible à Mesmer, au contraire. Il y eut dès lors des mesmériennes et des deslonienncs : implacables ennemies ! Nous n'en doutons pas. M. Bersot fait ici une remarque pleine de sens : Pour les âmes passionnées, ce n'est pas assez d'une religion, il faut une secte ; il ne suffit pas d'aimer quelque chose, il faut haïr quelqu'un.

Les titres du chapitre V suffisent à montrer quelles furent en France les oscillations des succès de Mesmer et de sa théorie. Nous copions ce sommaire de chapitre, en priant le lecteur de consulter le livre pour le détail, s'il veut être édifié :

Le gouvernement nomme des commissions d'examen ; commission de la Société royale, commission de la Société et de l'Académie des sciences. — Rapport public de la dernière commission (Bailly). *— Rapport secret. — Rapport de la Société royale. — Rapport particulier de Laurent de Jussieu.*

Après avoir été si dûment rapporté, Mesmer retourne en Allemagne. C'est sa deuxième fuite. Sont-ce les rapporteurs qui l'ont chassé ? Serait-ce M. de Jussieu, entre autres, qui fut clair et sec ? Pour qui donc prenez-vous Mesmer et le public de Paris ! Non pas, je vous prie : c'est plutôt Sigault, un médecin incrédule, un mystificateur, laissant croire à plusieurs personnes qu'il a le secret de Mesmer et

OBSERVATION

pour servir à l'histoire des mariages consanguins ;

Par M. le Dr A. BONDET, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Mme X..., âgée de trente-six ans, habitant Lyon depuis plusieurs années, est de taille moyenne; elle est brune, habituellement bien portante, et appartient à une famille dans laquelle il n'existe ni maladie constitutionnelle ni infirmités héréditaires. Elle a eu huit frères ou sœurs, dont sept sont encore vivants et bien portants.

Il y a un an, elle s'est mariée avec un de ses cousins, M. V...

Celui-ci, âgé de quarante-deux ans, appartient à une famille où il y a eu neuf enfants, dont sept sont encore vivants et jouissent d'une bonne santé. Sa mère était cousine germaine avec le père de sa femme; il est donc, avec celle-ci, cousin issu de germain. Je dois ajouter qu'à les voir on les prendrait plus volontiers pour le frère et la sœur, tant il y a de ressemblance dans la conformation physique, l'expression de la physionomie, la teinte même de la peau, brune chez tous deux, et recouverte, dans les parties où on l'observe habituellement, d'un système pileux noir et bien fourni.

Mme X... est devenue enceinte trois mois après son mariage. Sa grossesse s'est accompagnée, dans le principe, de quelques malaises gastriques, pour lesquels elle est venue me consulter.

A sept mois et demi, à la suite d'une indigestion, il y a eu probablement déchirure de la poche des eaux, et écoulement du liquide amniotique pendant quinze jours. Pendant toute la durée de cet écoulement, craignant un accouchement avant terme, j'ai fait garder le repos à Mme X...

Cet écoulement était arrêté depuis une dizaine de jours; la malade se levait et elle était sortie, quand le 9 mai, à la suite d'une promenade un peu longue faite la veille, elle fut prise pendant la nuit de douleurs abdominales assez vives et accoucha dans la matinée.

L'enfant, du sexe féminin, appartient à la classe des monstres phocomèles. Je ne m'arrêterai pas sur les difficultés que la conformation particulière de la tête apporta dans le diagnostic de la présentation et de la position au commencement du travail. Ces difficultés inhérentes à l'extrême mollesse des parties du front qui se présentaient, ne purent être surmontées que lorsqu'il fut possible d'atteindre avec le doigt le rebord des arcades sourcilières et les globes oculaires.

L'autopsie m'ayant été formellement refusée, je passerai également sur les déformations osseuses dont la connaissance eût présenté un très-grand intérêt au point de vue de l'étude des monstruosités, et j'arrive au but essentiel de cette note; la description de celle-ci et l'influence probable de la consanguinité sur sa production.

Tête aplatie d'avant en arrière, diminuée de son volume habituel d'au moins un tiers. Ossification incomplète des os du crâne; on ne sent que les rudiments de ces os, le frontal et l'occipital seuls sont à peu près complétement formés. Le reste de la calotte crânienne est formé par un cuir chevelu épais implanté de cheveux rares. Au-dessous d'elle on sent une poche fluctuante qui doit contenir un cerveau atrophié et une certaine quantité de liquide.

Les yeux sont gros et saillants. Pas de nez ou plutôt un nez tellement aplati qu'il a l'air de ne pas exister; les narines sont petites, mais visibles. La bouche est petite, le menton large; les oreilles, véritables appendices charnus, rappelant par leur forme des oreilles d'adulte, légèrement infiltrées, descendent jusqu'à la partie moyenne du cou.

Le tronc paraît bien conformé, c'est celui d'un enfant à terme; les membres rappellent tout à fait ceux du phoque.

Les membres supérieurs, de six centimètres de longueur, sont appliqués le long du tronc, plutôt en arrière qu'en avant, suivant une ligne qui descendrait du bord postérieur du creux de l'aisselle, pour se diriger en arrière et en bas parallèlement au bord axillaire de l'omoplate. Celle-ci, ainsi que la clavicule, paraît légèrement atrophiée. Les mains sont petites et bien conformées; les deux os de l'avant-bras paraissent soudés, le pli de la saignée n'existe pas; il semble pourtant qu'il existe un rudiment d'humérus.

Les membres inférieurs, très-courts, sept centimètres environ, très-mobiles sur le bassin, paraissent formés par un rudiment de fémur, l'articulation fémoro-tibiale, qui se reconnaît à peine, et une grosse jambe terminée par des pieds petits, courts, mais bien conformés.

En résumé, ce monstre me paraît un type de la variété décrite par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire sous le nom de phocomèle.

Quelle a été l'influence de la consanguinité dans sa production?

Si l'on se reporte aux antécédents du mari et de la femme, à leur état de santé habituelle, on ne trouve rien pour expliquer les déformations si remarquables de ce fœtus. Tous deux appartiennent à des familles nombreuses et bien portantes. Leur constitution ne paraît entachée d'aucun vice constitutionnel ou héréditaire; leur conformation physique est celle de la force plutôt que de la faiblesse.

La mère, pendant sa jeunesse, n'a éprouvé aucune de ces émotions morales capables quelquefois de produire de pareils désordres.

Reste la consanguinité, et c'est à elle en définitive que je crois devoir rapporter l'origine de cette monstruosité. Dans les entretiens fréquents que j'ai eus à ce sujet avec mon excellent maître et ami le docteur Devay, je lui ai entendu dire souvent que les arrêts de développement étaient un des accidents les plus fréquents parmi les troubles apportés dans la vie fœtale par la consanguinité.

L'exemple que je viens de citer me paraît d'autant plus propre à confirmer ces idées que la consanguinité, bien qu'elle ne fût qu'au troisième degré, existait ici entre deux sujets bien constitués, issus l'un et l'autre d'une famille nombreuse et bien portante, et chez lesquels j'ai noté en commençant une ressemblance physique beaucoup plus accusée qu'on ne l'observe habituellement à ce degré de parenté.

Trop de faits du reste militent aujourd'hui en faveur des idées soutenues avec tant d'éclat et de conviction par le savant et regretté professeur de Lyon, pour ne pas espérer voir la lumière se faire bientôt sur une aussi grave et si délicate question.

Ce sont les faits surtout qui tôt ou tard feront cette lumière; laissons-leur donc dans le débat la place qui leur revient désormais, et en attendant qu'éclairée par eux la législation intervienne à son tour, ne nous lassons pas de faire entendre au public ce langage de la science toujours respecté et souvent écouté, alors surtout qu'il est digne, vrai et sincère.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 juin 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION.

Résection des nerfs.

M. AZAM. En apportant à la Société de chirurgie l'observation que j'ai eu l'honneur de lire mercredi dernier, j'ai pensé qu'elle pourrait être l'occasion d'éclairer plusieurs points encore obscurs dans ce que j'appellerai la chirurgie des nerfs.

Le premier de ces points concerne les névralgies des moignons ou les accidents nerveux quelconques qui accompagnent la convalescence des amputations. Quelles sont les circonstances dans lesquelles des accidents se produisent? Le mode d'opération ou de pansement y est-il pour quelque chose, ou faut-il seulement en accuser une disposition particulière aux sujets qui en sont frappés?

Bien que ces névralgies soient un accident relativement rare, je ne doute pas que les chirurgiens qui m'écoutent n'en aient observé un certain nombre. MM. les chirurgiens d'armée surtout ont dû en voir soit aux Invalides, soit au Val-de-Grâce. Le résumé de l'observation individuelle serait certainement utile, car il n'existe dans les traités didactiques ni ailleurs, du moins à ma connaissance, aucun travail spécial.

Or, bien que très-souvent les accidents nerveux qui suivent la convalescence des amputations soient tolérables, il arrive aussi, — le fait que j'ai rapporté en est la preuve, — que ces accidents acquièrent une telle intensité que le chirurgien est mis en demeure de tenter quelque chose pour soulager ou guérir son malade. La Société se souviendra que l'amputé dont je lui ai raconté l'histoire éprouvait de telles douleurs qu'il se serait certainement suicidé. Je crois donc qu'une discussion sur ce sujet rendrait aux praticiens les plus grands services.

Envisageant la question d'une manière plus générale, il y aurait aussi à rechercher quelle doit être la part de l'intervention de la chirurgie dans les névralgies de toutes sortes, spontanées ou traumatiques. La question n'est pas neuve, cependant elle est loin d'être épuisée; quelles sont les circonstances dans lesquelles la section ou la résection peuvent être employées, et quels sont les moyens de rendre ces opérations efficaces, c'est-à-dire procurant une guérison durable?

Relativement au fait particulier que j'ai porté devant la Société, je serais heureux qu'elle voulût bien m'aider de ses lumières sur ce qui me reste à faire.

Chez mon malade, après sept mois de guérison complète, la névralgie a récidivé; tolérable jusqu'ici, elle peut devenir aussi intense qu'elle l'a été, le fait est même probable. Dans cette hypothèse, dois-je tenter une nouvelle opération, dois-je réséquer de nouveau une plus grande quantité de nerfs, et faut-il employer une précaution opératoire qui du reste a été conseillée, retourner les extrémités nerveuses coupées? Alors pourrai-je compter sur une guérison radicale?

Ici surgit une question subsidiaire. Si la névralgie a récidivé, cela tient-il à la régénération des trois centimètres du nerf sciatique enlevé, ou cela tient-il à ce que, dans le bout supérieur, il s'est formé un névrome, fait ordinaire dans les sections nerveuses?

Dans le premier cas, une guérison radicale serait possible par une autre opération; dans le deuxième, il n'y faudrait pas compter, car, à quelque hauteur que le nerf fût coupé, un névrome se formerait de nouveau sur le bout sectionné.

Ces questions, comme je l'ai dit plus haut, sont du plus grand intérêt. La lumière qu'une discussion à la Société de chirurgie ne pourrait manquer de jeter sur elles, serait non-seulement utile à moi qui la consulte, mais aux praticiens qui se trouveront dans des circonstances analogues.

M. LARREY. Je suis pris à l'improviste par l'importante question soulevée par M. Azam. J'eusse pu apporter à la Société, et je le ferai si elle le désire, quelques faits relatifs aux névralgies des moignons. Il existe sans doute un certain nombre de causes qui peuvent les produire. J'en signalerai surtout une sur laquelle mon père insistait, c'est la réunion trop immédiate des moignons. Il ne faut pas négliger l'influence qu'exercent les corps étrangers séjournant dans les plaies, les pansements mal faits, les ligatures portant directement sur les nerfs, le climat et la température, et quelques autres causes relatives au mode de transport des blessés, à la conicité du moignon, etc.

M. VERNEUIL. Les névralgies des moignons m'ont beaucoup occupé, et c'est par une étude sur ce sujet que j'ai pour ainsi dire fait mon entrée à la Société. (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 443.)

Après avoir disséqué avec le plus grand soin un moignon d'amputation du pied que son excessive sensibilité avait toujours rendu inutile, j'étais arrivé à reconnaître les causes de cette sensibilité, et j'en avais conclu qu'il serait avantageux de réséquer les extrémités des gros nerfs pouvant être comprimés dans les amputations à lambeaux.

Ma proposition fut combattue dans le sein de la Société; cependant mes convictions à cet égard n'ont fait que s'affermir, et mes idées ont été reproduites dans une thèse et dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Je serais donc tout disposé, le cas échéant, à réséquer 5 ou 6 centimètres de gros nerfs dans une amputation à lambeaux où je craindrais de les voir comprimés.

A la vérité, les faits de la nature de celui de M. Azam sont rares. Tous les névromes ne sont pas douloureux, et souvent on observe chez le même individu un grand nombre de névromes indolents, et quelques-uns seulement produisent des souffrances.

Cependant la résection des extrémités nerveuses a encore d'autres avantages : elle donne la chance d'éviter ces névrites traumatiques qu'on voit résulter du séjour des nerfs coupés dans les foyers d'une suppuration prolongée. Peut-être cette résection serait-elle un obstacle au premier germe de certains accidents fébriles graves? Quelques expériences de l'un de nos plus grands physiologistes tendraient à le faire croire. Enfin, puisqu'il est prouvé que la terminaison de tout nerf coupé doit être un névrome, ne vaut-il pas mieux que ceux-ci soient profonds, élevés, situés dans l'épaisseur des tissus, au lieu de contracter des adhérences avec la cicatrice et les extrémités des os?

M. MARJOLIN. La proposition de M. Verneuil peut s'appliquer jusqu'à un certain point aux amputations à lambeaux. Mais pour les amputations circulaires, ces résections de nerfs seraient impossibles dans certains cas, lorsque, par exemple, on ampute pour des tumeurs blanches, dans des parties dures, épaisses, presque lardacées, parties qui donnent très-souvent, mais non toujours, des moignons parfaitement constitués. Quelquefois, il est vrai, malgré toutes les précautions, ces moignons deviennent fusiformes et sont le siége d'accidents douloureux. On doit encore se demander quel serait le résultat de ces résections sur la vitalité et la réunion des parties auxquelles se distribuent les nerfs.

M. BROCA. Il y a deux questions qui se présentent à propos du fait de M. Azam : la prophylaxie et la thérapeutique. Or, M. Azam demande qu'on l'aide à faire face aux éventualités qui peuvent sur-

---

faisant des merveilles, comme son maître. C'est ensuite un vaudeville plein d'esprit : *les Docteurs modernes*. A la bonne heure, cette fois c'en était fait de Mesmer.

Ainsi se termine, nous dit le biographe, la première période du magnétisme en France : tout finit par des chansons.

La seconde période est beaucoup plus pâle. Lorsque Mesmer revit Paris, le *somnambulisme*, découvert par le marquis de Puységur, avait remplacé le magnétisme; il progressait comme l'avait fait son devancier, et devait fournir, auprès des académies savantes et du public, une carrière calquée sur celle que nous venons de parcourir. Mesmer observe le somnambulisme et l'explique (c'est entendu) par sa propre théorie. Mais, dans le *Mémoire sur nos découvertes*, le maître ne laisse pas de se plaindre amèrement des abus, des absurdités auxquelles sa découverte a donné lieu. Puis il part, il fuit la France pour ne plus la revoir, confiant à de nouveaux vaudevilles le soin de le venger de ses continuateurs, plus dangereux que ses détracteurs pour sa renommée.

Il meurt en 1815, à Berlin, après avoir laissé le *Mesmerimus* à ses concitoyens non convertis.

Puisque Mesmer est mort, arrêtons-nous; nous ne voulons pas toucher à la seconde partie du livre, l'histoire du merveilleux jusqu'à nous; ce serait faire tort à la fois à l'auteur, au lecteur curieux et à la cause de la raison. Puissions-nous obtenir (c'est notre vœu) que beaucoup de gens, que ceux qui font à l'endroit du merveilleux bon marché de leurs illusions, consentent à accompagner M. Bersot à la suite, nous allions écrire *à la chasse* du merveilleux jusqu'à nos jours. Ses dernières pages (le fond philosophique du livre), la critique, la recherche des causes, l'explication des faits, la conclusion, sont toutes pages marquées au coin d'une originalité telle, et si pressantes et portant coup, autant par la méthode et la manière de l'auteur que par la fine application qu'il fait de phénomènes connus, qu'on doit avoir scrupule de toucher à son texte. Le mieux est de le recommander.

Un mot, pour notre compte, en terminant.

Nous nous sommes souvent adressé ces questions : — Comment se fait-il que depuis Mesmer le magnétisme n'ait jamais pu regarder en face un seul des corps savants constitués? Ce n'est pas lui qui les magnétise, au contraire; devant eux le fier fascinateur baisse invariablement le regard, s'esquive, refuse l'épreuve, l'élude ou la nie. — Ce qui se dit du magnétisme, se dit de toutes les formes du merveilleux. — Comment se fait-il que ce merveilleux (magnétisme, somnambulisme, spiritisme et autres), si sûr de lui-même, ne vienne jamais au secours des plus graves intérêts? Quel est le meilleur héritier de Mesmer qui a su employer sa meilleure somnambule à découvrir un complot, à deviner les cartes de la diplomatie, celles du trente et quarante, les numéros de la loterie, la hausse ou la baisse de la Bourse ou du marché? Nous le demandons. — Vous souvenez-vous, lecteurs, de ce petit enfant qui fut enlevé, il y a quelques années, dans le jardin des Tuileries? Toutes les somnambules de la capitale furent mises sur les dents pour éclairer une famille en pleurs; l'une montrait Marseille, l'autre indiquait le Havre, la troisième nommait Bordeaux, la quatrième parlait d'un navire fin voilier emportant sur les mers le dépôt précieux; toutes les grandes villes de France passèrent sous leur seconde vue, toutes, excepté cette bonne ville d'Orléans, à deux pas de nous, où la police, *non endormie* (fort heureusement pour une mère), parvint à découvrir et à reprendre l'enfant volé. — Il y a là, convenons-en, de quoi donner à réfléchir!

P. GARREAU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouvelle carte itinéraire des eaux minérales et des bains de mer, par le docteur Constantin JAMES. Cette carte indique la position géographique de chaque établissement thermal, tant en France qu'à l'étranger, ainsi que l'itinéraire des voies qui y conduisent. Elle fait partie du *Guide aux eaux minérales* du même auteur. Prix du volume : 7 fr. 50 c. broché, et 9 fr. cartonné à l'anglaise. — Paris, 1864, chez Victor Masson et fils, libr., place de l'École de Médecine.

Observations sur quelques points de l'industrie et de l'hygiène du blanchissage, et spécialement sur les callosités antébrachiales et phalangiennes que présentent les blanchisseuses du Lez, par le docteur Ad. ESPAGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Brochure in-8°, avec planches. — Paris, 1864, Asselin, libr.-éditeur, place de l'École de Médecine.

Faits et raisonnements établissant la véritable théorie des mouvements et des bruits du cœur, par le docteur ESSARCO. Grand in-8°, Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

venir. Je ne crois pas que le retour de la douleur puisse être attribué à la réunion des extrémités coupées des nerfs, car jamais, quand la section a été faite dans de pareilles conditions et qu'on a vu la sensibilité se rétablir, les mouvements n'ont suivi la même marche. Or, si la réunion avait lieu pour un nerf mixte, mouvements et sensibilité reparaîtraient ensemble. Et cela est particulièrement vrai pour le nerf sciatique. J'ai fait à cet égard des expériences sur des moutons, et jamais, quelque soin que je misse à faire des rapprochements ou des sutures variées, je n'ai vu les extrémités de ce nerf se réunir.

Mais M. Azam ne pourrait-il penser que la douleur a pour siége un autre nerf que le sciatique? Le crural se distribue à une partie du moignon, et je serais porté à croire que c'est ce dernier nerf qui est maintenant le siége de la souffrance.

La guérison absolue pendant plusieurs mois ne serait pas une preuve contraire à mon hypothèse, car on comprend très-bien que la résection ait pu porter sur le nerf qui était alors spécialement douloureux.

M. HOUEL. M. Broca vient de dire qu'il n'avait jamais observé la réunion sur de gros nerfs; j'ai été plus heureux que lui, j'ai vu un cas où 3 centimètres de nerf médian avaient été enlevés et où on avait réuni les deux extrémités par la suture. Au bout de huit ou dix jours les mouvements et la sensibilité étaient rétablis. Je ne sais pas s'ils ont persisté au même degré.

M. VERNEUIL. M. Marjolin a renouvelé quelques objections qui m'ont été adressées autrefois sur les dangers que pourraient courir les lambeaux. Je ferai seulement observer que les gros troncs qu'on peut réséquer ne servent aucunement aux fonctions des lambeaux, ceux-ci empruntant leurs filets nerveux à des points situés beaucoup plus haut.

M. Marjolin a dit qu'on ampute quelquefois sur des tissus durs et lardacés, et qu'on ne pourrait pas réséquer les nerfs. Il ne faut pas amputer sur des parties malades, sans quoi on s'expose précisément à avoir des moignons coniques.

Quant au fait de M. Azam, après en avoir écouté les détails avec la plus grande attention, je crois qu'aujourd'hui l'origine de la douleur, c'est le névrome qui s'est formé à l'extrémité du bout supérieur réséqué du nerf sciatique, de telle sorte que je commencerais par réséquer cette extrémité renflée.

Je suis bien de l'avis de M. Broca sur l'efficacité de la résection de 3 centimètres d'un gros nerf. Aussi, j'ai été tellement étonné d'entendre M. Houel parler du rétablissement de la continuité du médian au bout de huit jours, que je crois devoir le mettre au défi de nous fournir la preuve de ce fait extraordinaire.

M. BROCA. M. Marjolin paraît disposé à croire que des lambeaux d'amputation dans lesquels, pour une cause quelconque, l'innervation ne se ferait pas, seraient exposés à ne pas se cicatriser ou à tomber en gangrène.

Déjà M. Verneuil a répondu que l'innervation ne serait pas entravée par la résection des gros troncs. Mais je vais plus loin. J'ai pu m'assurer par une série d'expériences faites en 1851 et 1852 sur des moutons et des chiens, que lorsqu'on supprime toutes les sources d'innervation, les phénomènes inflammatoires, la réunion des parties, leur cicatrisation, se comportent exactement comme si les nerfs étaient intacts. J'ai poussé ces expériences jusqu'à réséquer avec l'artère crurale les filets nerveux nutritifs qui l'entourent comme une gaîne (les nerfs sciatique et crural étant déjà coupés depuis plusieurs mois), et les phénomènes ont été exactement les mêmes.

Je dirai à M. Houel que j'ai parlé du nerf sciatique sur lequel j'ai expérimenté, et non d'un autre. Le volume a ici une extrême importance, car je n'ignore pas qu'on a observé nombre de fois la réunion de nerfs plus petits, comme le pneumo-gastrique.

Je suis d'ailleurs disposé à admettre avec M. Verneuil que les mouvements signalés au bout de huit jours par M. Houel dans la main du malade qui avait eu 3 centimètres de nerf médian réséqué, pouvaient bien ne pas reconnaître pour cause la réunion des extrémités de ce nerf. A-t-on, pour s'en assurer, observé la peau centimètre par centimètre? A-t-on interrogé les muscles un à un? Il le faudrait pour affirmer que les fonctions du nerf médian étaient rétablies, et que ce qu'on observait n'était pas dû au radial ou au cubital.

Il y a encore un point qui mérite attention. Il ne faut pas confondre la réunion et la régénération des nerfs. Or, pour que les fonctions nerveuses se rétablissent, il faut non-seulement que les extrémités soient réunies l'une à l'autre, phénomène qui n'est pas très-rare, mais il faut encore qu'un travail complexe de reproduction de tubes nerveux, que des observateurs contemporains ont bien observé, s'effectue, et que ces tubes nouveaux plongent à travers le plasma cicatriciel jusque dans les tubes anciens. Or ce travail particulier est loin de se produire toujours, et cela explique pourquoi il peut y avoir réunion et non retour des fonctions du nerf.

M. MARJOLIN. Il me semble que M. Michon a réséqué il y a plusieurs années une assez grande étendue du nerf sciatique au-dessus et au-dessous d'un névrome chez une dame, et qu'il y a eu guérison définitive.

Si on suivait le conseil de M. Verneuil pour les amputations, on ferait souvent la section 10 et 12 centimètres au-dessus du point où je la fais habituellement. Or l'expérience, et j'ai bien fait cent-vingt ou cent-trente amputations, m'a appris que dans bon nombre de cas, à la suite de l'amputation, cette induration des parties molles se résout complétement et donne un très-beau moignon. Dans quelques cas, au contraire, quels que soient le procédé et le soin qu'on apporte aux pansements, on a des moignons coniques. Je me souviens précisément d'un cas où M. Verneuil, qui me remplaçait dans mon service, avait fait une amputation de cuisse à lambeaux. Malgré la régularité de l'opération, malgré les soins que je donnai au petit malade, au bout de huit jours un des lambeaux était perforé par le fémur, et en fin de compte nous avions un moignon des plus coniques.

M. AZAM. Si l'opinion qu'a émise M. Verneuil sur le siége des douleurs était exacte, le malade se plaindrait de souffrir au-dessus du creux poplité. Or, il ne souffre qu'à l'extrémité du moignon et nullement au niveau du bout supérieur sciatique.

M. HOUEL affirme de nouveau que chez la malade qu'il a vue, c'était bien le nerf médian qui avait été coupé, et que les mouvements de la main étaient très-accusés. Du reste, pour lever les doutes, il s'efforcera de retrouver la malade, quoique sa vie un peu nomade puisse rendre cette recherche difficile.

M. VERNEUIL maintient les doutes qu'il a élevés sur cette observation, et se refuse à l'accepter jusqu'à ce que la preuve du fait ait été fournie.

— La discussion sera continuée.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT ET DE PIÈCE.

Attelle du Dr R. Smith pour fracture du membre inférieur.

M. LE Dr GANTILLON montre un modèle de cette attelle, et en explique l'usage. L'attelle antérieure du professeur N. R. Smith, de l'Université de Maryland, est faite d'un fil de fer de 5 millimètres environ, courbé en forme de parallélogramme d'un écartement de 2 ou 3 pouces, d'une longueur suffisante pour que, lorsque la cuisse est fléchie sur le pelvis et la jambe sur la cuisse, son extrémité supérieure atteigne la crête iliaque et l'inférieure les orteils, et que les coudes de cet appareil coïncident avec l'aine, le genou et le coude-pied.

Pour maintenir les branches parallèles à distance égale, il est nécessaire de les souder ensemble par deux branches transversales.

Après l'avoir plié pour le faire coïncider avec les angles naturels du membre, on enveloppe cet appareil entièrement avec des tours de bande, ne laissant découvertes que les œillères qui servent à la suspension. Alors on place l'attelle sur la partie antérieure du membre, on prend des bandes de diachylon de 6 centimètres de large et de longueur suffisante pour pouvoir embrasser aisément la jambe avec l'appareil. On en met deux autour de la cuisse, deux autour de la jambe et une autour du pied.

Alors on élève la jambe au moyen de cordes, et l'on fait un bandage depuis les orteils, sans couvrir le genou, jusqu'au bassin, qu'on entoure de deux ou trois tours de bande.

Dans le cas où l'on aurait affaire à une fracture compliquée, on ne ferait monter les tours de bande que jusqu'à la blessure, pour continuer au-dessus, laissant celle-ci à découvert, pour recevoir un bandage spécial qui permît de panser cette blessure sans déranger le reste de l'appareil.

Le membre reste alors en suspension dans le bandage, dont chaque tour est adapté à sa forme. Par conséquent, il n'y a pas de pression inégale, le membre étant ainsi à l'aise, dans une position naturelle qui évite les contractions spasmodiques des muscles et le déplacement des extrémités des os fracturés.

Le même appareil convient aussi pour les fractures du col du fémur.

Pour les fractures de la rotule, on ne fait pas subir de courbure à cet appareil, on le laisse tout droit.

Polype naso-pharyngien. — M. RICHET présente un polype naso-pharyngien formé de tissu cartilagineux. M. Richet remettra cette importante observation dès que l'état de la malade le permettra.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 4 juin 1864, ont été nommés présidents:

De la Société de secours mutuels de Saint-Clair, à Montclar (Lot-et-Garonne), M. Léo de La Faye, docteur en médecine, maire, membre du conseil d'arrondissement;

De la Société de secours mutuels de la commune de la Croix-en-Brie (Seine-et-Marne), M. Regnault, officier de santé, maire;

De la Société de secours mutuels des pharmaciens du département, à Bordeaux (Gironde), M. Barbet, pharmacien.

— M. le docteur Dusault, que ses services exceptionnels pendant la durée du siége de Sébastopol firent nommer — *sans concours* — chirurgien entretenu de la marine, vient d'être nommé conseiller général pour le canton de Tonnay-Boutonne (Charente-Inférieure).

— Les *Archives de médecine navale* (nos 5 et 6) pour mai et juin viennent de paraître.

Elles renferment comme mémoires originaux:

1° Incendie du bagne flottant *le Santi-Petri*. Etude sur les états morbides présentés par quarante-deux forçats à la suite de cet incendie, par le docteur Ollivier.

2° Essai de topographie médicale de la Cochinchine française, par le docteur Richaud (2e et dernier article).

3° Du mal-cœur ou mal d'estomac des nègres, par les docteurs Fonssagrives et Le Roy de Méricourt.

4° De l'identité de l'ulcère observé à la Guyane française avec celui décrit sous le nom de Ghé-ham, ulcère de Cochinchine, de Saïgon, etc., par le docteur J. Chapuis.

5° L'alun, élément naturel des vins du midi de la France, par M. Hugoulin.

6° Instructions de la Société impériale d'acclimatation, par MM. Geoffroy Saint-Hilaire et Soubeiran.

Traité de l'érysipèle, par M. le docteur A. DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux. Prix: 3 fr. 50. — Paris, chez A. Delahaye, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Guérison de la phthisie pulmonaire et de la bronchite chronique à l'aide d'un traitement nouveau; par M. le docteur Jules BOYER, ancien interne des hôpitaux, etc. 3e édition, revue et augmentée. Prix: 1 fr. 50 c. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 JUIN 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'événement de cette séance est sans contredit la communication de M. Laugier sur une section du nerf médian.

Un malade, couché dans le service du savant médecin de l'Hôtel-Dieu, présentait une blessure grave de l'avant-bras gauche. Les deux artères radiale et cubitale, les muscles grand et petit palmaires, quelques faisceaux du fléchisseur superficiel des doigts, et de plus le nerf médian, avaient été complétement divisés. Une hémorrhagie abondante décide l'interne à pratiquer la ligature des artères. Pendant l'opération, le bout supérieur du nerf médian ne peut être retrouvé; la plaie est réunie, l'hémorrhagie ne reparaît pas, mais la sensibilité a disparu dans toutes les parties desservies par le nerf médian.

M. Laugier veut combattre cette perte de la sensibilité; il n'y a pas de temps à perdre. La plaie est ouverte de nouveau; le bout supérieur du médian ne peut encore être retrouvé. Il faut avoir recours à la dissection, le malade est endormi par le chloroforme.

La section longitudinale du fléchisseur superficiel met à découvert le tronc du nerf médian. L'opérateur saisit le nerf, passe à travers la partie moyenne du bout supérieur, à 12 millimètres environ au-dessus de son extrémité libre, un fil de soie à l'aide d'une aiguille à staphyloraphie presque droite. Le bout inférieur est traversé de la même manière avec le même fil, dont les chefs tirés sont réunis par un double nœud, de façon que les deux surfaces de la section du nerf soient amenées au contact sans violence, et que les deux bouts du soient maintenus en place au-dessus et au-dessous de la plaie par le fil.

Cette suture ne donne suite à aucun accident qu'on puisse lui attribuer, et le lundi soir, jour même de l'opération, la sensibilité commence à se rétablir; le lendemain, elle est plus marquée, le mouvement d'opposition du pouce se fait très-facilement, et quatre jours après l'opération la sensation de piqûre est obtuse et celle de la température sensiblement manifeste.

Nous renvoyons maintenant nos lecteurs à la note que M. Laugier a présentée et que nous publions au compte rendu. Ils y trouveront la mention d'une opération du même genre dont nous avons gardé le souvenir, et dans laquelle M. Nélaton opéra la suture du nerf médian après l'ablation d'un névrome de ce nerf. Quarante-trois heures après, le retour de la sensibilité avait lieu, et des mouvements commençaient à s'opérer.

Une note de M. Dancel, reproduite plus loin, fait jouer un grand rôle à l'eau dans la question de l'engraissement. C'est une influence à étudier.

Les réclamations de M. Lefort en priorité pour l'application de la dialyse à la recherche des substances toxiques, ont donné lieu à une note historique de M. Réveil et au dépôt d'un pli cacheté. De son côté, M. Gaultier de Claubry déclare que depuis deux ans des dialyseurs sont mis à la disposition des élèves au laboratoire pratique de l'École de pharmacie pour la recherche des poisons. Il profite de l'occasion pour insister sur l'action de l'acide chlorhydrique qui colore en vert la digitaline, tout en reconnaissant qu'au milieu de produits de vomissements ce caractère est insuffisant. N'est-ce pas là, en effet, tout ce que l'on reproche à la chimie, son peu de valeur en l'espèce?

Signalons enfin la nomination à l'unanimité de M. Vöhler comme associé étranger, en remplacement de feu M. Mitscherlich. — Dr E. Renaud.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du rhumatisme cérébral (1).

Nous avons d'autres exemples. La stupeur profonde qui succède au délire dans le courant d'un rhumatisme articulaire aigu peut être comparée à la stupeur qui suit la véritable attaque d'apoplexie. Nous ne pouvons nous dispenser d'appeler encore cela rhumatisme cérébral de forme apoplectique; mais c'est relativement à la première observation une variété de cette forme.

Il est une autre variété, c'est celle qui est caractérisée par une attaque d'éclampsie survenant au milieu d'un rhumatisme articulaire aigu. Il y a donc aussi des cas, heureusement très-rares, dans lesquels le rhumatisme cérébral, au lieu de se traduire par du délire, par de la stupeur, par de la chorée, de l'amaurose, se traduit par une attaque d'éclampsie suivie de la stupeur qui lui est ordinaire. C'est bien encore ici aussi la forme apoplectique dans le sens attribué généralement à ce mot.

Nous voyons quelquefois apparaître des phénomènes apoplectiques analogues chez des individus atteints de maladie de Bright et qui prennent des attaques d'éclampsie albuminurique; dans ce cas nous les attribuons au cerveau et nous les qualifions sans répugnance aucune du mot apoplectiques.

Enfin, nous avons parlé d'accidents hémiplégiques survenant dans le rhumatisme articulaire aigu; et, à ce propos, vous vous rappelez cette femme dont nous vous avons raconté l'histoire, laquelle a eu successivement de la rachialgie, de la paraplégie, enfin de l'amaurose et une hémiplégie subite.

Nous devons faire de ce cas une dernière variété de la forme apoplectique. Il est bien évident que c'est l'élément rhumatismal qui s'est jeté ainsi d'un endroit sur un autre, qui a tour à tour envahi certaines parties nerveuses d'abord centrales, puis périphériques; et si l'une de ces lésions avait persisté, nous n'eussions pas un instant hésité à l'attribuer à une apoplexie dans le sens le plus complet du mot. Mais elles ont toutes été trop fugitives pour qu'il y ait eu réellement cette apoplexie complète comme l'entendaient Musgraaves et Sauvages.

Nous avons encore dans notre service une femme qui est un exemple de ces fluctuations rapides dans les troubles fonctionnels. C'est une infirmière nommée Séraphine. Elle est sujette à des accidents cérébraux qui sont bien du rhumatisme cérébral apoplectique. Elle a eu pendant quatre mois des accidents nerveux très-graves. Elle commença par un rhumatisme articulaire aigu qui la prit aux poignets; il quitta les poignets pour envahir la tête et produire de la stupeur qui dura pendant un ou deux jours; de là il passa à la moelle et détermina une paraplégie; et pendant quatre mois consécutifs, cette pauvre femme a été en proie à ces accidents mobiles, soudains, allant d'un point à l'autre, du cerveau à la moelle, de là se jetant sur une région périphérique.

L'autre jour, elle était comme une personne ivre; aujourd'hui, elle a été prise tout à coup de mydriase et d'un trouble subit de la vision. Vous avez là successivement des apoplexies rhumatismales du cerveau, de la moelle, des nerfs périphériques; car avec ces phénomènes de paralysie variés, il y a eu des névralgies très-vives, tantôt dans un bras, tantôt dans le ventre ou dans la poitrine.

Ainsi donc, à propos de la forme apoplectique, du rhumatisme cérébral, après avoir éliminé les accidents qui ne se rattachent pas à une modification ou à une lésion cérébrale, nous avons déterminé le sens du mot apoplexie et établi qu'il ne faut pas toujours entendre par là, comme Musgraave et Sauvages, le rattacher à un épanchement dans les centres nerveux. Cela fait, nous avons étudié les différentes variétés du rhumatisme cérébral apoplectique, sans arriver cependant à en trouver une seule dans laquelle il y ait eu, sans contestation aucune, l'hémorrhagie cérébrale voulue par Musgraave et Sauvages.

Nous vous avons décrit la forme dite apoplectique du rhumatisme cérébral, et nous vous avons montré que dans maintes circonstances elle ne représentait rien moins qu'une apoplexie. Notre femme du n° 16 avait bien plutôt la forme apoplectique que l'homme du n° 1, qui a été remarquable par un délire survenu soudainement et ensuite par une stupeur qui s'est rapidement terminée par la mort. De sorte que pour ne pas créer une variété composée de délire et de stupeur, nous admettons

(1) Voir les numéros des 14, 16 et 21 juin.

LETTRES OBSTÉTRICALES.

DE LA POSITION DE LA FEMME PENDANT L'ACCOUCHEMENT (1).

XXVIII.

L'influence de la position sur les contractions utérines et sur les douleurs qui les accompagnent est incontestable. Dans la station verticale et la marche, utiles en général à la première période, il peut arriver que la femme souffre presque continuellement et éprouve une fatigue excessive. On devra donc la faire coucher sur le dos ou sur le côté pendant la période de dilatation; le décubitus suffira souvent pour rendre les contractions régulières et intermittentes.

Si les contractions sont au contraire insuffisantes, on pourra dans certains cas activer la parturition par la station verticale et la marche, même à la seconde période. Dans plusieurs observations de la *Clinique obstétricale*, M. Mattei a fait marcher les femmes à cette époque du travail après la rupture des membranes, et il s'exprime ainsi dans ses Réflexions : « S'il est donc vrai qu'il soit utile de donner à la femme la position couchée, il est bon aussi, quand le défaut d'engagement ne dépend pas d'un vice de conformation, d'une mauvaise présentation ou autre cause facilement appréciable, de faire marcher un peu les femmes. »

La faiblesse des contractions tient à des causes nombreuses; il n'entre point dans mon plan de les étudier. C'est surtout dans l'inertie désignée par Dugès (1) sous le nom de *torpeur utérine*, que la station verticale et la marche, aidées de frictions circulaires sur le ventre, de lavements irritants, etc., réveilleront les douleurs et activeront le travail. John Burns indique deux manières de faire les frictions : 1° Promener les doigts et le pouce rapidement ensemble pardessus la matrice (procédé de Power); 2° faire glisser les parois abdominales sur la matrice; l'accoucheur anglais dit avec raison que cette méthode est moins désagréable et plus efficace que la précédente (2). Si l'on avait affaire à l'*inertie par épuisement*, bien distincte de l'inertie par torpeur, on aurait recours au repos, aux bains, ou même aux opérations obstétricales indiquées par la position fœtale, par la période plus ou moins avancée du travail, etc. Il a suffi quelquefois de placer la femme dans l'attitude classique de ces opérations, pour qu'elle rassemblât ses forces et fît valoir ses douleurs par d'énergiques contractions abdominales.

Nous avons dit que la position horizontale était nécessaire lorsqu'on redoutait les suites fâcheuses d'un accouchement trop rapide; on aura dans ce cas la précaution d'appliquer un bandage de corps sur le ventre dès le début du travail; on n'oubliera point de serrer à mesure que l'utérus se débarrasse de son contenu. Le relâchement des symphyses nécessite aussi une ceinture et le repos absolu; enfin, l'obésité peut rendre les contractions abdominales insuffisantes à cause de la couche épaisse de tissus graisseux qui diminue l'énergie des muscles abdominaux; cette difficulté de la parturition sera aplanie par un bandage de corps. Nous verrons plus loin que le même moyen est indiqué par l'obliquité utérine.

L'état pléthorique exige que la femme soit légèrement couverte, et que l'air soit fréquemment renouvelé. L'état rhumatismal, localisé quelquefois à l'utérus, exigera au contraire les plus grandes précautions pour éviter le refroidissement; on appliquera sur l'abdomen des étoffes de laine chaudes; on pourra même activer la transpiration par un bain de vapeur.

Les bains tièdes, aidés de frictions et de lavements laudanisés, etc., ont fait cesser quelquefois l'irrégularité des contractions utérines; d'autre part, vous n'ignorez point que le grand bain, prolongé pendant une heure au moins, a permis d'éviter la petite opération que réclame la rigidité du col et que le nom pompeux d'*hystérotomie vaginale* a trop souvent décorée.

XXIX.

Selon un médecin de Paris, M. de Lafforé, la lenteur de l'accouchement naturel tient le plus souvent à l'obstacle que la symphyse du pubis oppose à la descente de l'occiput pendant la contraction utérine; notre confrère a donc proposé de pousser l'occiput avec le doigt en arrière et en bas, afin de le placer au centre de l'excavation; il dit que cette manœuvre inoffensive lui a permis de terminer rapidement le travail dans un grand nombre de cas et d'éviter l'emploi du forceps (1). Je ne sache pas que la commission académique ait exprimé son opinion sur le mémoire de ce praticien. Nous mentionnons son procédé, très-simple du reste, parce qu'il a trait à la mise en rapport de l'extrémité fœtale avec l'orifice utérin et le centre

(1) Voir les numéros des 22 et 31 mars; 12 et 21 avril; 24 mai; 4 et 21 juin.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome VI, page 393.

(2) *Principles of Midwifery*, pages 287 et 288 de la traduction française.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1860, article 5,900.

plus volontiers que, dans ce dernier cas, c'était plutôt la forme *délirante* qui apparaissait sous nos yeux.

Dans cette seconde forme du rhumatisme cérébral, le délire ressemble le plus souvent à ce qu'il est dans une multitude de maladies. Ainsi, dans la dothiénentérie, la variole, nous avons aussi la forme délirante, mais, il est vrai, avec des phénomènes moins graves et une issue moins fréquemment funeste. Ordinairement la forme délirante a une allure aiguë dans le rhumatisme cérébral. Elle se prolonge un, deux, trois jours; elle aboutit à de la stupeur, et l'individu succombe dans la résolution, le coma, et au milieu de symptômes terminaux apoplectiformes. Mais d'autres fois le délire prend une allure lente, chronique.

En 1861, nous avions au n° 7 de notre salle des hommes un jeune garçon qui était atteint de rhumatisme articulaire aigu et qui resta dans le délire pendant un mois. Il guérit cependant. Dans d'autres circonstances, le malade a un délire qui prend la forme de la manie, absolument comme certaines femmes en couches qui conservent quelquefois pendant huit, quinze, trente jours un délire qui disparaît tantôt spontanément, tantôt sous l'influence d'un purgatif ou du quinquina.

La forme délirante offre donc plusieurs variétés : 1° celle qui est aiguë et courte; 2° celle qui persiste et est chronique. Nous en connaissons une troisième variété, c'est celle qui se rattache à l'arthrite suppurée. Alors le délire survient, non pas parce qu'il s'est formé un rhumatisme cérébral, mais comme conséquence ordinaire d'une suppuration. Il est l'analogue de celui qui se montre dans l'infection purulente, dans les maladies typhoïdes; il commence par un certain trouble de l'intelligence qui va croissant, puis cela devient du délire continu avec mussitation, carpologie, état qui diffère essentiellement de celui qui est dû au rhumatisme cérébral, lequel se montre d'emblée et conduit rapidement à la stupeur. Cette troisième variété n'a donc pas tous les caractères nécessaires pour mériter d'être décidément rangée dans la forme délirante du rhumatisme cérébral.

Arrivons à la forme dite *méningitique*. C'est encore une mauvaise dénomination, au même titre que celles de forme délirante et de forme apoplectique. Elles ne doivent servir que comme servent les divisions en histoire naturelle, pour représenter les objets sur lesquels on veut appeler l'attention. Étudions cependant cette nouvelle forme.

Lorsque nous avons affaire à une méningite ordinaire, nous observons comme phénomènes d'invasion des vomissements, un mal de tête parfois horrible, des accidents convulsifs. Mais lorsque c'est la forme méningitique du rhumatisme articulaire aigu qui éclate, nous n'observons jamais la totalité de ces symptômes d'invasion. Ainsi, les vomissements manquent le plus souvent, et la forme se caractérise surtout par un délire éclatant avec une grande soudaineté et aboutissant à la stupeur. Telle est la marche des choses, alors même qu'après la mort l'autopsie a relevé les altérations caractéristiques d'une véritable méningite rhumatismale. Au début de cette forme, il est difficile, même impossible, de la différencier d'avec la forme précédente, c'est-à-dire avec la délirante, dont la lésion anatomique n'est pas connue, et il faut que l'autopsie intervienne pour qu'il soit acquis qu'il y avait bien une méningite, c'est-à-dire la forme méningitique, reconnaissable par les signes inflammatoires, la suffusion séreuse ou la suppuration répandue dans les méninges.

La forme méningitique est donc plutôt anatomo-pathologique que clinique. Cependant, dans quelques circonstances, comme dans le fait observé par M. Marotte, il peut se montrer tout de suite des symptômes tels que l'on est autorisé à croire à une lésion évidente des méninges, à une compression produite par un épanchement considérable dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules, et dont on reconnaît l'existence d'après l'habitude, la dilatation des pupilles, le coma.

Il ne nous reste plus à étudier que la forme cholérique, laquelle n'a pas été décrite par les auteurs et mérite d'être mise et conservée à la suite de celles qui précèdent.

M. le docteur Sée est le premier qui ait tenté de rattacher la chorée en général à un vice rhumatismal portant son influence sur l'encéphale ou sur la moelle. Cette idée a quelque chose de vraisemblable et elle peut rester debout dans la clinique; mais, comme tous les novateurs, M. Sée a exagéré la portée de son sentiment, afin sans doute de produire une impression plus vive sur l'esprit du public médical. Il a publié des observations qui ont quelque chose de probant, mais dans une certaine mesure seulement.

Ainsi, M. Sée dit que quand un enfant a eu une ou plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire aigu, il est destiné à avoir plus ou moins prochainement la danse de Saint-Guy. Vous savez que le rhumatisme arrive assez souvent dans la convalescence de la scarlatine. Eh bien, à la suite de ce rhumatisme, on verra souvent arriver la chorée. Tout cela est vrai et bien observé; accepté de tout le monde. D'autre part, chez l'enfant qui a eu une ou plusieurs attaques de chorée, on peut pronostiquer qu'il y aura tôt ou tard du rhumatisme. Dans quelques cas rares, il arrive même que dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu on voit survenir tout à coup une attaque de chorée. Rappelez-vous cette jeune fille dont nous vous avons parlé il y a quelque temps, celle qui fut inopinément saisie à bras le corps dans un escalier par un individu qui le montait en tapinois; elle fut prise aussitôt de chorée unilatérale, peu après de rhumatisme articulaire aigu qui remplaça cette chorée; et quand le rhumatisme fut passé, la chorée revint. D'un autre côté, l'expérience a démontré que l'endocardite chronique est assez commune chez les enfants chloréiques, que la péricardite l'est également chez les enfants et les adultes atteints de la danse de Saint-Guy, et vous savez que l'endocardite et la péricardite sont deux maladies qui relèvent du rhumatisme.

Voilà des observations qui, en effet, parlent en faveur des relations qui existent entre le rhumatisme articulaire et la danse de Saint-Guy.

Il y a deux ans, nous fûmes appelé rue Richelieu, auprès de la petite fille d'un tailleur, laquelle avait depuis quinze jours un rhumatisme articulaire aigu; et depuis deux jours une chorée furieuse avec délire; impossibilité de la faire boire ni manger, tant les mouvements étaient constants et tumultueux. Nous pouvons donc induire de là que dans quelques circonstances le rhumatisme articulaire aigu se transforme en danse de Saint-Guy, par conséquent, en une affection cérébrale tantôt grave, tantôt légère. On doit donc admettre, ainsi que nous l'avons proposé, une forme choréique du rhumatisme cérébral.

Et maintenant que nous en avons fini avec les formes que nous nous proposions d'étudier, abordons une grosse et nouvelle question, qui est celle de la nature du rhumatisme cérébral.

LES CURES DE PETIT-LAIT

dans les maladies des femmes du monde et contre l'hypochondrie;

Par le Dr Ed. Carrière.

J'avais promis aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* quelques développements sur les cures de petit-lait et de raisin, pour ajouter à ceux que j'avais déjà donnés sur un sujet moins nouveau que renouvelé de l'ancienne médecine. Je tiens ma parole aujourd'hui en temps utile, puisque nous voilà au seuil de cette saison qui porte les malades ou les valétudinaires des villes dans les établissements d'eaux minérales ou les villégiatures de la France et de l'étranger.

La question n'est pas bien avancée depuis 1860, époque où je l'ai posée (1). On ne peut pas dire cependant que personne n'y ait touché. Si en Allemagne, en effet, on voit se multiplier les stations consacrées aux traitements par le petit-lait, en France, dans les établissements d'eaux minérales, on emploie moins rarement ce produit organique; on lui accorde plus de confiance, on doute moins de ses qualités.

L'année dernière, un médecin qui porte un nom connu en hydrologie, le docteur Kuhn (de Niederbrun, en Alsace) a publié une petite brochure sur cet intéressant sujet, écrit à conclusions trop timides assurément, mais qui n'en a pas moins sa signification comme son utilité. Pendant cette même année encore, le docteur Thierry Mieg a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* un chapitre de l'histoire médicale du petit-lait. Enfin, il s'est formé dans le voisinage du bois de Boulogne un établissement pour la vente de cette liqueur organique; à l'imitation sans doute de celui qu'on voit à Vienne, aux portes de son niveau parc. On a même perfectionné le petit-lait en France; on l'a rendu conservable et aromatique, autant pour étendre le plus possible le cercle de sa consommation que pour le rapprocher par cette dernière qualité de celui que les riches vont boire au sein des paysages parfumés des Alpes. Si la question n'a pas fait beaucoup de chemin, on voit qu'elle n'est pas du moins restée immobile.

J'ai dit, soit dans mon livre, soit dans les articles publiés dans ce journal, quelle valeur médicamenteuse on pouvait attribuer au petit-lait, surtout quelle variété d'effets il pouvait produire, soit seul, soit en mélange avec des eaux minérales, soit comme excipient d'agents pris dans la pharmacie. Or, il y a des maladies sur lesquelles ses effets se manifestent plus promptement que sur d'autres, et trouvent plus de crédit dans l'opinion encore un peu sceptique de la médecine contemporaine, à l'endroit des cures séro-lactées.

Dans le nombre, et pour ainsi dire au premier rang, on peut placer celles des femmes du monde, qui sont le fruit ordinaire des hivers laborieux des grandes villes, et les souffrances des hommes à vie sédentaire livrés aux travaux de l'esprit. C'est de ces maladies que je vais aujourd'hui m'occuper, si la bienveillance du lecteur veut bien me suivre.

Je disais, à la fin du chapitre qui résume, après les avoir discutées, les qualités thérapeutiques du petit-lait, que la gêne de la circulation veineuse dans les viscères, que les constipations opiniâtres qui s'y rattachent, que la forme abdominale de l'hypochondrie étaient du ressort du traitement séro-lacté. C'est aussi vrai pour la femme que pour l'homme. Quand on observe de près les femmes qui vivent moins dans l'ordre et le travail que dans le luxe et les plaisirs, on ne tarde pas à voir qu'elles sont loin de posséder une santé suffisante. Elles sont sujettes aux migraines, manquent d'appétit, souffrent de constipations opiniâtres, ont des dysménorrhées ou des métrorrhées irrégulières ou trop abondantes, et présentent quelquefois le tableau varié de ces névropathies qui font le désespoir du médecin.

Il faut généralement à ces natures délicates et maladives tout au moins, qui ne se soutiennent que par l'effort de la volonté, l'ordre, le repos et l'air vivifiant de la campagne, pour se retremper un peu et reprendre des forces. Il arrive fréquemment qu'il faut plus que cela, c'est-à-dire un véritable traitement par des eaux minérales énergiques. Je n'ai garde de ne pas encourager l'emploi de tels moyens, et on sait d'ailleurs quels sont les auxiliaires naturels des cures séro-lactées. Mais il faut mettre le petit-lait en ligne de compte; car il a fait, à cet égard, ses preuves depuis longtemps. Il formait la cure vernale de ces femmes épuisées, usées dans leurs forces radicales, troublées par l'état de leur système nerveux, dont le nombre s'est considérablement accru depuis un demi-siècle. A cause de ses qualités rafraîchissantes, tempérantes et nutritives, il calmait les névropathies, disposait favorablement la digestibilité et rétablissait les forces. Tout cet état pathologique du bas-ventre se modérait insensiblement jusqu'au rétablissement de l'équilibre. Ces expériences, dont les loyales plumes des anciens auteurs

(1) *Les cures de petit-lait et de raisin*, etc. Un volume in-8°. Chez Victor Masson. Paris, 1860.

---

de l'excavation. Cette mise en rapport est d'une haute importance; nous allons voir que l'attitude de la femme peut la favoriser.

L'orifice utérin est quelquefois tellement dévié en arrière qu'il regarde la concavité du sacrum; la partie fœtale peut occuper l'excavation pelvienne, mais elle n'est pas engagée dans l'orifice, elle distend le segment inféro-antérieur de la matrice à tel point qu'il serait facile de se méprendre, si l'on ne touchait alternativement la femme debout et couchée, et si l'on n'introduisait le doigt aussi profondément que possible en arrière. Voilà un cas où la partie fœtale est dans l'aire du détroit, mais ne se trouve point dans l'aire de l'orifice. On cite des exemples plus rares où l'ovoïde fœtal est dévié de telle façon que la tête est transportée *hors de l'aire du détroit*, s'appuie au-dessus des pubis contre les parois abdominales, et même fait saillie à l'hypogastre à travers les parties molles. (Voyez les publications de M. Velpeau, de Dugès, et surtout Deventer.)

L'inclinaison générale de l'utérus ou *l'obliquité* détermine les déviations de l'orifice et de la partie fœtale, et les difficultés qu'elles apportent à l'accouchement. Si la femme est multipare, les parois abdominales sont relâchées, et l'obliquité antérieure est alors assez commune.

L'inclinaison latérale droite est cent fois plus fréquente que la gauche, selon Baudelocque. Enfin, il y aurait aussi une obliquité postérieure, niée par quelques modernes; Dugès l'admet au moins pour l'ovoïde fœtal, et il lui attribue les positions *sus-pubiennes*, hors de l'aire du détroit, dont nous avons parlé (1). L'orifice est dévié du côté opposé à l'obliquité du fond.

L'inclinaison antérieure réclame le décubitus dorsal; on mettra un coussin sous les fesses, pour que les épaules soient dans une situation déclive; l'accoucheur soulèvera et maintiendra avec la main le corps de l'utérus, il imprimera un mouvement de bascule qui rapproche la tête de l'orifice. On peut remplacer les mains par un bandage de corps large et bien appliqué. La femme ne doit faire valoir ses douleurs qu'après le redressement de l'utérus. On a proposé d'accrocher l'orifice avec deux doigts, en même temps qu'on agit sur le corps de l'organe, et de profiter de l'intervalle d'une douleur pour l'attirer doucement vers le centre du bassin. M. Mattei, grand partisan de l'intervention active, a souvent accroché le col dans les observations de sa clinique obstétricale; M. Chailly, Cazeaux, John Burns, etc., recommandent également cette manœuvre. Nægelé l'interdit; M. Pajot la blâmait aussi, à ses cours de 1853 et 1854, en faisant observer qu'elle irrite le col et par conséquent produit sa contraction, au lieu de la dilatation nécessaire. Nous pensons avec Dugès que ce procédé, proposé par Baudelocque, est utile dans les cas où le segment antéro-inférieur distendu fait poche dans le vagin, et quand la nature, secondée par une position favorable de la femme, n'a pu rectifier la déviation.

L'inclinaison latérale est corrigée par le décubitus sur le côté opposé.

Dans l'obliquité postérieure, on tâche de repousser au centre du détroit la tête du fœtus en faisant marcher la femme, en lui conseillant de garder la position verticale, et en pressant sur l'hypogastre. La position sur les genoux et sur les coudes offrira encore une précieuse ressource : elle produit un mouvement de bascule qui abaisse la partie du fœtus en rapport avec le fond de la matrice et relève l'extrémité qui se présente.

XXX.

Nous n'avons aucune prétention au dogmatisme, et par conséquent nos lecteurs n'exigent pas de nous une exposition rigoureusement méthodique. Encore faut-il cependant nous rendre compte du chemin parcouru, et résumer la première partie de notre travail avant d'aborder la dernière, qui traitera *de la position pendant les opérations obstétricales*. Jetons donc rapidement un coup d'œil rétrospectif, comme fait le laboureur au bout d'un sillon.

L'épisode mythologique par lequel s'ouvre notre étude obstétricale, nous conduit à ranger les attitudes vicieuses sous la dénomination *d'attitudes latoniennes*, à vous esquisser les périls qu'elles entraînent et les applications médico-légales qu'elles comportent.

Interrogeant l'oracle de Cos avec une pieuse vénération, mais sans parti pris d'admiration fanatique, nous signalons la juste importance que les livres hippocratiques attachent à la position, les applications beaucoup moins justes de la succussion dans une attitude vicieuse, et quelques autres pratiques usitées dans l'enfance de l'art obstétrical.

Nos souvenirs sur l'enseignement de M. Pajot n'ont pas été une digression oiseuse : en les recueillant *corde memori*, j'étais amené à vous montrer dans un village de la Creuse, en plein dix-neuvième siècle, un exemple de l'inversion du corps compliquée de la succussion, selon la formule des livres hippocratiques.

La position de la femme pendant que l'accoucheur emploie les divers procédés d'exploration devait nous arrêter un instant; il importe de savoir si l'accouchement est vrai ou faux, s'il s'agit d'un travail à terme ou prématuré. A propos du travail prématuré et de l'hémorrhagie qui le complique souvent, nous avons fait voir l'influence favorable du repos dans la position horizontale, en nous appuyant sur la double autorité de la tradition scientifique et de l'expérience personnelle.

Nous avons puisé dans les récits des voyageurs et nous avons encore réveillé les siècles endormis de l'antiquité païenne pour vous

(1) *Pratique des accouchements*, t. III, p. 237, 218, 342.

nous ont laissé des exemples, se poursuivent chaque année dans les nombreux établissements disséminés sur toute l'étendue du continent allemand. Pour acquérir une conviction, si on en avait besoin, il n'y aurait qu'à consulter les malades elles-mêmes, et certes elles ne manquent pas, les femmes qui doivent de la reconnaissance au judicieux emploi du petit-lait.

L'hypochondrie et les états pathologiques qui l'accompagnent ou lui ressemblent sont très-communs chez les hommes livrés aux travaux de l'esprit. L'excès d'activité cérébrale, en rompant la juste pondération des fonctions, porte le trouble dans les principaux organes de l'économie : c'est le foie qui s'engorge, la sécrétion biliaire qui augmente, les digestions qui s'altèrent, les hémorrhoïdes qui s'établissent. Il se fait alors des changements notables dans la coloration de la peau, l'état de la physionomie, celui du caractère. On voit que la machine souffre au physique comme au moral. Réveillé-Parise, cet éminent et spirituel écrivain, ce sage de notre médecine contemporaine, ne me démentirait pas, lui qui a laissé un si beau livre sur l'hygiène des hommes laborieux par l'intelligence, s'il pouvait m'entendre plaider la cause du petit-lait dans les souffrances auxquelles cette classe d'élite est vouée. Il se rallierait à ma cause car il était partisan de cette médecine qui fait une plus étroit e alliance avec l'hygiène qu'avec la pharmacie. Le petit-lait, qui, je l'ai dit, est un puissant sédatif de l'innervation, est en même temps un laxatif qui opère son œuvre avec une continuité, une douceur qui finit par donner des résultats supérieurs à ceux qui s'obtiennent par des moyens autrement actifs en apparence. C'est ce qu'il faut aux hypochondriaques, un moyen de curation qui ne lasse pas comme un remède énergique, qui soit modéré dans sa force, et dont l'action salutaire puisse être entretenue sans inconvénient. Si je ne me trompe, le petit-lait remplit parfaitement ces conditions. Quant aux changements favorables qu'il amène, il a pour effet ordinaire et quelquefois prompt de distendre l'organisme, de le délivrer de cette gêne qui l'oppresse et qui réagit si vivement sur l'état de l'esprit. Lorsque les hémorrhoïdes sont de la partie, une notable amélioration ne tarde pas à se manifester de ce côté. Les malades sentent bientôt cette diminution progressive dans le degré de tension fluxionnaire qui est le sûr indice d'un retour d'équilibre dans l'état de la circulation.

J'ai parlé dans le livre déjà cité des heureux effets de cures de raisin dans les hémorrhoïdes comme dans l'hypochondrie. Il ne faut pas faire ici confusion. Dans les cas de torpeur, d'engourdissement, de chronicité, d'appauvrissement du sang, de mollesse de la fibre, le raisin agit comme régénérateur du fluide circulatoire et donne comme un coup de fouet à l'économie; il parvient jusqu'à restituer aux organes leur pleine action quand la cure est bien faite. Dans l'état aigu, au contraire, lorsque le système nerveux est fortement troublé, qu'il n'y a pas d'anémie, que tout annonce la congestion ou la plénitude, c'est le petit-lait qui est indiqué ; il calme l'irritabilité et il exonère le corps de ce trop plein, si je puis ainsi m'exprimer, qui nuit au libre jeu des organes. Tout cela se comprend par la théorie, mais se démontre surtout par la pratique, par cette expérience qui se poursuit sur de vastes dimensions, tant sont nombreux les établissements spéciaux, tant, à chaque retour de la belle saison, l'affluence des malades est grande !

Les femmes livrées à la maladie sous l'influence des fatigues épuisantes du monde, les hypochondriaques dont les souffrances ont pour origine soit les travaux exagérés de l'esprit, soit la pesanteur oppressive des peines morales, sont assez nombreux en France, et surtout dans les villes comme Paris, pour qu'on prenne souci de leur santé. J'ai voulu montrer de quelle utilité pouvait être pour eux un moyen médical à qui il ne manquerait pour réussir qu'un seul genre de succès, celui que donne la faveur publique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juin 1864. — Présidence de M. MORIN.

Note sur la suture du nerf médian, par M. LAUGIER. — Je crois devoir communiquer à l'Académie des sciences le résultat de la suture du nerf médian, que j'ai faite le lundi 13 juin, sur un malade de mon service de l'Hôtel-Dieu, à la suite d'une blessure grave de l'avant-bras gauche.

Les deux artères radiale et cubitale, les muscles grand et petit palmaires, quelques faisceaux du fléchisseur superficiel des doigts, et de plus le nerf médian, avaient été complétement divisés en travers. Une hémorrhagie abondante décida M. Ledentu, interne du service, à pratiquer immédiatement la ligature des deux artères; mais le bout supérieur du nerf médian n'ayant pu être retrouvé dans la plaie, un premier pansement réunit les lambeaux de la peau par des points de suture séparés; puis la main fut placée sur un coussin dans la flexion sur l'avant-bras. C'est dans cet état que j'ai vu le blessé pour la première fois, le lundi 13 juin. L'hémorrhagie n'avait point reparu, mais il me fut facile de constater l'effet de la section complète du nerf médian, et incomplète du nerf radial, qui avait été coupé dans les deux tiers de son diamètre transversal, les deux bouts restant unis par une bandelette de tissu nerveux. La sensibilité avait disparu dans toutes les parties desservies par le nerf médian, c'est-à-dire dans toute l'étendue de la face palmaire des trois premiers doigts, pouce, index et médius, et jusqu'à la face externe de l'annulaire inclusivement. Elle avait cessé en partie seulement dans les points où le radial se répand à la main; ainsi, intacte sur la face dorsale du pouce et du premier espace interosseux, elle était nulle au niveau de l'index et de la moitié inférieure de la face dorsale du médius.

Les mouvements d'opposition du pouce étaient impossibles : je n'ai pas besoin de dire que ce mouvement d'opposition n'a pas été confondu avec celui d'adduction, qui avait trouvé son principe dans le nerf cubital.

Cette perte du mouvement d'oppostion du pouce et de la sensibilité due au médian dans l'étendue indiquée me préoccupa aussitôt, et je pensai que s'il était possible de les rendre au blessé, il fallait agir immédiatement et faire la suture des deux bouts du nerf entièrement coupé; la plaie fut rouverte par la section des fils qui réunissaient les lambeaux cutanés, et par l'extension de la main sur l'avant-bras; le bout inférieur du médian, libre et flottant dans la plaie au-dessus du ligament annulaire du carpe, avait une longueur de 2 1/2 centimètres; le bout supérieur n'était pas visible, il était sans doute remonté dans l'épaisseur du lambeau avec un faisceau coupé du muscle fléchisseur superficiel. Après quelques instants de recherches infructueuses, je vis bien que pour opérer la suture du nerf il fallait le découvrir par la dissection. Le blessé, qui comprenait l'utilité de cette opération, fut endormi par le chloroforme, et je fis une incision d'environ 6 centimètres sur la partie moyenne du lambeau, à partir de la plaie, le long de la face antérieure de l'avant-bras. Après la section longitudinale du muscle fléchisseur superficiel, le tronc du nerf médian se montra sous l'instrument. Ce nerf saisi, je passai à travers la partie moyenne du bout supérieur, à 12 millimètres environ au-dessus de son extrémité libre, un fil de soie à l'aide d'une aiguille à staphyloraphie presque droite; le bout inférieur fut traversé de la même manière avec le même fil, dont les deux chefs furent tirés puis réunis par un double nœud, de façon que les deux surfaces de section du nerf fussent amenées au contact sans violence, et que les deux bouts du nerf fussent maintenus en place au-dessus et au-dessous de la plaie par le fil. Un des chefs du fil fut coupé, l'autre conduit dans l'angle interne de la solution de continuité des parties molles.

Le résultat de cette opération très-rare, presque inconnue hors du champ de la physiologie expérimentale, et contre laquelle même s'élèvent dans la pratique des objections théoriques très-sérieuses, telles que la crainte de douleurs vives et d'accidents nerveux redoutables, les convulsions et le tétanos, a dû être suivi par moi avec attention et une sorte d'anxiété. Eh bien, aucune douleur remarquable n'en a été la suite, aucun accident que l'on puisse rapporter à la suture du nerf n'a été observé. La fièvre traumatique, le gonflement et la rougeur de l'avant-bras n'ont point dépassé la mesure des phénomènes généraux et locaux, que la blessure, indépendamment de la lésion du nerf, devait amener. Je n'ai donc pas à y insister, et je me hâte d'appeler l'attention de l'Académie sur l'effet de la suture du nerf médian au point de vue si capital du retour de la sensibilité et des mouvements.

Dès le lundi soir, jour de l'opération, la sensibilité semble un peu rétablie dans les points où elle avait disparu; le malade dit positivement sentir le contact des doigts ou de tout autre objet appliqué à la face palmaire des doigts paralysés du sentiment par la section du nerf médian, mais cette sensibilité est obtuse.

Mardi, le lendemain de la suture du nerf, le retour de la sensibilité est très-marqué; il y a encore cependant une notable différence entre celle des deux mains et des parties de la main gauche desservies par le médian ou par le nerf cubital; mais ce qui frappe surtout, c'est que le mouvement d'opposition du pouce se fait très-facilement.

Le mercredi et le jeudi matin, il y a accroissement de la sensibilité et des mouvements; toutefois il est facile de constater le jeudi que certaines sensations ne sont pas perçues : la pointe d'une épingle pressée contre la face palmaire du médius ne détermine aucune douleur; en appliquant, sur les parties de la face palmaire dont la sensibilité est altérée, un corps froid, comme une paire de ciseaux, le malade n'éprouve pas la sensation du froid que ce contact devrait produire : il rapporte d'ailleurs très-bien aux points touchés les impressions ressenties, de sorte que trois jours après la suture du nerf divisé, si la sensibilité tactile est revenue en grande partie, les sensations de douleur et de température ne sont pas perçues. Mais les progrès sont si rapides, que le vendredi, quatrième jour révolu depuis l'opération, la sensation de piqûre est obtuse, et celle de température est sensiblement manifeste.

Aujourd'hui lundi, huitième jour, tout le bénéfice de l'opération est conservé. Mais je laisse là ces détails, car les modifications de la sensibilité et des mouvements sont à l'étude, et d'autres variations dans le sens du progrès vers le retour complet des fonctions du nerf devront nécessairement encore être recueillies et notées jusqu'au rétablissement complet. Je prie maintenant l'Académie de me permettre de faire remarquer en quoi cette observation se rattache aux faits connus, et sous quels rapports elle en diffère en y ajoutant des notions nouvelles. Des expérimentateurs habiles ont eu, dans leurs recherches sur les animaux, des résultats très-divers. Il en est qui n'ont pu obtenir, par la suture des nerfs coupés, le retour des fonctions : la sensibilité et le mouvement sont restés abolis; mais en regard de ces insuccès, il faut rappeler surtout les opinions et les belles expériences de l'illustre secrétaire de l'Académie, M. Flourens, qui, entre autres faits, obtint sur un coq la réunion par suture de deux nerfs de l'aile, qui, d'abord pendante et paralysée, reprit au bout de trois mois ses fonctions; à cette époque, la sensibilité était manifeste au-dessus et au-dessous de la section du nerf. Cette expérience ne laissait aucun doute sur la possibilité du rétablissement de la sensibilité et des mouvements après la section et la suture d'un nerf des membres, mais l'observation que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie démontre de plus que ce retour des fonctions sensitives et motrices peut avoir lieu dans un petit nombre d'heures, avec une étonnante précision. Cette différence tient-elle au procédé mis en usage pour la suture, ainsi qu'à l'immobilité plus facile à obtenir chez l'homme que sur les animaux? C'est ce que de nouvelles expériences apprendront. Je ne connais pas d'autre fait publié où le rétablissement des fonctions ait été aussi rapide après la suture du nerf. Cette suture, on peut le dire même, n'est point admise dans la pratique chirurgicale d'une manière générale. Les chirurgiens, un peu effrayés sur les conséquences de la présence de corps étrangers dans la substance des nerfs, ont préféré jusqu'ici attendre, en la favorisant par la situation des parties divisées, l'effet de la réunion médiate des bouts isolés du nerf par un tissu cicatriciel, dans l'épaisseur duquel, avec le temps, il s'est formé, ainsi que l'a démontré le microscope, des tubes nerveux en plus ou moins grand nombre. Un rétablissement lent et plus ou moins complet des fonctions est la suite de la production de ces tubes nerveux cicatriciels. C'est la question, controversée encore aujourd'hui, de la régénération des nerfs, qui diffère sensiblement de la réunion immédiate évidemment obtenue dans le fait rare que je présente aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie.

Je viens de dire que je ne connais pas de fait semblable publié, mais je n'hésite pas à déclarer que je tiens d'une communication verbale de mon collègue, M. Nélaton, la connaissance d'une observation analogue, presque identique dans son résultat, quoique obtenue dans des circonstances un peu différentes. Après l'ablation d'un névrome du même nerf médian à la partie moyenne du bras, et la résection de ce nerf dans une longueur de 2 centimètres environ, il opéra la suture des deux bouts, et quarante-trois heures après le retour de la sensibilité et des mouvements commençait à s'opérer. Comme dans le fait que j'observe en ce moment, il n'y eut ni douleur notable due à la présence du corps étranger passé dans l'épaisseur du nerf (c'était un fil métallique, et non un fil de soie comme chez mon

---

rappeler dans quelles conditions l'accouchement sera plus ou moins physiologique, et par conséquent jusqu'à quel point l'observation rigoureuse des règles de l'art sera nécessaire. Puis nous avons tracé les règles de la position selon les cas différents qui peuvent se présenter. On ne doit prendre que *la fleur* d'une matière, disait la Fontaine; nous n'avons donc pas épuisé notre sujet; il y a des omissions que nous tâchons de réparer en partie dans le tableau suivant, synoptique et complémentaire.

A. — ATTITUDES IMMOBILES ACTIVES, VERTICALES OU LATONIENNES.

1° *Station debout.* — Alterne avec la *marche* (*attitude mobile active*). Utile ordinairement à la première période du travail, quelquefois à la seconde (*inertie par torpeur*) et dans l'obliquité postérieure; toujours nuisible à la fin de l'accouchement.

2° *Station sur les deux genoux.* — Attitude de Latone dans les tableaux des peintres et dans les récits des poëtes (voyez par exemple Homère, *Hymne à l'Apollon de Délos*), très-fatigante, dispose aux hernies, etc.

3° *Station accroupie.* — Fatigante et imprudente (exemple cité par Davis).

4° *Station assise.* — La moins fatigante des attitudes actives. Alternera avec la station verticale et la marche, à la première période du travail. Usitée dans beaucoup de pays, à la seconde période; nécessaire si la femme a de la dyspnée; en général, les attitudes passives ou horizontales sont préférables.

B. — ATTITUDES IMMOBILES PASSIVES OU HORIZONTALES.

1° *Décubitus dorsal.* — La plus commode des attitudes horizontales. Seconde période de l'accouchement. Indiquée, dès la première, par l'amplitude du bassin, par des accouchements antérieurs rapides, par une mauvaise présentation, par la procidence du cordon, par l'hémorrhagie, par les tendances à la syncope, par des douleurs trop rapprochées et trop pénibles, par le prolapsus utérin, la hernie, l'enflure des parties génitales, le relâchement des symphyses, l'obliquité antérieure, l'anesthésie obstétricale, etc....

Quelques tumeurs mobiles de l'excavation peuvent être repoussées au-dessus du détroit supérieur, dans cette attitude, et laisser le passage libre (voyez Barbaut, tome II, page 86).

2° *Décubitus latéral.* — Position adoptée en Angleterre pour la seconde période de l'accouchement, etc., indiquée par l'obliquité latérale, par des contractions abdominales immodérées à la fin du travail, par l'imminence de l'accouchement prématuré, par la rupture des membranes avant la dilatation de l'orifice (afin de conserver une portion des eaux jusqu'à ce que l'orifice permette la délivrance);

Utile à la période de *ronchus* de l'éclampsie (pour faciliter l'expulsion des mucosités);

Prévient les conséquences de l'effort dans les maladies du cœur, etc. (En cas d'affection organique du centre circulatoire, l'art doit intervenir le plus tôt possible.)

Pour cette position, comme pour la précédente, il sera bon d'augmenter l'efficacité de l'attitude en soulevant le bassin avec des oreillers, particulièrement dans les cas d'hémorrhagie, d'obliquité, etc.

3° *Decubitus ventral* (sur les genoux et sur les coudes). — Douleurs de reins et crampes ne pouvant être soulagées autrement. Obliquité postérieure. Employée avec succès par Levret pour faire rentrer une hernie située dans la cloison recto-vaginale; conseillée par le même auteur et par Desormeaux avant de dégager avec la main les épaules *enclavées.*

4° *Décubitus transversal* (c'est-à-dire en travers du lit). — Nous désignons l'attitude des opérations obstétricales par cette dénomination *mnémotechnique.*

Nécessaire lorsque l'état de la mère ou de l'enfant périclite, lorsqu'on a lieu de croire à l'urgence de l'intervention (par exemple dans la présentation de l'extrémité pelvienne, selon M. Dubois).

Indiquée dans les cas où il faut introduire toute la main pour s'assurer de la présentation, si la partie fœtale est très-élevée. Si l'on redoute alors une présentation mauvaise : 1° orifice non dilaté, faire recoucher la femme et attendre la dilatation; 2° orifice dilaté, membranes intactes, les rompre et lever tous les doutes. On reconnaît après la rupture, soit une bonne présentation, et on fait recoucher la femme, soit une présentation du tronc, et on pratique immédiatement la version.

Les derniers mots de ce tableau vont nous servir de transition pour examiner l'influence de l'attitude dans les manœuvres obstétricales.

Dr LEGROS.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Geos ou Histoire de la terre; de sa formation par l'oxygène, le feu et l'eau préexistant dans l'espace, le soleil et la lune; de ses productions spontanées par l'azote; de sa fin par refroidissement; par le docteur MÉRAY. Deux vol. in-8°. Chez Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères.

Traité de pathologie générale et de séméiologie, accompagné de planches d'anatomie pathologique générale; par M. E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un volume grand in-8° de 1,020 pages. — Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

malade), ni accident nerveux consécutif. Il me serait impossible de donner plus de détails au sujet du fait de M. Nélaton, qui, je l'espère, le publiera ; mais je puis, ce me semble, pour la pratique chirurgicale à venir, faire ressortir l'importance des deux faits dans lesquels la suture immédiate a été si avantageuse, et tout à fait exempte d'accidents et de complications.

Je crois toutefois que pour un succès aussi rapide, le choix du mode de suture n'est pas indifférent. Le procédé que j'ai préféré offre des avantages notables. Un fil passé à travers le nerf, à l'aide d'une aiguille dont les bords tranchants ont été engagés dans une direction parallèle aux tubes nerveux, les ménage le plus possible. Il en reste autour de lui un grand nombre qui n'en reçoivent aucune atteinte. Eloigné des surfaces de section du nerf simplement rapprochées au contact, il ne complique pas cette plaie de la présence d'un corps étranger, il n'y produit pas une inflammation plus vive, et laisse au courant nerveux toute sa liberté, puisqu'il favorise l'abouchement des tubes et ne s'interpose pas, en même temps qu'il offre aux bouts rapprochés un point d'appui en deux sens opposés.

Je ferai remarquer, d'autre part, combien chez le blessé que je traite la suture du nerf médian était indiquée et urgente : les deux artères radiale et cubitale avaient été coupées en travers et liées ; malgré l'abondance des anastomoses entre les artères de l'avant-bras et de la main, quand les deux troncs principaux sont liés au même instant, la circulation est incontestablement plus compromise que si l'un des troncs seul est interrompu. De plus, ici, pour les doigts auxquels le nerf médian donne ses branches, l'innervation était suspendue, et peut-être la gangrène, au moins partielle, était-elle à redouter. C'est un des motifs qui m'ont engagé à opérer la suture du nerf.

D'autres questions intéressantes se rattacheront à ce cas de succès. Ce n'est pas comme dans la régénération lente et à distance des nerfs par la production de tubes nerveux nouveaux que la circulation nerveuse s'est rétablie ; c'est par l'abouchement plus ou moins exact des tubes coupés qu'elle a repris ici son cours. Cependant il est probable que dans le petit nombre d'heures qu'il a fallu pour cela, une mince couche de lymphe coagulable a été sécrétée au niveau de la section des tubes. Cette lymphe est-elle conductrice de l'influence nerveuse, ou a-t-elle d'emblée présenté des lacunes qui ont permis la continuité de la partie fluide centrale ou moelle des tubes nerveux ? Ce sont là des questions qui appellent des recherches microscopiques sur les animaux. La nature du travail que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie a d'ailleurs un autre caractère : il est surtout de physiologie pathologique et d'intérêt chirurgical. Il a pour but de contribuer à établir un point de pratique peu connu, et dont l'art chirurgical paraissait plutôt s'éloigner, c'est-à-dire l'indication formelle de faire dans les cas de section accidentelle la suture des deux bouts du nerf coupé.

En résumé, le fait que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie prouve :

1° Qu'après la suture d'un nerf coupé la sensibilité et les mouvements des parties auxquelles il se distribue peuvent se rétablir d'une manière très-notable en un petit nombre d'heures ;

2° Que ce rétablissement des fonctions est rapidement progressif ;

3° Qu'il est successif, c'est-à-dire que la sensation tactile et les mouvements sont obtenus avant certaines sensations, par exemple celle de douleur et de température ;

4° Que la suture du nerf ne produit pas, du moins par le procédé que j'ai suivi et indiqué, de douleurs spéciales, ni nécessairement d'accidents nerveux graves, ce que du reste la ligature accidentelle de certains nerfs collatéraux des artères avait déjà prouvé ;

5° Qu'il faut admettre dans la pratique chirurgicale la suture des nerfs d'un volume notable, et dont la section intéresse la sensibilité et le mouvement de parties plus ou moins étendues. (Commissaires : MM. Flourens, Andral, Velpeau, Bernard, et Jobert, de Lamballe.)

M. VELPEAU. Le fait dont M. Laugier vient d'entretenir l'Académie n'a pas seulement pour résultat de confirmer la belle expérience de M. Flourens sur le rétablissement possible de la sensibilité et du mouvement dans les muscles paralysés par la section d'un nerf mixte si on en opère la suture, il démontre en outre que ce retour des fonctions peut être très-rapide, fait complétement nié jusqu'ici par quelques chirurgiens ; sous ce rapport même le fait de M. Laugier a de l'actualité. Il y a quelques jours à peine, dans une Société savante exclusivement occupée de chirurgie, la question a été agitée, et le retour immédiat des fonctions après la cicatrisation du nerf a été nié de nouveau. Si ses fonctions ont reparu, ce n'est pas, a-t-on dit, à travers la cicatrice que leur reproduction a eu lieu. Or le fait de M. Laugier prouve au contraire que c'est bien par le rapprochement des bouts du nerf que la sensibilité et le mouvement reparaissent dans la partie paralysée : la rapidité du phénomène qui se montre à partir de ce rapprochement par la suture ne laisse aucun doute à cet égard.

De l'influence qu'exerce l'abondance des boissons sur l'engraissement. — M. DANCEL communique sur ce sujet une note dont voici un extrait :

En m'occupant de diminuer l'embonpoint exagéré chez les hommes, dit-il, j'ai remarqué que ceux qui se nourrissaient de substances peu riches en graisse et en éléments graisseux ne diminuaient pas lorsqu'ils buvaient beaucoup. Je fus amené à penser que l'eau et les substances aqueuses favorisaient l'engraissement.... Il est surprenant que dans ces nombreuses expériences sur l'engraissement des animaux, faites avec de grandes précautions et beaucoup de précision, on n'ait jamais tenu compte de l'eau prise quelquefois en quantité considérable par les sujets soumis aux expériences. Cependant l'eau joue alors un très-grand rôle ; elle entre pour une part considérable dans cet engraissement, comme le prouvent des faits tels que ceux que je vais rapporter.

Dans le régiment de la garde de Paris, il y a un cheval qui était maigre. Sur ma demande, M. Decroix, vétérinaire de ce régiment, fit l'expérience suivante : il diminua à cet animal sa ration journalière d'avoine de 1 kilogramme 500, sans modifier la ration de paille et de foin ; il fit tenir constamment dans l'auge de l'eau à la disposition du sujet. On mettait dans cette eau, de temps en temps, un peu de son, dont le total chaque jour était de 500 grammes.

Au début, le 22 mai dernier, le cheval pesait 512 kilogrammes ; le 5 juin, quinzième jour, 520 kilogrammes ; le 17 juin, 530 kilogrammes ; augmentation en 27 jours, 18 kilogrammes. Les 500 grammes de son ajoutés au régime alimentaire n'ont pas remplacé le kilogramme et les 500 grammes d'avoine diminués, et cependant l'animal a engraissé.

Dans le même régiment, il y a une jument qui était énormément grasse. Elle souffrait sous son cavalier. Ainsi que les hommes surchargés d'embonpoint, elle était en sueur aussitôt qu'elle faisait un exercice un peu prolongé. De même encore que chez les hommes obèses, ses excréments étaient plus liquides qu'à l'état ordinaire. De même enfin que les hommes obèses, elle buvait considérablement : elle absorbait 60 litres d'eau par jour.

Le maréchal des logis qui la monte l'a réduite à 15 litres par jour, et depuis elle a perdu son gros ventre ; elle n'a plus fienté comme les vaches. Elle a acquis une vigueur, une force qu'elle n'avait pas, et qui lui permettent de faire son service sans suer, sans souffrir.

Sur l'application de la dialyse à la recherche de la digitaline. M. GAULTIER DE CLAUBRY adresse sur ce sujet une lettre que nous publierons prochainement.

Application de la dialyse à la recherche des poisons végétaux. — M. REVEIL adresse une note dont voici un extrait :

« Dès 1861, époque à laquelle Graham fit connaître les phénomènes de diffusion des liquides à travers les membranes, et caractérisa nettement les colloïdes et les cristalloïdes, tous les toxicologistes ont songé à appliquer cette ingénieuse méthode à la recherche des poisons. Graham lui-même s'en servit en 1862 pour séparer l'acide arsénieux, l'émétique et la strychnine (*Zeitschrift für analyt. Chemie*, t. I, p. 52, et *Journal de Pharmacie*, 1862, t. XLI, p. 327).

» En 1862, M. Alfonso Cossa, professeur de chimie agricole à l'Institut chimique de Pavie, publiait une intéressante brochure : *Sulla applicazione della dialise alle ricerche chimico-legali* ; à la même époque, dans un travail intitulé *Note sur l'hygiène et la toxicologie*, publié dans les *Archives générales de médecine* (octobre 1862), j'indiquais moi-même les résultats de mes recherches, et j'y insistai davantage dans mon *Annuaire pharmaceutique pour* 1863, p. 193. Dans ces deux publications, la plupart des résultats présentés par MM. Grandeau et Lefort étaient nettement énoncés, et je les ai fait connaître verbalement à MM. Longet, Blache, Bouvret, Tardieu, Roger, etc. »

L'auteur termine en priant l'Académie de vouloir bien accepter le dépôt d'un paquet cacheté, qui renferme, dit-il, « l'indication précise des circonstances les plus favorables à la dialyse, au point de vue de la recherche des poisons dans les matières organiques. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira dans cette ville, le lundi 5 décembre 1864.

Pour connaître les avantages attachés à cette place et les épreuves à subir, s'adresser au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91. Le registre d'inscription sera clos le 20 novembre.

— La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu le samedi 25 juin à la maison-école d'accouchement, rue de Port-Royal, sous la présidence de M. Husson, directeur de l'administration générale de l'assistance publique, en présence des médecins et des chirurgiens de l'établissement et des principaux fonctionnaires de l'administration.

M. le maire du 14e arrondissement assistait à cette solennité.

M. le directeur de l'administration a ouvert la séance par un discours dans lequel il a apprécié les résultats obtenus à la fin de l'année scolaire, et donné des conseils utiles aux élèves qui quittent cette année l'Ecole. — Après lui, M. le docteur Trélat, chirurgien en chef, professeur, a rendu compte des opérations du jury d'examen dans un discours où il s'est attaché à tracer les devoirs professionnels des nouvelles sages-femmes.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Morton (Hélène), Américaine, élève à ses frais.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées sont :

MMlles Schmitt (Catherine-Françoise), élève aux frais du département de la Seine ; Monvoisin (Marie-Célestine), élève aux frais du département de la Moselle, et Lalo (Marie), élève aux frais du département du Cantal.

— Aujourd'hui même, 27 juin, a paru le premier demi-volume du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

En attendant que nous puissions lui consacrer l'analyse bibliographique que réclame un semblable ouvrage, on nous permettra de signaler à nos lecteurs quelques-uns des articles publiés dans ce demi-volume.

Abcès (Denonvilliers). — *Abdomen* (L. Le Fort, Campana, Liégeois, Axenfeld, Potain, Follin, Guyon). — *Absinthe* (Baillon, Debout, Réveil). — *Absorption* (J. Béclard). — *Abyssinie* (Dally). — *Acariens* (Laboulbène), etc.

Ce premier demi-volume se termine par le commencement de l'article *Accouchements*, par MM. Depaul, Pajot, Jacquemier et Tourdes.

Cette simple énumération permet de se rendre compte du soin avec lequel ce dictionnaire est rédigé. La bibliographie et la biographie médicales sont dues à la collaboration de MM. Beaugrand, Chereau, Daremberg et Raige-Delorme.

— Au moment où l'*Alabama* s'enfonçait, comme on embarquait les blessés dans les canots, un matelot non blessé voulut y entrer. Le chirurgien le repoussa en lui disant : « J'ai envie de sauver ma vie tout aussi bien que vous, mais il faut d'abord sauver les blessés. — — Docteur, cria l'officier qui commandait l'embarcation, il y a place pour vous. — Je ne veux pas mettre en péril les blessés, » telle fut la réponse du brave chirurgien.

C'est le seul officier qui ait péri. Il est mort comme doit mourir un médecin qui connaît les devoirs et le dévouement de sa profession. Il se nommait le docteur Llewellyn.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 76. — JEUDI 30 JUIN 1864. (37e ANNÉE.) N° 76. — JEUDI 30 JUIN 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 JUIN 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Les nouveautés du jour, la troisième édition du livre de M. le professeur Rostan *sur l'organicisme,* la première partie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* ont été présentées à l'Académie avec des éloges. Nous parlerons à nos lecteurs de ces publications dans nos prochaines *Revues bibliographiques.*

M. le docteur Cerise a été nommé membre associé libre de l'Académie.

Toutes ces occupations ont pris une bonne partie de la séance. M. Collin (d'Alfort), candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, a joui d'un tour de faveur pour lire un travail sur les *sclérostomes* des solipèdes. Nous n'avons pas besoin de dire que ce travail, comme ceux qui ont déjà signalé à l'attention publique le physiologiste de l'École d'Alfort, renferme des études sérieuses et intéressantes; nous nous bornerons à rappeler que l'an dernier, à pareille époque, M. Collin était apprécié par l'Académie, et que dans l'élection d'où le nom de M. Magne est sorti, M. Collin était déjà désigné pour une élection prochaine.

Pour ce qui est du mémoire en lui-même, le lecteur trouvera plus loin des conclusions qui démontrent que les vers intestinaux nématoïdes n'échappent pas aux lois de transformation de quelques espèces animales inférieures; la transformation du cysticerque en tænia dans son passage des animaux à l'homme, déjà connue, montre qu'en changeant de terrain les espèces changent de caractères zoologiques; les transformations du sclérostome dans les divers tissus d'un même animal sont une confirmation de cette proposition; c'est plus encore, on y trouve des éclaircissements sur un point de zoologie générale, l'influence du milieu où un être s'est développé, et sur l'organisation des variétés d'une même espèce.

Il était trop tard pour entendre l'argumentation de M. Beau; la discussion sur la physiologie du cœur a été remise à la prochaine séance. — Dr Armand Després.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur de la mamelle.

(Observation recueillie par M. de MONTFUMAT, interne du service.)

L'ancienne division des tumeurs de la mamelle en bénignes et malignes, fondée sur la repullulation ou la non-repullulation de ces tumeurs, est assurément trop clinique pour que l'on doive y renoncer. Mais il est des cas qui font naître dans l'esprit du chirurgien beaucoup d'incertitude et d'hésitation.

Que penser, en effet, de ces productions d'apparence bénigne, dont la bénignité est certifiée par le microscope, et qui reparaissent lorsqu'on les a extirpées?

M. Velpeau, qui le premier insista sur ces deux catégories de tumeurs, ne tarda pas à s'apercevoir que certaines tumeurs, celles qu'il avait appelées adénoïdes, récidivaient, voire même six fois sur la même personne. C'est alors qu'il s'efforça de trouver dans la récidive même de ces tumeurs des signes capables de différencier celles qui étaient cancéreuses de celles qui ne l'étaient pas.

Les recherches du professeur de la Charité le conduisirent bientôt à la conclusion suivante:

Il y a dans le mode de repullulation de l'adénoïde un cachet spécial qui la distingue nettement du cancer. Le cancer peut repulluler dans n'importe quel tissu: dans la peau, dans le tissu cellulaire, dans les ganglions de l'aisselle, comme dans le tissu mammaire. Il y a là une généralisation qui établit bien évidemment la nature maligne de cette dégénérescence. L'adénoïde, par contre, naît dans le tissu mammaire et reparaît dans le tissu mammaire. Cette reproduction sur place à peu près constante (quand il y a récidive), s'explique facilement si l'on admet avec M. Velpeau que l'adénoïde est le résultat d'un épanchement de sang pur ou de lymphe plastique dans le tissu de la mamelle. On conçoit d'après cela qu'il puisse se former plusieurs dépôts successifs et partant plusieurs récidives, pourvu qu'il reste quelque lobule ou seulement quelques acini échappés à l'opération.

L'observation qui suit nous fournit un exemple de ces tumeurs, que l'on doit persister à considérer comme bénignes malgré plusieurs récidives:

La nommée T... (Victoire), âgée de trente-cinq ans, vint à la Charité, il y a six ans, pour une tumeur qu'elle portait au sein gauche. M. Velpeau diagnostiqua une adénoïde, et en fit l'extirpation.

Deux ans après, la tumeur avait repullulé sur place et fut enlevée par un chirurgien de province.

L'an dernier, nouvelle récidive sur la cicatrice. — Traitement par les caustiques: guérison.

Enfin, la malade rentre à la Charité le 8 avril 1864, salle Sainte-Catherine, lit n° 9.

Elle présente au sein gauche une tumeur grosse comme le poing, fongueuse, ulcérée, occupant tout ce qui reste du tissu mammaire, offrant tous les caractères physiques de l'encéphaloïde. Mais elle était primitivement adénoïde; la repullulation a toujours eu lieu dans le tissu même de la mamelle, et l'on est par conséquent en droit d'espérer que cet aspect encéphaloïde est dû à une transformation simple et à une ulcération de la tumeur adénoïde.

Aussi M. Velpeau se décide-t-il à l'opérer; d'autres raisons militent d'ailleurs en faveur de l'opération.

La malade est jeune, encore réglée, nullement cachectique; la tumeur est mobile et facile à isoler; il n'y a pas d'engorgement des ganglions de l'aisselle.

L'opération est faite le 16 avril.

La peau ne pouvant être conservée, puisqu'elle se confond avec le fongus, M. Velpeau pratique l'extirpation au moyen d'une incision elliptique. La mamelle est enlevée entièrement; on aperçoit au fond de la plaie les fibres du muscle grand pectoral.

Les lèvres de la plaie sont légèrement rapprochées avec des bandelettes de sparadrap. — Pansement avec linge cératé et charpie.

La cicatrisation se fait naturellement par seconde intention et ne présente rien de particulier.

La malade sort guérie le 15 mai. La tumeur, examinée au microscope, n'a pas présenté la cellule caractéristique du cancer.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. COSTE.

Hernie inguinale remontant à trente ans. — Étranglement. — Kélotomie le troisième jour de l'accident. — Mort dix jours après l'opération.

(Observation recueillie par M. L. RAIFFER, interne du service.)

M... (Simon), maçon, âgé de quarante-cinq ans, employé aux travaux de l'hôpital, tombe d'un échafaudage le 12 février, et est transporté immédiatement dans les salles de la clinique chirurgicale. Parmi les lésions qu'il présentait, je ne rappellerai qu'une luxation en dehors et en haut de la cuisse droite, dont la réduction, par suite des efforts nécessités, fut suivie d'un phlegmon diffus du membre.

Le 4 mai, le malade, hors de danger, mais profondément affaibli par la suppuration qu'il avait fournie, descendait de son lit pour la première fois, lorsque, en touchant le sol, une hernie qu'il avait négligé de contenir durant son séjour à l'hospice, sortit et résista aux tentatives de taxis. M. Flasard, chef interne, appelé à l'instant, opéra la réduction; mais la hernie ne tarda pas à reparaître, soutenue qu'elle était par un bandage usé, mauvais, et qui ne pouvait d'ailleurs convenir au corps amaigri du sujet.

A la visite du soir, trois heures environ après l'accident, je constatai, surmontant le testicule qu'on isolait facilement, une tumeur plus grosse que le poing, oblongue, occupant la direction du canal inguinal, et remplissant la bourse gauche dans ses trois quarts supérieurs. Il s'agissait d'une entéro-épiplocèle que le malade portait depuis trente ans, dont il n'avait jamais souffert, et qui, sortie plus d'une fois, était toujours rentrée sans nulle difficulté; d'autre part, le bandage n'était pas toujours demeuré en place; et enfin, depuis vingt ans, il restait dans la bourse une masse de consistance pâteuse, sur laquelle la réduction, depuis cette époque, n'avait eu aucun effet.

Le lendemain 5 mai, la tension de la tumeur avait augmenté; elle était un peu plus douloureuse. Le taxis ne réussit pas plus que celui que j'avais tenté la veille. La douleur et les symptômes inflammatoires furent combattus par des bains et des applications de glace et d'onguent napolitain belladoné *loco dolenti.* On ne pouvait songer aux évacuations sanguines, vu la débilité antérieure du sujet.

Le 6, l'abdomen devint plus sensible, et la douleur quitta les environs de l'anneau pour devenir plus générale; le pouls battait 90 pulsations; il y eut deux vomissements de *matière bilieuse;* les selles étaient supprimées depuis que la hernie n'avait pu se réduire; le malaise, la perte des forces, l'altération des traits de la face, étaient fort peu prononcés. Le chloroforme ne fut pas plus oublié que les purgatifs; mais l'irréductibilité persistant, M. Coste se décida pour l'opération, et la pratiqua dans la matinée du samedi 7 mai.

La tumeur est mise à découvert par une incision longitudinale, parallèle à son plus grand diamètre; les artères honteuses n'exigent pas de ligature, et la dissection conduit bientôt sur le sac. L'étranglement existe à son collet, il est ouvert: le sac renferme une quantité notable de sérosité roussâtre, une anse intestinale d'un décimètre de longueur appartenant à l'intestin grêle, et une masse épiploïque; ses parois sont très-épaissies. La tunique vaginale n'a aucune communication avec le sac, qui se trouve en dehors des éléments constituant le cordon. L'intestin hernié est exempt d'adhérences; il a perdu son velouté, sa couleur est lie-de-vin; il présente quelques points noirâtres; il est étranglé au second degré.

M. Coste fit remarquer aux assistants que l'inflammation de l'intestin ne contre-indiquait pas sa réduction, et celle-ci fut opérée avec ménagement, un débridement préalable ayant été pratiqué en haut et en dehors. L'épiploon avait avec la partie inférieure du sac des adhérences larges et anciennes; l'état membraneux n'existait plus; il y avait hypertrophie, dégénérescence en un tissu graisseux dur. La masse épiploïque, eu égard à son volume, eût exigé pour sa réduction un débridement trop considérable et par cela même dangereux. Elle fut incisée après avoir été liée, et la ligature fut fixée à l'abdomen de façon que la plaie de section ne pût entrer dans le ventre. Quelques points de suture et un bandage approprié terminèrent l'opération.

Le jour même 7 mai, administration de 30 grammes d'huile de ricin; la liberté du ventre est rétablie. Le 8, la douleur abdominale est presque nulle, la réaction à peu près insignifiante. Les jours suivants, le mieux allait en augmentant et le malade marchait vers la guérison, lorsqu'à la visite du 17 on le trouve dans une prostration complète: son pouls est à peine sensible, sa voix est éteinte, sa langue rouge et sèche, ses traits expriment l'anxiété et la souffrance; il avait éprouvé deux heures auparavant d'atroces douleurs dans le ventre et avait eu trois ou quatre vomissements. Il mourut vers les dix heures du matin.

L'autopsie est faite trente heures après la mort.

La plaie de l'opération, qui ne s'était pas réunie par première intention, est cicatrisée dans ses parties profondes; l'épiploon forme bouchon; quelques anses intestinales sont unies entre elles par des adhérences molles, de formation bien récente. Le petit bassin est rempli de bouillie stercorale, et la portion de l'intestin qui avait été herniée se reconnaît à sa couleur jaune verdâtre. Elle présente quelques petites perforations à sa circonférence, et une autre, large comme une pièce de cinquante centimes, à l'endroit où siégeait l'étranglement.

L'opéré évita heureusement les accidents qui souvent viennent compliquer la kélotomie: péritonite, etc. Il n'a succombé que parce qu'il y a eu perforation; et rien cependant ne pouvait faire craindre cette terminaison: l'intestin n'avait point perdu sa consistance, il ne présentait pas de points cendrés et ardoisés, mais seulement des points noirâtres formés par de petits caillots sanguins soulevant le péritoine; l'étranglement ne durait que depuis trois jours, et les symptômes peu intenses étaient de ceux qui permettent de temporiser en espérant la rentrée de la hernie. Ce fait presque exceptionnel, en comparant les symptômes et les lésions, montre que l'étranglement peut *insidieusement,* et en un court laps de temps, malmener un intestin, qu'il est bien difficile de se prononcer sur l'imminence de la gangrène dans l'anse herniée, et qu'enfin les vomissements de *matière stercorale* ou *à odeur stercorale* peuvent parfaitement manquer. Il ne serait pas impossible que l'état de débilité du malade ait eu quelques rapports avec la bénignité des symptômes de l'étranglement.

EMPOISONNEMENT PAR LA DIGITALE.

Mort le cinquième jour.

Par M. le docteur Alph. MAZEL (d'Anduze).

Victoire Z..., âgée de vingt-deux ans, d'une bonne santé habituelle, domestique chez un pharmacien, me fait appeler le 10 mars 1863, vers les cinq heures du l'après-midi.

Elle accuse de la lassitude, un violent mal de tête et de la douleur au creux de l'estomac. Elle tousse depuis une semaine environ, et ce rhume lui a ôté l'appétit. Depuis la veille elle a beaucoup vomi et se trouve plus malade. Elle attribue son malaise et les vomissements à une indigestion occasionnée par des châtaignes qu'elle avait mangées le jour précédent.

Je trouve la peau froide, le pouls à 52, assez fort, avec des intermittences très-marquées et de l'irrégularité. La face est pâle, les pupilles sont dilatées. La langue présente un léger enduit, la soif est vive, et la douleur épigastrique est accrue par la pression. Le ventre est indolore; pas de diarrhée. Il existe un peu de toux, mais la percussion et l'auscultation ne révèlent aucune lésion pulmonaire.

Je trouve cet état fort grave, mais je ne puis poser un diagnostic

précis. En attendant que l'observation ultérieure m'éclaire d'une manière complète, je cherche à combattre les phénomènes de concentration et le défaut de réaction par des sinapismes promenés sur les extrémités inférieures et des infusions de tilleul.

Le mercredi 11 mars, troisième jour de la maladie, de toute la nuit la malade n'a pu goûter un instant de sommeil. Les vomissements se reproduisent toutes les fois qu'elle ingère quelques liquides. Le pouls est à 52 et présente les mêmes caractères. La température de la peau est abaissée sur les parties découvertes; les pupilles restent dilatées. — Limonade pour boisson, potion éthérée et laudanisée, sinapismes très-actifs promenés incessamment sur les extrémités inférieures. Ceux qu'on a appliqués la nuit dernière ont été à peine sentis.

Je reviens dans la matinée, préoccupé par cette maladie dont la gravité était évidente, et dont la cause et la nature me restaient inconnues. Il m'était impossible d'y voir les conséquences d'une indigestion ordinaire.

En me voyant entrer, M. X..., pharmacien, s'écrie : « Nous venons de trouver le mot de l'énigme, cette malheureuse fille s'est empoisonnée avec une infusion de digitale. » Il me raconte alors comment la découverte avait eu lieu. L'homme de peine, en mettant en ordre dans la cuisine, venait de trouver deux pots contenant chacun plusieurs feuilles très-larges; au vernis qui adhérait aux parois du vase, il avait soupçonné que c'étaient des feuilles de digitale, mais sans attacher à ce fait aucune importance; il l'avait signalé au pharmacien uniquement pour savoir s'il pouvait les nettoyer.

M. X..., qui n'avait eu aucune préparation de ce genre à exécuter, se fait apporter les feuilles, reconnaît la digitale, et saisit immédiatement le rapport qui existe entre ces infusions et la maladie de sa servante. Je constate à mon tour que les feuilles trouvées dans chaque pot sont bien des feuilles de digitale, et, en pesant un nombre égal de feuilles sèches, je vois que 3 grammes 50 centigr. environ ont servi à préparer chaque infusion. Désormais tout s'explique, la rareté, l'intermittence et l'irrégularité du pouls, le refroidissement de la peau, le mal de tête, la douleur épigastrique, les vomissements incessants et la faiblesse musculaire.

Je me rends immédiatement auprès de la malade, et je lui demande si elle n'a rien pris qui ait pu lui faire du mal. Elle me répond qu'elle a préparé lundi, l'avant-veille, deux infusions de bourrache pour mûrir son rhume, qu'elle a bu la première à huit heures et la seconde à neuf heures du matin. Je l'interroge pour savoir où elle a pris ces feuilles de bourrache; elle me désigne du ton le plus naturel la caisse qui contenait la digitale. Je ne lui laisse pas ignorer qu'elle a commis une méprise, et que son imprudence est la cause de sa maladie actuelle. J'ai su depuis qu'en dépit des recommandations les plus précises et les plus réitérées de la part de son maître, elle s'était permis plusieurs fois de prendre diverses choses dans la pharmacie, des fleurs pectorales, par exemple.

Voici, d'après les renseignements fournis par Victoire Z..., comment les choses se passèrent :

Jusqu'à midi, elle n'éprouve rien de fâcheux, et après avoir servi le dîner, elle mange des châtaignes. Peu après, elle éprouve du malaise et des envies de vomir. Elle monte à sa chambre pour se reposer; presque aussitôt se déclarent des vomissements abondants de matières alimentaires d'abord, puis liquides, et enfin de couleur jaune verdâtre. Elle éprouve un sentiment de froid général, des vertiges et des troubles dans la vision, à tel point qu'il lui est impossible de descendre de toute la soirée. Elle n'a point uriné et n'est pas allée à la selle depuis qu'elle s'est alitée; elle éprouve du brisement, un sentiment d'ivresse et des troubles dans la vue. Pas de bruit dans les oreilles. Les battements du cœur sont accompagnés d'un bruit de souffle doux au premier temps. Je fais continuer le même traitement, qui me paraît remplir toutes les indications.

Le soir, même état.

Le jeudi 12 mars, quatrième jour de la maladie, la malade a uriné hier à onze heures du soir et sur le matin; pas de selles. Les vomissements continuent; le pouls est abaissé; il ne donne que 41 ou 42 pulsations par minute. La respiration est embarrassée à son tour et ne s'élève qu'à 16. La malade éprouve toujours du vertige et un sentiment d'ivresse et de fatigue. — Eau vinaigrée; frictions avec le liniment volatil camphré; sinapismes et potion *ut supra;* lavement avec 30 grammes de sulfate de soude.

Le soir, 46 pulsations plus fortes. Les vomissements sont moins fréquents. — Une cuillerée de bouillon et de vin toutes les deux heures.

Le vendredi 13 mars, cinquième jour de la maladie, le pouls est à 58, moins irrégulier. Néanmoins la figure est empreinte de stupeur, et la malade, interrogée sur sa situation, dit être dans le même état que la veille. Les vomissements sont moins nombreux; la miction se fait bien. — Nouveau lavement purgatif.

Le soir, depuis hier Victoire Z... se plaignait de douleurs lombaires; elle était à l'époque menstruelle. Les règles se sont établies dans l'après-midi. Je compte 60 pulsations sans irrégularité ni intermittence. Le bouillon et le vin ont été tolérés le plus souvent. La première moitié de la nuit avait été très-bonne; à deux heures du matin, Victoire se lève toute seule pour uriner; en remontant dans son lit, elle s'affaisse tout à coup. Les personnes qui la veillaient s'empressent autour d'elle; elle ne donne plus aucun signe de vie. Je suis appelé en toute hâte; bien que la mort me paraisse réelle, je fais pratiquer des frictions énergiques sur la région du cœur et les extrémités. Mais tous ces soins sont inutiles.

L'autopsie n'a pas été pratiquée.

Cette observation me paraît féconde en enseignements cliniques; je vais essayer de présenter les principaux.

Le premier sur lequel je désire appeler l'attention, c'est l'importance des vomissements répétés comme signe diagnostique d'empoisonnement. Lorsqu'aux vomissements se joignent la pâleur de la face, le refroidissement de la peau, la faiblesse musculaire et les troubles de la vision, le doute n'est plus permis, on peut être certain qu'on a affaire à un empoisonnement. Si j'avais donné à ce symptôme l'importance qu'il mérite, je n'aurais probablement pas méconnu la nature et la cause des phénomènes morbides observés à ma première et à ma seconde visite. Une fois saisi de cette idée, j'aurais interrogé minutieusement la malade, et je ne doute pas qu'elle ne nous eût donné les renseignements que le hasard nous a fournis et que ses révélations ont confirmés. Toutefois, il semble bien surprenant qu'elle n'ait point soupçonné la cause de sa maladie et ne nous ait pas parlé de ces prétendues infusions de bourrache. Le temps qui s'est écoulé depuis l'heure où elle a pris la seconde tasse jusqu'au moment où elle a vomi, a pu lui en imposer et lui faire attribuer à une indigestion tous les accidents qui ont suivi.

Ce que j'ai dit touchant la valeur diagnostique des vomissements répétés, est surtout vrai dans l'empoisonnement par la digitale ou son principe actif.

Mon observation est un cas type de l'empoisonnement par cette substance. Nous avons noté du côté du système nerveux : frissons généraux, prostration des forces, sentiment d'ivresse très-persistant, céphalalgie, vertiges, troubles de la vision, dilatation des pupilles, anesthésie.

Du côté du tube digestif : vomissements continuels, constipation, suspension de la fonction urinaire.

Du côté de la circulation : pâleur de la face, refroidissement de la peau; abaissement, irrégularité, intermittence du pouls; bruit de souffle au premier temps du cœur.

Le plus grand nombre de ces symptômes sont consignés dans les Traités de toxicologie. Mais il en est un qui n'a pas été signalé, à ma connaissance, et sur lequel il convient de fixer l'attention des observateurs, je veux parler de la suppression des urines. Elle a duré cinquante heures dans l'observation que nous publions. N'est-il pas digne de remarque que la digitale, dont les propriétés diurétiques sont si bien établies, supprime à dose toxique la fonction à laquelle elle imprime un surcroît d'activité, quand on l'administre à dose thérapeutique?

Cette suspension des fonctions uropoiétiques est tout à la fois la conséquence et la mesure de la perturbation profonde exercée sur l'économie par l'absorption du poison. Ce phénomène s'observe dans les cas graves de choléra, et sa persistance est du plus fâcheux pronostic.

Il me reste une autre réflexion à présenter avant de finir.

La mort de Victoire Z... n'a eu lieu que le cinquième jour. A notre dernière visite nous avions constaté une amélioration évidente : le pouls s'était élevé de 41 à 60 pulsations; l'irrégularité et l'intermittence avaient disparu; les règles s'étaient établies; les vomissements étaient beaucoup moins fréquents; la miction était facile; et enfin depuis vingt-quatre heures la malade avait pris du bouillon et du vin.

La mort survient tout à coup le vendredi, à deux heures du matin. A quelle cause faut-il la rapporter? Est-elle la conséquence directe de l'empoisonnement? ou bien est-elle due à une syncope? Je crois que la dernière hypothèse est la vraie. Il me répugnerait d'admettre que l'amélioration basée sur les signes indiqués plus haut fût illusoire. Est-ce à dire que la syncope soit étrangère à l'espèce de l'empoisonnement? La digitale n'expose-t-elle pas d'une manière toute spéciale à cet accident, en raison de son action élective sur le cœur? J'en suis convaincu : et c'est pour éloigner toute équivoque que je tiens à mettre ce fait suffisamment en relief. Si je m'arrête sur cette distinction subtile en apparence, c'est à cause de la déduction thérapeutique qui en découle. Si je suis dans le vrai, il ressort avec évidence la nécessité, dans des cas pareils, de prévenir la syncope, ce qui est à notre portée au moins dans une certaine mesure. Si pareil cas se reproduisait dans ma pratique, je recommanderais d'une manière très-sévère la position horizontale jusqu'à ce que la convalescence fût parfaitement établie.

Que si, au contraire, la mort doit être rapportée aux progrès du mal, il faudrait se défier des améliorations qui se produisent, et la thérapeutique ne pourrait rien pour prévenir une fin semblable.

ÉTUDE ANATOMIQUE ET PATHOLOGIQUE

sur les diverticules de l'intestin;

Par M. Henry Cazin (1).

M. Cazin a pris pour épigraphe de son étude un passage des *Essais* de Montaigne que nous aimons à reproduire ici, parce qu'il contient une vérité très-applicable aux recherches médicales, en même temps qu'un encouragement aux travaux sérieux.

« Les difficultez et l'obscurité ne s'apperceoivent en chascune science » que par ceulx qui y ont entrée... Moy y treuve une profondeur et » variété si infinie, que mon apprentissage n'a aultre fruit que de » me faire sentir combien il me reste à apprendre. » (Liv. III, c. XIII.)

Il est, en effet, peu de parties de la médecine qui n'aient encore de nos jours leurs *desiderata*, leurs régions mal explorées, leurs parages inconnus, et l'on doit savoir bon gré, par suite, aux esprits que n'effraye pas le sort trop souvent réservé de notre temps aux monographies. Celle de M. Cazin *sur l'anatomie et la pathologie des diverticules intestinaux* comble une véritable lacune de la science, et comme nous avions nous-même réuni un assez bon nombre de faits sur la même question quand ce travail a paru, c'est avec un vif intérêt que nous l'avons lu et que nous saisissons l'occasion qui nous est offerte d'en rendre compte aux lecteurs de la *Gazette*.

L'auteur a divisé son *Etude* en deux parties, l'une anatomique, l'autre pathologique, et il passe rapidement, dans la première, sur ce qui a trait aux diverticules faux, véritables hernies de la muqueuse intestinale à travers les fibres musculaires qui la doublent normalement, pour s'appesantir davantage sur les diverticules vrais.

Ceux-ci se partagent en deux classes, diverticules iléo-ombilicaux et diverticules iléaux ou proprement dits, et c'est principalement dans la description de ceux de cette dernière catégorie que M. Cazin a groupé tous les faits qui se rapportent à la fréquence, au nombre, au siége, à la forme, aux dimensions, et, en un mot, à toutes les conditions particulières de ces appendices longtemps regardés comme des objets de pure singularité, mais qui sont considérés depuis Meckel comme le résultat de la persistance du conduit vitello-intestinal.

M. Cazin a parfaitement résumé tous ces détails d'aspect ou de structure que confirment de tout point mes observations particulières, au nombre de huit. Cependant, je ne crois pas que la présence d'un diverticule particulier ou méso-diverticule soit aussi exceptionnelle qu'il le pense (p. 19). J'ai trouvé cette disposition très-marquée deux fois dans les faits que j'ai recueillis. Par contre, la moyenne de la longueur des diverticules que j'ai vus était moins considérable que celle qu'il donne comme normale, car elle était seulement de $0^{m},053$. La forme générale des diverticules m'a paru, de plus, assez difficile à ramener sous des types bien précis, et j'ai trouvé également une assez grande fréquence relative de valvules ou d'éperons à l'orifice de communication du diverticule avec l'intestin (3 fois sur 8).

A part ces divergences de détail, très-naturelles quand on songe à la nouveauté du sujet, il est difficile de présenter quelque chose de plus complet que ne l'a fait l'auteur sur la coïncidence des diverticules avec d'autres vices de conformation; sur la présence de ces anomalies chez les animaux vertébrés et enfin sur l'historique des opinions émises quant au mode de formation des diverticules vrais. Il suffit de voir le soin avec lequel est traitée en outre la bibliographie de l'*Etude* que nous analysons, pour être convaincu que M. Cazin appartient à la bonne école de ceux qui ne se croient dignes d'écrire sur une question qu'autant qu'ils ont fait tous leurs efforts pour en reconstituer l'histoire ancienne et moderne.

La partie pathologique est traitée avec plus d'étendue et renferme le texte ou l'analyse d'un nombre important d'observations empruntées soit à des auteurs étrangers, soit à nos ouvrages classiques, soit à la clinique des chirurgiens contemporains. Elle comprend deux divisions calquées sur celles de la partie anatomique, et la première est naturellement consacrée aux fistules que la présence des diverticules iléo-ombilicaux détermine quelquefois. Ces fistules entéro-ombilicales diverticulaires sont de deux sortes, d'après l'état dans lequel se trouvent les intestins eux-mêmes, et cette particularité influe d'une manière décisive sur le traitement.

Si le canal digestif est perméable, la fistule n'existe pas ordinairement à la naissance et ne se montre le plus souvent que du quatrième au dixième jour de la vie, soit qu'elle se produise à la suite de la chute du cordon, soit qu'elle reconnaisse pour cause une ligature portée sur le diverticule lui-même. Si l'intestin est au contraire congénitalement rétréci, oblitéré, ou s'il n'existe pas au-dessous de la fistule, les faits ont une gravité bien plus grande, quels que soient les degrés de l'arrêt de développement du rétrécissement que l'on a vu commencer *au-dessus* de l'abouchement du diverticule ombilical et s'étendre jusqu'au rectum.

Dans le premier cas, tout doit tendre à l'oblitération de la fistule à l'aide des cautérisations, compressions, avivement des surfaces, etc. Dans le second, la dilatation du diverticule doit être tentée, bien que cet appendice soit en général trop peu dilatable pour jouer le rôle d'anus contre nature. Si ce moyen échoue, on n'a d'autre ressource que l'établissement d'un anus artificiel.

La deuxième division de la partie pathologique est tout entière occupée par l'étude des accidents propres aux diverticules proprement dits et classés sous trois titres : *Inflammations, Etranglements, Hernies.* M. Cazin est entré dans de nombreux développements à l'occasion de la seconde classe, de beaucoup la plus fréquente. Il a fait une nouvelle distinction parmi les étranglements diverticulaires, selon que ces appendices de l'iléum étaient adhérents ou libres, ces derniers à anse simple ou double. Il nous serait certainement impossible, dans les bornes d'un seul article, de suivre M. Cazin dans la détermination du rôle des diverticules adhérents dans le mécanisme de l'étranglement, selon leur siége, leur longueur, leur nature et le point de leur adhérence, qui peut être la paroi abdominale, l'intestin grêle, le cœcum, le gros intestin, le mésentère (c'est le cas le plus commun), et quelquefois plusieurs de ces organes lorsque les adhérences sont multiples.

Nous noterons seulement, à propos de la façon dont le diverticule étrangle l'intestin, une particularité à laquelle nous avons déjà fait allusion et qui tient à la présence d'un véritable méso-diverticule. Il peut se faire, et nous l'avons observé une fois, que ce petit mésentère présente une véritable déchirure n'atteignant pas le diverticule lui-même et fournissant un [illegible]ie aux anses intestinales voisines, le plus souvent sujettes à l'étranglement. Ce mode ne paraît pas avoir été rencontré jusqu'à présent, [illegible] isolément.

Nous n'essayerons pas de s[illegible]ur dans les chapitres ou articles consacrés à l'anatomie patholog[illegible]ue, à l'étiologie, aux symptômes et à la marche des accidents qui surviennent dès qu'une anse plus ou moins volumineuse a franchi la cause de l'étranglement. Nous résumerons cependant ce qui a trait au diagnostic spécial : douleur constante dès le début, subite, vive, déchirante, et le plus ordinairement bornée à la fosse iliaque droite, en raison du siége normal des diverticules à peu de distance du cœcum. La constatation d'une tumeur en ce point, les vomissements prompts, la rareté de leur caractère stercoral, et la constipation absolue, sont aussi des signes précieux à recueillir et à bien reconnaître. Il est malheureusement plus difficile de bien résoudre la question de la nature de l'étranglement que celle de son siége; aussi M. Cazin s'est-il efforcé d'établir un tableau comparatif des circonstances qui peuvent mettre en mesure de distinguer les étranglements par brides péritonéales, appendices adhérents ou appendices libres, non-seulement entre eux, mais encore avec les invaginations et rétrécissements de l'intestin.

La marche des accidents est le plus souvent trop rapide et la péritonite générale trop imminente dans le plus grand nombre des cas, pour que le pronostic ne soit pas excessivement grave. Aussi cette gravité doit-elle être l'indication la plus importante du traitement. En présence d'un danger aussi considérable que celui que révèlent les nombreuses observations reproduites par M. Cazin, il est évident qu'on ne peut compter que très-faiblement sur les ressources purement médicales, à l'exception peut-être des purgatifs qui seraient toutefois plus nuisibles qu'utiles quand les diverticules forment à eux seuls le nœud constrictif. C'est donc à la chirurgie qu'il faut recourir sans s'arrêter aux ponctions des intestins distendus par des gaz à l'aide d'un trocart explorateur dont l'emploi présente néanmoins quelques avantages dans certains cas particuliers.

M. Cazin insiste beaucoup sur cette ligne de conduite, et nous

(1) Paris, Asselin, 1862.

croyons ses conclusions très-légitimes. Dès que le siége de l'étranglement est connu, et si l'inflammation est encore partielle ou modérée, il faut aller résolûment à la recherche de l'obstacle par la gastrotomie, puis lever la constriction par la section de la bride, qui doit être quelquefois excisée et fixée dans la plaie extérieure dans la crainte de nouvelles adhérences. Si l'étranglement est difficile à trouver ou à lever, l'entérotomie doit suivre de près la gastrotomie, et c'est encore à cette opération qu'il faut avoir recours si le siége du mal reste indéterminé.

Quelque graves que soient de pareilles déterminations, il ne faut pas oublier les résultats de l'observation, qui montrent que la mort survient presque toujours par suite de péritonite quand on adopte l'expectation, ou des moyens qui n'ont guère plus de valeur réelle que cette méthode. On peut d'ailleurs invoquer à l'appui de l'opération l'opinion de M. Nélaton, qui propose l'établissement de l'anus artificiel dans le plus grand nombre des cas et compte déjà plusieurs succès (3 sur 6).

Le dernier chapitre du travail de M. Cazin est consacré aux hernies diverticulaires congénitales ou acquises, ces dernières les plus fréquentes relativement.

En résumé, l'étude que nous venons d'analyser est intéressante à plus d'un titre. Elle est remarquable par le nombre des observations rassemblées à grand'peine, par les planches qui les accompagnent et permettent de saisir avec facilité les variétés principales d'étranglement décrites, par les développements dans lesquels l'auteur est entré sur l'anatomie ou la pathologie des diverticules, et surtout par l'esprit de critique et d'érudition qui brille dans le courant de l'ouvrage. Notons enfin le cachet de nouveauté de cet ordre de recherches, et nous aurons rendu justice à M. Cazin.

E. Berchon, D.-M.-P.,
Chirurgien de 1re classe de la marine.

COUP DE FOUET

ou rupture du tendon du plantaire grêle. — Massage.

(Extrait du compte rendu de la Société de médecine pratique.)

M. Dupuy (de Frenelle) rappelle qu'il a publié une première observation de coup de fouet confirmant que cette affection est réellement due à la rupture du plantaire grêle, et donnant une preuve de plus que le massage méthodique prolongé peut rendre au membre, dans cet accident, son usage preque instantané. Il a eu à traiter un cas semblable plus concluant encore.

Le premier malade avait été atteint en soulevant un tonneau plein; le second en s'élançant sur le marchepied d'un omnibus.

Parmi les symptômes ordinaires du coup de fouet, M. Dupuy insiste sur la douleur linéaire à la pression dans une longueur d'environ 12 ou 13 centimètres de haut en bas, sur une largeur de 2 à 3 centimètres, dans la direction rigoureuse du tendon du plantaire grêle, en commençant au niveau du point où les faisceaux musculaires se convertissent en fibres blanches pour constituer ce tendon. Comme l'accident ne datait pas de plus d'une heure, il n'y avait encore ni empâtement ni gonflement très-manifestes du mollet.

Pour m'assurer mieux encore que c'est bien à la rupture du plantaire grêle que l'on a affaire dans le coup de fouet, je pus, dit M. Dupuy, repoussant avec les quatre dernières phalanges de ma main gauche le bord interne du muscle soléaire, le déplacer dans sa masse en l'amenant de droite à gauche et d'avant en arrière, et le malaxer du bout des doigts sans produire aucune douleur; donc il ne s'agissait pas de la déchirure de ses fibres musculaires ou aponévrotiques. En même temps, avec les extrémités digitales de l'autre main, je procédai à un minutieux examen sous-musculaire de tout le trajet douloureux, examen qui confirma pleinement mon opinion sur la nature de cet accident, en me révélant aux deux extrémités du trajet douloureux un empâtement assez marqué, et en me donnant la sensation d'un corps résistant, irrégulier, un peu mobile et assez douloureux à la pression, ce qui bien certainement n'est autre chose que les deux bouts rétractés du tendon rompu.

Dans l'intervalle qui les séparait, le palper digital trouvait une espèce de vide linéaire et de mollesse qui indiquait l'absence d'une partie constitutive de la région, celle sans doute du tendon divisé et rétracté par la force de tension en corde roide au moment de l'accident. D'un autre côté, pour m'assurer contre l'opinion généralement admise que le cas en question n'est autre chose qu'une déchirure dans les gros muscles de la jambe, soit de leurs faisceaux proprement dits, soit de leurs fibres d'attache, je saisis entre mes doigts tout le bord interne du muscle jumeau, ce qui se fait aisément jusqu'au tiers de sa largeur, et je le malaxai assez fortement sans y déterminer également la moindre douleur; j'en fis autant en compressant toute sa masse, et j'imprimai des mouvements latéraux du soléaire avec la même innocuité; enfin, j'exerçai avec un résultat aussi négatif des compressions digitales le long de la ligne oblique du tibia et du tiers moyen de son bord interne, sur lesquels se continue l'insertion fibreuse puis aponévrotique du soléaire; *le seul interstice inter-musculaire qu'occupe le tendon du plantaire grêle* était douloureux à la pression. Rien, ce me semble, ne saurait être plus concluant.

Ici, comme pour le sujet de ma première observation, j'employai le massage prolongé pendant une demi-heure avec l'eau de Goulard; j'appliquai une compresse et une bande roulée, recommandant le repos au lit et des abstersions de temps en temps comme moyen adjuvant et non nécessaire, car il est certain que le massage et le bandage secs réussiraient tout aussi parfaitement.

Le lendemain, 7 juillet, le malade a assez bien dormi, il ne souffre pas. J'examine le même membre, qui me donne les mêmes signes que la veille; mais comme le premier massage a été pratiqué une heure au plus après l'accident, il n'y a ni épanchement, ni augmentation de volume, ni dureté du mollet, et déjà l'étendue linéaire où la pression réveille la douleur n'est plus que de 6 centimètres au lieu de 12 ou 13 qu'elle était la veille. Deuxième massage, etc.

Le 8, troisième jour de l'accident, le malade n'éprouve plus la moindre douleur; le membre offre son aspect normal.

La veille au soir, il s'était levé un instant, avait fait quelques pas en suivant les stades réguliers de la progression sans éprouver autre chose que de la roideur dans le mollet.

L'étendue linéaire de la douleur à la pression est réduite à 3 centimètres de haut en bas, exactement comme dans la première observation, fait qui explique le mécanisme de la guérison. En examinant avec attention, on trouve encore aux deux extrémités de la ligne douloureuse une bosselure irrégulière, surtout à la partie supérieure. Par mesure de prudence, je pratique un troisième et dernier massage suivi des précautions habituelles. Je prescris au malade de se lever le soir et de marcher à volonté dans l'appartement si la douleur ne se réveille pas.

Le jeudi 9, le malade va très-bien; il a pu marcher la veille sans autre difficulté qu'une certaine roideur dans le mollet. Il reprend ses courses en ville et devra conserver un bandage contentif pendant quelque temps.

D'après ces faits, on trouve comme signes importants que l'accident décrit partout sous le nom de coup du fouet est bien constitué par la *rupture du tendon du muscle plantaire grêle*: la douleur subite et la sensation d'un coup de baguette en travers du mollet au moment de l'accident, l'étendue linéaire de la douleur à la pression entre les deux bouts rétractés du tendon, suivant son trajet exact; la constatation, *avant l'épanchement et le gonflement*, d'une sorte de vide témoignant de l'absence du tendon; la sensation manifeste de ses extrémités contractées et revenues sur elles-mêmes; le retour de ces deux extrémités l'une vers l'autre après un premier, puis un deuxième massage; la réduction du trajet douloureux qui en résulte; l'absence de toute douleur pathologique dans les gros muscles correspondants de la jambe, ainsi que dans les points d'insertion des plans aponévrotiques, et enfin la rapidité d'une guérison que ne comporterait aucune autre lésion organique.

M. Dupuy a établi plus rigoureusement toutes ces données dans sa première observation, ainsi que l'explication de la douleur, de l'épanchement ecchymotique, du point constant de la rupture, etc., et il y renvoie pour plus ample information.

ORIGINES DE LA MONSTRUOSITÉ DOUBLE.

Par M. Dareste.

M. Dareste a adressé à l'Académie des sciences une lettre concernant sa communication du 30 mai dernier sur les *origines de la monstruosité double*. Le résumé historique qui servait d'introduction à sa note n'ayant pu trouver place au *Compte rendu*, il lui a semblé que la signification des faits nouveaux qu'il a présentés pourrait n'être pas bien comprise si l'on perdait de vue le point où en était la question quand il a entrepris ses dernières recherches, et voici ce qu'il croit devoir rappeler :

Plusieurs observations dues à divers physiologistes, Wolf, Allen Thomson, Baer, Panum, etc., et plusieurs faits que j'ai moi-même recueillis, démontrent, contre l'opinion anciennement admise, que la monstruosité double chez les oiseaux résulte de l'union et souvent aussi de la fusion de deux embryons développés sur un vitellus unique. C'est du reste ce que les travaux récents des embryologistes nous ont appris pour les monstruosités doubles qui se produisent chez les poissons.

Mais tous ces cas de monstruosité double recueillis chez les oiseaux appartenaient à des monstres à un seul ombilic. J'ai cru pendant longtemps que les monstres à double ombilic, dans lesquels l'union se fait dans de tout autres régions que la région ombilicale, pouvaient se produire par l'union d'embryons développés sur des vitellus séparés.

Les monstres doubles à double ombilic forment dans la classification d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire les genres Pygopage, Cépbalopage et Métopage.

Des observations récentes m'ont appris que là aussi la monstruosité double résulte de la fusion d'embryons développés sur un vitellus unique.

GELÉE DE BAUME DE COPAHU.

Par M. Stanislas Martin.

Un médecin ayant demandé au savant rédacteur du *Bulletin de thérapeutique* une gelée faite avec le baume de copahu, M. Martin la formula de la manière suivante :

Baume de copahu.	30 grammes.
Blanc de baleine.	10 —

On chauffe les substances au bain-marie, puis on les aromatise avec :

Essence de menthe.	6 gouttes.

Cette gelée se prend dans du pain azyme.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juin. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Mialet (de Gourdon), Cavassus (de Milly) ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements du Cher, de la Lozère et de la Haute-Saône). (Commission des épidémies.)

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Sylvanez (Aveyron), par M. le docteur Calvet; de Bagnols (Lozère), par M. le docteur Raynal; de Saint-Gervais (Haute-Savoie), par M. le docteur Payen, pour l'année 1862. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Leblanc fils, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

2° Une lettre de M. Lecoq, inspecteur des écoles et des établissements vétérinaires, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

3° MM. Chonnow et Lenoir adressent un pli cacheté. (Accepté.)

4° Une lettre de M. Vrolick, président de l'Académie des sciences d'Amsterdam, qui adresse des remerciments à l'Académie de médecine pour l'envoi de ses *Bulletins*, et qui fait hommage des *Bulletins* de l'Académie d'Amsterdam.

— M. Tardieu offre à l'Académie, au nom des auteurs, un exemplaire de la première partie du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, rédigé sous la direction de M. le docteur Jaccoud. Il signale la préface de M. Jaccoud, les articles de M. Rochardt sur l'acclimatation et M. Stoltz (de Strasbourg) sur les accouchements, et l'article de M. Laugier sur les abcès.

— M. Velpeau dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. Proulle, un mémoire sur l'action du café mêlé à la farine de pois chiche, à la fois comme aliment et comme médicament. (Commission des remèdes nouveaux et secrets.)

— M. Béclard présente à l'Académie : 1° la première partie du premier volume du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, rédigé sous la direction de MM. Raige-Delorme et Dechambre. Ce dictionnaire n'est pas une nouvelle édition du Dictionnaire en 30 volumes, les articles sont entièrement nouveaux. Cette publication contient, outre tout ce qui a trait aux sciences médicales et accessoires, des articles de géographie et de biographie médicales.

2° La troisième édition du livre de M. le professeur Rostan sur *L'organicisme*. L'ouvrage, dit le rapporteur, est trop connu pour que j'en veuille faire un résumé. Je me bornerai à vous lire la première phrase de l'exposé de principes.

« Le but de l'organicisme est de prouver qu'il n'existe pas, qu'il ne saurait exister de principe vital, de force vitale, de propriétés vitales indépendantes de la matière organique, séparables de cette matière, et pouvant exister sans elle, hors d'elle, surajoutées à elle, et chargées d'accomplir les actes phénoménaux de la vie. »

Tout le livre est consacré à la démonstration de ces principes; on ne saurait refuser que les déductions sont nettes et catégoriques, et que l'objet du travail est bien éclairci.

RAPPORTS.

M. Roger lit un rapport à propos d'un travail sur l'iode naissant, par M. le docteur Bernard.

Les conclusions de la commission, défavorables, comme celles d'un précédent rapport, sont mises aux voix et adoptées.

— M. Boudet lit un rapport officiel. Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Robinet lit des rapports sur des propositions de remèdes nouveaux tirés de l'huile de foie de morue transformée et de ses vapeurs, et sur des applications de la ciguë et de la conicine. Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un associé libre résidant.

L'Académie présente :

En première ligne.	M. Peisse.
En deuxième ligne.	M. Cerise.
En troisième ligne.	M. Félix Voisin.
En quatrième ligne.	M. Legoyt.

Au premier tour de scrutin, sur 75 votants, ont obtenu :

MM. Cerise.	35 voix.
Peisse.	19 »
F. Voisin.	16 »
Legoyt.	3 »
Voix perdues.	2 »

Au deuxième tour de scrutin, sur 70 votants, ont obtenu :

MM. Cerise.	46 voix.
Peisse.	17 »
F. Voisin.	7 »

En conséquence, M. Cerise est nommé associé libre. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre de la commission du prix Itard, en remplacement de M. de Kergaradec, qui avait demandé à être remplacé.

M. Gibert est nommé.

LECTURES.

Helminthologie. — M. Collin, d'Alfort, lit un mémoire et présente des planches à l'appui sur *le développement et la migration des sclérostomes chez les solipèdes.*

Voici les conclusions :

Les sclérostomes des solipèdes sont des nématoïdes ovipares qui se développent non pas au sein de la cavité intestinale, comme on le croyait, mais bien dans des kystes du tissu muqueux où les œufs sont déposés. Ce sont des helminthes qui revêtent cinq ou six formes appartenant incontestablement à la même espèce. Les individus qui vivent dans des kystes des membranes intestinales, dans les poches purulentes, ceux des anévrysmes, des lobules du pancréas et des ligaments hépatiques, proviennent de vers attachés à la face interne du cœcum. Ces émigrants se distinguent les uns des autres par la résidence qu'ils choisissent, par la couleur de la peau, les dimensions du corps, la configuration de l'armure buccale et le degré d'atrophie des organes génitaux. Mais ils se ressemblent tous par la perte de la faculté reproductrice, car tous sont privés d'œufs et de spermatozoïdes. Les colonies plus ou moins nombreuses qu'ils vont fonder au

loin demeurent stériles; elles représentent des états de dégradation permanente dont les helminthes ont offert jusqu'ici peu d'exemples.

On connaissait déjà beaucoup d'espèces qui passent régulièrement ou éventuellement d'un animal à un autre, et qui se métamorphosent en changeant d'hôte ou de demeure, mais on n'avait pas encore, si je ne me trompe, signalé parmi les Nématoïdes des espèces dont les transformations s'opèrent sur le même animal, et en quelque sorte sur place. Ainsi, les faits sur lesquels j'ai l'honneur d'appeler l'attention de l'Académie pourront engager les zoologistes à la révision des espèces réputées connues. (Renvoyé à la section de médecine vétérinaire.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CONGRÈS MÉDICAL DE LYON.

Le corps médical lyonnais, convoqué en assemblée générale le 19 mai, pour la formation d'un Congrès, en a confié l'organisation à une commission exécutive munie de pleins pouvoirs et composée de 21 membres élus au scrutin.

Cette commission a arrêté les dispositions réglementaires suivantes :

Art. 1er. — Un Congrès médical s'ouvrira à Lyon, le 26 septembre 1864, au Palais des Arts.

Art. 2. — Douze questions seront mises en discussion devant le Congrès : trois de pathologie et de thérapeutique médicales, trois de pathologie et de thérapeutique chirurgicales ; deux d'hygiène et de médecine comparées, une de syphiliographie, une d'obstétrique, une de médecine mentale et une d'ophthalmologie.

Voici la formule des questions choisies par la commission exécutive :

Première question. — Des concrétions sanguines dans le cœur et les vaisseaux. Des conditions qui peuvent favoriser leur formation. Des différents accidents qu'elles occasionnent. Des indications thérapeutiques qui s'y rattachent.

IIe. — Peut-on, dès aujourd'hui, admettre dans le cadre nosologique, à titre d'entités morbides, les diverses affections paralytiques récemment décrites sous les noms de *paralysie agitante, paralysie atrophique progressive, ataxie locomotrice, paralysies réflexes*, etc.? — Y en a-t-il parmi elles qui ne soient qu'un symptôme commun à différentes maladies des centres nerveux?

IIIe. — Etablir, par des faits rigoureux, la curabilité de la phthisie pulmonaire. — Distinguer, parmi les variétés de phthisie, celles qui sont susceptibles de guérison et celles qui ne le sont pas.

IVe. — De la valeur des diverses méthodes de traitement applicables aux ankyloses complètes et incomplètes, au double point de vue du changement de la position et du rétablissement des mouvements.

Ve. — Quel progrès la chirurgie doit-elle aux recherches modernes sur le système osseux?

VIe. — Des moyens de diérèse qu'on peut avantageusement substituer à l'instrument tranchant dans le but d'éviter les accidents des plaies (cautérisation, écrasement, ligature, arrachement).

VIIe. — De la consanguinité en général, et spécialement des mariages consanguins.

VIIIe. — De la genèse des parasites communs à l'homme et aux animaux, considérée plus particulièrement dans ses rapports avec l'hygiène publique.

IXe. — Qu'y a-t-il de contagieux dans l'organisme d'un sujet syphilitique? A quelles conséquences pratiques peut conduire l'étude de cette question?

Xe. — Quelles sortes de services l'accoucheur doit-il demander au forceps? Comment les diverses variétés de forceps imaginées jusqu'à présent répondent-elles aux diverses indications?

XIe. — De la possibilité et de la convenance de faire sortir des asiles spéciaux et de placer, soit dans les exploitations agricoles, soit dans leurs propres familles, certaines catégories d'aliénés.

XIIe. — De la valeur de l'iridectomie dans le glaucome et autres lésions profondes du globe oculaire.

Art. 3. — Il y aura une séance par jour, et deux si le nombre des travaux présentés et l'étendue des discussions le rendent nécessaire.

Art. 4. — A l'ouverture de la première séance, le Congrès nommera au scrutin secret le bureau, composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général et de quatre secrétaires adjoints.

Art. 5. — Le premier jour sera consacré aux Ire et IIe questions ; le deuxième jour, aux IIIe et IVe ; le troisième jour, aux Ve et VIe ; le quatrième jour, aux VIIe et VIIIe ; le cinquième jour, aux IXe et Xe ; le sixième jour, aux XIe et XIIe.

Art. 6. — Les auteurs qui désirent présenter au Congrès une communication, écrite ou orale, sur l'une des questions, sont prévenus qu'ils devront la communiquer, *in extenso* ou sous forme de résumé, à la Commission exécutive, quarante-huit heures au moins avant l'ouverture du Congrès, c'est-à-dire avant le 24 septembre.

Cette mesure a pour but de permettre à la Commission de classer à l'avance les matériaux du Congrès de la manière la plus favorable à l'établissement des ordres du jour et d'écarter les travaux qui ne rentreraient pas dans le but du Congrès.

Les auteurs sont également prévenus que, en vue de donner accès à un plus grand nombre de travaux, le temps accordé pour leur communication sera, s'il y a lieu, limité par le président du Congrès.

Art. 7. — La Commission exécutive se réserve d'accueillir, si le temps le permet, des travaux en dehors du programme. Dans ce cas, les auteurs devront se conformer aux dispositions spécifiées dans l'article précédent.

Art. 8. — Le Congrès n'admettra dans son sein que les docteurs en médecine ou en chirurgie, les médecins-vétérinaires diplômés, et les hommes qui se sont distingués dans l'étude des sciences médicales.

Art. 9. — Les adhérents du Congrès non domiciliés à Lyon devront autant que possible faire connaître leur adhésion avant l'ouverture du Congrès. Ils sont exonérés de toute contribution pécuniaire.

Art. 10. — Les séances du Congrès seront publiques, mais les membres adhérents auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Art. 11. — Les travaux lus ou communiqués au Congrès seront publiés en totalité ou en partie par les soins de la Commission exécutive.

Toutes les communications relatives au Congrès devront être adressées *franco* à M. le secrétaire général de la Commission, au Palais des Arts, à Lyon.

L'annonce d'une place de *médecin de colonisation* vacante à Bone a éveillé l'attention de plusieurs de nos confrères, qui nous demandent des renseignements sur cette position.

Nous allons satisfaire leur désir, en nous appuyant sur les données fournies par le ministère de la guerre lui-même.

Les médecins de colonisation sont choisis exclusivement parmi les docteurs en médecine.

Ils sont tenus principalement :

1° De faire des tournées périodiques dans chacun des centres de population compris dans leur circonscription ;

2° De tenir au lieu de leur résidence, à jours et heures fixes, un bureau de consultation gratuite ;

3° De propager la vaccine ;

4° De fournir à l'administration tous les renseignements et documents statistiques et nosographiques auxquels peuvent donner lieu le service médical et l'hygiène publique de leur circonscription.

L'ordre et le nombre des tournées périodiques, ainsi que les détails du service confié aux médecins de colonisation, sont déterminés, pour chaque circonscription, par des arrêtés du gouverneur général, sur la proposition des préfets ou des généraux commandant les divisions pour leur territoire respectif.

Le personnel des médecins de colonisation est réparti en trois classes, dont les traitements sont fixés comme suit :

1re classe.	3,500 fr.
2e classe.	3,000
3e classe.	2,500

Ils ont droit au logement gratuit aux frais de la commune, ou à une indemnité représentative de 3,000 fr.

Ces emplois sont à la nomination des préfets des départements de l'Algérie, à qui les demandes doivent être adressées.

A ce document, nous pouvons ajouter comme complément les renseignements suivants pris sur les lieux.

Les médecins de colonisation ont droit à une indemnité de 500 fr. pour un cheval.

Dans les localités importantes, comme Bone, où la pratique est excessivement pénible, il ne leur est accordé aucune allocation pour le logement, parce qu'ils ont la possibilité de faire de la clientèle.

Les retraits d'emploi sont prononcés par les préfets.

Tels sont les renseignements qu'il nous est possible de donner sur la position des médecins de colonisation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour une place de professeur adjoint à la chaire de clinique chirurgicale, et une place de professeur suppléant aux chaires de chirurgie près l'Ecole de médecine et de pharmacie de Lille, s'ouvrira le mercredi 20 juillet 1864.

Les candidats qui voudraient prendre part au concours devront adresser leur demande, avant le 15 juillet, à M. le directeur de l'Ecole de Lille.

— Nous avons reçu le premier demi-volume du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publié par la librairie J. B. Baillière et fils, sous la direction de M. le docteur Jaccoud. Nous n'avons pu encore que le parcourir, nous y avons remarqué les articles suivants :

Introduction, par M. Jaccoud. — *Abcès*, par M. Laugier. — *Abdomen*, par MM. Denucé et Bernutz. — *Absorption*, par M. Bert. — *Acclimatement*, par M. Jules Rochard (de Lorient). — *Accommodation*, par M. Liebreich. — *Accouchement*, par MM. Stoltz et Lorain. — *Acné*, par M. Hardy. — *Adhérence*, par M. Alfred Fournier. — *Ages*, par M. Lorain.

Ce premier volume contient plus de 50 planches. Mais nous reparlerons prochainement de cette importante publication.

— On annonce la mort de M. le docteur Oustalet (de Montbéliard). Cet honorable confrère a succombé, à l'âge de soixante-deux ans, à une maladie qui l'éloignait depuis quelque temps de la pratique.

— M. le docteur Villepigne vient de mourir, à Champignelles, dans sa cinquante et unième année, des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de sa profession.

— La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance le jeudi 7 juillet. Voici son ordre du jour :

De l'anesthésie obstétricale, M. Verrier ;

De la diphthérie de la conjonctivite, M. Magne ;

Des polypes du col de la vessie, M. Beyran.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de MM. Raige-Delorme et A. Dechambre. Ce Dictionnaire comprendra environ de 20 à 25 volumes grand in-8°, chacun de 800 pages. Des figures sont intercalées dans le texte aussi souvent qu'elles sont jugées nécessaires.

L'ouvrage est publié par demi-volumes, renfermant en 400 pages plus de matière que chacun des volumes complets du *Dictionnaire en trente*. — Prix du demi-volume, rendu *franco*, dans toute la France et l'Algérie : 6 fr. Le premier demi-volume (A. — A C C.) vient de paraître. L'impression du second demi-volume est très-avancée, et toutes les mesures sont prises pour que la publication marche rapidement.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 77. — SAMEDI 2 JUILLET 1864. (37e ANNÉE.) N° 77. — SAMEDI 2 JUILLET 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des indications thérapeutiques de l'aconitine.

L'aconit napel est une plante de la famille des renonculacées et dont la racine renferme un principe extractif d'une grande énergie toxique, l'aconitine. Déjà depuis plusieurs années Morson préparait dans son officine, à Londres, de l'aconitine de très-bonne qualité; et, dès 1855, Turnbull, toujours à la recherche des médicaments nouveaux, employait et préconisait dans sa pratique les embrocations d'aconitine (1 gr. d'aconitine pour 120 gr. d'alcool rectifié); mais le procédé de Morson ne fut point connu en France, et c'est tout récemment que, par une méthode d'extraction un peu différente de celle du chimiste anglais, un pharmacien de Paris, M. Hottot, parvint à isoler, dans un état de pureté presque absolu, le principe actif de l'aconit napel.

M. Liégeois fit, à l'aide de cette aconitine préparée par M. Hottot, un grand nombre d'expériences physiologiques; ces expériences, ces recherches fort originales, complétaient et modifiaient en certains points celles de Stock, Flemming, Eardes, Tessier. Mais l'aconitine n'avait point encore été l'objet d'expérimentations thérapeutiques, lorsque M. Gubler, dans un très-remarquable travail, publié dans le *Bulletin thérapeutique* en mars 1864, donna toutes les indications nécessaires aux praticiens pour l'emploi de cette substance. M. Gubler, insistant sur l'action infidèle et capricieuse de la plupart des préparations d'aconit, a montré aussi combien il était nécessaire d'isoler le principe actif de l'aconit dans un état de pureté presque absolu, pour mettre ainsi entre les mains des praticiens un agent invariablement actif et digne de sa confiance. C'est le progrès qu'a réalisé la découverte de M. Ernest Hottot, laquelle a été publiée dans sa thèse inaugurale, *De l'aconitine et de ses effets physiologiques,* Paris, 1863.

M. Hottot a mis à la disposition de M. Gubler de l'aconitine préparée dans son laboratoire; elle fut administrée sous forme de pilules, associée à un peu de gomme et de sucre, chaque pilule contenant un demi-milligramme de substance active. Pour l'usage externe, M. Hottot avait préparé une solution alcoolique de sulfate d'aconitine au 1/500.

M. Gubler a expérimenté l'aconitine dans plus de trente cas, et c'est le résultat de ses observations qui lui a permis de formuler les règles qui doivent présider à l'emploi thérapeutique de ce médicament.

Pour mieux montrer quel service il a rendu à la thérapeutique, nous rappellerons que l'aconit avait été employé jusqu'ici au hasard et sans qu'on se rendît bien compte des raisons de son application. On a vanté outre mesure l'action diurétique et diaphorétique de l'aconit; on l'a préconisé contre la syphilis constitutionnelle, le rhumatisme articulaire et musculaire aigu ou chronique, la grippe, l'angine, les fièvres éruptives, les affections cancéreuses et l'infection purulente. Fouquier l'a prescrit dans les hydropisies; Flemming, Eardes, Tessier (de Lyon) l'ont employé dans les névralgies récentes, l'angine, la bronchite, la coqueluche, la fièvre puerpérale, etc.; Turnbull prétend guérir, par l'usage externe de cette substance (collyres, frictions), l'iritis, l'amaurose, l'opacité de la cornée, la cataracte capsulaire.

De tout cela il résulte que le praticien, en présence d'une substance qui guérit toute espèce de maladies, devait prudemment se garder de l'employer. Mais aujourd'hui que l'action thérapeutique de l'aconit est connue, on peut réduire de beaucoup les cas dans lesquels on doit l'employer et donner ainsi une valeur réelle à ce médicament.

Voici quels ont été les phénomènes locaux et généraux observés à la suite de l'ingestion du médicament.

Parfois, l'aconitine détermine au passage, dans la bouche et dans l'arrière-gorge, une saveur âcre et chaude; mais le plus souvent il n'y a aucune impression produite. Après un temps qui varie depuis quelques minutes jusqu'à une ou deux heures, les malades ressentent dans la région épigastrique un sentiment de chaleur qui, fugace chez les uns et permanent chez les autres, acquiert dans certains cas une intensité telle, qu'on peut la comparer à la douleur produite par l'ingestion des poisons corrosifs. Cette sensation se propage jusqu'au gosier et à la pointe de la langue. Le goût s'altère et se modifie dans certains cas, de façon à permettre de sentir des substances amères ou âcres dont le mélange, sans cette circonstance, eût passé inaperçu. M. Gubler en a cité un fort remarquable exemple.

Ces signes sont comme le prodrome de l'action de l'aconitine. Mais au bout de deux heures environ, de la salivation, des nausées, des éructations et même des vomissements se joignent aux troubles sensitifs. Un peu plus tard, des coliques se font sentir. Puis le malade éprouve des douleurs de tête, un sentiment de constriction douloureuse aux tempes, des troubles de la vue, du vertige, et une tendance aux syncopes que le repos au lit ne tarde pas à dissiper.

Cependant on remarque du côté de la sensibilité générale une sédation plus ou moins évidente, et qui est en rapport avec l'intensité des douleurs préexistantes. Cette sédation est partagée également par le système vaso-moteur, toujours intimement lié dans ses manifestations physiologiques à celles de la sensibilité générale. Les hyperémies capillaires s'effacent, et le pouls devient moins fréquent et moins fort. Il peut même survenir de la sueur, et le malade tombe dans un état d'affaissement et de langueur qui marque un amendement plus ou moins prononcé et plus ou moins durable dans les symptômes morbides.

Tel est l'ensemble des phénomènes observés dans les divers cas où M. Gubler a employé l'aconitine. Il est inutile de faire remarquer que le tableau que nous venons de tracer étant pour ainsi dire la *résultante* de ces observations, ne se trouvera jamais complet chez un même sujet: les traits varient suivant les caractères du mal, les circonstances de son développement et les conditions spéciales dans lesquelles les malades se trouvent placés.

Reprenons maintenant avec détail quelques-uns des symptômes énumérés ci-dessus.

Injectée dans le tissu cellulaire, la solution (représentant un tiers de milligramme à un milligramme d'aconitine) exerce une action irritante locale, et consécutivement une action sédative secondaire dans la région affectée de douleurs névralgiques et où l'injection a été faite. Aussi la solution d'aconitine ne doit-elle être injectée qu'en petite quantité à la fois, sauf à répéter l'observation plusieurs fois par jour s'il en est besoin. Car lorsque la solution est trop considérable, l'action irritante locale l'emporte sur l'action sédative, et aucun soulagement ne survient après une injection hypodermique un peu trop forte. Au reste, il en de même des autres médicaments que l'on injecte sous la peau, tels que l'atropine, etc. Celle-ci, en effet, a l'inconvénient, lorsqu'elle est absorbée en trop grande quantité dans le tissu cellulaire, de produire des effets toxiques nuisibles et inquiétants qu'il importe d'éviter.

Quant à l'action de l'aconitine sur les organes de la vision, M. Gubler n'a rien trouvé relativement à la sensibilité rétinienne. L'action sur l'iris est douteuse, et dans aucun cas il n'a remarqué que la pupille fût notablement agrandie. Si l'on doit admettre la possibilité d'une mydriase produite par l'aconitine à titre de phénomène sympathique des troubles digestifs, ou lorsque cet alcaloïde, administré à haute dose, détermine des accidents toxiques, cependant on ne trouve pas dans l'aconitine cette spécialité d'action qui caractérise la belladone ou ses dérivés. Dans ce dernier cas, l'action mydriatique est toute locale; elle arrive au moment de l'action de l'atropine, et n'est point, comme pour l'aconitine, un phénomène réflexe.

L'action diaphorétique et diurétique de l'aconit est également due à des actions réflexes. Ainsi, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'à la suite de l'administration de l'aconitine il se produit une sudation abondante, cela ne veut pas dire que l'action spéciale et nécessaire de l'aconitine consiste à exciter la sueur. Mais comme *l'action sédative* de l'aconitine active les douleurs et diminue l'hyperémie capillaire, on voit alors survenir des sueurs abondantes, phénomène critique et qui annonce une détente dans l'état inflammatoire et fébrile. Il en est de même pour la sécrétion urinaire. L'aconitine exciterait sans doute en partie les reins chargés de son élimination, mais elle accroîtrait la diurèse, si la rareté des urines tenait à une excessive hyperémie des reins.

L'aconitine agissant primitivement sur les extrémités périphériques des nerfs, a sur la sensibilité générale une influence rendue manifeste par les résultats obtenus dans plusieurs cas de névralgies douloureuses. Dans la plupart des cas, l'action sédative de l'aconitine est le fait d'une impression directe suivie d'action réflexe.

De ce que nous venons de dire, il résulte que l'aconitine exerce d'abord une action locale plus ou moins intense, et que l'action sédative qui survient consécutivement, soit sur les nerfs de sensibilité périphériques, soit sur les nerfs vaso-moteurs, peut être plus ou moins entravée par la prédominance de l'action première.

Ces propriétés irritantes de l'aconitine constituent un obstacle à son absorption, et tous les efforts du praticien relativement au mode d'administration de ce médicament, doivent tendre à diminuer cette action irritante locale.

Plusieurs moyens se présentent pour obtenir ce résultat: Mettre une très-petite quantité d'aconitine à la fois en contact avec la muqueuse stomacale. — Engourdir la sensibilité de cette muqueuse ou corriger l'action trop irritante du médicament: il y a quelque chose à tenter dans cette voie, en prenant l'observation clinique pour guide; mais il faudrait se garder de mêler l'aconitine à des substances qui, en dissimulant son âcreté, pourraient en masquer les propriétés ou même les détruire, en l'altérant chimiquement.

En résumé, l'aconitine exerce une action sédative puissante sur les névralgies congestives ou plutôt sur celles de ces névralgies qu'il conviendrait de ranger sous le nom d'*acrodyniques.* On peut également employer l'aconitine dans certaines névrites symptomatiques de névralgies visuelles, et dans les affections rhumatismales douloureuses et inflammatoires.

M. Gubler, concluant du résultat de ses expériences, engage les praticiens à essayer l'aconitine contre une névrose excessivement grave, l'angine de poitrine. Raisonnant par induction, d'après les résultats cliniques et les expériences sur les animaux, il regarde l'aconitine comme appelée à rendre dans ce cas de très-grands services.

De la cautérisation avec le nitrate d'argent dans les piqûres anatomiques.

Nous recevons une lettre de M. le docteur Bole (de Castel-Sarrazin) sur les bons effets de la cautérisation au nitrate d'argent dans les piqûres anatomiques. Il invoque l'expérience de Lallemand (de Montpellier) et les exemples qu'il a vu passer sous ses yeux.

Comme l'auteur le fait remarquer avec justesse, on ne saurait trop approfondir la question, et il n'est pas inutile de discuter la valeur des cautérisations au nitrate d'argent.

Nous avons dit dans notre dernière *Revue clinique* que c'était un mauvais moyen, et voici les raisons qui ont engagé à formuler à Paris cette opinion. Plusieurs cas de mort ont eu lieu malgré les cautérisations; Provent, interne des hôpitaux, Dumay, professeur particulier de médecine opératoire, avaient eu recours à ce moyen, qui leur avait donné une sécurité trompeuse; puis il est impossible qu'une cautérisation qui doit être énergique pour être suffisante, ne soit pas une cause d'inflammation surajoutée à la piqûre anatomique.

M. Bole invoque les analogies, la nécessité des cautérisations dans les plaies virulentes comme dans les plaies par morsure de vipère et par morsure de chien enragé. En principe, il a raison. Mais si l'on considère que dans la majorité des cas les accidents des piqûres anatomiques débutent par une inflammation locale, on saisit une différence. Dans les plaies envenimées, le venin a une action telle qu'il faut détruire les parties qu'il a touchées. Peut-être nous rappellera-t-on que pour prévenir l'infection purulente, Bonnet (de Lyon) a proposé la cautérisation des plaies récentes soit avec le fer rouge, soit avec la pâte au chlorure de zinc. Mais il faut savoir que les piqûres anatomiques irrégulières, qui ont lieu autour des ongles ou à leur racine, et qui sont en général les plus dangereuses, se prêtent mal à une cautérisation, tandis qu'avec un liquide on est sûr de toucher tous les points de la surface de la plaie.

Or, l'expérience a démontré que les alcooliques, le chlorure de chaux, l'ammoniaque en solution, sont des agents capables de neutraliser l'influence délétère des matières organiques, élément septique ordinaire des virus, et que les caustiques agissent de la même façon.

On a dit aussi que ces derniers oblitéraient les vaisseaux. Cela est vrai pour les capillaires, mais en est-il de même pour les lymphatiques?

Devant une hypothèse probable, plus que certaine, ne vaut-il pas mieux chercher d'abord à neutraliser le virus, et pour cela n'est-il pas préférable de se servir des agents tels que l'alcool, les chlorures et les alcalis, dont l'action est démontrée, plutôt que des caustiques dont l'action est évidemment plus lente?

Syphilis infantile communiquée par la mère, atteinte de syphilis au quatrième mois de la grossesse.

Les faits de syphilis communiquée par la mère infectée dans le cours d'une grossesse ont jusqu'ici prêté à deux interprétations. En principe, l'on admet que les maladies diathésiques, au même titre que les fièvres éruptives, peuvent être transmises au fœtus par l'intermédiaire du sang; et en application, M. Cullerier croit que l'infection de l'enfant peut se produire à tous les âges de la vie fœtale et à toutes les périodes de la maladie de la mère. Bertin, Abernethy, MM. Ricord, Natalis Guillot et Boys de Loury ont professé que pendant les derniers mois de la grossesse la syphilis constitutionnelle chez la mère ne contaminait pas ordinairement le fœtus.

M. Diday, résumant les auteurs précédents et fournissant les preuves à l'appui (1), a dit : La syphilis contractée par la mère, soit avant la quatrième semaine, soit après le septième mois révolu, n'a jamais été une cause d'infection pour le fœtus.

Cette règle est sans doute sujette à quelques exceptions. Il se joint sans doute quelques circonstances favorables à la transmission de l'infection; mais il ne faudrait pas admettre la proposition absolue d'un mémoire qui a été couronné au concours de Bruxelles, que jamais la syphilis contractée par la mère pendant la grossesse ne saurait être communiquée au fœtus (2). Trop de faits démontrent le contraire. Et voici un fait emprunté aux *Bulletins de la Société anatomique* qui semble donner raison à la proposition de M. Diday, puisque c'est vers le quatrième mois que la syphilis a été gagnée par la mère.

M..., âgée de seize ans et demi, était entrée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Fremy, le 20 novembre, racontant sur ses antécédents les détails qui suivent :

Née de parents bien portants, elle avait toujours été en bonne santé. Elle avait été réglée à l'âge de dix ans; les règles s'étaient établies sans occasionner de douleurs, et depuis elles étaient revenues tous les mois sans accidents.

Au mois de mars de l'année suivante, elle avait fait la connaissance d'un homme, et à partir de ce moment les règles avaient cessé; peu après étaient survenues des douleurs, des vomissements et le gonflement des mamelles, qui avaient fait supposer à cette femme qu'elle était enceinte. Puis la santé était revenue. Au bout de trois mois, l'homme avec lequel elle avait vécu, voyant qu'elle était réellement enceinte, l'abandonna. Pendant tout le temps qu'elle avait été avec lui, elle n'avait pas été malade.

Vers la fin de juin, se trouvant sans ressources, M... avait fait la connaissance d'un autre individu. Au bout d'un mois, vers le 20 juillet, elle s'était aperçue qu'elle portait sur les parties génitales de petits boutons s'accompagnant de démangeaisons vives et d'un écoulement jaunâtre abondant; elle n'avait fait aucun traitement, et s'était borné seulement à des soins de propreté. Au bout d'un mois et demi, elle voyait apparaître sur son corps de petites taches d'un rouge sombre qui ne lui occasionnaient aucune démangeaison; en même temps, elle avait éprouvé un léger mal de gorge.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, il existait sur tout le corps une éruption de taches cuivrées, en un mot, une roséole; puis une légère rougeur du voile du palais, et des ganglions sous-occipitaux légèrement tuméfiés. On trouvait sur les grandes lèvres plusieurs plaques muqueuses excoriées. La malade a été soumise au traitement par le proto-iodure de mercure.

Le 20 novembre, la malade est accouchée d'une petite fille. Cette enfant, très-chétive, présentait tous les caractères d'une constitution cachectique. On ne trouvait sur la surface du corps aucune éruption, aucun caractère rappelant la syphilis infantile. L'enfant a succombé au bout de deux jours.

A l'autopsie, on a trouvé des lésions dans le poumon et dans le foie. Le poumon droit présentait sur la face supérieure du lobe inferieur, au bord tranchant du lobe supérieur, de petites masses arrondies, jaunâtres; à la coupe, les mêmes corps formaient des îlots, dont les plus volumineux étaient ramollis à leur centre et entourés par une coque un peu résistante.

A l'examen microscopique, fait par M. Cornil, des alvéoles pulmonaires ont été trouvés séparés par des cloisons fibrineuses épaissies, et offraient une prolifération ou infiltration de noyaux de tissu cellulaire, ou de cytoblastions, décrits par M. Robin, comme on les trouve dans les produits pathologiques qui sont sous la dépendance de la syphilis, tels que le chancre induré et les gommes non ulcérées.

Le foie était un peu plus dur que le foie normal du fœtus, sur sa surface, et à la coupe on distinguait de petits points jaunâtres qui étaient constitués par des éléments de tissu cellulaire en voie de développement, tissu embryoplastique de M. Robin. Mais cet état, si significatif chez l'adulte, ne semblait pas devoir être considéré chez l'enfant comme une altération type de syphilis du foie. Les altérations du poumon, qui pourraient être envisagées comme une pneumonie interstitielle suraiguë, ont plus d'analogie avec les gommes du poumon que l'on rencontre souvent chez des enfants atteints simultanément de syphilides cutanées.

Il est incontestable que dans ce cas il y a une lésion viscérale en rapport avec la syphilis; mais, comme nous le disions plus haut, tout en accusant la diathèse syphilitique maternelle de la maladie et de la mort de l'enfant, le genre de vie irrégulier de la mère, que l'on peut soupçonner d'après le peu qu'en disent les antécédents, n'a-t-il pas favorisé la transmission de la syphilis que le traitement mercuriel a peut-être arrêté, en continuant d'altérer la santé de la mère en même temps que celle de l'enfant ?

(1) Diday, *Traité de la syphilis des nouveau-nés.*

(2) Mandron, *Journal de Bruxelles.*

HOPITAL DE RENNES. — M. Aubry.

Luxation de la cuisse ilio-pubienne.

(Observation recueillie par M. L. Chesnais, interne du service.)

Julien L..., soixante-neuf ans, journalier, regagnait son domicile le 14 décembre 1863, par une soirée obscure, lorsqu'il glissa et tomba dans un ravin, d'une hauteur de trois ou quatre mètres; il essaye en vain de se relever, et reste pendant toute la nuit privé de secours et exposé au froid et à l'humidité.

Le lendemain, un officier de santé ayant reconnu une luxation de la cuisse gauche, pratiqua des manœuvres de réduction sur lesquelles nous n'avons pas de détails, mais qui ne furent suivies d'aucun résultat.

Le blessé est transporté à l'Hôtel-Dieu de Rennes, service de clinique externe; le 18 et le 19 au matin, on procède à l'examen.

Tout d'abord l'altération des traits attire l'attention; la physionomie semble indiquer quelque maladie viscérale sérieuse, et cette remarque est consignée dans l'observation. Douleur vive dans l'aine gauche, impossibilité des mouvements spontanés dans le membre abdominal du même côté; quant aux mouvements communiqués, ils sont très-bornés, surtout ceux de flexion et d'abduction. Quand on porte la cuisse dans ces directions, on obtient des mouvements de totalité du bassin, et non un déplacement du fémur sur l'os coxal; le mouvement le plus facile est celui d'adduction. Ces manœuvres paraissent très-douloureuses.

Le membre pelvien gauche est dans la rotation en dehors; le talon de ce côté regarde le bord interne du pied droit; le membre est dans la rectitude, exempt d'abduction; il y a un léger raccourcissement apparent à la vue; la mensuration faite alternativement à droite et à gauche, en plaçant les deux membres au même degré d'inclinaison sur le bassin, donne à plusieurs reprises et plusieurs jours de suite une différence de 10 à 15 millimètres en moins pour le côté malade.

La cuisse gauche paraît élargie dans sa partie supérieure; vers la partie externe de l'aine, on distingue à la vue et au toucher une tumeur qu'à sa consistance et à sa forme, et aux mouvements qu'on lui imprime, il est facile de reconnaître pour la tête du fémur; tout d'abord on est frappé de ce fait que dans ce cas particulier la tête est située plus en dehors que dans les luxations ilio-pubiennes ordinaires; c'est du moins ce que M. Aubry peut constater en comparant ce fait à trois autres qu'il lui a été donné d'observer.

Voici du reste quelques points de repère propres à préciser plus exactement la situation de la tête fémorale :

Une ligne menée du milieu de la base de la verge à l'épine iliaque antérieure et supérieure passe au niveau de la partie supérieure de la tumeur. L'artère crurale bat à 2 centimètres en dedans de sa limite interne. Si de l'épine iliaque antérieure et supérieure on abaisse une ligne verticale (le sujet étant supposé debout), cette ligne passe juste en dehors de la tumeur. Enfin du centre de la tumeur, obliquement en haut et en dehors, à l'épine iliaque antérieure et supérieure, il existe 7 centimètres; du même point à l'épine du pubis, 10 centimètres. Le grand trochanter, porté en arrière, est à 6 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le pli de la fesse gauche est un peu effacé et plus élevé qu'à l'état normal.

Langue très-sèche et râpeuse, soif intense, pas d'appétit, constipation; émission facile des urines; pouls petit, très-irrégulier, impossible à compter. L'auscultation du cœur fait reconnaître que les pulsations sont fortes, tumultueuses; mais il n'y a pas de bruits anormaux. Il existe de la toux, un peu d'oppression; pas d'expectoration sanguinolente, seulement quelques râles sonores et sous-crépitants. Rien d'anormal du côté des fonctions de relation.

En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic suivant : Luxation en haut et en avant (ilio-pubienne), dans laquelle la tête du fémur est plus en dehors qu'elle ne l'est ordinairement.

Vu l'état général du sujet, on croit devoir s'abstenir de tentatives de réduction.

Le 20 décembre, une pneumonie se déclare et le malade succombe le 30.

A l'autopsie, vingt-quatre heures après la mort, on trouve :

Hépatisation rouge dans les lobes moyens et inférieurs du côté droit; même altération à gauche dans le lobe inférieur, avec quelques points en suppuration.

Le péricarde est tapissé de fausses membranes qui ne sont pas très-anciennes.

Les parties qu'il importait de conserver étant enlevées, on les soumet à une dissection attentive, et quelques jours après on a pu s'assurer que la tête du fémur était réellement luxée, que la luxation était complète, et qu'elle a lieu plus en dehors que dans les faits ordinaires; c'est ce qui ressort des détails qui vont suivre. Quoique la luxation ne date que de seize jours, déjà la tête s'est creusé une sorte de cavité de réception située au-devant du bord antérieur de l'os coxal, sur la gouttière de passage du psoas. Le bord antérieur de l'os coxal est comme tordu, refoulé en dehors par suite d'une fracture oblique qui, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, vient aboutir derrière la cavité cotyloïde; l'épine iliaque antérieure et inférieure est surtout déjetée en arrière et semble avoir cédé sa place à la tête fémorale. Celle-ci est entièrement sortie de la cavité, et si quelques points de sa surface diarthrodiale touchent encore le bourrelet cotyloïdien, ce ne serait tout au plus que par le point de jonction du cartilage avec le col.

Le fémur a éprouvé un mouvement de rotation en dehors par suite duquel la portion de tête qui présente la dépression destinée au ligament rond est dirigée en avant et en dedans, et le grand trochanter en arrière. Celui-ci est en regard de la cavité cotyloïde vers sa partie supérieure et postérieure. La tête fémorale est immédiatement derrière le psoas, qui la recouvre en totalité; ce muscle est étalé, aplati sur la tête du fémur, contrairement à ce que nous relatons dans les deux autres cas; les vaisseaux cruraux ne paraissent point devant cette éminence, et le centre de l'artère est à 2 centimètres du côté interne. Les mesures prises pour établir les rapports du centre de la tête de l'os, soit avec l'épine du pubis, soit avec l'épine iliaque antérieure et supérieure, sont les mêmes que celles prises sur le vivant. La capsule est largement déchirée dans sa partie antérieure et supérieure, elle adhère au psoas; la partie postérieure est intacte et sépare le grand trochanter de la cavité cotyloïde; celle-ci est remplie de caillots sanguins au milieu desquels on reconnaît distinctement le ligament rond, qui a été arraché au ras de la tête fémorale, mais qui a conservé son attache cotyloïdienne. Le muscle psoas est infiltré de sang.

A l'occasion de cette observation, M. Aubry a rappelé à ses élèves les quatre faits de luxation ilio-pubienne qu'il lui a été donné d'observer. D'abord un premier fait non suivi d'autopsie, publié dans les *Archives de médecine*, qui avait été diagnostiqué luxation ilio-pubienne incomplète, et qui avait été l'occasion de critiques de la part de M. Malgaigne. (Voir *Revue médico-chirurgicale*, mars et juillet 1847);

Puis une pièce préparée, soumise en 1853 à la Société de chirurgie de Paris, la première pièce de ce genre de luxation connue et où la luxation semblait incomplète.

Enfin, une pièce anatomique recueillie chez un malade atteint autrefois de luxation non réduite, à cause de la coïncidence d'une fracture. Voici ce qui avait été trouvé, indépendamment d'une pneumonie et d'un calcul vésical composé de phosphate de chaux.

La préparation faite avec beaucoup de soin démontrait les lésions suivantes :

La tête du fémur est sur l'éminence iléo-pectinée, par conséquent sur le pubis, derrière les vaisseaux fémoraux; une production osseuse de nouvelle formation protége la tête en haut et en arrière, et forme une demi-cavité cotyloïde à la limite de la fosse iliaque. Des brides fibreuses fixent la tête à cette cavité nouvelle, comme reproduction du ligament rond. Le col du fémur est en contact par sa partie postérieure avec le pubis, et le grand trochanter est enclavé dans la cavité cotyloïde ancienne, agrandie en surface, amoindrie en profondeur, et en partie obstruée par du tissu fibreux. La tête fémorale est située au-dessous du ligament de Fallope qu'elle soulève, et regarde en avant; elle présente sur sa face interne un sillon déterminé par l'artère crurale. Le fémur se dirige en bas et en dedans, *dans l'adduction*. Un peu de cartilage existe encore dans la partie de la tête qui est en contact avec la production osseuse nouvelle.

ANESTHÉSIE

sans sommeil et avec conservation entière de la connaissance, obtenue par l'opium administré à dose progressive et sans l'aide du chloroforme.

Par M. le Dr Taule (d'Annecy), médecin au 96e de ligne.

Ayant lu dans le numéro 145 (jeudi 10 décembre 1863) de la *Gazette des Hôpitaux* un article intitulé : *Prolongation de l'anesthésie pendant plusieurs heures, par l'application sous-épidermique de substances narcotiques*, article où il est dit que M. le professeur Nüsbaum, ayant à opérer un carcinome de la région sous-claviculaire, obtint cet heureux effet (d'anesthésie prolongée) en injectant une solution de cinq centigrammes d'acétate de morphine, par la méthode sous-cutanée, pendant que l'opéré était encore sous le coup ou l'influence de la chloroformisation; ayant lu, dis-je, cet article, je n'ai pu, tant dans l'intérêt des opérateurs que dans celui d'une certaine catégorie de malades à opérer, résister plus longtemps au désir comprimé de mettre au jour une observation très-curieuse et peut-être l'unique dans son genre, d'anesthésie procurée par l'administration seule de l'extrait d'opium; cette anesthésie narcotique, au lieu de plonger le malade dans un sommeil tranquille de huit ou de douze heures, comme dans les cas de M. Nüsbaum, ayant laissé l'opéré éveillé et aussi insensible à la douleur que tranquille pendant les quinze minutes au moins qu'a duré l'opération.

En 1838, à l'hôpital militaire de Douéra, près d'Alger, un Arabe très-robuste, au teint brun, de vingt-cinq à trente ans, qui ne paraissait pas d'un tempérament lymphatique, venait pour se faire débarrasser d'un énorme éléphantiasis du scrotum, tumeur qui avait bien le volume à peu près d'une tête moyenne d'adulte.

Dès que M. Scrive vit cette énorme tumeur éléphantiasique, il dit à l'Arabe qu'il n'y avait pas d'autre moyen de le débarrasser de cette infirmité qu'en lui faisant une opération. L'Arabe, très-intelligent, lui répondit que pour le préparer à supporter sans souffrance cette opération sanglante, il désirait qu'on lui donnât du hachisch, en allant chaque jour en augmentant un peu la dose, jusqu'à ce que pour lui le jour fût venu de se sentir suffisamment émoussé dans sa sensibilité. M. Scrive y consentit, et, au lieu de hachisch, il lui administra de l'opium en pilules ordinaires de cinq centigrammes, en commençant par une le premier jour, en donnant deux le second et augmentant ainsi d'une par jour jusqu'au dixième inclus, où le matin furent prises dix pilules ou cinquante centigrammes. En additionnant toutes ces doses journalières, on trouve que le malade avait pris 2 grammes 70 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, et que le dernier jour il en avait pris un demi-gramme.

Les dernières pilules ayant été prises de bon matin et ayant déjà produit leur effet avant l'heure de la visite, le malade, quand M. Scrive lui demanda quel jour il serait prêt, répondit tranquillement et résolûment qu'il l'était pour le jour même, promettant de ne pas bouger pendant l'opération.

A midi, quand il vit qu'on se disposait à vouloir lui tenir les mains et les bras pour le rendre immobile pendant l'opération, il dit qu'on n'avait pas besoin de le tenir, qu'il était sûr de lui, et qu'il ne bougerait pas plus qu'un marbre. N'étant pas tout à fait rassuré sur le résultat de ses promesses, on s'apprêta à lui maintenir les mains au moindre mouvement involontaire occasionné par la souffrance, mais ces précautions devinrent inutiles. En effet, pendant tout le temps que mit M. Scrive à disséquer sur le milieu du scrotum un lambeau ellipsoïde d'environ cinq ou six centimètres dans sa plus grande lar-

geur, et partant de la racine de la verge jusqu'à la base des bourses, le malade ne donna aucun signe de souffrance. Il fumait sa cigarette tranquillement, causait et répondait lucidement aux questions qu'on lui adressait.

Pendant l'opération, qui a divisé la tunique vaginale et qui a mis les testicules à nu, lorsqu'on lui demanda si cela lui faisait mal, il dit que non et qu'il lui semblait seulement qu'on lui grattait ou qu'on lui sciait avec un couteau de bois mal aiguisé la partie opérée. L'opération terminée, on appliqua quelques points de suture à points séparés, et on acheva le pansement avec un linge fenêtré enduit de cérat, un plumasseau de charpie, etc.

Quelques jours après, on enleva la suture, et quinze jours au plus après l'opération, notre inventeur sans le savoir de l'anesthésie narcotique sans l'aide du chloroforme, quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Qui sait si M. Nüsbaum, en augmentant progressivement pour ses injections sous-cutanées, la dose de l'acétate de morphine, n'en serait pas ainsi arrivé à l'anesthésie, sans avoir besoin en plus du chloroforme?

Cette observation, qui vient à l'appui des considérations présentées à l'Académie des sciences par M. Baudelocque (n° 147, mardi 15 décembre 1863, de la *Gazette des Hôpitaux*), sur l'emploi des anesthésiques usités et sur l'emploi d'autres agents capables d'endormir la sensibilité sans s'exposer aux dangers de l'éther et du chloroforme, ferait pencher vers cette opinion.

L'anesthésie par les seuls narcotiques administrés à dose progressive, si on en juge par l'observation qui precède, est appelée peut-être à rendre dans certains cas non pressants de grands services.

CLINIQUE DE VICHY.

M. Durand (de Lunel), médecin en chef de l'hôpital thermal militaire (1).

Il y a deux hommes dans l'honorable médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy, le théoricien et le clinicien; ces deux hommes opèrent à part, ayant chacun leur méthode, sans que l'un influe sur l'autre et le fasse dévier de sa ligne, sans que la méthode d'induction bardie, de l'hypothèse, si l'on veut, qui est l'âme des systèmes, empêche latéralement l'autre, la méthode d'observation, l'expérience, de suivre laborieusement, prudemment son chemin. Lorsque le résultat de l'expérience vient donner raison à des vues théoriques de M. Durand, c'est-à-dire lorsque nos deux hommes sont d'accord, peuvent se donner la main, se rendre témoignage, ils le font avec joie, mais avec calme, profitant de l'occasion sans doute, mais ne la contraignant et surtout ne l'inventant jamais : force rare, qui vient tout à la fois de la puissance de la volonté et de la droiture du caractère, vertu à laquelle rendra justice quiconque a suivi d'un peu près les travaux de M. Durand.

Nous avons plus d'une fois, dans cette feuille, jugé le savant théoricien, l'auteur de *L'action nerveuse;* du *Mémoire sur les alternatives quotidiennes d'augmentation et de diminution du volume des rates engorgées pendant les fièvres d'accès;* de la *Nouvelle théorie physique;* de la *Théorie électrique du froid et de la chaleur;* du *Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes*, etc. Aujourd'hui, c'est au clinicien, à l'auteur d'une très-bonne brochure sur *Les incidents du traitement thermo-minéral de Vichy*, que nous voulons payer notre tribut d'éloges.

Donc, la nouvelle brochure est essentiellement pratique. Si les faits satisfont aux vues théoriques de notre confrère, il ne s'en prévaut pas pour le moment. Quel est le but de son travail? Nous l'allons dire en peu de mots, et afin seulement d'attirer l'attention sur le résultat, digne d'être médité, d'observations nombreuses et aussi sur des commentaires excellents. — Par anticipation, accordons ce premier mérite extrinsèque à la publication de M. Durand, d'être opportune. Les conseils précieux, en effet, que renferme l'opuscule, prennent leur point d'appui sur des faits desquels il résulte : qu'entre les prôneurs exagérés de Vichy et ses détracteurs non moins excessifs, il y a (comme toujours en pareille occurrence) à prendre un parti moyen, et qu'ainsi, si l'on veut le trouver, il faut se placer à un point de vue expérimental assez élevé pour que certaines oppositions disparaissent sous le regard et dans la pratique. — Le discord des médecins spéciaux et le trouble qu'il a produit dans l'opinion des médecins ordinaires, trouble qui se traduit dans leurs ordonnances relatives à l'usage de Vichy non moins que dans les habitudes thermales de la clientèle, augmentent de beaucoup, à coup sûr, et l'intérêt qui s'attache aux recherches de M. Durand et leur utilité.

Le motif principal desdites recherches est le suivant : les eaux de Vichy sont énergiques; prémunissons les malades contre l'abus qu'ils en font d'ordinaire, et signalons avec soin les *incidents* nombreux du traitement thermal. Point de faus e sécurité, prudence constante dans l'usage; point de crainte puérile ou exagérée, et persévérance bien dirigée, en dépit de quelques incidents, accidents, ou douleurs, ou mécomptes. — Mais d'où provient le désaccord des praticiens de Vichy? De cela surtout qu'ils ne se préoccupent pas assez, dans leur formule thérapeutique, de la triple action des eaux que M. Durand cherche à connaître, à analyser, à pénétrer dans ses plus petits détails. Quelle est-elle?

1° Une action primitive excitante;

2° Une action secondaire dissolvante et résolutive;

3° Une action ultérieure, plus éloignée, *tonique*.

Il est trop clair que des indications très-nombreuses, selon les cas également très-nombreux, découlent de ces différentes considérations; qu'enfin, l'habileté consiste à éviter que chacune en particulier puisse produire des effets fâcheux, et que la résultante de toutes, sagement utilisées et compensées, puisse être la guérison du malade. Question de fine expérience, une fois que l'observation clinique a fait son œuvre, c'est-à-dire de tact médical.

Aujourd'hui, nous dit M. Durand, que l'usage des eaux est devenu un divertissement, que les errements des eaux faibles se sont transportés aux eaux fortes, il est temps, dans l'intérêt des malades, de leur exposer quelques vérités salutaires, entre autres celle-ci : à Vichy, comme à Baréges, comme à Bourbonne, comme dans toutes les stations d'eaux héroïques, plus du tiers, près de la moitié des malades subissent des épreuves. — Quelles épreuves? Quelle en est l'importance? Quels en sont les dangers et les avantages? Peut-on les éviter? Faut-il toujours et toutes les éviter? Quel parti le médecin peut-il en tirer? Comment se présentent elles, comment se modifient-elles, que deviennent-elles; cela, selon les individus, les tempéraments, les âges, les sexes, les maladies, les saisons, l'atmosphère et autres circonstances? — On comprend, sur ce, les problèmes délicats et nombreux qu'un observateur tel que l'honorable médecin en chef de Vichy a pu poser et résoudre.

Nous appelons toute l'attention de nos confrères et des habitués de Vichy sur cette brochure substantielle et claire, qu'ils consulteront avec fruit. P. Garreau.

(1) Brochure in-8°; à Paris, chez Savy, éditeur.

ANGINE COUENNEUSE ET CROUP.

Médication alcaline du docteur Volquarts (d'Altona).

Aucune médication n'a mieux réussi — entre les mains du docteur Volquarts — que l'administration des sels à base de soude et de potasse pour arrêter la formation des fausses membranes et favoriser la disparition de celles-ci quand leur développement n'avait pas été empêché.

La première indication est remplie par l'emploi d'une potion contenant un mélange à parties égales de bicarbonate et de nitrate de soude.

La potion pour un enfant d'un an à trois ans est composée ainsi :

Bicarbonate de soude.	} ãã	5 décigrammes.
Nitrate de soude.		
Gomme arabique.		4 grammes.
Eau.		225 —

A prendre par cuillerée à café toutes les heures.

Pour un enfant de trois à cinq ans, le mélange alcalin est de 4 grammes pour 225 grammes d'eau et 4 grammes de gomme, à prendre toutes les heures par cuillerée à dessert.

Enfin, chez les adultes, la quantité des sels de soude réunis est de 7 à 8 grammes, et celle de la gomme de 15 grammes pour 225 grammes d'eau, à prendre toutes les heures par cuillerée à bouche.

C'est un gargarisme ou un collutoire qui répond à la seconde indication.

Si le malade sait se gargariser, le docteur Volquarts prescrit :

Chlorate de potasse.	12 grammes.
Eau.	160 —
Gomme arabique.	32 —

Cette mixture doit être dissoute complétement dans 160 grammes d'eau bouillante et employée tiède toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Si c'est un enfant, ce gargarisme est remplacé par une préparation sirupeuse formulée ainsi :

Chlorate de potasse.		1 à 3 grammes.
Eau distillée.	} ãã	20 —
Sirop d'althæa.		

dont l'enfant lèche une cuillerée à thé toutes les demi-heures.

Quand les amygdales sont très-gonflées, le docteur allemand fait insuffler toutes les trois heures avec un tuyau de plume, jusqu'à l'affaissement des tonsilles, un mélange de :

Alun.	4 grammes.
Safran.	1 —

Ces insufflations provoquent des vomissements dont l'effet est généralement avantageux. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 juin 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. — Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*.

A propos de la correspondance :

M. Legouest. Dans la dernière séance consacrée à l'examen du fait rapporté par M. Azam, la Société a reçu, par une singulière et heureuse coïncidence, une brochure de M. le docteur Gherini (de Milan), membre correspondant étranger, intitulée : *De la cure chirurgicale des névralgies*. Ce travail nous ayant été remis en séance par M. Larrey, n'a pu être analysé immédiatement : je crois devoir vous en rendre compte aujourd'hui, en raison de l'intérêt d'actualité qu'il présente.

M. Gherini divise les névralgies en névralgies *anormales*, c'est-à-dire provenant de causes locales, et en névralgies *essentielles*. Les premières cèdent habituellement aux sections ou aux résections des nerfs; les secondes résistent généralement à ces opérations. A l'appui de cette opinion, l'auteur relate un certain nombre d'observations concluantes; les voici en résumé :

1° Névralgies de cause locale.

Ire. Névralgie sous-orbitaire due à l'impression du froid. — La section du nerf fait cesser immédiatement les douleurs. — Récidive un mois après l'opération. — Disparition graduelle et spontanée des douleurs dans l'espace d'un an.

IIe, IIIe, IVe et Ve. Névroses situées à la jambe. — Ablation de tumeurs suivie de guérison immédiate et définitive.

VIe. Amputation de la jambe pour cause traumatique. — Douleur développée dans le moignon depuis quatre mois et ayant son point de départ dans la cicatrice. — Destruction de la cicatrice par la potasse caustique. — Section sous-cutanée du nerf tibial antérieur. — Guérison.

VIIe. Névralgie de la plante des pieds, de la jambe et de la cuisse; contractions tétaniques des muscles de la face, deux ans après l'ablation d'un orteil. — Nouvelle opération emportant la cicatrice et la tête du métatarsien. — Guérison.

VIIIe. Névralgie avec exacerbations reparaissant toutes les deux ou trois minutes, siégeant dans l'œil, la lèvre et le nez du côté droit, consécutive à une plaie contuse du front. — Section du nerf sus-orbitaire. — Guérison.

IXe. Névralgie sus-orbitaire consécutive à une plaie de la région du sourcil, datant de deux ans. — La malade ne veut pas se soumettre à l'opération proposée par le chirurgien, avec la conviction de guérir la névralgie.

2° Névralgies essentielles.

Ire. Névralgie du nerf dentaire inférieur. — Cautérisation au fer rouge. — Guérison pendant un an. — Retour des accidents. — Résection du nerf. — Guérison partielle.

IIe. Névralgie temporo-frontale. — Section du nerf sus-orbitaire, — Soulagement momentané. — Récidive.

IIIe. Névralgie faciale gauche. — Section des nerfs sus et sous-orbitaires. — Soulagement pendant trois mois. — Récidive.

IVe. Carie de la phalange unguéale du gros orteil consécutive à une application de potasse caustique pour un ongle incarné. — Névralgie de l'articulation métatarso-phalangienne. — Désarticulation de l'orteil. — Névralgie du moignon. — Amputation du métatarsien. — Soulagement, puis retour des accidents sous la forme d'une névralgie fémoro-tibiale.

M. Gherini crut devoir se borner là dans la poursuite de la névralgie, ne voulant pas imiter Mayor, de Lausanne, qui amputa la cuisse pour une névralgie poplitée, fit une seconde amputation cinq pouces plus haut quelques mois après la première, réséqua un pouce et demi du nerf sciatique deux mois après, enfin désarticula la hanche pour arriver à la guérison. Tyrrel et Bransby Cooper, dans deux cas de névralgie brachiale, amputèrent l'avant-bras, puis le bras, et enfin firent la désarticulation scapulo-humérale. Marshall-Hall cite un cas où le pouce fut désarticulé pour une névralgie consécutive à la ligature de l'artère radiale; la main fut enlevée ensuite, puis le bras amputé et enfin désarticulé.

Ve. Névralgie dorsale de la main droite datant de quinze mois. — Amputation de l'avant-bras au tiers inférieur. — Névralgie du moignon. — Résection de 4 centimètres du nerf radial. — Soulagement momentané, puis récidive. — La malade meurt folle.

VIe. Névralgie de la plante du pied gauche datant de huit ans; douleurs s'irradiant jusqu'à la cuisse. — Cautérisation de la plante du pied avec le fer rouge. — Spasmes tétanoïdes de la plupart des muscles du corps. — Rétraction consécutive rendant la malade horriblement infirme et difforme.

VIIe. Douleur névralgique du bras consécutive à une piqûre de l'éminence hypothénar. — Dix mois d'invasion. — Abandonnée à elle-même par le chirurgien dans la crainte d'exagérer le mal ou de le voir récidiver.

Dans ces derniers cas, M. Gherini repousse toute intervention chirurgicale, et conseille de s'en tenir aux moyens externes ou internes généralement employés et à l'application de l'électricité. D'accord avec le plus grand nombre des chirurgiens, il reconnaît que ces moyens restent généralement sans succès, et que les névralgies dont il s'agit ne guérissent pas, mais s'usent, et disparaissent quelquefois spontanément après un temps plus ou moins long.

Plusieurs de ces observations sont analogues à celle dont nous a entretenus M. Azam. C'est pourquoi j'ai pensé que la Société en écouterait avec intérêt la rapide exposition.

— M. Houel, à propos du procès-verbal, lit la note suivante :

Dans la dernière séance, à l'occasion du fait de M. Azam, relatif à la névralgie du moignon chez les amputés, j'ai produit dans la discussion un cas de résection du nerf médian au bras dans une étendue de 2 à 3 centimètres, avec rétablissement de l'influx nerveux dans un bref délai. Ce fait, dû à M. le professeur Nélaton, qui avait bien voulu m'en rendre témoin, a été révoqué en doute par M. Verneuil, parce qu'il était contraire aux résultats connus de la physiologie expérimentale.

M. Verneuil crut à une erreur de ma part, et il me porta un défi de lui produire un seul fait de ce genre appuyé sur une observation authentique, détaillée, précise, en un mot sérieuse.

J'avais promis à la Société de faire tous mes efforts pour retrouver l'observation et la malade; je tiens aujourd'hui ma promesse, et je demande à la Société la permission de lire l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. Horteloup; j'espère, si je ne puis convaincre M. Verneuil, que la Société verra que je ne lui en ai point imposé, et que quelquefois la pathologie peut être en désaccord avec la physiologie. Quant à la malade, je ne puis la présenter ici, mais je l'ai vue hier, et j'offre de la faire voir à notre président et aux membres de la Société qui m'en témoigneraient le désir.

Voici l'observation :

Le 24 avril 1863, M. Nélaton enleva un névrome qui siégeait à la partie interne et supérieure du bras gauche. La malade était une jeune femme de vingt-quatre ans; elle donne peu de renseignements sur les débuts de la maladie, mais dans les derniers temps, une pression même très-légère suffisait pour développer des crises nerveuses avec douleurs très-vives dans le médius, l'index et le pouce. L'opération fut pratiquée en présence de M. le docteur Royer, médecin de la malade, et de MM. le docteur Saurel et Horteloup, interne.

M. Nélaton fit saillir la tumeur en la pinçant entre deux doigts, sous la peau qu'il incisa dans une étendue de 5 à 6 centimètres; la

dissection fut faite très-minutieusement, et le tronc nerveux situé au-dessus et au-dessous du névrome fut mis exactement à nu. Ce temps de l'opération exécuté, M. Nélaton fit saisir avec une pince le tronc nerveux au-dessous de la tumeur, puis il sectionna entre la pince et le névrome. Avant de couper le nerf à sa partie supérieure, un fil d'argent fut passé dans le bout inférieur, afin de l'empêcher de fuir et de se cacher au fond de l'incision. Puis on détacha le névrome du bout supérieur en employant les mêmes précautions. Le fil passé dans le bout inférieur sortait par la surface de section du nerf; M. Nélaton reprit ce fil et le fit passer dans le tronçon supérieur, en ayant soin de le faire pénétrer par la surface de section. Un second fil d'argent fut introduit de la même façon. De cette manière les deux extrémités nerveuses se trouvèrent réunies par deux anses métalliques que l'on put serrer jusqu'à ce que les deux surfaces de section fussent au contact. Ce temps de l'opération fut fait lentement et demanda de grandes précautions; le contact obtenu, on le maintint en passant les anses de fil dans trois anneaux de Galli, dont on ne serra que le supérieur.

L'opération terminée, M. Nélaton voulut étudier les mouvements et la sensibilité des doigts. La malade fit plier facilement l'annulaire et l'auriculaire, mais elle ne put faire remuer l'index et le médius; quant au pouce, les mouvements étaient nuls. En passant un ruban sur les dernières phalanges du pouce, de l'index et du médius, la malade dit ne ressentir aucune sensation : il y avait donc une paralysie complète du sentiment et du mouvement dans toutes les parties auxquelles se distribue le nerf médian.

L'opération avait été faite le mardi; le samedi suivant, la malade se plaint d'avoir beaucoup souffert la veille dans le pouce, l'index et le médius. Voici ce que l'examen de la main fit reconnaître : flexion très-facile des quatrième et cinquième doigts, flexion très-légère de l'index et du médius, mais impossibilité de faire opposer le pouce. En passant un morceau de papier sur les doigts, on remarque qu'il n'y a aucune sensibilité sur le trajet des nerfs collatéraux palmaires du pouce, de l'index et du médius.

Pour les collatéraux dorsaux, sensibilité nulle pour les deux dernières phalanges, et sensibilité conservée sur la première phalange; à la partie externe du pouce, un peu plus de sensibilité.

On essaye d'enlever les fils; mais les moindres mouvements qu'on leur imprime donnent lieu à des douleurs très-vives, et à une contraction de l'index et du médius. On est obligé de chloroformer la malade. Les fils furent coupés au-dessous des anneaux de Galli; une des anses ne put être retirée; un fragment se perdit dans la plaie.

La malade fut revue le mardi suivant, sept jours après l'opération. Elle avait cessé de souffrir depuis le dimanche; elle put exécuter facilement et rapidement des mouvements de flexion des trois doigts auxquels se distribuent le nerf médian, et de plus faire opposer le pouce avec l'index et le médius.

L'examen microscopique de la pièce a été fait par M. Sappey, qui trouva sur une des faces de la tumeur une portion des fibres nerveuses du nerf tout à fait intactes et accolées contre la tumeur; pour celle-ci, on y retrouvait des fibres nerveuses intactes et écartées, et d'autres complétement altérées.

J'ai cru devoir être bref. L'observation que je viens de communiquer m'a paru suffisamment répondre au défi scientifique qui m'avait été porté. Dans mon argumentation avec M. Verneuil, j'avais aussi fait allusion au fait remarquable de M. Laugier qui a été communiqué lundi dernier à l'Académie des sciences, et sur lequel je n'ai point à m'expliquer, puisqu'il n'a point été mis en cause.

M. VERNEUIL. Je n'ai jamais dit ni voulu dire que M. Houel en ait imposé à la Société, mais seulement qu'il s'était trompé dans l'interprétation du fait qu'il rapportait, et aujourd'hui même je trouve qu'il y a plusieurs objections à faire.

D'abord, d'après l'observation elle-même, toutes les fonctions du nerf médian n'étaient pas rétablies trois jours après l'opération, puisque la sensibilité, à ce moment, était encore abolie. Quant aux mouvements de flexion incomplète, rien ne spécifie nettement s'ils étaient produits par les muscles fléchisseurs ou par les interosseux.

M. HOUEL. Nous avons pu acquérir la conviction que les mouvements des doigts résultaient bien de l'action des fléchisseurs. Quant à l'opposition du pouce, elle était tellement forte et complète qu'elle s'effectuait même avec le petit doigt, et la pression exercée avec ces deux doigts était assez forte pour causer de la douleur à la partie serrée par eux.

M. VERNEUIL. Quoi qu'il en soit de la valeur qu'on voudra accorder aux données de la physiologie expérimentale, le fait cité par M. Houel n'en reste pas moins unique en son genre. Peut-être l'observation ultérieure en fera-t-elle connaître d'autres semblables. J'étais donc autorisé à émettre l'opinion que j'ai formulée dans la dernière séance.

M. VELPEAU. Le fait de M. Laugier est confirmatif de celui rapporté par M. Houel. Voici, en effet, comment les choses se sont passées : Section du nerf médian à la partie inférieure de l'avant-bras; paralysie du mouvement et de la sensibilité; le lendemain, suture des deux bouts du nerf avec un fil de soie; rétablissement de la sensibilité le jour même, de la motilité le lendemain. D'ailleurs, ces faits ne sont pas absolument isolés dans la science. M. Flourens a vu une ou deux fois, dans des conditions analogues, la sensibilité revenir promptement. MM. Vulpian et Philipeaux ont, il me semble, observé la même chose. Ils ont même fait davantage puisqu'ils ont affronté, après section, des nerfs de nature différente, et la sensibilité ainsi que le mouvement ont pu se rétablir dans les points où se distribuaient ces nerfs.

M. RICHARD. Je comprendrais qu'on pût se méprendre sur le retour plus ou moins complet de la sensibilité, mais il me paraît difficile de confondre la flexion due aux lombricaux et celle due aux fléchisseurs; les premiers, en effet, fléchissent la phalange sur le carpe, tandis que les seconds fléchissent la phalangine et la phalangette sur la phalange.

M. HOUEL. J'ai omis de dire que la sensibilité tactile était très-émoussée, tandis que la sensibilité au froid était très-grande.

M. VERNEUIL. Je ne nie pas le rétablissement de la sensibilité et du mouvement; ce qui me paraît singulier, c'est le retour des fonctions dans un délai aussi bref. Pour le malade de M. Laugier, si la résection a été pratiquée à la partie inférieure de l'avant-bras, on comprend qu'on ait pu voir le jour même les mouvements des doigts, puisque le nerf médian a déjà, en ce point, fourni les branches qui vont aux fléchisseurs. Je ne ferais pas cette objection si l'on avait interrogé isolément les muscles de l'éminence thénar, parce qu'alors je n'aurais plus de raison de supposer que l'opposition du pouce a pu être produite par le long fléchisseur. Quant au fait cité par M. Houel, je le répète, il ne suffit pas de dire que les doigts se fléchissaient, il faut dire *comment* ils se fléchissaient, pour savoir si la flexion était due aux muscles profonds ou aux fléchisseurs eux-mêmes.

M. VELPEAU. La réflexion de M. Verneuil, relativement au fait de M. Laugier, ne peut être acceptée, puisqu'il y a eu paralysie après la section, et que les fonctions ne se sont rétablies qu'après la suture.

M. VERNEUIL. Je suis obligé de le redire; une chose m'étonne, c'est la paralysie immédiatement après l'accident, puisque les branches animant les muscles fléchisseurs n'avaient pu être atteintes dans le point où fut faite la section.

M. RICHET. Puisque M. Azam a fait appel à ceux de ses confrères qui auraient vu des faits analogues au sien, je rapporterai brièvement l'histoire d'une malade que j'ai pu observer avec M. Nélaton et M. Michon.

Au mois de septembre 1863, une dame fut atteinte à la jambe droite d'un zona accompagné de douleurs intolérables dans tout le trajet du nerf sciatique. On employa successivement contre l'élément douleur le chloroforme, l'éther, les antispasmodiques, les injections sous-cutanées; tous ces moyens restèrent inefficaces. On se décida alors à pratiquer l'excision du nerf sciatique dans sa partie moyenne. L'opération fut faite par M. Nélaton de la manière suivante :

La partie moyenne du nerf étant mise à nu, on en excisa trois centimètres, puis on retourna les deux bouts dans la plaie. La paralysie du mouvement et de la sensibilité, prévue et annoncée à la malade, se produisit immédiatement; un soulagement momentané eut lieu; mais six semaines plus tard la douleur reparut de nouveau et devint de plus en plus vive.

Je me demandai un instant si le nerf crural n'était pas pris à son tour; mais le siége de la douleur me fit bientôt abandonner cette idée. Je pensai alors que peut-être il fallait rapporter aux filets du trisplanchnique qui accompagnent les vaisseaux, la douleur si violente ressentie par la malade. J'établis une compression dans l'aine; elle n'eut pas d'autre effet que la production de trois phlyctènes sur les orteils. La compression fut donc supprimée, et on en revint aux injections narcotiques sous-cutanées; mais cette nouvelle tentative resta aussi infructueuse que la première.

Je suis donc convaincu, comme M. Gherini, que l'excision des nerfs est un moyen inefficace dans ces sortes de névralgies.

M. VOILLEMIER. Je partage complétement l'opinion de M. Gherini et de M. Richet sur la valeur de l'excision des nerfs pour la cure des névralgies.

Il y a quelques années, je fus appelé auprès de la femme d'un de nos peintres les plus célèbres, pour un cas de névralgie du maxillaire inférieur; je refusai toute opération. L'excision fut faite quelque temps après par M. Nélaton. La douleur revint bientôt, et la malade mourut avec sa névralgie.

M. RICHARD. Je comprends, à la rigueur, l'idée d'une opération pour les névralgies ordinaires et les névralgies du moignon; mais je m'étonne qu'on ait pu songer au même traitement dans le zona; car on sait par l'enseignement de nos maîtres les plus autorisés, que la névralgie, dans ce dernier cas, persiste pendant sept et huit mois.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Jaccoud, qui a récemment rempli une mission scientifique en Allemagne, vient d'être nommé par le roi de Prusse chevalier de son ordre de la Couronne royale.

— Un bien triste événement vient de jeter le deuil dans notre colonie du Sénégal. M. Ernest Lequerré (de Nantes), chirurgien de marine de 2e classe et chargé du service de santé du poste de Bakel, vient de succomber, le 2 avril dernier, à une fièvre intermittente pernicieuse qui l'a enlevé en quelques heures. Cet homme de cœur et de dévouement avait soigné et guéri de cette maladie plusieurs des officiers du poste. Aussi a-t-il été vivement regretté de tous. Lequerré était un naturaliste ardent et un collectionneur intelligent. Il a su, comme médecin et comme homme, se faire aimer et estimer de tous ceux qui l'ont connu.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 6 juillet, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville. Ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

2° De l'apiol dans le traitement de l'aménorrhée, par M. le docteur Gorlieu;

3° Traitement curatif de l'hydrocèle au moyen du séton filiforme, par M. le docteur Domerc;

4° Communications diverses, par M. Paul Blondeau, Guyot, Moretin.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 JUILLET 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Un nouvel agent anesthésique vient de se produire, l'éther de pétrole. M. E. Georges a soumis à l'Académie des sciences un mémoire qui tendrait à prouver que cet éther agit sur le cerveau et le cœur, et l'auteur insiste sur la propriété anesthésique locale de ce nouvel agent. Moins ambitieux que l'amylène, qui a été introduit pendant quelque temps dans la pratique chirurgicale, l'éther de pétrole est recommandé principalement pour l'anesthésie locale par M. E. Georges. Il y a là peut-être quelque chose à prendre. Incidemment le présentateur indique une propriété spéciale du pétrole, pour tempérer le sens génésique.

Deux autres communications ayant trait à la médecine et à la chirurgie ont une importance réelle.

M. Guyon a étudié la sueur de sang ou hématidrose. *A priori*, l'exhalation de sang pur avec la sueur paraît impossible sans lésion préalable des glandes, comme on ne conçoit pas l'hématurie sans lésion des voies urinaires. Dans les récits fabuleux qui ont été transmis d'âge en âge sur la sueur de sang de Sylla et de Charles IX mourants, il y avait des incertitudes sur lesquelles on s'était mal expliqué. Sans vouloir renier ce qu'ont écrit à ce sujet les pathologistes, on se sent malgré soi entraîné par les conclusions de M. Guyon. Ce médecin a vu sur des malades atteints de fièvre jaune, et a supposé sur les malades qui sont l'objet d'observations antérieures, des lésions de la peau, des éruptions de vésicules ou de pustules et des érosions de l'épiderme. De sorte que la sueur de sang ne serait autre chose que des hémorrhagies, par de petites plaies, se produisant en vertu de l'altération du sang et d'un état particulier analogue à celui qui caractérise la diathèse hémorrhagique ou hémophilie; l'excrétion ou exhalation du sang par les glandes sudoripares resterait une hypothèse.

La réduction des luxations traumatiques des vertèbres cervicales a été tentée bien des fois, souvent avec succès, mais quelquefois aussi les malades sont morts pendant les tentatives de réduction. Les opinions partagées à l'égard de l'opportunité, s'accordent cependant pour admettre que les luxations accompagnées de paralysies réclament des tentatives de réduction. L'année dernière, M. Richet a réussi à réduire une luxation traumatique datant de deux mois, et la présentation de M. Maisonneuve à l'Institut confirme les résultats obtenus jusqu'à ce jour.

Dans le cours d'une arthrite cervicale, un déplacement étant survenu pendant un mouvement brusque, le chirurgien a eu l'heureuse inspiration d'appliquer aux luxations consécutives des vertèbres cervicales le traitement des luxations traumatiques; une paralysie qui tendait à se généraliser, puisque la respiration ne se faisait plus que par le diaphragme, avait suggéré les tentatives de réduction que l'événement a justifiées. Le mouvement et la sensibilité ont en effet reparu dans les membres après la réduction. — Dr Armand Després.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du rhumatisme cérébral (1).

Lorsque l'on considère la facilité avec laquelle le rhumatisme en général migre sur les séreuses et les enflamme, la première idée qui se présente à l'esprit, c'est que le rhumatisme cérébral n'est autre chose qu'une méningite, une arachnoïdite. Nous voyons, en effet, nous ne dirons pas fréquemment, mais très-fréquemment, le rhumatisme articulaire aigu s'étendre des articulations au péricarde, à la plèvre, rarement au péritoine, il faut en convenir. Or, lorsque l'on considère que l'arachnoïde est une membrane identique au péricarde et à la plèvre, il n'y a pas de raison pour se refuser à admettre que l'arachnoïde peut être envahie dans le rhumatisme articulaire, comme le péricarde et comme la plèvre. Et d'autre part, lorsque nous assistons à de grands troubles du côté du cerveau, comme nous en constatons du côté de la poitrine, nous tendons à dire qu'il y a arachnoïdite, absolument comme nous disons qu'il y a pleurite. Le raisonnement est donc pour ceux qui prétendent à la similitude de nature entre la pleurésie et la méningite rhumatismale. Mais voyons si l'observation anatomo-pathologique confirme ces vues théoriques.

Nous faisons des autopsies, et dans le plus grand nombre des cas nous ne trouvons rien; quelquefois un peu de congestion dans la pie-mère, mais le plus souvent absolument rien, pas même de liquide dans la cavité ventriculaire et dans la grande cavité arachnoïdienne; pas d'injection non plus dans la substance cérébrale.

Les partisans de la méningite, témoins comme nous de cette absence d'altération matérielle, nous font alors l'objection suivante. Ils disent: C'est une méningite qui a lieu, mais une méningite rhumatismale, et ils s'expliquent de cette manière pour corroborer leur assertion: Acceptez-vous, disent-ils, que le rhumatisme est une affection dans laquelle il n'y a pas de tendance à la suppuration? Nous qui ne professons pas leur opinion, nous convenons cependant que le rhumatisme est bien ce qu'ils disent; oui, cela est ainsi, le rhumatisme articulaire ne tend pas à la suppuration; il ne se fait pas facilement des dépôts fibrineux dans les articulations, cela est vrai. Eh bien, disent nos adversaires, du moment que le rhumatisme se porte sur les méninges, nous avons le droit de dire qu'il y produit une méningite, absolument comme il constitue une arthrite lorsqu'il est porté sur une articulation: et comme il n'y a aucune tendance dans cette arthrite rhumatismale à la production des dépôts fibrineux, de même il ne s'en formera pas non plus quand le rhumatisme se portera sur les méninges. Par contre, la lésion n'existera pas et ne sera pas trouvée à l'autopsie. Telle est dans toute sa force l'objection qu'on nous oppose.

Elle ne peut pas rester sans réponse, et voici ce que nous avons à dire:

Les deux séreuses, péricarde et plèvre, sont identiques au point de vue anatomique. Or, tous les jours nous voyons le rhumatisme se porter sur le péricarde et la plèvre, et à peine l'une de ces membranes est-elle atteinte depuis quelques heures, que déjà, pour la plèvre, on entend le bruit du souffle voilé, pour elle et le péricarde le frottement du cuir neuf, et le lendemain on trouve tous les signes d'un épanchement plus ou moins abondant, des fausses membranes plus ou moins épaisses.

Dès lors on se demande par quel privilége l'arachnoïde, les méninges, échapperaient à cette loi commune, puisque l'arachnoïde est de son côté identique à la plèvre, au péricarde, et pourquoi on n'y trouverait pas la lésion, les altérations, dépôts fibrineux et épanchements que l'on trouve dans le péricarde et dans la plèvre. Et comme nous ne trouvons pas ces altérations à l'autopsie des individus morts dans un rhumatisme cérébral, nous concluons qu'il n'y a eu ni méningite ni arachnoïdite.

Mais, reprend-on, dans le plus grand nombre des cas, lorsque la mort a été rapide, si vous n'avez pas trouvé de fausses membranes dans la cavité arachnoïdienne, c'est que la maladie n'a pas duré assez longtemps pour qu'il s'en formât. Il en serait bien certainement de même pour la plèvre et le péricarde si l'individu succombait au début de l'une de ces deux affections. Nous acceptons cette argumentation; nous avouons que la raison que nous donnent nos adversaires, nous l'admettons pour votre homme mort si rapidement, c'est-à-dire que nous croyons qu'il a eu une arachnoïdite, mais si soudainement arrêtée par la mort que le temps a manqué pour la formation d'altérations sensibles à l'autopsie. Mais c'est une concession bornée à ce cas et que nous ne pouvons pas étendre à tous ceux qui s'offrent à l'observation.

Il arrive, en effet, que cette arachnoïdite dure deux, quatre, six jours, et comme on ne trouve pas plus de lésion que dans le cas de tout à l'heure, nous sommes forcé de revenir à cette idée qu'il n'y a pas eu arachnoïdite.

Que se passe-t-il donc et quelle est, selon notre opinion, la nature du rhumatisme cérébral, sinon dans tous les cas, du moins dans les cas les plus nombreux? Pour nous bien faire comprendre, nous avons besoin ici d'une digression qui nous fasse voir les choses d'un peu plus loin en arrière, pour revenir au point en litige.

En général, lorsqu'il s'agit de l'encéphale et du système nerveux central et périphérique, nous nous contentons d'explications beaucoup trop faciles. Un individu devient tout à coup paralytique et nous disons qu'il a, soit une congestion, soit une hémorrhagie ou un ramollissement cérébral. Pour l'hémorrhagie et le ramollissement, la constatation est fréquente; mais pour l'hyperémie, c'est une autre affaire, et nous l'admettons sur des données complaisantes et insuffisantes. Nous nous tenons pour satisfaits d'alléguer l'hyperémie tout bonnement parce que nous n'avons rien autre à invoquer ni aucune solide raison pour en prouver l'existence. Voyez comment cela se passe. Un individu prend une chorée qui résiste quatre mois; c'est, long, et, de plus, cette chorée est, comme cela arrive toujours, compliquée de phénomènes paralytiques et convulsifs. En effet, un des côtés du corps est toujours plus faible que l'autre, affaibli même au point que quelquefois il ne donne que 1 au dynamomètre, tandis que l'autre côté donne 19. Il y a donc paralysie musculaire, convulsion musculaire et souvent même encore avec cela du trouble dans la sensibilité périphérique, de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie. Certes, voilà bien assez de troubles nerveux pour faire penser et croire à l'existence d'une lésion des centres, de la moelle et du cerveau, car l'intelligence elle-même est frappée dans son intégrité.

Eh bien, faites l'autopsie de ces malades morts avec l'exagération de tous les phénomènes pathologiques qui constituent la chorée la plus complète, phénomènes terribles, durant plusieurs jours, plusieurs semaines; ouvrez et fouillez le cerveau et la moelle, et vous n'y trouverez ni congestion extrême, ni ramollissement, ni épanchement, rien en un mot qui légitime l'idée d'une lésion sérieuse en rapport avec les troubles si sérieux qui se sont déroulés en votre présence. Nous ne disons pas qu'on n'arrivera pas à trouver les lésions supposées, légitimement induites même, mais jusqu'à présent on ne les a encore ni constatées ni annoncées.

Il en est de même pour d'autres névroses, telles que le tétanos. Un individu a subi, il y a un mois, une opération de médiocre ou de grande importance; il est presque guéri; il ne reste plus qu'un bourgeon charnu à cautériser légèrement pour que la cicatrisation soit complète; et voilà que tout à coup l'individu accuse de la roideur dans la mâchoire, puis dans le cou, cela sans fièvre aucune, et bientôt éclatent les convulsions et secousses terribles, la rigidité, qui caractérisent le tétanos et qui durent quatre, huit jours, jusqu'à ce que la mort termine cette scène affreuse.

Voilà une névrose bien puissante, bien sérieuse, frappant les mouvements, l'intelligence, puisque le malheureux qui en est atteint achève sa vie dans la stupeur.

Eh bien, à l'autopsie nous ne trouvons rien.

Prenez encore l'hydrophobie. Jamais on n'a découvert dans les autopsies rien qui expliquât les troubles horribles qui caractérisent cette effrayante maladie.

Nous allons nous occuper de l'étiologie du rhumatisme cérébral. Pour que le rhumatisme cérébral se manifeste, il faut, au dire de la plupart des pathologistes, que le rhumatisme existe déjà dans les articulations. Il semble que le rhumatisme cérébral d'emblée soit une chose impossible, du moins qui n'ait jamais été observée. Il se pourrait bien cependant qu'il fût plus commun qu'on ne le pense, de même que l'endocardite d'emblée est moins rare qu'on ne le croit. Vous vous rappelez cet homme qui commença par avoir une douleur très-vive dans la région rachidienne avec paraplégie; au premier abord nous crûmes qu'il aurait de la variole. Et puis le moment de l'éruption étant passé sans qu'elle parût, et examinant les choses de plus près, nous reportâmes notre pensée sur une myélite aiguë. Mais quelques jours après un rhumatisme articulaire éclata. Il y avait donc eu préalablement à la déclaration du mal articulaire une déclaration dans la moelle.

Vous vous rappelez encore cette jeune fille qui entra dans notre service il y a trois ou quatre mois, laquelle offrait des phénomènes qui nous portèrent d'abord à croire qu'il se préparait une variole. Elle eut des troubles du côté de la moelle, puis des accidents cérébraux, de l'amblyopie, et tout cela cessa pour être remplacé par un rhumatisme articulaire aigu, de même que chez le malade précédent.

Chez ces deux malades, les lésions médullaires et cérébrales avaient donc préexisté au rhumatisme articulaire. Vous comprenez que d'autres faits de ce genre peuvent se montrer et que parfois même il s'en présente qui ne s'éclairent pas par l'arrivée du rhumatisme articulaire. Ainsi, si ce rhumatisme cérébral n'avait pas été suivi d'une manifestation du côté des articulations, on eût appelé cela une fièvre cérébrale et non pas un rhumatisme cérébral. De sorte que pour nombrer les cas dans lesquels le rhumatisme cérébral se déclare d'emblée, on a non-

(1) Voir les numéros des 14, 16, 21 et 28 juin.

seulement ceux dans lesquels la manifestation articulaire se fait un peu plus tard, mais encore certains cas dans lesquels l'arthrite rhumatismale ne se montre pas. On doit donc admettre qu'il peut y avoir un rhumatisme d'emblée, se portant sur le cerveau, sur la moelle, et que cette manière de se produire est aussi acceptable que celle qui consiste dans l'arrivée d'un rhumatisme articulaire aigu d'emblée. Et ce que nous admettons pour le rhumatisme cérébral, nous l'admettons aussi pour les autres manifestations rhumatismales, telles que l'endocardite, la péricardite et la pleurésie.

Vous avez encore sans doute présente à la mémoire l'histoire de ce jeune homme qui entra dans notre salle avec une endocardite aiguë caractérisée par un bruit de souffle à la pointe et de la fièvre ; au bout de quelques jours, la nature rhumatique de cette affection se manifesta par l'invasion d'un rhumatisme articulaire aigu. Et notez qu'il n'en avait jamais eu aucune attaque précédemment. Que conclure de cela, sinon que le rhumatisme s'était attaqué d'abord à l'endocarde au lieu de n'y arriver qu'après que les articulations seraient prises?

Nous pouvons vous citer en outre un fait dans lequel la manifestation rhumatismale, portant sur l'endocarde, ne fut pas suivie de son complément du côté des articulations, absolument comme il a pu arriver que le rhumatisme cérébral d'emblée ne fut pas suivi de l'affection arthritique. C'est le cas d'une jeune fille qui fut prise d'endocardite aiguë, maladie qui suivit son cours sans être corroborée par le rhumatisme articulaire. Rien ne nous empêche donc de supposer qu'il y a une endocardite rhumatismale d'emblée sans rhumatisme articulaire, absolument comme il y a des rhumatismes articulaires sans endocardite. Il est vrai que ce sont là des cas très-rares et que dans la très-grande majorité des circonstances, dans la presque universalité, le rhumatisme articulaire préexiste aux manifestations qui peuvent se faire vers le cerveau, le cœur, la plèvre.

Mais que signifient ces phénomènes de manifestations plus ou moins éloignées du lieu de prédilection du rhumatisme? Sont-elles dans l'essence même de la maladie, dans sa nature, ou bien ne sont-ce pas des phénomènes métastatiques? Pour éclairer ce point, il est nécessaire que nous précisions d'abord le sens que nous attachons et que l'on doit attacher au mot métastase. C'est un accident essentiellement différent de celui qui consiste dans la variété et la multiplicité des phénomènes qui constituent quelques maladies. Prenons des exemples pour mieux nous expliquer à cet égard.

Le rhumatisme articulaire aigu est une affection à manifestations multiples frappant quatre, dix, trente, quelquefois cent articulations à la fois, lorsque celles de la main, celles du pied, celles de la colonne vertébrale, sont envahies en même temps. Nous n'avons pas l'habitude de dire, lorsque le rhumatisme se transporte du genou droit sur le genou gauche, qu'il y a une métastase, nous disons tout bonnement que la cause rhumatismale, qui était hier sur le genou droit, s'est portée aujourd'hui sur le genou gauche, qu'elle se portera probablement demain sur une autre articulation; voilà tout. C'est la même cause morbide qui va frapper diverses parties avec lesquelles elle est en rapport pathologique. Il n'y a là aucune métastase.

Voyons maintenant des cas de véritable métastase.

Un individu prend des oreillons, des ourlets, comme on dit communément, maladie épidémique bizarre, contagieuse au plus haut degré, et caractérisée par le gonflement soudain de l'une puis de l'autre parotide, avec diminution et quelquefois suppression de la sécrétion de cette glande, avec dessèchement de cette sécrétion, avec une fièvre intense. Après quatre, six, huit jours, tout cesse, à cela près que la sécrétion salivaire reste un peu moins abondante. Cette affection épidémique, contagieuse, est généralement bénigne, mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, voilà que tout à coup les ourlets s'effacent, et que le malade est pris de phénomènes étranges, de phénomènes nerveux quelquefois extraordinaires, et le médecin cherche ce qui peut être touché.

Le malade reste dans cet état pendant un, deux jours, et puis une explosion se fait soudainement sur le testicule chez l'homme, sur la glande mammaire chez la femme. Voilà une véritable métastase; la lésion primitive n'existe plus; il s'est fait une explosion pathologique sur un organe essentiellement différent de celui qui était d'abord entamé; c'est une métastase, car il n'y a aucun rapport nécessaire entre la cause morbide et le testicule, aucun rapport analogue à celui qui existe entre le rhumatisme et les articulations.

Nous savons à merveille que bien des pathologistes disent que dans l'oreillon la cause morbide existe, simplement incertaine dans son siége; que dans le rhumatisme elle se précipite d'une articulation sur la plèvre, sur l'endocarde, et que dans l'oreillon elle se transporte tout bonnement de la parotide au testicule ou à la glande mammaire; enfin que des deux côtés c'est une métastase. Nous n'admettons pas cette manière d'envisager les choses; nous ne voulons pas entrer plus avant dans une discussion sur ce sujet; qu'il nous suffise de dire que notre appréciation est essentiellement différente de celle de nos confrères qui voient et soutiennent l'existence d'une métastase dans l'un comme dans l'autre cas.

Et maintenant, pour en revenir au point principal, l'individu qui est frappé de rhumatisme cérébral l'est-il en vertu d'une métastase? Non. Le rhumatisme ne quitte pas les articulations pour se jeter métastatiquement sur le cerveau : il s'est atténué, nous dirions volontiers dispersé, pour envahir un lieu qu'il n'occupait pas la veille, mais il persiste dans les articulations alors qu'il a éclaté dans le cerveau. De sorte qu'il y a lieu de supposer que le rhumatisme, en passant dans l'encéphale ou les méninges, a tout bonnement adopté un nouveau lieu d'élection, absolument comme lorsqu'il s'étend au péricarde, à la plèvre. Nous savons bien que quand la plèvre est prise sérieusement dans une grande étendue, le rhumatisme quitte les articulations au bout de quelques jours, mais encore une fois ce n'est pas par métastase.

Chez notre homme du n° 16, quelques heures avant que le rhumatisme cérébral éclatât, les douleurs articulaires existaient encore; elles s'étaient atténuées par la médication quinique, mais elles n'avaient pas tout à coup disparu, comme cela arrive dans les faits réels de métastase. Quant à la femme du n° 1, elle avait en même temps et la manifestation cérébrale et la manifestation articulaire. Les troubles cérébraux cessèrent, et l'articulation resta douloureuse.

Nous devons vous dire ici qu'il y a une chose qui fait souvent croire que le rhumatisme a quitté les articulations, alors qu'il a envahi le cerveau ; c'est que l'intensité du mal cérébral cache l'intensité du mal articulaire. L'individu pris de délire s'agite d'une manière furieuse, ploie et meut les articulations qui tout à l'heure étaient immobilisées par la douleur ; il ne sent plus la souffrance arthritique, et ceux qui le voient s'agiter ainsi croient que véritablement ses articulations ont cessé d'être douloureuses. Mais vous voyez de suite qu'il y a là une erreur manifeste. Le rhumatisme articulaire existe encore avec son gonflement, sa rougeur, sa sensibilité exquise, mais dominé par le délire, par les conditions nerveuses nouvelles dans lesquelles le malade se trouve. Ainsi donc nous voilà à même de terminer cette discussion en soutenant que l'envahissement du cerveau par le rhumatisme n'est pas un fait de métastase.

SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE.

Alopécie. Guérison par les préparations mercurielles.

Par M. le Dr Ad. B. Dulaurier,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans le n° du 4 juin de la *Gazette des Hôpitaux*, on lit une observation d'alopécie syphilitique traitée avec succès par les préparations mercurielles, par M. le docteur Douet (d'Angers). Les faits de cette nature ont une signification qui n'est nullement douteuse pour la plupart des observateurs. Ils ne sont point du reste extrêmement rares, et assurément il y en aurait un plus grand nombre de connus si, dans les campagnes surtout, les gens n'avaient pas contracté la malheureuse habitude de s'adresser directement aux pharmaciens, et si, en dépit des lois, ceux-ci ne s'avisaient de donner aux clients des médicaments composés qui n'ont point été ordonnés par un médecin.

Presque tout le monde s'accorde à reconnaître les préparations mercurielles comme réellement spécifiques contre les accidents de la syphilis, du moins à une certaine période de l'évolution de cette diathèse. Et pourtant chaque jour on entend tonner contre le mercure, surtout en dehors du monde médical, et imputer à l'usage qu'on en fait des accidents qu'on devrait rattacher uniquement à la maladie qu'il est destiné à combattre.

Il est vrai que le mercure peut produire des accidents sérieux ; les observations des siècles passés le prouvent surabondamment.

Ces accidents étaient surtout fréquents alors qu'on pensait qu'une salivation abondante était une condition indispensable pour obtenir la guérison. On voyait assez souvent, il faut bien le dire, des caries, des nécroses des maxillaires succédant à une inflammation violente de la muqueuse buccale, inflammation qui elle-même pouvait bien, sans grands efforts, être rattachée à l'usage des mercuriaux.

Mais heureusement aujourd'hui il n'en est plus ainsi. On n'a plus à craindre de semblables désordres, surtout depuis qu'on connaît l'action du chlorate de potasse. Grâce à lui, on peut agir sans crainte, sûr d'arrêter la salivation quand on le voudra et même de la prévenir au besoin. Aussi, en présence des avantages réels du mercure, il est peu de praticiens qui se laissent arrêter par des craintes qu'on peut bien qualifier de chimériques.

Le mercure guérit. Ce qui le prouve d'une manière irréfutable, ce sont les innombrables observations recueillies par les générations médicales qui se sont succédé depuis que J. Widmann publia son ouvrage sur l'emploi du mercure dans la syphilis (1497). Et pourtant M. Diday (de Lyon) a pu dire tout récemment que le mercure *laisse guérir* la syphilis, mais qu'il ne la guérit pas. M. Diday a ses convictions, et je n'ai point l'espoir de les modifier. Je vais pourtant rapporter deux observations qui me semblent avoir une certaine valeur, et qu'on lira peut-être avec quelque intérêt.

Obs. I. — Q..., âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament fortement sanguin, d'une constitution athlétique, m'est présenté le 1er février 1860. Depuis quelque temps, il s'est aperçu qu'il a mal dans la bouche et à l'anus. Les cheveux tombent abondamment, surtout depuis une quinzaine de jours. Les sourcils ont presque complétement disparu. Avant les accidents pour lesquels il me consulte, Q... avait une chevelure très-épaisse et des sourcils très-forts; aussi à peine peut-on le reconnaître, tant sa physionomie a changé.

En examinant l'intérieur de la bouche, je trouve sur les deux amygdales et sur les piliers du voile du palais plusieurs plaques muqueuses des mieux caractérisées. Le pourtour de l'anus en présente aussi qui ne laissent aucun doute. Les ganglions cervicaux postérieurs sont engorgés, mais non douloureux ; il n'existe aucune plaie derrière les oreilles. D'ailleurs Q... nous avoue avoir eu deux mois auparavant, à la base du gland, une plaie qu'il a fait guérir au moyen de pommades qu'on lui a données et avec des lotions de vin rouge. La cicatrice est très-apparente, mais on ne retrouve plus l'induration caractéristique. Les ganglions de l'aine sont plus volumineux qu'à l'état normal, durs et indolents.

En présence de faits semblables, il ne saurait y avoir aucun doute; le diagnostic est : Syphilis constitutionnelle (accidents secondaires). L'alopécie n'en est elle-même qu'un mode de manifestation.

Jusqu'à ce jour, Q... n'a fait aucun traitement actif. J'ordonne : Tisane de gaïac et de salsepareille ; pansements simples avec charpie et cérat sur les plaques muqueuses de l'anus ; gargarismes astrigents, et chaque jour 0,05 de proto-iodure de mercure en deux pilules ; la dose a été portée plus tard à 0,10.

Au bout de trois semaines environ, le 25 février, les plaques muqueuses ayant disparu, Q... voulait interrompre son traitement ; j'insistai fortement pour qu'il fût continué. D'ailleurs je supprimai la tisane, et je m'en tins uniquement au proto-iodure. J'eus la satisfaction de voir les sourcils et les cheveux reparaître. Le traitement a été suivi régulièrement pendant trois mois et demi, et n'a causé aucun accident. Au bout de ce temps tout a été suspendu, et depuis cette époque il ne s'est montré rien d'anormal.

Je ferai remarquer que dans ce cas je n'ai point donné d'iodure de potassium, et pourtant depuis trois ans passés la guérison ne s'est pas démentie. Nous pouvons donc considérer notre ancien malade comme n'ayant plus rien à craindre de sa syphilis.

A quoi faut-il attribuer la guérison dans ce cas? Est-ce simplement à la tisane de gaïac et de salsepareille? Personne assurément ne voudra admettre une telle hypothèse. — Est-ce aux gargarismes et au cérat appliqué sur les plaques muqueuses? En aucune façon. Mais je veux admettre que ces moyens aient bien pu aider à faire disparaître les plaques muqueuses ; je veux même accorder (ce qui, pour moi, est inadmissible) qu'ils aient suffi à les guérir; pourra-t-on me dire ce qui a fait repousser les cheveux et les sourcils? Assurément ce ne sont pas les moyens que je viens d'indiquer. — Auraient-ils repoussé naturellement sans le mercure, et les plaques muqueuses auraient-elles disparu pour ne plus revenir? Je ne le pense pas; d'ailleurs l'observation suivante va nous en fournir une preuve assez convaincante.

Obs. II. — Dans les derniers jours de mai 1863, je fus appelé par L..., âgé d'une quarantaine d'années, d'une bonne santé habituelle et d'une forte constitution. C'est à peine, en le voyant, si je pus le reconnaître. Il était d'une pâleur considérable ; les chairs étaient molles et d'une teinte terreuse. L... était entièrement chauve, à peine lui restait-il quelques cheveux aux tempes. Les arcades sourcilières étaient presque complétement dépourvues de sourcils ; les cils eux-mêmes étaient fort rares, ce qui donnait à la physionomie un aspect des plus étranges. L... se plaignait d'avoir mal dans la bouche, et ne se préoccupait nullement du reste. Il avait déjà consulté un autre médecin qui lui avait ordonné différents gargarismes, mais il n'en avait retiré aucun avantage. De prime abord je songeai à une syphilis constitutionnelle. J'examinai la bouche attentivement, et je découvris quelques plaques muqueuses sur les piliers du voile du palais. Il existait une petite ulcération de nature douteuse sur le plancher de la bouche, au niveau de l'ouverture des canaux des glandes sublinguales. Les ganglions cervicaux postérieurs sont durs, plus volumineux qu'à l'état normal, mais indolents.

Je demandai à L... s'il n'avait pas eu de chancre, il me dit que non; je voulus examiner moi-même les parties, et voici ce que je trouvai : les ganglions inguinaux étaient un peu volumineux ; à part cela, on ne constatait absolument rien d'apparent; il n'existait aucune trace de cicatrice soit au gland, soit sur le pénis, soit aux bourses; mais L... me dit que les érections étaient douloureuses et que depuis quelque temps la verge se recourbait en dessous pendant les érections. Il avait même remarqué qu'au niveau du point douloureux il existait une petite grosseur. Je constatai en effet dans cet endroit, c'est-à-dire à un centimètre et demi ou deux centimètres en arrière du méat, une petite tumeur possédant une induration parcheminée.

En interrogeant L... attentivement, j'appris que pendant un voyage qu'il avait fait à peu près trois mois auparavant, il avait eu des rapports avec une femme suspecte. Quelques jours après, il avait éprouvé un peu de douleur en urinant, mais comme il n'y avait qu'un écoulement insignifiant, il s'était contenté de prendre quelques bains de siége, et, au bout de peu de jours, tout parut être rentré dans l'ordre. Il se souvient d'ailleurs très-bien qu'avant ce temps la verge ne se recourbait pas pendant les érections.

Je conclus de tout cela que L... avait eu un chancre induré siégeant dans le canal, et que les accidents en présence desquels je me trouvais devaient être rattachés à une syphilis constitutionnelle. J'ordonnai la tisane de gaïac et de salsepareille édulcorée avec le sirop de Cuisinier et des pilules de proto-iodure.

Au bout d'un mois, tous les accidents du côté de la bouche avaient disparu et les cheveux commençaient à repousser. Mais L..., malgré mes conseils, cessa le traitement.

Peu de jours après, de petites ulcérations superficielles reparaissent au pilier antérieur gauche du voile du palais. Immédiatement L... revient me trouver, et cette fois je me contente de lui prescrire les pilules au proto-iodure. Le traitement fut continué jusqu'au 15 octobre. Aucun nouvel accident ne s'était manifesté à ce moment. L... avait repris son teint frais, les plaques muqueuses avaient disparu depuis longtemps; la chevelure, ainsi que les sourcils et les cils, avaient repoussé et étaient aussi abondants qu'avant la syphilis. L'incurvation de la verge avait diminué avec l'induration qui paraissait en être la cause. J'engageai L... à prendre chaque jour cinq ou six décigrammes d'iodure de potassium pendant un mois, mais uniquement à titre de précaution, car j'étais convaincu qu'il était radicalement guéri.

Pendant le cours du traitement, j'avais eu soin à plusieurs reprises d'administrer du chlorate du potasse pour prévenir la salivation. Aussi dans ce cas, comme dans celui qui précède, n'est-elle pas venue nous forcer à suspendre l'usage des mercuriaux.

J'ai revu tout récemment ce malade, et la guérison ne s'est pas démentie.

Dira-t-on que le mercure a laissé guérir? Assurément non. Ce qui le prouve, c'est que lorsque l'usage en a été abandonné d'une façon intempestive, les accidents n'ont pas tardé à se manifester de nouveau, tandis qu'au contraire ils ont disparu pour

ne plus se montrer, quand le proto-iodure a été continué pendant un temps suffisant.

Ces deux observations, jointes à celle que vient de publier M. Douet, démontrent surabondamment que les préparations mercurielles guérissent l'alopécie due à la syphilis, aussi bien que les autres accidents secondaires de cette diathèse, et cela beaucoup mieux probablement que ne sauraient le faire les pratiques nouvelles.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 juin 1864. — Présidence de M. Morin.

Des sueurs de sang dans la fièvre jaune, et de leur mode de production dans les cas observés par l'auteur. — M. GUYON lit une note sur ce sujet.

Des sueurs de sang dans la fièvre jaune ont été observées dans les premiers temps de notre établissement aux Antilles, qui eut lieu en 1627 (1), et plus tard dans l'Amérique du Nord. Nous ne saurions nous dispenser de faire des citations : nous en ferons donc, mais nous n'en abuserons pas.

L'un de nos premiers voyageurs aux Antilles, le père Labat (débarqué à la Martinique le 29 janvier 1694), parlant de la fièvre jaune, alors connue sous le nom de *mal de Siam* (2), dit que « souvent il survenait un débordement de sang par tous les conduits du corps, et même par les pores... » Plus loin, le même voyageur, racontant l'histoire d'un jeune homme atteint du *mal de Siam* (avril 1695), et qu'il venait d'administrer, s'exprime ainsi :

« Ce qu'il y eut de particulier chez ce malade, c'est qu'environ deux heures avant de rendre l'esprit, et lorsqu'il semblait que son corps devait être épuisé de sang, il lui en vint une sueur si forte, si abondante, qu'on eût pu croire qu'on lui piquait tout le corps avec des aiguilles; car non-seulement le sang sortait comme l'eau des pores dans les sueurs extraordinaires, mais il jaillissait comme il jaillit de la veine quand elle vient d'être piquée par la lancette. » (*Nouveau voyage aux îles françaises de l'Amérique*, chap. Ier. Paris, 1722.)

Nous ferons remarquer, pour expliquer ce qui rendait le phénomène plus extraordinaire au père Labat, que le jeune malade, avant la sueur de sang, avait été saigné au bras et au pied, et qu'il rejetait en abondance, dès l'invasion du mal, du sang par le nez et par la bouche. De plus, le jeune malade, de la connaissance intime du père Labat, était créole (3). Or, le *mal de Siam* d'alors, comme la fièvre jaune d'aujourd'hui, n'attaquait le créole que par exception.

Un ancien administrateur de la Martinique, Thibault de Chanvalon, parlant des premiers ravages de la fièvre jaune dans cette colonie, dit :

« Le sang sortait par tous les pores comme la sueur, ce qui arrive encore quelquefois. » (*Voyage à la Martinique*, etc., lu à l'Académie des sciences de Paris en 1761, p. 67. Paris, 1773.)

Moultrie, médecin très-répandu de Charlestown, dans la Caroline du Sud, tenait de son père, auquel il avait succédé dans sa pratique, l'histoire de deux malades chez lesquels le sang ruisselait par la peau du cou et de la poitrine, *comme si on y avait donné plusieurs coups de lancette.*

« Le premier, dit l'auteur, était un jeune homme qui avait été affaibli par une fièvre périodique opiniâtre, et qui mourut à la suite de ces hémorrhagies. L'autre était une femme maigre qui avait eu de grandes hémorrhagies par le nez et par la bouche au commencement de la maladie (4); elle mourut, et au moment de la mort les mêmes hémorrhagies se renouvelèrent... » (Moultrie, *Traité de la fièvre jaune*, traduit de l'anglais par Aulagnier, p. 21. Paris, an XII-1805.)

Un autre praticien des États-Unis, Makitbrik, après avoir dit que dans la fièvre jaune il se fait des hémorrhagies, tantôt par la poitrine, tantôt par les voies urinaires, d'autres fois par le nez, l'angle interne des yeux, ajoute :

« Enfin, c'est aussi une sueur sanguinolente, ichoreuse et fétide. » (*Même ouvrage*, p. 11, note.)

Nous ne pousserons pas plus loin nos citations, nous bornant à rappeler que les sueurs de sang en général sont depuis longtemps mentionnées dans la science, sueurs ou concomitantes de diverses maladies, comme dans la fièvre jaune (5), ou seules et déterminées par des causes peu ou point appréciables (6).

Les cas peu nombreux de sueurs de sang que nous avons observés dans la fièvre jaune avaient pour sujets des individus qui à l'invasion de cette maladie étaient plus ou moins couverts de l'éruption connue dans le pays sous le nom de *boutons chauds, boutons de chaleur, bourbouilles*. Ce sont les *boutons du Nil* des Égyptiens, la *gale bédouine* des soldats et colons algériens, etc. C'est le produit d'une irritation plus ou moins vive des pores de la peau par suite des sueurs abondantes qu'on éprouve dans les pays chauds, alors surtout qu'on n'y est encore que depuis peu de temps. Cette éruption, pendant la première période de la fièvre jaune, s'affaisse et disparaît (et par la cessation de la sueur qui l'entretenait d'une part, et de l'autre par la turgescence dont le derme se trouve envahi), mais chaque point ou pore qui la constituait avant la maladie devient dans sa deuxième période le siége d'autant de points saignants, hémorrhagiques. Ce sont donc des hémorrhagies passives, absolument passives, et coïncidant avec des hémorrhagies de même nature des membranes muqueuses. Hâtons-nous d'ajouter que lorsque le sang coule ainsi par les pores de la peau dans les hémorrhagies dont nous parlons, il coule en même temps, et plus abondamment encore, par tous les autres points de la périphérie du corps, qui avant la maladie ou pendant sa première période étaient le siége de quelque autre éruption, d'une éruption de furoncles, par exemple, ou de quelque plaie soit récente (plaies de sangsues, de saignées, de vésicatoires, de sinapismes, etc.), soit ancienne (les diverses ulcérations). Nous en dirons autant des surfaces muqueuses tapissant les ouvertures naturelles du corps au point de leur continuation avec la peau, à savoir : la conjonctive, la muqueuse auriculaire, celle des fosses nasales, les muqueuses du pourtour de la bouche, du mamelon, de l'entrée de l'urèthre, du pourtour du vagin et de la marge de l'anus.

Nous terminons ce que nous avions à dire sur les sueurs de sang dans la fièvre jaune en faisant remarquer que les auteurs, en petit nombre il est vrai, que nous avons consultés sur les sueurs de sang en général, laissent à désirer un renseignement bien important au point de vue de leur étude, c'est l'état de la peau avant leur manifestation.

(1) Dans l'île appelée depuis Saint-Christophe, et huit ans après, à la Martinique et à la Guadeloupe.

(2) Parce qu'un bâtiment arrivant à la Martinique, venant de Siam, l'avait contractée à son passage au Brésil, où elle régnait depuis plusieurs années. Ce bâtiment était le vaisseau *l'Oriflamme*. Parti peu après pour la France, il ne la revit jamais; il périt corps et biens dans un combat contre les Anglais, à peu de distance de la Martinique.

(3) Philippe Roches, vingt-deux ans, habitant du Macouba, quartier de l'île, atteint de la fièvre jaune après un voyage à Saint-Pierre, ville du littoral.

(4) Comme on le remarquera sans doute, le cas de cette femme est fort semblable à celui rapporté par Labat, cas où la sueur de sang avait également été précédée d'une hémorrhagie par le nez et par la bouche.

(5) Dans la peste, par le docteur Hwges (Planque, *Bibliothèque médicale*); dans des fièvres dites *malignes*, par Huxham (*Essai sur les fièvres*), etc.

(6) La sueur de sang à laquelle Sylla était sujet, celle qu'éprouva Charles IX avant de mourir, etc.

Note sur un cas de luxation spontanée des premières vertèbres cervicales, avec paralysie complète des membres et du tronc, guéris par la réduction des vertèbres luxées. — M. MAISONNEUVE lit la note suivante :

Les faits de luxation spontanée des premières vertèbres cervicales ne sont pas rares dans la science. Il existe même un petit nombre de cas où la guérison de cette lésion si grave a pu être obtenue alors qu'une compression lente de la moelle épinière avait déjà produit une paralysie partielle.

Mais quand un déplacement brusque avait déterminé la paralysie générale des membres et du tronc, le mal avait toujours paru sans remède, et les plus hardis opérateurs n'osaient même essayer aucun effort de réduction, de crainte de voir les malades mourir entre leurs mains.

Dans un cas de ce genre, nous avons cru devoir tenter cette suprême ressource. Le succès a couronné notre tentative, et nous avons l'espoir que cette réussite pourra modifier le pronostic désespérant de la science au sujet de ces affections.

Observation. — P... (Marie-Louise), âgée de seize ans, était atteinte depuis plusieurs mois d'une tumeur blanche de l'articulation atloïdo-axoïdienne avec tuméfaction dans la région sous-occipitale, inclinaison de la tête en avant, léger engourdissement des membres supérieurs, lorsque, le jour même de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 24 mars 1864, un mouvement brusque de la tête détermina une luxation des deux premières vertèbres et par suite une paralysie complète des quatre membres et du tronc, sauf le diaphragme, dont les mouvements continuèrent à entretenir la respiration.

Il était évident que dans ces conditions la malade avait à peine quelques heures à vivre, et que la réduction des vertèbres luxées constituait l'unique chance de salut. Aussi, quoique dans la science il n'eût été fait, que je sache, aucune tentative de ce genre, je ne crus pas devoir refuser à la malade cette dernière ressource. Plaçant donc mes deux mains l'une sous le menton, l'autre sous l'occiput, j'exerçai sur la tête une traction douce et continue pendant que deux aides maintenaient le tronc et les épaules. Après une demi-minute environ qui nous parut bien longue, un léger soubresaut accompagné d'un bruit de frottement très-distinct vint indiquer que la question était résolue. Un changement brusque s'était évidemment opéré dans les rapports des parties osseuses, et la tête aussitôt put être ramenée à sa position normale.

Au même instant, la malade jetait un cri de joie, disant qu'elle sentait la vie revenir dans ses membres. En effet, je reconnus, non sans une vive satisfaction, que la sensibilité et même le mouvement commençaient à renaître dans toutes les parties paralysées.

Des précautions minutieuses furent prises pour maintenir exactement la tête; aussi, dans le cours de la journée, les choses ne cessèrent-elles de s'améliorer, de sorte que le lendemain, 26 mars, la paralysie avait déjà presque entièrement disparu, et qu'au bout de huit jours il n'en restait plus de traces. Nous avons cru néanmoins devoir soumettre la malade à un traitement destiné à prévenir tout accident et à consolider les articulations, et aujourd'hui, 27 juin, la malade peut être considérée comme entièrement guérie.

(Commissaires, MM. Velpeau, Jobert de Lamballe, Bernard.)

Effets physiologiques de l'éther de pétrole. — M. E. GEORGES résume ainsi son travail :

Il résulte des faits exposés dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie :

1° Que les essences de pétrole agissent d'une manière particulière sur le sens génésique, et dans certaines circonstances le tempèrent singulièrement, comme le fait d'ailleurs concevoir son action, que nous avons constatée sur le cerveau;

2° Qu'il occasionne réellement de violentes migraines chez les personnes nerveuses, les femmes du monde, et chez ceux qui vivent surtout dans un air confiné où se trouvent des vapeurs de ces essences;

3° Que cette action paraît due à un principe particulier dont on peut le débarrasser, et qui agit principalement sur le cerveau et sur le cœur;

4° Que l'éther de pétrole peut être employé avec avantage pour refroidir les téguments dans les opérations, parce qu'il ne produit pas de douleur sur les parties où le sang coule;

5° Qu'enfin le bas prix de ce produit et sa grande volatilité peuvent faire espérer son introduction comme force motrice dans l'industrie, préférablement à tout autre éther.

(Commissaires, MM. Flourens, Bernard, Longet.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 22 juin 1864. — Présidence de M. Richet.

COMMUNICATION.

Tumeurs lymphatiques.

M. TRÉLAT. J'ai été appelé dernièrement à observer un cas d'une affection rare, au moins dans notre pays. Ce sont des tumeurs constituées par la dilatation des vaisseaux et probablement aussi des ganglions lymphatiques; je pense que les membres de la Société verront avec intérêt le malade qui a bien voulu se prêter à cet examen.

C'est un jeune homme de vingt et un ans, robuste, bien musclé, aux chairs fermes. Il est né et a toujours habité à l'île Bourbon, qu'il a quittée il y a quelques mois pour venir en France réclamer des conseils et des soins. Jamais il n'a eu d'accident syphilitique d'aucune sorte; nulle trace de scrofule; en aucun point du corps, au cou, sous les aisselles, on ne trouve de ganglions saillants ou engorgés.

L'enfance a été très-facile; il n'y a eu que deux affections aiguës vers l'âge de cinq et sept ans, dont l'une paraît avoir été une fièvre typhoïde.

Vers l'âge de quinze ans, une petite grosseur se montre au-dessous du pli inguinal gauche. Peu de temps après, le malade, qui était alors au collége, ressentit une douleur assez vive en faisant de la gymnastique. Cette douleur était causée par l'apparition d'une hernie inguinale droite, sur laquelle on appliqua un bandage. Cependant, au-dessous de la pelote, on remarqua bientôt que la région était comme empâtée, manifestement plus volumineuse après la marche ou l'exercice. Bref, une tumeur semblable à celle du côté gauche existait à droite, indépendamment de la hernie.

Notre jeune homme ne portait alors aucune attention à une maladie qui n'était pas et qui n'a jamais été douloureuse; il ne peut nous dire d'une manière positive si les tumeurs ont acquis rapidement leur volume ou si l'accroissement a été lent et graduel. Il affirme néanmoins que depuis quatre ans leur état est à peu près stationnaire.

Actuellement on reconnaît de prime abord au côté droit une hernie inguinale scrotale. Cette hernie est habituellement contenue par un bandage, mais elle s'échappe de temps à autre; car, malgré les modifications que j'ai fait faire au brayer, la tumeur sous-inguinale repousse la pelote en haut, et laisse quelquefois encore filer la hernie.

Indépendamment de la hernie, le triangle de Scarpa de chaque côté est occupé par une tumeur allongée de haut en bas. Celle de droite, qui a 12 centimètres de hauteur sur 7 centimètres de large, descend un peu plus bas que celle de gauche, qui a 13 centimètres sur 8, cette dernière remontant quelque peu en avant de l'arcade crurale et atteignant même par en haut l'orifice externe du canal inguinal.

La tumeur de droite est un peu plus saillante, plus régulière et plus molle. Celle de gauche présente quelques lobules du volume d'une amande environ; on peut en distinguer trois : ce sont des ganglions lymphatiques.

A part ces différences légères, tous les autres caractères sont communs aux deux côtés. La peau ne présente aucun changement de couleur propre; elle n'a pas non plus cette teinte bleuâtre qu'on observe dans les varices ou certaines tumeurs érectiles sous-cutanées. Sa surface est régulière, parfaitement normale, sans aucune trace de ces petites élevures qui ont été signalées dans les varices des réseaux lymphatiques superficiels, varices qui peuvent coïncider avec des dilatations des troncs lymphatiques. On a justement comparé la peau dans ces cas à l'écorce d'orange; ici, rien de semblable. Aucune plaie, aucune altération de quelque nature qu'elle soit ne peut être constatée dans toute l'étendue des deux membres inférieurs.

La peau est mobile à la surface des tumeurs, dont elle peut être isolée par pincement dans tous les points. Les tumeurs elles-mêmes ont une assez grande mobilité sur les parties profondes; il est facile de s'assurer qu'elles sont situées en avant des muscles et n'ont avec eux que des rapports de voisinage. Elles sont molles, faciles à malaxer dans tous les sens et donnent à un degré extrême ce sentiment de fausse fluctuation si caractéristique dans le lipome. Quand on applique la main à leur surface et qu'on les presse régulièrement, on ne parvient à diminuer que très-peu leur volume, mais, en revanche, le décubitus dorsal prolongé les fait presque complétement disparaître, et on ne sent plus alors sous la peau qu'une sorte de sac irrégulier parcouru par de nombreux trabécules et offrant quelques reliefs mamelonnés. Ces tumeurs sont donc réductibles, mais leur réduction s'opère avec lenteur; elles doivent contenir un liquide assez épais et qui reflue par des voies relativement étroites.

Le diagnostic de ces tumeurs présente des difficultés. Au premier abord, on serait tenté de les prendre pour des lipomes ou des tumeurs érectiles veineuses. Mais la couleur de la peau, la réductibilité très-lente, l'absence d'augmentation de volume sous l'influence de l'effort plaident contre l'hypothèse de tumeurs érectiles. Une autre raison décisive empêche de croire à des lipomes, c'est la réductibilité. Or le lipome est une tumeur essentiellement fixe; on peut la comprimer mais non la réduire, quelque moyen qu'on emploie. Il convient d'ajouter que si parfois on observe des lipomes symétriques, il est bien rare qu'il n'y en ait pas en même temps quelques autres situés irrégulièrement. C'est là cependant une raison accessoire en présence de la réductibilité.

Faut-il ajouter que la bonne santé, la vigoureuse constitution du sujet, les six années écoulées depuis l'apparition des tumeurs, démontrent qu'on ne saurait songer à une affection maligne, hypothèse qui du reste n'a été adoptée par aucun des médecins consultés?

C'est en tenant compte des caractères négatifs et positifs de ces tumeurs, et, d'autre part, de l'âge de notre malade et de son origine, que j'étais arrivé à établir le diagnostic : tumeurs formées par la dilatation des vaisseaux lymphatiques ganglionnaires et inter-ganglionnaires. Ce diagnostic a été confirmé par un de nos maîtres, M. Nélaton, dont personne ne contestera la compétence en pareille matière.

Une circonstance avait attiré mon attention lors de mon premier interrogatoire. Depuis quatre mois environ, M. X... se plaignait de vertiges revenant tous les trois ou quatre jours, et s'accompagnant de paresse stomacale; ils nécessitaient la situation couchée, et cessaient bientôt par ce simple traitement. Ces phénomènes m'avaient remis en mémoire que la malade de MM. Desjardins et Gubler (présentée en 1854 à la Société de biologie, laquelle avait en même temps des fistules lymphatiques) éprouvait du malaise, des nausées, des vertiges quand elle avait perdu une notable quantité de lymphe; que le malade d'Amussat (dont l'histoire est consignée dans la thèse de Breschet sur le système lymphatique) fut pris, après des courses fatigantes, d'accidents graves qui se terminèrent par la mort. Aussi n'étais-je pas sans quelque inquiétude sur la valeur de ces symptômes. Je me suis rassuré cependant en constatant que M. X... était dans ces derniers temps fort préoccupé de sa maladie, que cette préoccupation seule pouvait troubler les fonctions digestives et dé-

terminer consécutivement des vertiges, et surtout en apprenant que ces vertiges, devenus très-rares dès l'annonce du départ, ne s'étaient produits qu'une fois en mer et n'avaient pas reparu depuis l'arrivée en France. Depuis ce moment, au contraire, les digestions sont très-régulières, et l'exercice est plus facilement supporté qu'à l'île Bourbon.

Je ne puis omettre de faire remarquer que ce fait vient confirmer une opinion déjà indiquée, à savoir, que les varices lymphatiques sembleraient particulièrement fréquentes dans les colonies et les pays chauds. Le malade d'Amussat était de l'île Bourbon, celle de MM. Desjardins et Gubler habitait depuis longtemps l'île Maurice. Sur quatre malades observés par M. Nélaton, deux étaient originaires du Brésil ou des colonies. Le docteur Saint-Perne, un de mes anciens élèves, qui exerce avec distinction la médecine à l'île Bourbon, a vu un jeune homme guéri sans autre traitement qu'un séjour de plusieurs mois en France. M. Petit, qui a été longtemps chirurgien en chef de la marine aussi à l'île Bourbon, me disait avoir vu plusieurs fois des tumeurs lymphatiques chez des habitants de ce pays. Tout cela, ainsi que la rareté des observations recueillies en France, prouve bien en faveur des conditions étiologiques de pays et de climat. Il faut tenir compte aussi de l'âge; la plupart de ces malades étaient jeunes : dix-sept, dix-neuf, vingt et un, vingt-trois ans; une seule fois, trente-neuf ans.

Je n'ai jamais eu la pensée de conseiller ou d'entreprendre l'ablation de ces tumeurs, et j'ai été très-heureux de voir cette opinion appuyée par l'expérience de M. Nélaton.

Il y a quelques années, tourmenté par un jeune homme atteint de cette même affection, il se décida à enlever l'une des tumeurs. Le diagnostic étant incertain, une incision fut pratiquée sur la masse morbide après que la peau eut été écartée. Aussitôt s'écoula une quantité considérable de liquide un peu épais, exactement semblable à du lait; il ne restait plus que quelques lambeaux irréguliers, quelques filaments moniliformes qui furent extraits. Des accidents graves ne tardèrent pas à survenir, des frissons, des phénomènes de résorption purulente, et le malade, quoique jeune et robuste, succomba. La tumeur de l'autre côté, qui n'avait pas été touchée, a pu être recueillie en partie. Elle a été injectée au mercure par M. Sappey et est déposée au musée Dupuytren sous le n° 268. Elle est formée par un réseau serré de vaisseaux lymphatiques variqueux. Comme dans le cas d'Amussat et de Breschet, les ganglions ont pour ainsi dire disparu, envahis par la dilatation des vaisseaux et participant eux-mêmes à cette dilatation.

Ces courtes notions d'anatomie pathologique, et, d'autre part, l'issue rapidement funeste de la seule tentative qui à ma connaissance ait été pratiquée jusqu'ici, conseillent de s'abstenir d'une opération radicale.

Nous nous sommes bornés, quant à présent, à un traitement tonique et à la compression. Celle-ci est effectuée par un caleçon de M. Bourjeaurd, modifié à plusieurs reprises en raison des difficultés qu'on éprouve à presser méthodiquement dans le creux inguinal; il a fallu placer là des pelotes comblant la cavité sans préjudice du bandage herniaire, qui reste nécessaire.

J'éprouve cependant le besoin d'interroger l'opinion de mes collègues sur une forme particulière d'intervention chirurgicale.

Chez plusieurs malades, les varices des vaisseaux coïncidaient avec des varices des réseaux superficiels et des fistules lymphatiques. Ces fistules donnaient lieu à un écoulement variable qui permettait l'évacuation des tumeurs. Or, ces malades, parmi lesquels je citerai ceux de MM. Desjardins et Gubler d'une part, et Demarquay de l'autre, ont obtenu une guérison définitive. Je me suis donc demandé, sans être toutefois trop porté à cette entreprise, s'il ne serait pas possible de créer ici une voie d'évacuation artificielle, de vider les tumeurs par une fistule temporaire ou permanente, sauf ensuite à confier à la compression de ramener les vaisseaux dilatés à un volume normal.

En outre donc de l'intérêt tout spécial que présente ce cas de chirurgie au point de vue pathologique, on voit qu'il soulève certaines questions de thérapeutique dont la solution est délicate et où l'avis de mes collègues me sera d'un précieux secours.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas une grande expérience relative aux faits du genre de celui que vient de nous communiquer M. Trélat. Cependant, comme j'ai vu un autre cas semblable et que j'ai examiné avec soin le jeune homme présenté par notre collègue, je dirai deux mots sur l'impression qui est résultée de cet examen. Je partage complétement l'avis de M. Trélat sur le diagnostic; il s'agit évidemment là de deux tumeurs développées dans les réseaux lymphatiques, mais j'ajouterai que le réseau superficiel n'est pas seul pris; il me semble que les vaisseaux lymphatiques profonds sont énormément développés et qu'il existe de larges communications entre eux et les lymphatiques superficiels. Je me demande même si le point de départ de la maladie n'a pas été dans les lymphatiques profonds, intra-abdominaux. Pour ce motif, je ne voudrais, en aucune façon, toucher aux tumeurs du jeune malade qui nous est présenté.

Quant au malade de Breschet, il me paraît avoir succombé plutôt à une infection purulente qu'à une pleurésie.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne dirai qu'un mot à propos du diagnostic. Dans le lipome, ce qu'on trouve difficilement ce sont les interstices, ici ce sont les lobules.

J'ajouterai que je ne suis pas de l'avis de M. Trélat sur ce qu'il a dit de la *fausse fluctuation* des lipomes. Je crois, en effet, que dans certains lipomes, il y a une *vraie fluctuation*, en tout semblable à celle produite par un liquide contenu dans une poche.

M. GUYON. J'ai fait deux examens comparatifs du malade de M. Trélat, l'un au commencement, l'autre à la fin de la séance, et les résultats différents fournis par ces deux examens confirment, suivant moi, complétement le diagnostic posé par notre collègue. En effet, sous l'influence du décubitus dorsal gardé entre les deux examens, j'ai pu constater de la manière la plus évidente un fait très-important au point de vue du diagnostic, à savoir, la diminution très-notable et le ramollissement des deux tumeurs.

M. TRÉLAT. On pourrait croire que ces tumeurs offrent de l'analogie avec l'hypertrophie ganglionnaire; mais il n'en est rien, précisément à cause des raisons sur lesquelles vient d'insister M. Guyon.

Quant à l'opinion de M. Morel-Lavallée sur la fluctuation de certains lipomes, elle ne peut être mise en doute; mais ce n'est pas moins ce qu'on doit appeler de la *fluctuation fausse, simulée.*

Pour ce qui a trait à ce que pense M. Verneuil sur la large et facile communication entre les réseaux lymphatiques profonds et superficiels, je ne suis pas disposé à y croire dans l'espèce; car, s'il est vrai que chez notre malade les tumeurs se désemplissent en grande partie par le décubitus dorsal, il faut ajouter que cela se fait lentement et que la pression ne change pas beaucoup leur volume d'une façon immédiate; or, il devrait en être autrement si les communications n'étaient pas étroites.

M. LARREY. Je me range complétement à l'avis de M. Trélat. Si on devait admettre là l'existence des lipomes, on en trouverait presque certainement ailleurs. Il me semble qu'Allard, dans son travail sur l'éléphantiasis des Arabes, fait allusion à des cas analogues à celui de M. Trélat; j'engagerai donc notre collègue à cousulter ce travail, ainsi que l'excellente Monographie de Salmade.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je crois, contrairement à ce que vient de dire notre honorable collègue M. Larrey, qu'il se présente assez souvent des lipomes symetriques, sans qu'on en puisse découvrir d'autres sur le reste du corps. Pour ma part, j'ai observé un cas de ce genre aux jarrets, et, dans cette circonstance, j'ai dû avoir recours à une ponction exploratrice pour me tirer de l'embarras où me mettait l'existence d'une fluctuation manifeste.

M. LARREY. Je crains que M. Morel-Lavallée ne généralise un peu trop le fait particulier qu'il vient de nous communiquer. Je n'ai pas souvenance que la symétrie dans le lipome soit la règle ni même une chose fréquente.

Il ne faudrait pas confondre avec le lipome les kystes dont la région poplitée est souvent le siége.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne dis pas que la confusion ne soit pas possible, mais une ponction exploratrice lève tous les doutes.

M. LARREY. Je n'ajouterai qu'un mot. Je désirerais beaucoup qu'on pût rechercher les cas de lipomes que contiennent les archives de la science, et on verrait qu'en général il n'y en a guère qui aient présenté la symétrie en question.

M. TRÉLAT. Je remercie M. Larrey et mes autres collègues de l'appui de leur autorité, et je terminerai en leur demandant si l'un d'eux serait disposé, dans l'espèce, à tenter une opération. Chacun répond par la négative.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

L'un des secrétaires, H. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, a décerné les récompenses suivantes aux médecins attachés au service des eaux minérales, qui se sont distingués par leurs services et leurs travaux :

1° *Rappel de médailles d'argent.* — Alquié, inspecteur à Vichy; — Willemin, inspecteur adjoint à Vichy; — Lhéritier, inspecteur à Plombières; — Genieys, inspecteur à Amélie-les-Bains; — Le Bret, inspecteur à Baréges, — De Puisaye, inspecteur à Enghien; — Cazaintre, inspecteur à Rennes-les-Bains; — Crouzet, inspecteur à Balaruc; — Cabrol, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne.

2° *Médailles d'argent.* — Payen, ex-inspecteur à Saint-Gervais; — Tripier, inspecteur à Evaux; — Damourette, à Sermaize; — Lambron, inspecteur à Bagnères-de-Luchon.

3° *Médailles de bronze.* — Lemonnier, inspecteur aux Eaux-Chaudes; — Puig, inspecteur à Olette; — Chabannes, inspecteur à Vals; — Dubois (Amable), inspecteur adjoint à Vichy; — Allard, inspecteur à Royat; — Vidal, inspecteur à Aix; — Périer, inspecteur à Bourbon-l'Archambault.

4° *Mentions honorables.* — Subervic, inspecteur à Bagnères-de-Bigorre; — Verdier, inspecteur à Cauvallot; — Baron, inspecteur adjoint à Lamothe; — Chapelain, inspecteur à Luxeuil.

— M. Foltz, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Lyon, vient d'être nommé conservateur au musée de médecine de cette Ecole.

— La Société de médecine de Lyon met au concours les questions suivantes :

1° *De la transmission des maladies de la mère au fœtus et réciproquement* (prix de 300 fr.);

2° *Influence sur la santé publique de la fabrication de l'aniline et des produits qui en dérivent* (prix de 300 fr.).

Les mémoires doivent être adressés, avant le 14 août 1865 et dans les formes académiques, au secrétaire général de la Société.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 79. — JEUDI 7 JUILLET 1864. (37e ANNEE.)
N° 79. — JEUDI 7 JUILLET 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DEPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 JUILLET 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la physiologie du cœur est épuisée. MM. Beclard, Bouillaud et Barth ont déclaré qu'ils ne parleraient plus ; M. Barth même a dit qu'il ne serait pas sérieux de continuer la discussion. Seul, M. Gavarret désire répondre encore à M. Beau.

Le sujet paraît assez éclairci. M. Beau admet, on le sait, que les veines se vident brusquement dans l'oreillette, que celle-ci se vide par une seule contraction dans le ventricule, que celui-ci, brusquement dilaté par l'ondée sanguine, frappe contre la paroi thoracique, réagit, se contracte et chasse le sang dans les artères; le premier bruit est produit par la dilatation du ventricule, le second par la dilatation de l'oreillette.

La théorie classique enseignait (et nous suivrons ici, pour faciliter la comparaison, le même ordre que dans la théorie de M. Beau) que l'oreillette emplie lentement laisse écouler du sang dans le ventricule, à partir du moment où il a cessé de se contracter; qu'elle se contracte brusquement pour achever de remplir le ventricule; qu'immédiatement le ventricule se contracte, ferme les valvules auriculo-ventriculaires et favorise une nouvelle réplétion de l'oreillette, en même temps qu'il chasse le sang dans les artères.

Les bruits du cœur, suivant Rouennet, Hope et M. Bouillaud, sont dus, le premier au redressement des valvules auriculo-ventriculaires, le second au redressement des valvules artérielles.

On le voit, les deux théories n'ont que deux points communs : la contraction plus ou moins forte de l'oreillette, et la contraction du ventricule immédiatement après celle de l'oreillette.

Les belles expériences de MM. Chauveau et Marey, et l'excellent livre de ce dernier, ont montré expérimentalement que la pulsation du cœur et le choc du cœur contre la poitrine, le battement de l'aorte, le redressement des valvules auriculo-ventriculaires, la tension maximum du sang dans le cœur et dans les artères, correspondaient au moment précis de la contraction du ventricule; des tracés sphygmographiques de ces auteurs ressort victorieusement la vérité de cette proposition. Le fait était péremptoire.

M. Beau a cru devoir récuser les tracés, le dessin des pulsations du cœur : l'amplification de la durée des mouvements par un procédé tout mathématique ne laissait cependant aucun doute; tout était mesuré dans la révolution du cœur. M. Beau a opposé ce qu'il avait vu, et de ce qu'à ses yeux la contraction du ventricule suivait immédiatement la contraction de l'oreillette, l'auteur regardait sa théorie comme intacte. A un tel raisonnement il ne pouvait être rien répondu; on se saurait prouver un fait à celui qui se refuse à l'accepter.

MM. Bouillaud, Béclard et Gavarret ont attaqué les raisonnements de M. Beau; M. Bouillaud a fait ressortir l'impossibilité d'une systole veineuse et du claquement des parois du ventricule; M. Béclard a rappelé que la fermeture de l'orifice auriculo-ventriculaire n'avait lieu qu'au moment précis de la contraction ou systole ventriculaire; M. Gavarret, se fondant sur l'étude des tensions du sang comparées dans le ventricule et dans l'oreillette, a repoussé la possibilité du choc précordial sous la seule influence de la contraction de l'oreillette sur la colone sanguine qui pénètre dans le ventricule.

Comme l'ont fait encore remarquer les orateurs qui ont pris la parole contre M. Beau, si le sang lancé dans le ventricule était capable de causer le choc précordial, il devrait nécessairement refluer dans les veines et produire à l'état normal le pouls veineux, puisqu'il n'y a pas de sphincters aux orifices veineux dans les oreillettes. Et comme preuve réciproque, M. Bouillaud a montré d'ailleurs que le pouls veineux existant avec les insuffisances auriculo-ventriculaires, le pouls veineux correspondait à la pulsation du cœur, au choc précordial. Prouver ce fait, c'était dire encore que la contraction du ventricule était, plutôt que la contraction de l'oreillette, réellement le fait capital de la pulsation du cœur.

Pour ce qui est des bruits anormaux, tous les orateurs pathologistes ont démontré qu'ils étaient des altérations des bruits normaux. Ils se sont appuyés sur les expériences de Hope, qui a fait cesser les bruits du cœur en faisant cesser le jeu des valvules; rien ne démontrait qu'il y eût des lésions multiples du cœur comme le pense M. Beau, tandis que Hope créait une insuffisance aortique artificielle et une altération du second bruit du cœur, comme dans les cas pathologiques.

Une à une, toutes les propositions fondamentales de la doctrine de M. Beau ont été atteintes. Une seule est restée, le fait de la contraction de l'oreillette, brusquement suivie par la systole ventriculaire. M. Marey l'a constatée avec le sphygmographe et en a jugé la valeur, déjà soupçonnée depuis Hope et Magendie. C'est une contraction finale brusque, un dernier effort pour compléter la réplétion du ventricule. Ce fait, à part les conséquences qui en ont été tirées, a été de nouveau mis en lumière par les arguments de M. Beau. Il a été mieux apprécié, et ce sera là le seul point vrai de la théorie de M. Beau et le meilleur souvenir qu'il en faudra garder.

Lorsqu'une imagination vive s'empare d'une idée, l'esprit séduit se fait une habitude de la tournure des pensées qu'il agite, et il ne faut pas de longues années pour qu'il se passe un phénomène singulier que Stendhal ou H. Beyle, étudiant un des sentiments de la nature humaine, a ingénieusement appelé au figuré une cristallisation. Raisons, preuves, arguments sérieux, ironie, rien ne peut alors arracher à l'homme l'idole ou l'idéal qu'il caresse, et dont la contemplation est devenue nécessaire à son existence.

La théorie des mouvements et des bruits du cœur que défend M. Beau est une idée cristallisée, et l'Académie vient de voir se dérouler devant elle le spectacle de la lutte d'une interprétation idéale contre des faits. Tout ce qu'un esprit orné, fertile en ressources, tout ce qu'une dialectique serrée peuvent produire sous la plume et dans les paroles d'un homme d'une rare intelligence, a été déployé par M. Beau pour combattre des preuves anatomiques et expérimentales auxquelles les paroles de MM. Bouillaud, Béclard, Gavarret et Barth ont donné un nouvel éclat.

Nous ne dirons pas que M. Beau a été convaincu, cela était impossible : les faits matériels ne l'ont point frappé, la controverse l'excitait au lieu de le calmer. Mais si l'Académie n'a pu goûter le plaisir de voir M. Beau se ranger à une doctrine que confirment tant de faits, le public a été éclairé, la physiologie du cœur a été mieux connue, plus répandue, et les moments de l'Académie n'ont pas été perdus.

Tout serait dit, s'il ne nous restait à ajouter que M. Beau ne subit pas le sort de sa théorie. On n'oublie pas que les hommes les mieux doués ne sont pas à l'abri d'erreurs et de conceptions paradoxales. Les études de l'asthme, de la chlorose, des altérations de la sensibilité, du rôle de la dyspepsie dans la production des maladies chroniques et de bien d'autres questions où M. Beau laisse les traces de son passage, permettent à leur auteur de se tromper ailleurs sans qu'il cesse d'être un des hommes les plus remarquables de notre temps. — Dr Armand Després.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité théorique et pratique de l'obésité,

Par le docteur F. DANCEL (1).

Au commencement de ce siècle, un magistrat, à la fois grave, aimable, spirituel et savant, toutes qualités qui ne sont pas incompatibles, écrivait dans un livre bien connu : « Si j'avais été » médecin avec diplôme, j'aurais d'abord fait une bonne monographie » de l'obésité ; j'aurais ensuite établi mon empire dans ce recoin de » la science, et j'aurais eu le double avantage d'avoir pour malades » les gens qui se portent le mieux, et d'être journellement assiégé » par la plus jolie moitié du genre humain ; car, avoir une juste pro» portion d'embonpoint, ni trop ni peu, est pour les femmes l'étude » de toute leur vie.

» Ce que je n'ai pas fait, un autre docteur le fera, et s'il est à la » fois savant, discret et beau garçon, je lui prédis des succès à » miracles. »

Ainsi s'exprime Brillat-Savarin, conseiller à la Cour de cassation, dans la *Méditation XXI* de la *Physiologie du goût*.

Ces paroles ne sont pas tombées dans le désert ; elles ont germé, et le fameux livre est né.

Dans l'espèce humaine, la graisse constitue, à l'état normal, la vingtième partie du poids de l'homme, la seizième partie du poids de la femme. Au delà de ces proportions, elle peut encore constituer la santé ; mais dans une proportion beaucoup plus considérable, elle donne lieu à une foule d'accidents, et elle a sur le physique et sur le moral une fâcheuse influence, trop connue pour la rappeler ici.

Maladie le plus souvent héréditaire, l'obésité se manifeste ordinairement à l'âge dit de retour et attaque plus particulièrement les sujets à tempérament lymphatique. L'humidité, le sommeil prolongé, le défaut d'exercice, favorisent l'embonpoint. Toutes ces conditions étant données, c'est dans le genre d'alimentation qu'il faudra chercher une autre cause de l'obésité.

La graisse se trouve-t-elle toute formée dans les aliments que prend l'animal, ou bien peut-il, par la puissance de son organisation, en former d'éléments divers? Grave question, qui a été résolue au commencement de 1843 par une commission de l'Institut, composée de MM. Dumas, Boussingault et Payen.

Il est démontré par le raisonnement et l'observation que le chyle varie de nature selon le genre d'alimentation ; que chez les chiens nourris avec des aliments gras, le chyle est opaque, d'un aspect crémeux, riche en globules, et qu'il abandonne beaucoup de matières grasses à l'éther; tandis qu'il est pauvre en globules, translucide, séreux, qu'il abandonne peu de chose à l'éther, quand ces animaux sont nourris avec des substances végétales riches en fécule ou en sucre, ou bien avec de la viande maigre. Nous savons encore que si, à l'état normal, il y a 2 à 3 millièmes de matières grasses dans le sang, il y en a beaucoup plus (de 12 à 18) dans la période digestive, après une alimentation grasse. Quant aux herbivores, généralement plus gras que les carnassiers, l'observation et le raisonnement ont démontré qu'il y a dans les plantes, et plus spécialement dans les feuilles, assez d'éléments graisseux pour développer leur embonpoint. Si le foin vert, si le maïs engraissent, c'est qu'ils contiennent des substances grasses ; la pomme de terre, la betterave, la carotte, ne produiront le même résultat que lorsqu'elles seront associées à des produits renfermant des corps gras comme la paille, les graines de céréales, le son, les tourteaux de graines oléagineuses.

Bien que les expériences de l'Institut n'aient pas été accueillies sans contrôle, bien que certaines parties provoquent de la part du lecteur un certain étonnement, il reste établi pour nous que c'est dans l'alimentation grasse, dans les substances à éléments graisseux que l'on trouve la cause première de la formation de la graisse chez les animaux, mais que cependant elle peut s'y développer par la puissance de leur organisation. C'est à peu près ce que Boussingault écrivait à Arago en 1845, lorsqu'il lui faisait savoir que, d'après ses expériences, il concluait que « les animaux font plus de graisse qu'on n'en trouve dans leur alimentation. »

La graisse fait la graisse, la chair fait la chair, selon le dicton populaire.

Tels sont les principes sur lesquels le docteur Dancel s'appuie dans l'application de son traitement de l'obésité.

Il a donc commencé à diminuer la quantité des substances végétales dans l'alimentation des personnes qu'il voulait faire maigrir. N'ayant pas toujours réussi, il en a cherché la cause, et il a cru s'apercevoir que ces personnes buvaient beaucoup. Pour lui, il y a dans l'eau une vertu engraissante, et, à l'appui, il cite des expériences nombreuses faites sur les animaux, d'où il résulte que le foin vert les engraissait, tandis que le foin sec produisait l'effet contraire. Il a également remarqué que l'herbe des bas-fonds a plus de qualité pour engraisser un bœuf ou un cheval que l'herbe des terrains élevés, herbe naturellement moins humide. En général, l'humidité *intus et extra* contribue au développement de la graisse, et l'auteur reconnaît pour principes :

(1) Un volume in-8° de 360 pages, chez J. B. Baillière, 1863.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille. — Ablation. Guérison.

(Observation recueillie par M. REVILLOT, interne.)

Le fait suivant nous a paru digne d'être rapporté, eu égard à sa rareté. En effet, nous n'avons pas trouvé dans les traités spéciaux de Kramer, Itard, etc., qu'il fût fait mention de tumeurs fibreuses siégeant dans l'épaisseur du lobule de l'oreille.

Parmi les ouvrages classiques, les auteurs du *Compendium de chirurgie* sont les seuls, à notre connaissance, qui en aient parlé, s'exprimant ainsi : « On a observé sur le lobule des tumeurs fibreuses assez gênantes et assez douloureuses pour qu'il ait été nécessaire de les enlever. Cette opération a été parfois suivie de récidive. Dans certains pays, ces tumeurs semblent exister à l'état endémique. D'après une relation faite par le docteur Campbell à la Société médicale de Calcutta (1833), beaucoup d'habitants de la vallée de Nipol sont sujets à la fois au goître et à des tumeurs auriculaires, inégales, charnues, comparables à ce qu'il appelle le sarcome mammaire.

Mme P..., âgée de trente-sept ans, cuisinière, bien constituée, est d'un embonpoint remarquable, sans antécédents morbides. Il y a six ans, elle se mit à porter des boucles d'oreilles un peu lourdes, dont la droite coupa le lobule ; au bout de trois mois, les lambeaux se réunirent en partie. Deux ans après, elle se fit de nouveau percer les oreilles un peu plus haut que la première fois, et porta des boucles d'oreilles plus petites. Mais depuis dix-huit mois, elle dut les quitter tout à fait ; le trou s'était agrandi peu à peu et déformé par la présence d'une petite tumeur dure qui se développait à sa périphérie. Alors le trou s'oblitéra ; mais la tumeur, croissant lentement, arriva à représenter un petit appendice sphérique légèrement pédiculé. En arrière de cette petite tumeur, s'en développa bientôt une autre tout à fait semblable, limitée aussi par un sillon formant pédicule. En même temps, le lobule tout entier augmentait progressivement de volume.

Le pavillon de l'oreille se termine donc par un lobule qui a à peu près le volume d'une noix ; sa forme est régulièrement arrondie, sa consistance très-dure ; la peau, parfaitement normale, adhère intimement aux tissus sous-jacents. Il est fixé par un pédicule auquel sont fixées les deux autres tumeurs plus petites, du reste identiques.

L'oreille gauche ne présente rien d'anormal ; le petit trou par lequel passait la boucle d'oreille s'est oblitéré. Cependant à la dépression qui correspond à son orifice de la face postérieure, est un petit tubercule rougeâtre qui pourrait bien être le point de départ d'une tumeur semblable.

Ainsi, c'est dix-huit mois après le début que la malade, gênée par le poids de cette sorte de grappe fibreuse, qui n'a du reste jamais été douloureuse, se décida à la faire enlever, et entra dans ce but dans le service de M. Demarquay.

Cette tumeur multiple fut donc excisée avec des ciseaux courbes. Les lèvres de la plaie furent réunies par quelques points de suture.



Au bout de deux jours, la cicatrisation par première intention fut entravée par une inflammation phlegmoneuse qui se prolongea jusqu'à la région sous-maxillaire, nécessita des contre-ouvertures pour donner issue au pus dans les parties déclives.

Huit jours après, la malade s'en alla guérie.

Ces tumeurs présentent à la coupe un aspect fibreux. Les fibres forment un tissu très-dur et serré, blanc nacré, criant sous le scalpel ; elles ont une direction, les unes concentriques, d'autres semblent rayonner d'un point qui correspondrait au pédicule commun des trois tumeurs.

SUR L'APPLICATION DE LA DIALYSE

à la recherche de la digitaline.

Par M. le docteur GAULTIER DE CLAUBRY.

A la séance de l'Institut du 6 de ce mois, M. Grandeau a présenté les résultats de recherches qu'il a exécutées sur la dialyse des substances toxiques dans les cas d'empoisonnement. A celle du 13, M. J. Lefort a revendiqué la priorité de cette application en ce qui touche la digitaline, bien qu'il n'ait fait qu'utiliser dans un cas particulier une méthode générale dont les résultats n'ont rien ici de nature à surprendre.

..... En 1862, j'entretenais la Société de pharmacie de recherches auxquelles je me livrais dans le but de généraliser, dans les cas d'empoisonnement, l'emploi de cette méthode due au célèbre Graham. Le compte rendu des travaux de l'année, publié par le secrétaire général M. Buignet, en fait foi. Le programme imprimé du cours de toxicologie que je suis chargé de professer à l'Ecole de pharmacie contient, p. 37, un article intitulé : *De l'osmose ou dialyse appliquée à la recherche des poisons.* Dans mon *Traité de chimie légale* (7e édition), publié en 1863, p. 716-717, j'ai, sous le même titre, signalé les caractères importants de ce mode d'opérer.

En outre, depuis deux ans, des dialyseurs sont mis à la disposition des élèves au laboratoire pratique de l'Ecole de pharmacie, pour la recherche des poisons.

Il résulte donc de la manière la plus positive de ces divers faits que, bien antérieurement aux communications de MM. Grandeau et Lefort, la dialyse a été appliquée au genre de recherches dont ils se sont occupés.

Mais il ne suffit pas que la digitaline, par exemple, puisse se diffuser pour que sa présence soit susceptible de démonstration dans des cas d'empoisonnement ; il faut qu'on s'appuie sur des caractères précis. Sous ce point de vue, la coloration en vert de cette substance par l'acide chlorhydrique, connue depuis longtemps, pourrait, lorsqu'elle est en dissolution dans des véhicules tels que l'alcool ou l'eau, permettre de la reconnaître avec quelque certitude, mais au milieu de produits de vomissements, de substances alimentaires trouvées dans l'estomac, ou d'organes soumis à l'analyse, ce caractère est insuffisant. Comment, en effet, peut-on lui attribuer une valeur, lorsqu'il s'agit de produits complexes tels que ceux sur lesquels le chimiste est appelé à opérer, surtout lorsqu'on songe à l'état de putréfaction auquel ils sont parvenus dans la presque totalité des cas ?

A plus forte raison, comment l'odeur sur laquelle insiste M. Lefort pourrait-elle être distinguée au sein de produits en décomposition putride ?

La dialyse ou l'osmose, puisqu'il convient de rappeler le nom donné par Dutrochet, qui s'est beaucoup occupé de ce genre de phénomènes, est appelée à rendre de très-grands services dans ces recherches ; mais pour qu'elle soit réellement utile, il est indispensable que, comme dans le si remarquable procédé de Stas pour la recherche des alcalis organiques, on parvienne à isoler complétement les produits dont il s'agit de démontrer l'existence, et on ne doit pas oublier que, ainsi que l'a démontré Graham lui-même, les substances qu'il a désignées sous le nom de *colloïdes* traversent en proportion plus ou moins grande le diaphragme, et compliquent les résultats ; c'est en réalité une ***filtration incomplète*** et non une *séparation absolue.* J'espère qu'il y a lieu d'en attendre davantage ; les recherches auxquelles je me livre sont exécutées dans ce but, et je ne désespère pas, malgré la difficulté du sujet, de pouvoir très-prochainement présenter à l'Académie des résultats de nature à fixer son attention. (Commissaires : MM. Pelouze, Payen, Bernard et Balard.)

PUSTULE MALIGNE.

Son traitement par le sublimé en topique.

Par le Dr A. CORLIEU.

On sait que la pustule maligne est une affection primitivement locale ; que plus tard elle se généralise et devient presque toujours incurable.

Il faut donc que le praticien cherche à la détruire le plus sûrement et le plus promptement possible.

Les médecins de campagne reconnaissent parfaitement cette redoutable affection et la traitent habituellement fort heureusement par les caustiques énergiques, tels que la potasse caustique, la poudre de Vienne.

Dans les grandes villes, c'est une maladie fort rare.

Nous pensons être utile à nos lecteurs en leur faisant connaître un mode de traitement déjà connu et qui a procuré des succès vraiment extraordinaires entre les mains d'un habile médecin de campagne, le Dr Missa (de Nanteuil-le-Haudouin).

Il y a quelque temps déjà que notre confrère a fait connaître son procédé. Nous en avons réservé la publication pour le moment de l'apparition des chaleurs, temps où se développe le plus souvent la pustule maligne.

Le *sublimé corrosif* est l'agent médicamenteux qui est constamment employé par M. Missa. Une très-longue expérience, des succès constants et inespérés, donnent une autorité telle aux paroles de notre confrère, que nous reproduisons textuellement sa communication.

« Le secret Dardelle n'a jamais été un secret pour la médecine ; l'unique agent de ce traitement est le sublimé corrosif purement et simplement.

» Avant de le connaître, j'échouais souvent par les autres procédés, et j'étais heureux d'envoyer mes malades à Dardelle (1), qui les guérissait toujours. Une fois le secret en ma possession, j'ai réussi à mon tour à sauver constamment les personnes affectées de charbon qui se sont présentées à moi.

» Je puis sans exagération estimer à trente par an le nombre des individus ainsi traités par moi depuis douze ans, donc environ 360. Je n'ai échoué que deux fois. Chez l'un la pustule maligne remontait à cinq jours, chez l'autre à sept. Chez les deux, il existait des symptômes d'infection générale lorsqu'ils ont réclamé mes soins. C'est généralement du troisième au quatrième jour que j'ai appliqué mon remède, rarement après le cinquième, une fois au septième ; c'est celui qui a succombé. En règle générale, les sujets qui dépassent le cinquième jour sans être soignés meurent infectés vers le huitième ou le dixième.

» Voici la conduite que je tiens :

» Je taille une rondelle de linge en rapport pour les dimensions avec la largeur de la pustule ; je recouvre cette rondelle d'une légère couche de sublimé (deuto-chlorure de mercure) de l'épaisseur de 2 millimètres ; alors, avec tout le soin possible, je fais en sorte que cet emplâtre soit placé bien précisément sur le lieu malade. Je maintiens le tout au moyen de bandelettes de taffetas agglutinatif ; je laisse cet appareil vingt-quatre heures en place ; ce temps écoulé, je retire le pansement, et toujours j'ai la satisfaction de reconnaître que la maladie est détruite. Le pansement se fait trois fois par jour avec l'onguent styrax étendu sur le linge ; il faut avoir l'attention à chaque pansement de faire des fomentations huileuses sur le lieu malade et les surfaces tuméfiées avec les huiles de lis, de lin, de camomille et d'hypericum.

» Après une dizaine de jours de ce traitement, l'eschare se détache, et la plaie est pansée comme une plaie simple....

» J'ai toujours été porté à croire que dans cette maladie le sublimé ainsi appliqué avait une action spécifique. »

(1) Dardelle était un empirique complétement étranger à l'art de guérir ; il avait appris à l'étranger ce mode de traitement de la pustule et en faisait une spécialité. Avant de mourir, il le fit connaître à M. le docteur Missa.

DU TRAITEMENT DES DOULEURS UTÉRINES

par les injections hypodermiques.

Le docteur Henry Bennet a eu recours plusieurs fois et avec un succès prompt et marqué aux injections hypodermiques dans plusieurs cas de dysménorrhée très-douloureuse, avec ou sans complications hystériques, dans plusieurs cas de névralgie utérine et ovarique, et enfin de névralgie faciale sympathique

---

1° Qu'il est impossible de diminuer l'embonpoint d'une personne qui boit beaucoup ;

2° Que la graisse qui se trouve au milieu de nos organes y a été produite :

a. Par l'alimentation qui en contenait de toute formée :

b. Par les éléments graisseux, tels que l'amidon, le sucre (1), etc., contenus dans l'alimentation et qui ont subi la transformation chimique nécessaire pour former de la graisse ;

c. Par l'eau introduite par les voies digestives, respiratoire et perspiratoire, laquelle eau, sous l'influence de la puissance de l'organisation, a été décomposée, pour que son hydrogène entre dans la fermentation de la graisse.

Ces principes admis, quel est le traitement de l'obésité? L'auteur l'explique dans deux chapitres fort détaillés, l'un s'occupant du traitement physiologique, l'autre du traitement thérapeutique. Il passe en revue tous les mets, toutes les boissons que l'on peut permettre aux gens obèses ; le café, le chocolat, les viandes, les légumes, les fruits, le pain, qui selon lui n'engraisse pas plus que les autres fécules. Nous ne pouvons reproduire ici la *carte* des repas, carte fort bien faite et curieuse à consulter.

Le sommeil prolongé, le repos au lit, la sieste après les repas, le défaut d'exercice, les rapports sexuels, les émissions sanguines, sont extrêmement nuisibles, et il ne faut pas oublier que les gens les plus gras ne sont généralement pas les plus sanguins.

(1) Chevreul a établi que l'action de l'acide nitrique sur l'amidon donne lieu à la séparation d'une substance graisseuse, donc elle y préexiste. — Le *sucre* peut être considéré comme formé de gaz carbonique, d'eau et de gaz olefiant ; ce gaz donne naissance à de l'alcool et à de l'huile.

Le régime est fort commode à suivre ; le café et le tabac ne sont pas proscrits.

Y a-t-il un traitement thérapeutique? Chimiquement, on aurait voulu agir directement ou indirectement sur le tissu adipeux, le saponifier. Le traitement exclusivement alcalin est mauvais et sans effet ; les acides sont funestes et incendiaires. Il faut un traitement mixte. Mais ce qu'il faut surtout, c'est prévenir autant que possible l'accumulation de la graisse dans l'économie ; c'est en provoquer l'évacuation à l'aide de purgatifs, et à leur tête se trouve la scammonée d'Alep, qui, en teinture, en pilules ou en poudre, a donné les meilleurs résultats.

D'assez nombreuses observations viennent à l'appui des idées de l'auteur, qui termine son livre par des cas fort curieux de maladies développées ou entretenues par le trop grand embonpoint et guéries par le traitement anti-obésique.

A vrai dire, nous avons abordé la lecture de cet ouvrage avec une certaine défiance ; nous avions peur de voir passer un petit bout d'oreille ; nous nous étions trompé. Notre confrère, s'appuyant sur le rapport de l'Académie des sciences, expose ses principes nettement, clairement, loyalement. Il ne vous dit pas : « J'ai un procédé à moi » ; il se montre au grand jour et il vous dit : « Lisez-moi, vous en saurez autant que moi. »

Sous certains rapports, il n'est pas tout à fait d'accord avec le spirituel auteur de la *Physiologie du goût,* mais il a franchement et heureusement répondu à l'appel qui lui a été fait il y a plus d'un quart de siècle.

Remplit-il les trois conditions exigées par Brillat-Savarin pour faire merveille? Nous ignorons s'il possède la troisième ; la deuxième, il doit l'avoir de par la loi ; quant à la première, il l'a assurément.

Dr A. CORLIEU.

Études sur la médecine animique et vitaliste,

par le Dr CHARPIGNON (1).

Bacon a dit que la métaphysique disparaîtrait quand la physique serait bien faite.

Par physique, il entendait l'ensemble de la philosophie naturelle. Cela voulait dire que le jour où les sciences positives auraient atteint leur maximum de développement, le physique suffirait à expliquer le moral.

Admettre cette manière de voir conduit à nier qu'il y ait en l'homme autre chose que des actions mécaniques, physiques, chimiques. C'est la matérialisme.

Il existe une autre doctrine, diamétralement opposée, qui fait intervenir une force abstraite indépendante de la matière et qui s'appelle spiritualisme.

Laquelle de ces deux doctrines est la vraie? Voilà la question que l'on se pose depuis des siècles, sans pouvoir la résoudre. De nos jours même, le matérialisme et le spiritualisme trouvent un nombre égal de savants défenseurs.

Néanmoins, il semble ressortir des mémorables discussions qui eurent lieu à l'Académie de médecine en 1860, que c'est la doctrine du spiritualisme qui est le plus généralement adoptée ; ou plutôt — pour exprimer une appréciation particulière — il semble ressortir des brillants discours de MM. Bouillaud, Poggiale, Malgaigne, Piorry, Trousseau, etc., que leur désaccord est plus apparent que réel, et que

(1) Grand in-8°. Prix : 4 fr. Paris, chez Germer-Baillière, éditeur.

d'affections de l'utérus. Son attention avait été attirée sur ce mode de traitement par les articles de M. Charles Hunter, dans la *Lancet*.

A la suite d'injections hypodermiques, on a obtenu un soulagement marqué dans l'espace de quinze à trente minutes, et sans que l'administration du médicament ait été accompagnée ou suivie de céphalalgie, de perte d'appétit ou de nausées, ainsi que cela a lieu le plus souvent lorsqu'on donne les préparations opiacées soit en potions, soit en lavements.

Pour les injections hypodermiques, M. H. Bennet emploie presque exclusivement l'acétate de morphine dissous dans l'eau distillée, de façon que 9 grains de ce sel dissous dans 2 onces d'eau forment un liquide qui renferme, en morphine, la même quantité qu'un volume équivalent de laudanum de Sydenham.

Le point de la surface cutanée où se fait l'injection, paraît n'avoir qu'une médiocre importance pour ce qui est du résultat. On doit choisir principalement la région précordiale, quand il s'agit de douleurs utérines ou générales; et pour les névralgies locales, choisir de préférence le point le plus rapproché de la région affectée. (*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juillet. — Présidence de M. MALGAIGNE, vice-président.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements de Loir-et-Cher, du Morbihan, de l'Ardèche, de la Savoie et de la Meuse;

2° Un rapport de M. le docteur Genieys, inspecteur du service médical d'Amélie-les-Bains pour l'année 1862. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Deux rapports de M. le docteur Demonchaux sur les épidémies qui ont régné à Saint-Quentin pendant les années 1862 et 1863. (Commission des épidémies.)

2° Une lettre de M. Goubeaux, professeur à l'Ecole de médecine vétérinaire d'Alfort, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

3° M. J. Charrière présente à l'Académie un nouveau *vaccinateur*, de l'invention du docteur Chassagny (le Lyon).

Cet instrument est essentiellement fondé sur les phénomènes physiques de la capillarité.

Il se compose d'un réservoir A, fig. 1, terminé par une extrémité capillaire, qui se remplit, soit en présentant cette extrémité à la gouttelette d'une pustule vaccinale, soit en soufflant dans son intérieur le contenu d'un tube.

Deux aiguilles C, accolées l'une à l'autre, sont enfermées dans ce réservoir ; on les fait pénétrer sous l'épiderme en appuyant plus ou moins fortement et d'une manière plus ou moins oblique leur extrémité contre la peau.

On peut ainsi faire une vingtaine de piqûres sans recharger l'instrument. (Renvoyé à M. Depaul.)

— M. GAVARRET a déposé sur le bureau un travail de M. le docteur Laborde *sur la destruction par l'électricité des animaux qui existent dans l'atmosphère et peuvent constituer des miasmes*. (Renvoyé à M. Robin.)

— M. BOUILLAUD présente au nom de M. le Dr Moura un *Traité de laryngoscopie*. La description minutieuse et savante, dit le présentateur, de tous les procédés de laryngoscopie, et des modifications qui sont propres à l'auteur, ne laisse rien à désirer; l'ouvrage est enrichi de plusieurs observations d'un grand intérêt.

— M. WURTZ fait hommage à l'Académie du premier volume de son *Traité de chimie médicale* et des *Leçons de philosophie chimique* qu'il a professées au Collége de France, en remplacement de M. Balard.

ÉLECTIONS.

M. BÉCLARD est élu pour remplacer M. Leblanc dans la commission chargée de présenter les candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. ROGER lit une série de rapports sur des remèdes secrets.

Les conclusions, défavorables à l'application des décrets, sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Rhumatisme chez les animaux. — M. LEBLANC fils, candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, lit un travail sur ce sujet, dont voici les conclusions :

1° Chez le cheval, il existe trois formes de rhumatisme : le rhumatisme musculaire, soit aigu, soit chronique ; la synovite rhumatismale, complication à peu près constante d'une pleurite ou d'une péricardite ; le rhumatisme articulaire présentant à l'état aigu une variété bien tranchée, l'arthrite rhumatismale des poulains.

2° Chez le bœuf, on n'a observé que les deux formes, le rhumatisme musculaire et articulaire, avec une variété analogue à l'arthrite des jeunes animaux.

3° Chez les porcs, on ne connaît que le rhumatisme articulaire.

4° Chez le chien, le rhumatisme articulaire est la seule forme bien décrite. On connaît peu le rhumatisme articulaire.

5° On n'a pas encore observé chez le mouton de maladie ayant le caractère rhumatismal.

Suite de la discussion sur les théories des bruits du cœur.

M. BEAU répondant à M. Gavarret, dit que des objections peu fondées lui ont été opposées ; il y avait dans le discours de ce dernier des affirmations, développées avec un ton sévère et solennel, et une péroraison se terminant avec fracas comme une espèce de réquisitoire dans lequel on conclut à la peine de mort. M. Beau veut se réhabiliter : le temps, dit-il, indiquera de quel côté est la vérité.

M. Gavarret disait que si l'oreillette se contractait, le sang devrait refluer dans les veines; il n'a pas voulu des sphincters admis par Gerdy, il a attaqué la citation parce que je n'avais pas rapporté que l'auteur admettait un reflux du sang dans les veines; mais avais je besoin de tout citer? Si le reproche était un argument, je répondrais que toutes les citations sont attaquables et que l'on ne citerait jamais personne s'il fallait citer tout ce qu'a dit un auteur. Et j'ajouterai que tout en admettant le reflux du sang dans les veines, Gerdy avouait ne l'avoir jamais constaté. D'autre part, le reflux n'existe pas dans les autres canaux musculaires. Pendant le troisième temps de la déglutition, les aliments ne refluent point dans la bouche. La discussion de M. Gavarret ne me convainc donc pas.

M. Gavarret ne veut pas que le ventricule soit vide pendant que l'oreillette se remplit ; l'expérience est là pour démontrer que quand on introduit le doigt dans le ventricule ouvert, on le sent vide. Il n'y a pas de sang dans le ventricule pendant le même moment, les expériences de Harvey le prouvent. Si l'on fait une incision dans le ventricule, le sang cesse de couler pendant le temps de repos du cœur, donc le cœur est vide en cet instant. Et ceci démontre que, contrairement à la théorie ancienne, il ne s'écoule pas de sang dans le ventricule à partir du moment où il a cessé de se contracter.

M. Gavarret, qui me reproche, dit M. Beau, de discuter en opposant des hypothèses, a raisonné en faisant ressortir des impossibilités, et cela est un autre genre d'hypothèses.

La théorie que je défends, dit l'orateur, repose sur ce fait capital que le sang veineux, en vertu de la *vis a tergo*, se vide dans l'oreillette, que l'ondée sanguine, lancée par l'oreillette se contractant subitement, arrive dans le ventricule, le dilate, le pousse contre la paroi thoracique, et éveille la contraction ou systole ventriculaire. La contraction puissante de l'oreillette contraste singulièrement avec la proposition de la théorie ancienne que l'oreillette est un réservoir faiblement contractile.

M. Gavarret m'a reproché d'avoir parlé du synchronisme du pouls avec le premier bruit ; il sait bien que ce que j'entends par synchronisme est un intervalle court, une succession rapide, que nos sensations ne peuvent mesurer.

J'ai attaqué la flexibilité du cardiographe ; mais avais-je tort? La sensibilité de l'instrument a été augmentée et les résultats ont été amplifiés. Si l'on diminuait la sensibilité, on arriverait à des résultats opposés, peut être différents. Il en est du cardiographe comme de certains instruments de musique sur lesquels, avec un peu d'habitude, on peut jouer tous les airs. Je préfère les instruments simples aux instruments trop perfectionnés. Les trois tracés obtenus par MM. Chauveau et Marey vérifient la théorie ancienne, dit-on, et ils donnent une grande rapidité à la systole auriculaire ; on m'a accordé une concession : on a dit que le premier tracé vérifiait ma théorie, mais dans ce tracé, la contraction de l'oreillette est à peine marquée.

Ici l'orateur entre dans la discussion des tracés qu'il a figurés, et insiste sur leur concordance avec les bruits du cœur (1).

La physiologie a cherché à établir les capacités de l'oreillette et du ventricule. Les dimensions relatives de ces organes ont été récemment étudiées à la Société de biologie ; j'accepte ces découvertes sous bénéfice d'inventaire. M. Bizot et moi même nous avons entrepris ces recherches, et nous n'avons rien affirmé. M. Sappey, que j'ai consulté à cet égard, m'a dit qu'il croyait la capacité de l'oreillette supérieure à celle du ventricule ; cette mesure serait peut-être acceptée par M. Bouillaud, et M. Gavarret n'en veut pas ; pour moi, les capacités des deux cavités sont égales ou à peu près.

Il a été trouvé bizarre que j'aie accepté la comparaison entre la circulation de la grenouille et celle des mammifères ; on ne suppose pas que j'ignore que les grenouilles n'ont qu'un ventricule et qu'une oreillette. Mais je crois à l'unité ; je pense que la circulation du sang dans les espèces se fait en vertu du même principe. Harvey et Hope ont aussi étudié la circulation sur des grenouilles. MM. Chauveau et Marey eux-mêmes ont étudié la circulation des grenouilles, et ils ont même admis que ma théorie pouvait être vraie pour ces animaux.

Il est juste de dire que l'année dernière M. Potain a été d'un avis opposé et qu'il a ajouté : Il ne faut pas admettre ce principe ; avec un logicien comme M. Beau, concéder quelque chose est une grave imprudence. Et cependant, il suffisait de voir le phénomène sur la grenouille, et tout le monde peut répéter l'expérience.

Les expériences qui ont été faites par l'orateur sur les batraciens ont été répétées sur les oiseaux et les mammifères; il a assisté aux vivisections qu'ont faites MM. Chauveau et Marey sur les chevaux, et il a vu ce qu'il avait constaté sur les animaux inférieurs. Sa conviction, dit-il, a ses racines dans la vérité, et pour lutter contre des adversaires savants, habiles et rompus aux discussions, il fallait qu'il fût bien convaincu. Aujourd'hui même ses convictions sont encore plus fortes.

Au premier temps, le ventricule se laisse distendre par l'ondée sanguine chassée brusquement et avec force par l'oreillette.

Au deuxième temps, le ventricule se vide et se rétracte; l'oreillette se remplit.

Argumentant ensuite contre M. Bouillaud, M. Beau dit : Mon contradicteur a affirmé que la contraction de l'oreillette était un fait acquis dans la science avant l'exposition de ma théorie; cela est contestable si l'on prend ce qu'ont dit Hope et Magendie : ceux-ci admettaient des mouvements si légers que ce n'en était véritablement pas.

M. Bouillaud, dans son argumentation et ses objurgations, ne m'a pas convaincu. Il s'est appuyé sur les faits de fistule sternale dans lesquels on sent le choc de la pointe du cœur; cela ne prouve rien contre l'interprétation que je donne du choc du cœur contre la poitrine : il a lieu, pour moi, au moment de la diastole ventriculaire; son rapprochement de la diastole artérielle n'est pas un synchronisme parfait. La force de projection du sang dans les artères est due à la réaction ventriculaire sur la colonne sanguine qui dilate le ventricule, et ces deux phénomènes se succèdent rapidement.

Les bruits du cœur sont produits par des claquements valvulaires; pourquoi donc le bruit s'entend-il au milieu du ventricule? N'est-ce pas parce que c'est là que se trouvent les points du ventricule dilaté brusquement qui vibrent le plus? Si l'on admet que ce soit le claquement valvulaire qui produit le bruit, on devrait l'entendre à la base du ventricule, et c'est ce qui n'est pas.

La théorie valvulaire des bruits du cœur de Rouennet est attaquable, et l'on a poussé ses conséquences jusqu'à l'abus.

L'orateur aborde les faits de l'ordre pathologique. Les bruits anormaux du cœur, dit-il, ont été considérés comme des altérations des

(1) Ces détails ne peuvent être suivis qu'avec des figures dont nous n'avons pas les bois. Nous renverrons les lecteurs au *Compte rendu* officiel de l'Académie de médecine.

---

spiritualisme et matérialisme sont deux expressions vicieuses, ne désignant la vérité ni l'une ni l'autre.

S'il n'est pas possible de tout expliquer sans avoir recours à une force supérieure, il n'est pas plus possible de faire admettre une force qui, en présidant aux fonctions des corps organisés vivants, serait totalement indépendante de l'organisation. La vérité ne serait donc ni dans le physique expliquant le moral, ni dans le moral expliquant le physique. Il existerait dans l'homme quelque chose qui ne serait pas la matière, mais qui en dehors de la matière n'aurait aucune individualité propre.

Par conséquent, il ne faudrait point chercher la vraie philosophie médicale ni dans la chimiâtrie, ni dans l'organicisme, ni dans l'animisme, ni dans le vitalisme.

Telle ne serait point la pensée de M. Charpignon, qui admet le vitalisme de l'Ecole de Montpellier avec ses trois catégories de substances : l'âme, la force vitale et l'agrégat moléculaire.

« De longues méditations, des expériences nombreuses pleines d'intérêt, des résultats cliniques d'une efficacité positive, dit M. Charpignon, m'avaient depuis longtemps confirmé dans la réalité et dans la supériorité de la doctrine du vitalisme et dans celle de l'animisme. » Mais M. Charpignon ne se contente pas, comme l'Ecole de Montpellier, d'abandonner la doctrine des forces vitales et de la puissance animique à la stérilité d'une conception spéculative; il est convaincu qu'il est possible « de les faire passer à l'état de réalisation et de les utiliser comme une puissance active et comme un moyen thérapeutique. »

« La combinaison harmonique entre le dynamisme humain et le corps, qui constitue l'état normal, peut être rompue artificiellement, accidentellement ou volontairement. De cette désharmonie résulte un état particulier dans lequel le système nerveux primitivement, et les autres systèmes organiques secondairement, peuvent être modifiés dans leurs fonctions par l'influence animique inconsciente. L'ensemble de ces phénomènes constitue l'état ex-statique (hors de soi) dans toutes ses variétés et ses degrés.

» La production de l'état ex-statique et la direction de ses phénomènes constituent un art connu et honoré dans l'antiquité, transformé et persécuté dans le moyen âge, vulgarisé et méconnu dans l'époque contemporaine. Intuition et inspiration sacrée, magie et sorcellerie, magnétisme et hypnotisme, tels furent et tels sont les noms de l'art de décomposer l'harmonie du dynamisme fonctionnel humain pour faire naître un état automatique dans lequel l'âme, par l'activité de telle ou telle de ses facultés, acquiert sur l'organisme une puissance modificatrice toute particulière. »

La question mise au concours en 1862 par l'Académie de médecine, pour le prix Civrieux, offrait à M. le docteur Charpignon une occasion favorable de faire part de ces idées au monde médical. Elle était ainsi énoncée : De la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses.

« Cette question, si concise en apparence, renfermait des problèmes de philosophie et de physiologie transcendantes. Non-seulement il fallait étudier le moral dans son acception la plus reçue en médecine, c'est-à-dire dans ses manifestations de volonté, d'imagination, de consolation, d'espérance, d'intimidation, mais il fallait aussi l'étudier dans sa nature et dans les divers phénomènes qu'il est susceptible de produire tant au point de vue physiologique que thérapeutique. » Je n'ai pas besoin de faire l'éloge de l'ouvrage de M. le docteur Charpignon, puisque l'Académie a jugé qu'il méritait une récompense. Je crois pas non plus qu'il soit nécessaire de faire ressortir en quoi cette distinction académique a paru d'un heureux présage pour le magnétisme. Le magnétisme, transformé comme il l'est par l'auteur, rentre dans la physiologie et dans la pathologie nerveuses, et le jour où ce moyen d'influence sera cultivé par plusieurs hommes avec autant de science et de talent que par M. le docteur Charpignon, ce jour-là les académies lui ouvriront leurs portes toutes grandes.

Je n'essayerai pas de faire l'analyse des *Études sur la médecine animique et vitaliste*. Résumer en quelques lignes un volume de 200 pages n'est chose possible que pour une œuvre dépourvue de fond. Telle n'est pas celle-ci, qui, sous une forme à la fois élégante et concise, renferme de nombreux problèmes du plus haut intérêt. Mon but a été d'en indiquer l'esprit et de donner à tous le désir de le connaître. J. BLOC.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Denucé, Desnos, Désormeaux, Devilliers, Alfr. Fournier, H. Gintrac, Giraldès, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hirtz, Jaccoud, Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Marcé, A. Nélaton, Oré, Panas, V. A. Racle, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau; directeur de la rédaction, le docteur Jaccoud.

Le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, illustré de figures intercalées dans le texte, se composera de 12 à 15 volumes grand in-8 cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages, avec figures intercalées dans le texte, 10 fr. — Le premier demi-volume est en vente. Il comprend les feuilles 1 à 26, avec 32 figures. Prix : 5 fr. — Les volumes seront envoyés *franco* par la poste, aussitôt leur publication, aux souscripteurs des départements, sans augmentation sur le prix fixé. — Paris, librairie de J. B. Baillière et fils.

bruits normaux. Cela n'est pas. Les bruits normaux sont cavitaires et les bruits anormaux valvulaires : les bruits anormaux masquent les bruits normaux. Voilà les faits tels que je les conçois, et je repousse l'idée de Rouennet, la théorie de la transformation des bruits normaux. Bien que M. Bouillaud ait dit que les valvules altérées correspondent à des altérations des bruits normaux, il n'en est pas moins admissible que ce sont là des coïncidences. Les lésions des orifices existent rarement seules ; il y a des lésions du cœur, une hypertrophie, par exemple. Et dans ces cas le bruit normal a disparu ou est atténué ; les parois ventriculaires ne vibrent plus, et ce qu'on entend c'est le seul bruit anormal ; je repousse aussi l'objection que l'on devrait entendre le bruit de souffle à côté du bruit normal. D'un autre côté, on peut dire que, le ventricule étant hypertrophié, l'effet de la systole auriculaire sur les parois du ventricule est paralysé, et par conséquent le bruit normal doit être altéré, parce que le ventricule se dilate mal. En général, il y a coïncidence des bruits normaux et anormaux, mais il n'y a pas de rapports de causalité entre les lésions des valvules et l'altération des bruits normaux.

J'admets que le choc précordial est dû au choc du cœur distendu par l'ondée sanguine qui vient de l'oreillette ; M. Bouillaud dit que plus le cœur est volumineux, plus le choc est fort. Corrigan a affirmé le contraire ; dans l'insuffisance aortique, toujours accompagnée d'hypertrophie du cœur, le choc, suivant lui, est moins fort. Le choc du cœur est donc diastolique, comme je l'ai dit. La diminution du choc est le fait de la résistance du ventricule à la dilatation par l'ondée sanguine chassée par l'oreillette.

L'orateur explique ensuite ce qu'il appelle les deux diastoles ventriculaires dans l'insuffisance aortique, et la paralysie incomplète de l'oreillette et la diastole secondaire après le choc précordial dans l'insuffisance aortique, en relation avec le bruit de souffle au second temps. M. Bouillaud, qui a attaqué les deux diastoles de M. Beau, ne se représente-t-il pas à l'esprit qu'avec la théorie ancienne on admet trois diastoles ventriculaires, la réplétion incomplète du ventricule pendant le temps de repos, la réplétion plus complète du ventricule après ce que l'on a désigné sous le nom de contraction finale de l'oreillette, et le reflux du sang de l'aorte dans le ventricule ?

Le cœur, dit M. Beau, ne recule pas et ne peut pas reculer ; malgré ce qu'a dit M. Bouillaud, aujourd'hui disposé à admettre le mouvement de recul, le cœur est immobile. Il y a dans les fonctions une foule d'actes où l'homme développe une certaine force, où il y a expulsion de liquides des conduits ; la toux, l'éternument et la miction ne s'accompagnent pas de mouvement de recul, ni de l'organe qui s'est vidé ni de l'homme lui-même.

S'adressant ensuite à M. Barth, il lui reproche d'avoir puisé ses convictions dans un dessin qu'il a présenté en exposant ses opinions. Il l'accuse d'avoir admis et rejeté à la fois la contraction auriculaire ; en effet, tout en acceptant que cet organe ne peut se contracter énergiquement, il accepte le bruit présystolique, le bruit avant le premier temps, coïncidant avec un rétrécissement auriculo-ventriculaire. Il ne veut pas que les grosses veines se vident ; le fait est néanmoins évident : les grosses veines se vident entièrement ou à peu près dans l'oreillette.

M. Beau oppose ensuite aux objections de M. Barth tirées des faits pathologiques que les lésions des ventricules suffisent à expliquer les bruits de souffle anormaux, sans qu'il soit besoin de chercher un rapprochement entre la disparition ou la dissimulation des bruits normaux, et les lésions des valvules.

L'orateur a constaté que dans l'insuffisance aortique le bruit morbide existait après le deuxième temps, et que malgré ce bruit on pouvait entendre le bruit normal ; il ne l'a jamais nié. M. Barth, il est vrai, n'a pas semblé, sur ce point, comprendre la théorie de M. Beau : cela est regrettable. Que M. Gavarret, physicien, connaisse mal la théorie nouvelle, cela se peut ; mais un pathologiste qui s'est occupé avec soin des maladies du cœur ne la saisisse pas, cela est inexplicable.

M. Barth a opposé les quatre pulsations des jugulaires pour un seul battement du cœur ; cela prouve tout au plus qu'il y a un dicrotisme du pouls veineux, comme il y a un dicrotisme du pouls artériel. Mais il n'y a pas là une transformation du deuxième bruit ; il n'est pas nécessaire qu'il y ait quatre deuxième bruit.

M. Beau insiste ensuite sur la possibilité de distinguer à la fois le bruit normal et le bruit anormal dans les lésions des orifices, contrairement à l'assertion de M. Barth.

Les faits de rétrécissement auriculaire simple existent, dit l'orateur, en nombre suffisant pour éclairer la question. Avant 1839, on disait généralement, toujours en vertu de la théorie qui guidait les esprits, que le rétrécissement mitral était accompagné d'un bruit de souffle au deuxième temps ; en 1849, j'ai dit que le bruit de souffle existant au premier temps dans le rétrécissement mitral, était une confirmation du siége des bruits du cœur, tels qu'ils étaient exposés dans ma théorie. Des observations de M. Fauvel, médecin à Constantinople, ont prouvé qu'il y avait des rétrécissements auriculo-ventriculaires caractérisés par un bruit de souffle au premier temps. On a discuté, puis des exceptions ont été produites, mais il s'agissait de cas complexes. Au nombre de ces faits se trouvent les quatorze observations réunies dans le mémoire de M. Hérard, où il est dit que des rétrécissements de l'orifice mitral étaient signalés par des bruits de souffle au deuxième temps. En présence de ces faits, je ne puis que dire : Les observateurs se sont trompés, les faits ne renversent point la théorie que je défends.

M. Barth a dit que ma ténacité était extrême. Pourquoi ne m'a-t-il pas convaincu ? Si je ne croyais pas avoir avec moi la vérité, aurais-je résisté ? Non. Mais au lieu de démonstration, je n'ai entendu qu'une agglomération d'incertitudes, de fictions et de contradictions.

J'ai discuté seul contre tous, on me l'a répété, je n'en suis ni étonné ni désespéré ; j'ai défendu ce que je croyais vrai, et je ne demande pas d'approbation. Je suis de l'avis du philosophe, il faut chercher à parler et à penser sans chercher à persuader les autres, c'est une trop grande et trop difficile entreprise. Je ne crains ni les voies ni les majorités, elles ne prouvent rien, et ce serait mal raisonner que de fonder sur elle la vérité. Les théories sont soutenues par les minorités avant de l'être par des majorités, et dans cette dernière phase de leur existence ce n'est pas l'idée qui a changé, c'est le public.

On a dit que c'était ici une condamnation à mort de la théorie nouvelle des fonctions du cœur ; je reclame pour elle le bénéfice des circonstances atténuantes, car toutes les opinions qui se sont réunies contre elle étaient différentes, et là où il n'y a pas unanimité et accord complet, la vérité ne saurait exister.

M. BÉCLARD. Messieurs, je ne prétends pas faire un discours après les répliques et les argumentations que vous avez entendues, la question est épuisée. Que pourrait-on dire ? Malgré tout ce qui a été prouvé, M. Beau persiste dans ses anciennes doctrines.

Mais dans l'argumentation de M. Beau, ce qui me concernait mérite une réponse. M. Beau n'a pas réfuté mes objections.

M. Beau parle de la bienveillance de l'Académie et de la bonne fortune que j'aurais eue de voir mes paroles écoutées. Je répondrai à M. Beau qu'il n'a tenu qu'à lui de changer les dispositions des esprits par des preuves solides, la bienveillance de l'Académie ne lui aurait pas fait défaut plus qu'à moi-même.

Mais il a fait une physiologie impossible, derrière laquelle il s'est retranché, qu'il dit inexpugnable, et où nous n'irons pas le chercher. Il a admis que le ventricule étant dans le relâchement, ses parois étant écartées, le sang de l'oreillette ne pénétrait pas dans le ventricule. Je protesterai sans fin contre une pareille proposition. Mais, je le répète, je ne veux pas faire de discours, ni discuter, nous n'avons pas les mêmes armes.

M. BARTH ne veut pas répondre au discours de M. Beau, ce serait, dit-il, cesser d'être sérieux. Il veut seulement faire remarquer que dans son livre sur *l'auscultation*, il s'est efforcé de reproduire aussi exactement que possible les opinions de M. Beau, et il conjure ce dernier de vouloir bien lui donner pour la prochaine édition du *Traité d'auscultation* l'exposé de la théorie que M. Beau croit mal rendue.

M. BEAU. Je ne fais pas à M. Barth le reproche de malveillance. Mais les auteurs ne m'ont pas compris, et ils ont mal rendu mes idées.

M. BOUILLAUD veut relever une inexactitude dans les paroles de M. Beau. Le bruit de souffle au premier temps dans le rétrécissement mitral n'est pas une découverte de M. Beau, un des premiers triomphes de sa théorie. Depuis longtemps le bruit de souffle avait été constaté à l'hôpital de la Charité dans les leçons de M. Bouillaud, recueillies par M. Andry ; ce bruit était désigné sous le nom de bruit de souffle dédoublé, de double bruit de souffle, de bruit de souffle prolongé, suivant les cas.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par un récent décret, M. Thomas, médecin aide-major de 1re classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— On nous annonce que depuis le 1er juillet, la ville d'Angoulême possède un dispensaire pour les maladies des yeux, sous la direction de M. le docteur Paris.

— M. le professeur Thiry, et M. le professeur P. Delvaux, viennent d'être nommés : le premier, président, et le second, secrétaire de la Faculté de médecine de Bruxelles, pour l'année académique 1864-1865.

— James Miller, chirurgien ordinaire de la reine, pour l'Ecosse, et professeur de chirurgie à l'Université d'Edimbourg, vient de succomber à la suite d'une longue et douloureuse maladie, à l'âge de cinquante-deux ans.

Ancien aide de Liston, il avait succédé à Charles Bell en 1842, et avait acquis une très-grande célébrité comme professeur.

— M. le Dr Ch. Fauvel recommencera son cours de laryngoscopie et de rhinoscopie, mardi 12 juillet à dix heures, et le continuera tous les mardis et samedis, de dix heures à midi, à son dispensaire, rue des Marais Saint-Germain, 18. La durée de ce cours est de deux mois, et MM. les médecins seront exercés à se servir des différents modes d'éclairage et des divers instruments employés en laryngoscopie.

— M. le docteur Wertheim continuera, comme les années précédentes, son application de l'hydrothérapie marine aux bains de Dieppe.

Du choix d'une station d'hiver, et en particulier du climat d'Antibes. Etudes physiologiques, hygiéniques et médicales ; par A. BERGERET (de Saint-Leger-sur-d'Heune), docteur en médecine, élève lauréat des hôpitaux de Paris. In-12 de 280 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Guérison de la phthisie pulmonaire, et moyen de prévenir cette maladie à l'aide d'un traitement nouveau, par le docteur Jules BOYER. 4e edition. In-8°. Prix : 1 fr. 50 *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Medecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 80. — SAMEDI 9 JUILLET 1864. (37e ANNÉE.) N° 80. — SAMEDI 9 JUILLET 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Empoisonnement mortel à la suite d'une large cautérisation faite avec le nitrate acide de mercure.

Des cautérisations avec le nitrate acide de mercure sont faites chaque jour et sans grande précaution : on oublie que le nitrate acide n'est point seulement un caustique qui agisse localement comme l'acide sulfurique, la pâte de Vienne, etc.; mais de même que les pommades et les pâtes arsenicales, il est susceptible d'être absorbé, et, à la suite d'une cautérisation trop étendue, on peut voir survenir un empoisonnement mercuriel. Les faits de ce genre ont trop d'importance pour qu'on doive les passer sous silence.

M. Vidal a présenté à la Société de biologie l'observation d'un empoisonnement externe par le nitrate acide.

Il s'agissait d'une femme de vingt-six ans, de faible constitution, chloro-anémique, entrée à l'Hôtel-Dieu, en proie aux plus vives douleurs que puisse causer une large et profonde cautérisation. Par une inconcevable méprise, la personne chargée de lui donner des soins s'était trompée de fiole, et au lieu du liniment ordonné, avait employé en frictions une partie du contenu d'un flacon de nitrate acide de mercure.

La friction avait été faite avec un linge imbibé de ce liquide, et, malgré les cris de douleur de la malade, avait duré cinq ou six minutes.

La malade fut amenée à l'hôpital : elle avait sur le côté gauche de la poitrine et dans une étendue de la largeur des deux mains une large eschare d'un rouge brunâtre, tuméfiée et saillante au-dessus des parties restées saines. En arrière et au niveau de l'omoplate gauche existait une seconde eschare ayant à peu près les dimensions de la main. Le derme, vivement enflammé, était d'un rouge vif, ecchymotique, parsemé de taches d'un jaune brun; il partait de cette brûlure une traînée jaune large d'environ 1 centimètre, descendant vers la hanche droite. Cette traînée indiquait qu'une partie du liquide caustique avait coulé au delà des limites de la région frictionnée.

La malade était dans un état de prostration et d'extrême anxiété : elle eut pendant la nuit, à plusieurs reprises, des vomissements de matière bilieuse.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, M. Vidal trouva cette malade dans un état cholériforme des plus graves : la peau était froide, les traits tirés, les yeux excavés, la face pâle et livide, la voix faible et presque éteinte.

La malade éprouvait un sentiment d'anxiété épigastrique des plus pénibles; elle était à chaque instant en proie à des nausées sans vomissements, à de continuelles défaillances.

Le pouls était petit, fréquent, presque filiforme. Il y avait de la constipation, et les urines étaient supprimées.

On fit prendre à la malade une potion additionnée de rhum et de teinture de musc, ainsi que des boissons excitantes chaudes.

Le lendemain, les vomissements bilieux sont striés de sang, et les extrémités restent toujours froides et cyanosées.

Les gencives sont gonflées, saignantes; la muqueuse buccale est rouge et tuméfiée, et il s'est produit depuis la visite un liséré noirâtre des plus marqués sur le bord libre des gencives, lequel, très-prononcé autour de la sertissure des dents incisives et canines de la mâchoire inférieure, est moins marqué autour des molaires. Le ventre est relâché; la constipation persiste. La malade n'urine point : la vessie est vide. Les vomissements persistent, malgré l'emploi de la glace et de l'eau de Seltz.

Le quatrième jour après l'empoisonnement, les eschares, entourées d'une auréole inflammatoire, commencent à se détacher.

Les vomissements sont glaireux, filants et toujours fréquemment répétés; cependant ils diminuent un peu après l'administration d'une potion de Rivière.

Le sixième jour, les vomissements ont disparu; mais la diarrhée est abondante et accompagnée de coliques : les évacuations sont involontaires. La malade se plaint d'une extrême faiblesse, avec éblouissements, tintements d'oreilles. Le refroidissement persiste; le pouls est toujours petit, filiforme, très-fréquent (140).

Pendant les jours suivants, la faiblesse devient extrême : la voix est presque éteinte; la malade ne répond plus que par signes, lorsqu'on la tire de l'état demi-comateux dans lequel elle est plongée.

Elle meurt sans agonie le neuvième jour après l'accident, à trois heures de l'après-midi.

A l'autopsie, on trouva que la surface interne de l'estomac était rouge, arborisée, parsemée d'ecchymoses. Ces mêmes ecchymoses se retrouvaient sous la muqueuse vésicale, et presque dans toute la longueur de l'intestin. Le sang était *noir, fluide.*

A l'examen microscopique, on a trouvé le parenchyme rénal très-injecté, surtout au niveau des glomérules de Malpighi; les *cellules épithéliales sont déformées, granuleuses, et en partie détruites.*

M. Flandrin, chargé de l'analyse chimique, a retrouvé une quantité sensible de mercure dans le foie; les autres organes n'en ont point offert de traces.

Cette observation, dont nous venons de donner un résumé, est intéressante à plus d'un titre : nous y voyons un exemple très-remarquable d'empoisonnement externe à la suite de larges cautérisations avec un sel mercuriel caustique. C'est un de ces empoisonnements mixtes où la substance employée, mélange d'un sel mercuriel et d'un acide irritant et corrosif, engendre à la fois les caractères de l'empoisonnement par les poisons irritants et les poisons hyposthénisants.

Nous signalerons, en y insistant, l'existence d'ecchymoses sous les muqueuses gastro-intestinale et vésicale, et l'altération rénale, qui est manifestement produite *par l'élimination* de la substance toxique; les cellules épithéliales, granuleuses et déformées, obstruant les canalicules, s'opposaient à l'excrétion urinaire. Cet état granuleux, graisseux, des épithéliums du rein, est analogue à la lésion signalée comme caractéristique de l'empoisonnement par le phosphore. M. Potain l'a retrouvé dans un cas d'empoisonnement par l'ammoniaque. Il faut donc se tenir en garde contre les lésions dites *caractéristiques* de l'empoisonnement par le phosphore. Certes la stéatose du foie et des reins se produit très-facilement dans l'empoisonnement par le phosphore; mais d'autres intoxications à marche aiguë, rapide, peuvent également la présenter.

C'est donc une lésion qu'il faudrait attribuer non pas à une espèce de poison, mais à une forme d'empoisonnement. Lorsque des substances corrosives *absorbées* s'éliminent plus ou moins lentement par les reins, le foie, les glandes, etc., elles produisent ainsi l'altération des éléments anatomiques des organes qu'elles traversent, et la dégénérescence graisseuse est la plus fréquente des altérations ainsi produites.

De l'action réflexe considérée dans ses rapports avec les maladies inflammatoires des séreuses, et plus particulièrement avec les épanchements pleurétiques.

Sans définir ce qu'on entend en physiologie par actions réflexes, il n'est point inutile de rappeler qu'une certaine divergence d'opinion règne entre les physiologistes, relativement à leur mode d'interprétation.

Marshall Hall, Béclard, etc., regardent comme mouvements réflexes tous les mouvements *involontaires* qui surviennent à la suite d'une excitation non *perçue.* Prochaska, Longet, etc., pensent au contraire que la *sensation* fait partie du phénomène réflexe, et que l'impression, tout en déterminant un mouvement réflexe, involontaire, inconscient, est parvenue en même temps au *sensorium commune.*

L'existence de fibres ou plutôt de faisceaux excito-moteurs spéciaux que Marshall Hall a admis dans les nerfs et qui font partie de ce qu'il appelle les *arcs diastaltiques*, n'importe en rien au médecin pour se rendre compte de la nature essentielle des actions réflexes.

LETTRES OBSTÉTRICALES (1).

DE LA POSITION DE LA FEMME PENDANT LES OPÉRATIONS TOCOLOGIQUES.

XXXI.

Nous avons suffisamment insisté sur la position de la femme pendant l'accouchement naturel; il nous reste à examiner l'influence de l'attitude pendant l'accouchement artificiel. Un mot d'abord sur le chloroforme : à notre époque, il n'est guère possible de parler des préliminaires d'une opération sans toucher à la grande question des anesthésiques.

Acte physiologique, mais douloureux, la parturition devait bénéficier des inhalations chloroformiques; on a donc employé l'anesthésie pour l'accouchement, naturel ou artificiel.

M. le professeur Paul Dubois plongeait rarement les femmes en couches dans ce périlleux et sombre sommeil, et il n'allait jamais jusqu'à l'anesthésie complète; il se servait avec avantage du chloroforme dans les cas où la douleur est si vive qu'elle trouble l'exercice de la contractilité utérine.

Il est des circonstances où les inhalations anesthésiques rendent de grands services. Souvent la malade crie, s'agite, a des tremblements nerveux, se livre à des mouvements désordonnés, se renverse, se tord; on a peine à la maintenir sur son lit. C'est alors que le chloroforme, employé avec précaution, calme la patiente.

M. Houzelot, partisan de l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement naturel simple, se sert d'un cornet de papier contenant l'éponge chargée de chloroforme. « La femme plonge avidement le » nez et la bouche dans ce cornet, dit-il; elle respire avec délices, puis reste tranquille sur son lit pendant le travail. » (1)

M. Chailly n'a recours aux anesthésiques que si la douleur exagérée est de nature à déterminer des accidents graves; il parvient à atténuer suffisamment la souffrance en plaçant sous une des narines, l'autre étant fermée par un doigt de la patiente, l'ouverture d'un flacon à demi rempli de chloroforme; il fait respirer la vapeur jusqu'à ce que le doigt de la femme quitte de lui-même la narine (2).

Si la femme présente une grande excitabilité générale, des phénomènes hystériques, des contractions irrégulières, etc., M. Mattei n'hésite pas à avoir recours au chloroforme (3).

En somme, l'emploi des anesthésiques pour l'accouchement naturel, aussi bien que pour les opérations tocologiques, est assez rare dans la pratique des accoucheurs français. On sait que l'Angleterre et l'Amérique n'ont pas la même réserve.

Dans ses *Conférences de clinique chirurgicale*, Alph. Robert rappelle que la grossesse produit la chloro-anémie et que la chloro-anémie dispose aux palpitations de cœur et à la syncope; il en conclut avec raison qu'il faut être prudent dans l'emploi des anesthésiques et placer la femme dans la position horizontale. Chirurgien distingué d'ailleurs, Robert n'avait sans doute pas exécuté fréquemment, pendant le sommeil chloroformique, les manœuvres que la dystocie nécessite. Un jour, il m'en souvient, cet habile opérateur disait à M. Huguier, qui venait de pratiquer sans succès deux hystérotomies : « *J'ai horreur de la chirurgie obstétricale.* » Il ne faut donc pas s'étonner de trouver dans le livre de Robert cette assertion erronée, à savoir que l'anesthésie diminue la rétraction utérine et rend la version plus facile (1). Les accoucheurs les plus expérimentés déclarent que le chloroforme ne facilite les manœuvres qu'en mettant la patiente dans l'immobilité et l'insensibilité, et Cazeaux ajoute ces mots que chacun doit graver dans sa mémoire : « Vouloir faire cesser par ce moyen » (le chloroforme) la rétraction utérine, c'est s'exposer aux dangers » de l'anesthésie portée au troisième degré » (2).

XXXII.

Dans notre étude obstétricale sur les livres hippocratiques, nous avons indiqué la position conseillée par le médecin de Cos pour la version céphalique, pour l'extraction de l'enfant mort, pour la délivrance artificielle, etc.

Celse donne pour titre au chapitre XXIX du livre VII : QUA RATIONE PARTUS EMORTUUS EX UTERO EXCUTIATUR. « Il faut commencer, » dit-il, par faire coucher la femme sur le dos, la placer en travers » sur un lit, les cuisses relevées contre les flancs. Au moyen de cette » situation, le bas-ventre se trouve vis-à-vis du chirurgien, et l'en» fant est poussé vers l'orifice de la matrice, etc.... Lorsque la femme » est entièrement délivrée, on lui fait rapprocher les cuisses l'une de » l'autre, et on la met dans une chambre où il y ait une chaleur mo» dérée et où il n'entre point de vent. On lui met sur le bas-ventre » de la laine grasse trempée dans du vinaigre et de l'huile rosat » (3).

C'est dans ce même chapitre que Celse indique clairement la version podalique; vous savez que le médecin de Cos ne parle que de la version céphalique. L'auteur latin révèle un véritable progrès obstétrical en disant que l'introduction de la main permet de diriger l'enfant de manière qu'il présente la tête, *ou même les pieds.*

Toutefois, Celse ne formule cette indication que pour le cas où le

(1) Voir les numéros des 22 et 31 mars; 12 et 21 avril; 24 mai; 4, 21 et 28 juin.

(1) *De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple*, page 58.
(2) *Traité d'accouchements*, 3e édition, p. 746.
(3) *Clinique obstétricale*, passim.

(1) *Conférences de clinique chirurgicale*, p. 11 et 12.
(2) *Traité d'accouchements*, 5e édition, p. 1009.
(3) Traduction Ninnen, édition de 1821, corrigée par un anonyme.

Il suffit qu'il sache que la communication nerveuse des tissus existe, et qu'elle peut expliquer les actes physiologiques et pathologiques qui se passent dans tel point de l'économie, lorsque tel autre a été impressionné d'une façon quelconque. Il faut se rappeler aussi que l'acte réflexe est proportionné à l'intensité de l'impression ; que la chaleur, en abrégeant la durée des mouvements réflexes, augmente leur énergie.

Du reste, on ne peut se refuser à admettre que la nature de l'excitant n'ait point quelque influence sur la production du mouvement. Rappelons enfin que les expériences de MM. Schiff, Brown-Séquard et Vulpian ont démontré que la soustraction du sang faite à la moelle épinière abolissait immédiatement la force excito-motrice.

Un autre ordre d'actions réflexes a été étudié dans ces temps derniers : les phénomènes réflexes des nerfs vaso-moteurs, entrevus par Pourfour-Dupetit et Dupuy, ont été mis en lumière par les beaux travaux de MM. Cl. Bernard et Brown-Séquard. Leurs expériences ont démontré la relation qui existe entre l'arrachement du ganglion cervical supérieur et la chaleur, la congestion de la face. MM. Brown-Séquard et Tholozan ont montré que lorsqu'on plonge une main dans de l'eau très-froide, les vaisseaux de l'autre main se contractent ; et cette contraction est d'autant plus manifeste et plus durable, que l'impression du froid a été plus vive et plus prolongée.

Ceci est le phénomène initial ; mais si l'impression est plus durable, si elle se manifeste dans des conditions particulières de saisons, d'idiosyncrasies, l'action réflexe peut amener la contraction par les nerfs vaso-moteurs de régions plus éloignées ; et ainsi s'explique l'étiologie et la nature même des paralysies rhumatismales.

L'inflammation peut elle-même être le produit d'une action réflexe ; car l'acte réflexe peut porter sur les ganglions thoraciques, par exemple, et, déterminant l'asthénie de ces ganglions, produire la paralysie des nerfs vaso-moteurs qui en tirent leur innervation, et par conséquent la dilatation des vaisseaux et l'exsudation, en un mot l'inflammation. C'est quelque chose de très-analogue aux résultats obtenus par M. Cl. Bernard dans ses expériences sur les ganglions. On sait, en effet, que M. Cl. Bernard a démontré que l'on pouvait produire avec la plus grande facilité des lésions inflammatoires (depuis la stase sanguine jusqu'à la formation du pus), lorsqu'on vient à léser les ganglions sympathiques de la région où l'on veut produire l'inflammation.

C'est ainsi qu'il a pu déterminer sur des chiens des pleurésies purulentes en arrachant les premiers ganglions thoraciques de l'animal. On conçoit donc ainsi qu'une action réflexe puisse, se *réfléchissant* sur les ganglions thoraciques, produire une pleurésie. Il faut rechercher maintenant comment ces épanchements se manifestent, et à quoi tiennent les différences de composition qui les constituent.

Il faut se demander d'abord comment il se fait que, contrairement à ce qui se passe pour le tissu cellulaire, auquel on peut assimiler les séreuses, les inflammations de la plèvre se terminent rarement par suppuration. Cela tient à une cause dont il est facile de se rendre bien compte. Si l'inflammation du tissu cellulaire est le plus souvent suivie de suppuration, c'est parce que l'épanchement albumino-fibrineux qui a lieu dans la cavité de ces mailles étrangle les cloisons lamінаires qui les séparent et dans l'épaisseur desquelles se trouvent situés les vaisseaux. Il en résulte que les éléments anatomiques se détruisent et subissent la transformation purulente, laquelle n'est autre chose qu'une régression graisseuse, suivant les auteurs allemands.

Lorsque, au contraire, une séreuse vient à s'enflammer, il existe toujours du côté de sa surface interne une vaste cavité dans laquelle peuvent s'épancher les produits de l'inflammation sans qu'il en résulte pour la région affectée autre chose qu'une compression produite par l'abondance plus ou moins grande de l'épanchement. La suppuration dans la pleurésie ne tient pas à l'évolution naturelle de la maladie, mais à l'état de santé antérieure de l'individu. En un mot, toutes les pleurésies qui suppurent sont en tout point assimilables aux pleurésies secondaires.

La connaissance des actions réflexes peut-elle servir à des applications utiles à la thérapeutique des épanchements pleurétiques ? Ce que nous avons dit plus haut des actions réflexes prouve que la médication révulsive, la seule vraiment active et partout employée, ne peut évidemment agir que par actions réflexes.

D'ailleurs les crises qui s'observent dans un grand nombre de maladies, quand on n'en trouble pas la marche naturelle par un traitement intempestif, ne sont que des actions réflexes établies spontanément. On sait combien était précieuse pour les anciens médecins la prénotion des crises.

C'est là une étude qu'on devrait moins négliger, car c'est à cette idée de la curation rapide et radicale des maladies que nous devons aux anciens l'une des plus grandes méthodes thérapeutiques, la révulsion.

C'est en cherchant à donner de cette révulsion la seule idée rationnelle que l'on en puisse avoir, c'est-à-dire en la basant tout entière sur les actions réflexes, que l'on connaîtra bien les indications de la dérivation en général, et plus particulièrement dans le traitement des épanchements pleurétiques.

Une excellente thèse, soutenue tout récemment à la Faculté de médecine de Paris par un ancien interne des hôpitaux, M. Marcowitz, thèse inspirée tout entière par les leçons et les idées médicales d'un maître bienveillant et éclairé, M. le docteur Sée, renferme des faits de pleurésie par action réflexe, et une discussion intéressante, dont nous avons exposé les points principaux, avec ceux qui ressortent de la récente discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux.

Luxation ilio-pubienne.

Dans le numéro de samedi dernier, la *Gazette* publiait une observation de luxation ilio-pubienne extraite d'une leçon faite à l'hôpital de Rennes par M. Aubry. Ce chirurgien nous a prié d'ajouter quelques détails, et de rectifier quelques-unes des réflexions qui suivaient cette observation.

Selon lui, la pièce qui a été présentée à la Société de chirurgie en 1853 est une luxation complète, et le musée de Rennes renferme trois pièces de luxation ilio-pubienne qui confirment la proposition principale de la leçon de M. Aubry ; à savoir, que les luxations ilio-pubiennes complètes ne présentent pas nécessairement un déplacement énorme, et que, ainsi que l'avait pensé M. Malgaigne, le premier fait clinique présenté par M. Aubry, en 1847, n'était pas une luxation incomplète.

Il faut discuter ici. M. Malgaigne, procédant par voie de raisonnement et s'appuyant sur des connaissances anatomiques précises, la longueur du col du fémur comparée à la situation de la tête fémorale au pli de l'aine dans la luxation, disait que si l'on avait affaire à une luxation complète dans laquelle le grand trochanter serait sur le pubis ou sur la cavité cotyloïde, la tête du fémur, au lieu d'être au pli de l'aine, serait plutôt dans la paroi abdominale.

M. Aubry a opposé un fait, celui dont la description est à la fin de l'article de notre numéro de samedi. La tête du fémur et le col reposaient sur le pubis, et le grand trochanter était enclavé dans l'ancienne cavité atrophiée. Il s'agissait d'une luxation datant de deux ans, et qui n'avait pas été réduite parce qu'il existait en même temps une fracture du tibia. Au moment où le malade avait été blessé, on avait trouvé « vers le milieu du pli de l'aine une tumeur arrondie, superficielle, suivant les mouvements imprimés au fémur..... La mensuration des deux membres pelviens, faite avec toutes les précautions indiquées, donnait une différence de 2 centimètres en moins pour le côté malade. »

Le malade avait été revu deux ans après ; et, chose singulière, la saillie de la tête fémorale avait diminué, et le raccourcissement du membre n'était plus que de 1 centimètre et demi.

Il y a dans ce fait de nombreuses incertitudes. De deux choses l'une : ou bien le raccourcissement primitif était dû à la fracture, ou bien le déplacement de la tête du fémur a diminué. La saillie moins apparente de la tête semblerait confirmer cette dernière hypothèse, mais l'expérience démontre que les déplacements des luxations, les déformations du bassin ne diminuent pas de la sorte ni aussi vite, à moins qu'il ne survienne une arthrite sèche, qui déforme les surfaces articulaires.

Entre des affirmations contraires tirées de symptômes semblables représentant la luxation complète ou incomplète, il y a un moyen terme ; dire que le col et souvent la tête fémorale reposent sur le rebord antérieur de la cavité cotyloïde, que le grand trochanter est au niveau de la cavité, est chose acceptable, et les faits ne controuvent point la doctrine ; si malgré les raisons anatomiques qui poussaient M. Malgaigne à déclarer que toutes les luxations ilio-pubiennes sont plus ou moins incomplètes, M. Aubry continue à opposer qu'il a vu trois fois des pièces de luxations complètes, cela tient à ce que le premier auteur a vu des luxations sur le vivant, et que M. Aubry, examinant des cadavres atteints de luxation ilio-pubienne, a pris des déplacements étendus forcément par les dissections, et des lésions d'une luxation ancienne, pour une représentation fidèle des symptômes qui ont été remarqués pendant la vie, quel que fût l'éloignement de la date de la luxation.

Nous n'insisterons pas sur ces détails anatomo-pathologiques. Il ressort de l'observation de M. Aubry que nous avons publiée, comme des observations anciennes, une règle générale absolue et toute pratique, à savoir, que la tête fémorale sentie au pli de l'aine est le caractère distinctif de la luxation ilio-pubienne, qu'elle soit complète ou incomplète ; c'est-à-dire que la surface de la tête du fémur encroûtée de cartilage repose ou non sur le bord de la cavité cotyloïde. Que sur le vivant, la limite la plus ordinaire du déplacement, l'obstacle le plus puissant à l'élévation de la tête fémorale et à sa translation en dedans, est le muscle psoas iliaque.

Luxation latérale des vertèbres cervicales.

A l'occasion de la récente présentation de M. Maisonneuve à l'Académie des sciences, un fait nous a été rappelé.

Un enfant, en tombant la tête sur le pavé par une fenêtre d'un rez-de-chaussée, s'était fait une luxation latérale des deuxième et troisième vertèbres cervicales. La rotation du cou et son inflexion, la fixité de la tête dans sa nouvelle position, avaient été, aux yeux de M. Demarquay, les signes évidents de cette luxation.

Au moment où le chirurgien a vu le malade, il y avait quelques jours seulement que l'accident était arrivé. Quoiqu'il n'y eût pas de paralysie, la réduction a été tentée de la manière suivante :

Les épaules de l'enfant ont été maintenues immobiles. M. Demarquay a exercé avec douceur des tractions prolongées sur la tête attirée en haut, et, après quelques instants, il a fait éprouver à celle-ci un mouvement de rotation ; un léger claquement s'est fait entendre, et la tête avait repris sa position normale.

---

fœtus a cessé de vivre. Il faut arriver à l'époque d'Ambroise Paré pour trouver le précepte de la version par les pieds lorsque l'enfant est encore vivant. M. le professeur Malgaigne a de la tendance à croire que le chirurgien de Charles IX a simplement vulgarisé la version podalique, déjà usitée parmi les barbiers chirurgiens de Paris (1).

Quoi qu'il en soit, Ambroise Paré consacre un chapitre, le 32e du 18e livre, à *la manière de bien situer la femme pour lui extraire l'enfant*. Dans la position décrite par ce chirurgien, la femme était située et liée à peu près comme le patient avant l'opération de la taille. Ces liens avaient l'avantage d'assurer l'immobilité et permettaient de faire l'opération avec un moins nombreux personnel ; mais ils inspiraient une vive répugnance : ce préliminaire d'un acte chirurgical ressemblait trop au prélude d'une torture ou d'un supplice et tomba en désuétude. Ainsi, au dix-septième siècle, Dionis ne fait pas mention des liens. Le premier chirurgien de la duchesse de Bourgogne conseille tout simplement de placer la femme sur le bord du lit, couchée à la renverse, les jambes écartées et saisies par deux personnes (2).

Le décubitus dorsal en travers du lit, les membres maintenus par des aides, est la position la plus commode, applicable à la majorité des opérations obstétricales, et qui a prévalu dans notre pays. Nous dirons plus tard dans quelles circonstances cette attitude sera avantageusement modifiée.

Il est bon que le lit soit appuyé contre le mur par un de ses bords. Plusieurs coussins sont disposés sous la tête et le dos de la patiente, de manière à tenir la partie supérieure du corps modérément élevée et à laisser le périnée et la vulve complètement à découvert, le sacrum portant seul sur le bord du lit. Les cuisses et les jambes sont demi-fléchies, les pieds posés sur deux chaises, ou mieux sur des aides chargés de maintenir les membres écartés et immobiles en plaçant une main sur les genoux et une autre sur les pieds. Une autre personne fixera le bassin en saisissant les crêtes iliaques, si la souffrance du travail cause des mouvements désordonnés. Enfin il sera utile de faire mettre un autre aide sur le lit pour encourager la femme, la soutenir sous les bras, l'empêcher de glisser pendant les tractions. C'est surtout dans les applications du forceps que l'on reconnaît la nécessité de ce dernier auxiliaire.

Il est à désirer que le lit soit un peu élevé pour la facilité de la manœuvre ; il serait même souvent préférable de se servir d'une table ou d'une commode que l'on garnirait d'un matelas, de coussins et d'alèzes.

L'évacuation de la vessie et du rectum est utile avant l'accouchement artificiel, plus utile encore qu'avant l'accouchement naturel. Dans un ouvrage récemment publié, M. Jobert (de Lamballe) parle du traitement prophylactique de la gangrène, et partant des fistules vésico-vaginales, il insiste sur la nécessité de soustraire le plus tôt possible les parties à la compression, et de hâter l'accouchement. « Il est indispensable, dit-il, de vider la vessie et le rectum. D'ailleurs, » la tête ou toute autre cause comprimante a moins de prise sur des » organes vides, et l'application du forceps n'en devient que plus » facile (1). »

Tels sont les préliminaires des opérations tocologiques en général.

XXXIII.

Si vous lisez attentivement les observations qui servent de base au beau travail de M. le professeur Tardieu (2), vous verrez que les tentatives d'avortement ont été faites souvent dans la station debout, et que la plupart des sages-femmes ont ensuite conseillé la promenade et la marche pour assurer le succès de leurs coupables manœuvres ; mais nous n'avons pas à nous occuper ici des opérations criminelles : la science honnête ne doit les connaître que pour les flétrir et pour expertiser devant la justice qui les punit.

Cependant, l'avortement peut être provoqué suivant les préceptes de l'art et légitimement admis dans la pratique, *bien qu'à titre d'opération exceptionnelle et de recours extrême* (1).

Dans le procédé du docteur Cohen, de Hambourg, pour l'accouchement prématuré artificiel, la femme est couchée à plat sur le dos, le siége élevé ; puis on injecte de l'eau de goudron entre la paroi antérieure de l'utérus et l'œuf avec une petite seringue ; dix minutes après, la femme peut se lever et marcher ; l'injection est renouvelée s'il n'y a pas signe de travail au bout de six heures. Meissner, de Leipsick, ponctionne l'œuf à sa partie la plus élevée avec la sonde utérine, pendant que la femme est assise sur le bord d'une chaise ou couchée sur un canapé ; puis il permet la marche ou la station assise. La ponction de l'œuf est une méthode ancienne : on la pratiquait à Rome.

Kluge introduit dans l'intérieur du col, à l'aide du spéculum, un cône d'éponge préparée, pendant que la femme est en travers du lit, et il maintient l'éponge par le tamponnement jusqu'à ce que les douleurs se déclarent. La femme s'est recouchée après le tamponnement. On introduit une éponge plus grosse si le travail ne se manifeste pas dans les vingt-quatre heures.

Pour éviter les souffrances que le tamponnement occasionne, Cazeaux avait inventé en 1845 un instrument destiné à maintenir l'éponge préparée dans l'intérieur du col ; cet instrument avait aussi, selon Cazeaux, l'avantage de laisser la patiente libre de se mouvoir dans son lit.

C'est encore à la méthode d'*excitation de l'utérus* que se rapporte le tamponnement vaginal proposé par Schœller, de Berlin : ce moyen est incertain, parce que si le tampon provoque l'accouchement en cas

(1) Note de M. Malgaigne, tome II, p. 702, des *Œuvres d'Ambroise Paré*.
(2) Dionis, *Cours d'opération de chirurgie*, 3e démonstration.

(1) Jobert (de Lamballe), *De la réunion en chirurgie*, 1864, p. 208.
(2) *Étude médico-légale sur l'avortement*, 1863.

(1) M. Tardieu, *loco citato*, page 96.

Aucun accident n'est survenu immédiatement, et l'enfant, revu plusieurs mois après, était complétement guéri.

L'absence de paralysie n'a pas été une contre-indication aux tentatives de réduction, et la guérison a eu lieu sans accidents. Voilà un fait important, et c'est ce qui nous a engagé à l'enregistrer dans les observations, à l'appui du principe de la réduction des luxations même des vertèbres cervicales.

Ovariotomie.

La semaine dernière, M. Maisonneuve a opéré à l'Hôtel-Dieu une malade atteinte de kyste uniloculaire de l'ovaire, avec kystes secondaires. L'opération a duré une demi-heure; le kyste principal contenait dix litres de liquide, et l'enveloppe pesait 2 kilogrammes. Aucun accident n'est survenu dans le cours de l'exécution du manuel opératoire; le pédicule, lié et arrêté dans la plaie, n'a pas donné lieu à des hémorrhagies. Pendant quatre jours la malade allait assez bien, sauf qu'elle était abattue. Un instant la guérison semblait possible. Elle a succombé dans le cinquième jour, et à l'autopsie l'on a trouvé une péritonite avec des fausses membranes.

ENCHATONNEMENT DU PLACENTA.

Injection dans la veine ombilicale. Tractions impuissantes. Dilatation du chaton. Guérison.

Par M. le docteur Fleury (de Langon).

Mme B..., âgée de quarante-deux ans, mariée depuis cinq ans, a eu un premier accouchement heureux en 1861.

Le 19 mai 1863, étant à terme d'une seconde grossesse, elle éprouva les premières douleurs dans la matinée, et, après un travail qui ne présenta aucune circonstance particulière, elle accoucha, à huit heures du soir, d'un enfant vivant. Lorsque la sage-femme voulut faire la délivrance en opérant des tractions sur le cordon, elle trouva de la résistance, et, en portant la main sur l'abdomen, elle le trouva si volumineux encore, qu'elle douta s'il n'y avait pas un second enfant. En tout cas, la difficulté qu'elle éprouvait à opérer la délivrance l'inquiétait, et elle eut la prudence de me faire appeler sans se permettre ni d'ordonner l'ergot de seigle ni de se livrer à aucune manœuvre téméraire.

J'arrivai à onze heures du soir auprès de la malade, que je trouvai en proie à une certaine agitation, éprouvant des douleurs d'expulsion séparées par de longs intervalles. La face n'exprime pas une fatigue trop grande, les forces sont conservées. L'abdomen est très-volumineux, la partie gauche en est molle et dépressible, mais le côté droit est occupé par une tumeur du volume environ de la tête d'un enfant. L'auscultation, pratiquée avec toute l'attention possible, ne me permet pas d'entendre les battements du cœur d'un second fœtus; je ne trouve pas dans l'abdomen un corps qui me présente le volume et les formes d'un enfant; de plus, par le toucher vaginal, je ne reconnais aucune partie saillante, point de poche des eaux, point de partie fœtale se présentant. J'exclus donc l'hypothèse d'une grossesse gémellaire et je m'arrête à l'idée d'une adhérence du placenta, et peut-être d'un enchatonnement.

J'attendis jusqu'à deux heures du matin; à ce moment il s'était écoulé un intervalle de six heures depuis l'accouchement, et les choses demeurant dans l'état que j'ai décrit plus haut, si ce n'est que l'abdomen devenait encore plus douloureux et que la femme perdait ses forces, je résolus d'agir. Toutefois, avant d'en venir à l'introduction de la main dans l'utérus, je voulus tenter un dernier moyen.

Je fis donc avec les précautions recommandées par M. Liégard (de Caen) une injection d'eau froide de 300 grammes environ avec une seringue ordinaire; et la femme, interrogée à ce sujet, accusa nettement une sensation de fraîcheur dans le ventre. J'attendis patiemment pendant dix minutes, mais la délivrance ne se fit pas. J'exerçai alors sur le cordon des tractions tellement fortes que je sentis qu'il se déchirait.

En conséquence, et sans plus attendre, j'introduisis la main dans l'utérus en suivant le cordon ombilical; le col n'était point contracté; je me dirigeai vers le côté droit, mais je sentis que ma main était dans la cavité de l'amnios; je dégageai mes doigts et je parvins à les mettre en contact avec la face interne de l'utérus. Procédant alors avec une extrême douceur, je m'efforçai de dilater l'espèce d'étranglement qui retenait le placenta comme dans le fond d'un calebasse. En effet, je parvins à introduire mes doigts dans cette sorte de prolongement de la cavité utérine, et fixant l'utérus avec la main gauche appliquée à l'extérieur, je décollai peu à peu et avec de grandes difficultés un placenta très-volumineux. Quand tout fut décollé, je le saisis entre mes cinq doigts recourbés en crochet, et surmontant encore la constriction de la partie resserrée, je l'amenai à l'extérieur. Je l'étendis sur une serviette, il était entier. Il n'y eut point de perte, mais des tranchées fort pénibles m'obligèrent d'administrer l'opium. Je fis faire des injections vaginales pendant les jours suivants, et le rétablissement de l'accouchée fut prompt et complet.

Assurément, pour les cas semblables à celui-ci, les préceptes sont fort bien établis dans les traités dogmatiques; cependant, il y a encore des hésitations et des craintes, et il n'est sans doute pas superflu que les feuilles d'un journal reproduisent quelquefois ces préceptes en les rendant plus saisissants par les détails minutieux d'une observation clinique. On en aura la preuve si l'on veut bien rapprocher du fait que je viens d'exposer l'observation remarquable de M. le docteur Molas (*Gazette des Hôpitaux*, n° 139 de l'année 1861), et le second fait publié par M. le docteur Decourteix dans la *Gazette* du 29 janvier dernier.

EXPÉRIENCES CHIMIQUES ET TOXICOLOGIQUES

sur la digitaline.

Par M. le docteur J. Lefort.

Nous nous proposons dans ce mémoire de poursuivre les faits suivants, qui sont déjà à notre connaissance :

1° La digitaline existe dans le commerce de la droguerie à l'état soluble et à l'état insoluble; dans le premier cas, elle provient d'Allemagne et est fabriquée, par un procédé inconnu jusqu'à ce jour, par M. Merck, de Hesse-Darmstadt; dans le second cas, elle est fabriquée par le procédé que MM. Homolle et Quevenne ont fait connaître.

2° Ces deux espèces de digitaline, soumises à l'analyse dialytique, traversent le parchemin végétal comme le font les cristalloïdes faibles.

3° La digitaline d'Allemagne, soumise à l'action de l'acide hydrochlorique concentré, donne une solution d'un vert moins intense que la digitaline de France, ce qui nous porte à croire que la première est plus pure que la seconde; en effet, la digitaline d'Allemagne nous paraît être un produit unique, car si on l'examine au microscope avec un fort grossissement, on y distingue quelques cristaux translucides sans formes régulières déterminées, tandis que la digitaline de France forme une masse opaque, comme granuleuse.

4° Soumises à l'action du gaz chlorhydrique, ces deux digitalines se comportent d'une manière toute différente : ainsi la digitaline d'Allemagne placée sous une cloche, à côté d'un vase contenant de l'acide hydrochlorique concentré, jaunit, se liquéfie en partie comme une résine, et acquiert une teinte brune très-foncée; au contraire, la digitaline de France se colore en jaune, puis en brun, et enfin en vert très-foncé, tout en devenant également demi-liquide.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la digitaline de France, qui s'est colorée en vert sous l'influence du gaz chlorhydrique, répand une odeur très-forte de *poudre de feuilles de digitale*. Ce caractère nous semble très-important à signaler, parce qu'il constitue l'un des meilleurs moyens pour découvrir la digitaline dans les liquides incolores.

Le Mémoire de M. Lefort et la note déposée le 29 mai sont renvoyés à l'examen de la commission nommée pour la note de M. Grandeau, commission qui se compose de MM. Pelouze, Payen, Bernard et Balard.

La lettre de M. Lefort est accompagnée d'un Mémoire plus complet dont nous avons reproduit les conclusions dans notre numéro du 16 juin, p. 278 (*Etude sur la digitaline*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juin 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

M. Marjolin. J'ai rappelé dans la dernière séance le fait communiqué autrefois par M. Michon; voici la lettre que sur ma demande il m'a écrite à ce sujet :

« Mon cher ami,

» J'ai opéré, il y a au moins vingt-cinq ans, en présence de votre père et de M. Jadioux, Mme X...; elle avait une de ces tumeurs dites névromes, à la partie supérieure du nerf sciatique, à sa sortie de l'échancrure. Cette tumeur s'était accrue progressivement et assez rapidement, elle était fort douloureuse. Son ablation fut jugée nécessaire par M. Marjolin et par M. Jadioux. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule; les filets nerveux, examen fait après l'opération, n'auraient pu être séparés de la tumeur. L'opération présenta les circonstances principales que voici :

» L'extrémité supérieure du névrome était si près de l'échancrure sciatique, que je jugeai convenable, avant de faire la section du nerf, d'étreindre par une ligature forte et très-vigoureusement serrée l'extrémité supérieure du nerf; bien m'en prit, car la tumeur fut à peine séparée que le tronçon du nerf rentra dans le bassin, entraînant avec lui une partie de la ligature. J'eus le tort de ne pas prendre la même précaution pour le bout inférieur, croyant m'être suffisamment mis à l'abri contre l'hémorrhagie qui pouvait être fournie par l'artère centrale du nerf sciatique, très-volumineuse en cet endroit. Je fis la section du bout inférieur et j'enlevai la tumeur, le cordon nerveux se retira dans la gaîne qui l'enveloppe; dans la journée même, il se fit dans cette gaîne une hémorrhagie avec épanchement sanguin le long de la cuisse et dans les principales divisions de la jambe. Cet épanchement fut considérable, mais l'hémorrhagie s'arrêta. Cet épanchement fut en partie résorbé et en partie éliminé par de la suppuration phlegmoneuse à la jambe; à part cet incident, les choses se passèrent heureusement et la guérison s'opéra.

» Mme X... marcha d'abord avec une béquille; mais après quelques mois elle put marcher sans appui, aller beaucoup dans le monde et au bal, où elle dansa les danses à la mode à cette époque. Elle a été radicalement guérie, c'est-à-dire que jamais, pendant près de vingt ans que je l'ai observée, aucune espèce de récidive ne s'est manifestée, et elle a pu vaquer à tous les exercices. Elle était veuve à l'époque de l'opération, elle s'est remariée depuis et a succombé il y a cinq ans environ à une hémorrhagie cérébrale foudroyante.

» La cuisse avait conservé son volume, les muscles de la jambe se sont singulièremnt émaciés; cette atrophie a surtout été sensible pendant les premières années; le pied, dans le principe surtout, était resté un peu pendant.

» Le premier hiver, Mme X... s'est fait des eschares par brulûre aux orteils en se chauffant sans avoir conscience de la chaleur; soit par habitude, soit par précaution, cet accident ne s'est plus présenté dans la suite. Les muscles de la jambe et même ceux du pied ont ultérieurement repris un peu d'accroissement, sans jamais atteindre le volume ni l'énergie de ceux du côté opposé.

» Vous me demandez si les douleurs ont cessé, je pense que vous faites allusion à des résections de nerfs faites pour des douleurs névralgiques incoercibles; ce n'était pas le cas ici, il s'agissait d'enlever une tumeur organique dont l'ablation a fait cesser l'action sur les parties inférieures du nerf. J'ai vu dans le courant de l'année dernière la résection du même nerf sciatique faite beaucoup plus bas pour des douleurs atroces que rien n'avait pu modifier. Cette résection n'a été suivie, au moins pendant les premiers mois, d'aucune espèce de soulagement contre le phénomène de la douleur; le pied avait pris la même attitude que chez Mme X... Je n'ai plus eu de nouvelles de cette malade. »

A propos des causes qu'on a assignées à ces névralgies du moignon, M. Marjolin insiste pour faire observer qu'elles sont loin d'être

---

d'hémorrhagie, c'est à l'aide du caillot qui se produit et qui joue le rôle principal; en l'absence du caillot, on ne peut guère compter sur le tampon.

Kiwisch, de Wurtzbourg, dirige sur l'orifice utérin une douche d'eau tiède pendant quinze ou vingt minutes, la femme étant sur le bord du lit dans la position de l'examen au spéculum. M. Dubois pratiquait les irrigations continues avec la pompe d'Eguisier. C'est ce procédé que j'ai vu employer à la Clinique lorsque je faisais mes études. On avait soin de recouvrir le bord du lit avec une toile cirée avant de pratiquer les douches.

XXXIV.

Sans parler des rétrécissements extrêmes du bassin ne permettant pas le passage du céphalotribe, il peut arriver que la mort d'une femme enceinte à l'époque où le fœtus est viable, impose l'obligation de pratiquer l'opération césarienne. Dans l'espace de trois ans, j'ai été appelé comme consultant auprès de deux femmes atteintes de fièvre typhoïde mortelle et arrivées au delà du huitième mois de la grossesse; j'ai vivement insisté auprès du médecin traitant pour qu'il tentât l'extraction du fœtus par les voies naturelles ou pratiquât l'hystérotomie aussitôt après le dernier soupir. En recommandant cette conduite, je me conformais au précepte posé par M. Velpeau (1). Malheureusement, la grande distance que nous avions à parcourir et la répugnance des parents, à qui l'on ne pouvait promettre d'extraire un enfant vivant, n'ont pas permis que ce devoir fût rempli.

J'ai vu faire quatre opérations césariennes à Paris, deux par M. Huguier, à l'hôpital Beaujon, les deux autres par M. Paul Dubois, à l'hôpital des Cliniques. Les femmes étaient dans le décubitus dorsal, et l'incision fut pratiquée sur la ligne blanche. Les résultats furent ce qu'ils sont ordinairement à Paris, c'est-à-dire mortels.

(1) *Traité d'accouchement*, page 455.

C'est en l'an 1500 que J. Nufer, châtreur d'animaux, pratiqua sur sa femme la première opération césarienne scientifiquement démontrée. L'observation nous a été transmise par Gaspard Bauhin. Nufer implora d'abord le secours divin, puis il coucha sa femme sur une table, et s'arma du couteau césarien qui lui permit d'extraire le fœtus. Rien de plus émouvant que cette observation : le danger presse, l'affection conjugale s'alarme, Dieu inspire, la main exécute.

Dans le mémoire de Simon (1), on trouve l'histoire de la femme d'un médecin de Spa, M. de Presseux, opérée le 1er janvier 1738 par un accoucheur de Liége, M. de Blierre. Cette femme, remarquablement courageuse, ne voulut pas même qu'on la tînt pendant l'opération césarienne; elle se plaignit seulement de la lenteur du chirurgien en lui disant : *Votre coûteau ne coupe pas bien.*

Le 7 juin 1740, Soumain opère Mlle Desmoulins en présence de Puzos, Verdier, etc. On fit coucher la malade sur le bord de son lit, la tête et la poitrine étant un peu plus élevées que le reste du corps; le côté gauche se trouvant plus gros et plus élevé que le droit par la position oblique de l'enfant, on choisit le côté gauche pour le lieu de l'incision, qui fut heureusement pratiquée (2).

Je n'entreprendrai point le récit des opérations césariennes consignées dans les *Annales de la chirurgie;* j'ai cependant recueilli toutes les observations publiées : elles constituent l'histoire anecdotique de l'hystérotomie. Histoire tantôt merveilleuse par la beauté des résultats et par l'enthousiasme qu'ils inspirent, tantôt inquiétante par l'incertitude des indications et par la témérité des opérateurs, quelquefois navrante par la discordance des consultants, trop souvent tragique et sombre par le dénoûment.

Il est certain qu'à Paris les opérations de ce genre ont été constamment malheureuses depuis plus d'un demi-siècle, tandis que les médecins de province ont publié de nombreux succès pour la mère et l'enfant. M. Dubois a vu accoucher naturellement une femme qui avait été autrefois hystérotomisée dans son département; on peut donc se demander si les praticiens de province n'ont pas fait parfois une opération inutile. Il ne faut pas oublier, néanmoins, que le séjour dans les petites localités, et surtout à la campagne, est une condition très-favorable à la réussite des grandes opérations. Ainsi, un médecin de mon département, Guisard (de Guéret), recueillit trois observations d'hystérotomies pratiquées dans la Creuse en cinq ans, et terminées par la guérison (1). Guisard proposait donc d'envoyer en province les femmes que l'on jugerait devoir soumettre à l'opération césarienne. Cette idée aurait plus de chances de donner de bons résultats si les femmes faisaient préalablement un assez long séjour dans la localité salubre que l'administration choisirait.

Dr Legros.

(1) Simon, *Recherches sur l'opération césarienne* (Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. Ier, p. 626).

(2) Simon, *loco citato.*

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1849.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité élémentaire de chimie médicale, comprenant quelques notions de toxicologie et les principales applications de la chimie à la physiologie, à la pathologie, à la pharmacie et à l'hygiène; par M. Ad. Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris. Tome Ier: *Chimie inorganique*. Un vol. gr. in-8° de 672 pages, avec 100 figures dans le texte. Prix : 8 fr. — Paris, chez Victor Masson et fils.

Recueil de questions posées aux examens de médecine sur les accouchements, deuxième série. Un vol. Prix : 1 fr. 50 c. *franco*. Paris, 1864, chez Adrien Delahaye.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, suivi d'observations, par le docteur Moura; ouvrage orné de planches explicatives. Un vol. in-8°. Prix : 4 fr. *franco*. — Paris, 1864, Adrien Delahaye.

encore démontrées d'une façon péremptoire. En effet, dit-il, la *réunion immédiate*, qu'on a invoquée comme une de ces causes, est excessivement rare. A la suite des grandes plaies d'amputation, il ne se souvient pas en avoir vu plus de deux cas bien complets.

Quant à la ligature accidentelle ou volontaire des nerfs, elle ne produit pas à beaucoup près toujours ce résultat. Le fait de M. Michon en est une preuve, puisque sa malade n'a éprouvé aucune névralgie à la suite de la ligature d'un tronc nerveux important.

En terminant, M. Marjolin se demande s'il n'y aurait pas, dans ces cas de névralgie du moignon, une sorte de kéloïde développée à l'extrémité du nerf coupé.

M. VERNEUIL. J'ai été voir le malade de M. Laugier, qui m'a mis à même de l'étudier avec soin ; et pour ma part je dois dire que ce fait, ainsi que celui de M. Nélaton, restent encore inexpliqués. De ce qu'on a vu les fonctions de certains nerfs coupés se rétablir après qu'on avait pratiqué la suture, on a conclu que ce rétablissement des fonctions était dû à la suture. Mais tout le monde sait ce qui se passe dans les bouts des nerfs réséqués ou coupés. Il se fait là un travail d'atrophie suivi bientôt d'un travail de régénération de la périphérie au centre ; or, jusqu'à présent, rien ne prouve que l'action de suturer ces bouts de nerfs ait la faculté de supprimer ce double travail d'atrophie et d'hypertrophie. Il y a de plus à savoir, comment les fibres élémentaires motrices se réunissent aux fibres motrices, les fibres sensibles aux fibres sensibles.

Quoi qu'il en soit, au point de vue purement chirurgical, cela n'ôte aucun intérêt au fait lui-même. Il ne faudrait cependant pas oublier absolument les dangers que peut faire courir la piqûre des nerfs. Mais si nous abordons le côté physiologique du sujet, nous voyons que c'est une question de savoir si, parce qu'on voit les fonctions d'un nerf coupé se rétablir après qu'on a suturé les deux bouts, il faut admettre que le retour des fonctions est dû à la suture. Je ne pense pas qu'on puisse affirmer qu'il en est ainsi, car les mêmes choses peuvent s'observer, alors qu'il n'y a eu ni affrontement ni soudure.

Voici des faits qui le prouvent :

« En 1838, M. Lenoir fait voir à la Société anatomique une tumeur » du volume d'un œuf de pigeon développée dans l'aisselle, dans » l'épaisseur du nerf médian. Cette tumeur a été extirpée et avec elle » une portion du nerf, sans qu'il soit survenu aucun changement dans » la sensibilité et la motilité du bras ni de la main. » (*Bulletins de la Société anatomique*, 1838, p. 134).

Trois ans auparavant, en 1835, dans un mémoire publié dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (2e année, 1834-1835, p. 145), M. Hortetoup a publié deux faits analogues qui furent observés par Dupuytren ; en voici le résumé :

OBS. Ire. — Tumeur du volume d'un pois sur le nerf cubital, au-dessus de l'articulation huméro-cubitale gauche. Douleur très-vive avec fourmillement, engourdissement et paralysie momentanée des deux derniers doigts sous l'influence de la moindre pression. — Résolutifs, compression, sangsues, applications narcotiques : insuccès.

Quatre ans plus tard, augmentation des douleurs ; atrophie du membre ; résection de deux pouces du nerf cubital. Immédiatement après l'opération, la malade remue ses deux doigts comme auparavant et sent les objets qu'on lui présente. Guérison complète dix-huit jours après l'opération. (Dupuytren).

OBS. II. — Enlèvement de deux pouces du nerf tibial postérieur pour une tumeur squirrheuse développée au milieu de ses fibres. — Paralysie de la partie inférieure de la jambe, du bord externe du pied et des deux derniers orteils avec atrophie de ces parties pendant plus de dix-huit mois. Mais peu à peu la sensibilité revient, gagne de proche en proche, et deux ans après l'opération le membre a repris sa force et jouit de toute sa sensibilité. (Dupuytren.)

Si après l'ablation de ces tumeurs on avait eu recours à la suture, on n'aurait pas manqué d'attribuer le retour des fonctions à l'opération, et cependant rien n'eût été moins autorisé.

Notre correspondant M. Victor von Bruns a rapporté aussi des faits du même genre. Je demande la permission de les analyser brièvement.

OBS. I. — Fille de vingt-quatre ans. Cystosarcome de la mâchoire inférieure. Résection de toute la moitié droite et d'une portion de la moitié gauche du maxillaire jusqu'à la quatrième molaire. L'incision commençait au niveau de l'articulation temporo-maxillaire droite et suivait le bord de l'os jusqu'au voisinage de l'angle gauche. Dissection du lambeau, qui est détaché et relevé en haut. Le nerf dentaire droit, après la désarticulation, pend librement dans la plaie ; on le coupe près de la base du crâne. Suture entortillée du lambeau.

Immédiatement après l'opération, pratiquée le 26 juin et jusqu'au 29, la lèvre inférieure ne présente aucune trace de sensibilité. Les piqûres d'épingle, les frottements, les irritations, ne sont perçus ni par la peau ni par la muqueuse.

Le 30 juin, les mêmes essais révèlent un léger retour de la sensibilité. La malade, les yeux fermés, indique avec précision le moment, mais non le point où l'épingle la touche. Le contact d'un verre dans l'action de boire est perçu, quoique très-faiblement.

Du 1er au 4 juillet, les choses restent à peu près dans le même état.

Le 5 juillet, amélioration. La sensibilité revient à divers degrés et en différents points de la lèvre, surtout vers sa partie supérieure. Nouveaux progrès les jours suivants ; les plus légers contacts avec l'épingle sont perçus rapidement et distinctement dans tous les points de la lèvre.

Le 9, on fait l'exploration de Weber, et l'on constate que pour avoir la double sensation de piqûre il faut écarter de 7 à 8 millimètres les branches du compas, tandis que pour le même point de la lèvre supérieure il suffit d'un écartement de 3 millimètres.

Le 12 juillet, il ne faut plus ouvrir le compas qu'à 6 millimètres.

A la fin de ce mois, la sensibilité était redevenue à très-peu près normale.

OBS. II. — Femme de trente-sept ans. — Cancer épithélial de la moitié droite de la mâchoire. — Incision médiane de la lèvre. — Deuxième incision allant du menton au tragus. — Lambeau détaché et relevé. — Section de l'os au niveau de la deuxième incisive droite. — Le nerf alvéolaire est coupé au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. — Réunion par première intention très-rapide.

Six heures après l'opération, pratiquée le 18 décembre, la sensibilité est explorée sur la moitié droite de la lèvre inférieure. Le sentiment est à peine altéré ; les contacts très-légers ne sont pas perçus, mais les attouchements un peu forts sont immédiatement sentis. Un écartement de 5 millimètres du compas donne deux sensations (avant l'opération, 4 millimètres suffisaient). La sensibilité à la température, examinée avec de petits fragments de glace et un stylet chauffé, est conservée.

Les jours suivants, la sensibilité décroît d'une manière continue, de sorte que le 30 décembre tout a disparu ; ni contacts, ni irritations, ni changements de température ne sont perçus. Cette paralysie dura jusqu'au milieu de février, où les explorations, sans cesse continuées, révélèrent un léger retour des sensations. Les progrès furent très-lents, et au 1er mai la sensibilité n'était récupérée ni complétement ni dans tous les points de la lèvre.

OBS. III. — Paysan vigoureux, vingt-neuf ans. — Ablation de la portion horizontale du maxillaire, depuis la quatrième molaire gauche jusqu'à la deuxième molaire droite. — Incision horizontale longeant le bord maxillaire depuis le passage de l'artère faciale à droite jusqu'à l'angle de la mâchoire à gauche. — Section des deux nerfs mentonniers, et perte de substance des deux nerfs dentaires dans une étendue correspondant à la résection de la pièce osseuse.

Opération le 5 février. Trois heures après, exploration : conservation complète de la sensibilité tactile et de la sensibilité à la température. Le lendemain, diminution sensible, surtout vers le menton, qui continue les jours suivants, jusqu'à la paralysie presque complète mais fort passagère, car, le 11 février, on constatait déjà d'une manière évidente le retour de la sensibilité ; la plupart des contacts étaient distinctement perçus au bord libre de la lèvre. Les jours suivants, les sensations de contact et de température étaient rétablies presque en entier en ce point. Elles tardèrent beaucoup plus à se rétablir vers le menton ; mais le 26 mars, il n'y paraissait presque plus.

OBS. IV. — Résection de plus d'un pouce du nerf sous-orbitaire dans l'ablation d'un maxillaire supérieur sur un paysan de cinquante-six ans.

Opération le 16 novembre. Quelques heures après, diminution notable de la sensibilité de la joue, de la lèvre supérieure et de la paupière inférieure droites ; paralysie presque complète les jours suivants.

Le 24 novembre, traces du retour des impressions sensitives à la lèvre et à la joue ; rien encore à la paupière. Le progrès continuait progressivement, lorsque le malade succomba le 29 novembre à une pneumonie.

Je n'ai donné qu'une analyse succincte de ces remarquables observations, rassemblées avec un soin extrême par le docteur Gotzbeck, sous les yeux du professeur Victor von Bruns. Elles renferment des détails précieux sur le retour progressif des impressions sensitives, et sur la manière dont on a constaté ce retour en s'aidant des procédés les plus délicats de la physiologie expérimentale. Cette analyse ne saurait donc remplacer, pour ceux qui voudraient répéter l'expérience, la lecture de l'original, qu'on trouve à la page 845 du deuxième volume du *Handbuch des praktischen chirurgie*, Tubingen, 1859, par V. von Bruns.

J'ai cité tous ces faits pour arriver à cette conclusion, que dans tous ces cas de section ou d'excision de filets nerveux importants suivis du rétablissement plus ou moins rapide des mouvements et de la sensibilité, nous ne savons pas ce qui se passe dans les parties lésées, nous ignorons complétement aujourd'hui comment et par quel mécanisme se rétablit l'influx nerveux. En pareil cas, il me paraît donc plus sage, et surtout plus logique, d'avouer franchement notre ignorance, que de se livrer à des hypothèses que rien ne démontre. L'affrontement de deux bouts nerveux peut être suivi du rétablissement des fonctions ; mais comme on peut observer les mêmes phénomènes alors qu'il n'y a pas eu d'affrontement, je suis obligé de répéter que nous ne sommes pas en droit d'affirmer que c'est à l'affrontement qu'est dû le retour des fonctions.

L'un des secrétaires : H. BLOT.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Ardouin, interne en médecine à l'hôpital Necker, qui vient de succomber, si nos renseignements sont exacts, à une infection purulente.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 81. — MARDI 12 JUILLET 1864.

(37e ANNÉE.)

N° 81. — MARDI 12 JUILLET 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Décret réglant les quarantaines des ports de la Méditerranée. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). Du rhumatisme cérébral. — HÔTEL-DIEU DE CLERMONT (M. Fleury). Polype naso-pharyngien; extirpation du polype; guérison prompte. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 4 juillet. — Nouvelles. — FEUILLETON. Lettres obstétricales.

PARIS, LE 11 JUILLET 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance académique d'aujourd'hui pourrait facilement prendre le nom de séance des réclamations.

M. Baudrimont présente d'abord un extrait d'un travail communiqué à l'Académie de médecine en février 1851. Cette présentation a pour but de rendre sensible la connexité qui existe entre ses idées et celles que M. Frémy vient de publier. Seulement, l'un, — c'est l'honorable académicien, — nie l'hétérogénie; l'autre, — M. Baudrimont, — affirme au contraire la génération spontanée. Le compte rendu fera connaître plus en détail l'objet de cette première réclamation.

Après M. Baudrimont, voici venir le savant doyen de la Faculté de médecine de Paris. Dans une récente communication, M. Gaultier de Claubry avait cru pouvoir regretter que MM. Tardieu et Roussin n'eussent point employé la méthode dialytique pour s'éclairer dans le douloureux drame auquel nous assistions il y a quelques semaines. M. Gaultier de Claubry avait été mal informé, et M. Tardieu en appelle à son rapport. Ce travail si remarquable vient d'être publié dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*. Aujourd'hui que nous pouvons rompre un silence alors commandé par les plus simples convenances, nous placerons sous les yeux de nos lecteurs les éléments de ce grave débat scientifiques, où la digitaline s'est révélée sous un si triste jour.

A M. Tardieu succède l'illustre chirurgien de la Charité, qui, au nom de M. Sauvo, vient exposer quelques remarques sur une question de priorité. M. Sauvo a publié en 1840, dans sa thèse inaugurale, une théorie des mouvements du cœur qu'il s'étonne de voir, quatorze ou quinze ans après, reproduite comme nouvelle par M. Hiffelsheim.

M. Blanchard se lève pour répondre à cette communication de M. Velpeau. Cette théorie des mouvements du cœur que M. Sauvo semble réclamer comme sienne, est loin d'être aussi récente. Gutbrod en 1835, Skoda, O'Bryan, etc., en avaient parlé avant M. Sauvo, et M. Hiffelsheim, en donnant le premier la démonstration du fait, a eu le soin de bien citer M. Gutbrod.

N'avions-nous pas raison de dire en commençant, que notre lecteur allait assister à une véritable séance de réclamations? Aussi regrettons-nous vivement que la spécialité de notre journal ne nous autorise pas à reproduire le travail véritablement intéressant de cette séance. Nous voulons dire le travail de M. Becquerel père sur le moyen de préserver de la destruction l'enveloppe métallique des *vaisseaux cuirassés*. — Dr E. RENAUD.

L'apparition de la fièvre jaune à Saint-Nazaire en 1861 a donné lieu, comme on s'en souvient, à une étude très-remarquée de M. Mélier et à une discussion académique importante. La cale des navires a paru renfermer principalement le danger, et les précautions prises contre les passagers ont semblé entachées d'exagération.

Nous reproduisons ci-dessous le décret qui vient d'être rendu sous l'influence de ces nouvelles études, et qui règle les mesures de quarantaine dans les ports français et italiens de la Méditerranée. Ce décret restera comme une pièce historique dans l'étude de la fièvre jaune.

DÉCRET.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'Etat au département des affaires étrangères,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ART. 1er. Un arrangement ayant été signé le 24 juin 1864, entre la France et l'Italie, pour régler les mesures de quarantaine dans les ports français et italiens de la Méditerranée, ledit arrangement, dont la teneur suit, est approuvé et sera inséré au *Bulletin des lois.*

Arrangement. — Le gouvernement de Sa Majesté l'Empereur des Français et le gouvernement de Sa Majesté le roi d'Italie ayant chargé M. le docteur Mélier, inspecteur général des services sanitaires de France, et M. le docteur Bo, directeur général de la santé maritime du royaume d'Italie, de se réunir en conférence à Turin pour examiner s'il serait utile d'étendre aux ports français et italiens de la Méditerranée les mesures appliquées aux arrivages en patente brute de fièvre jaune dans les ports français de l'Océan et de la Manche,

Les deux gouvernements, après avoir pris connaissance de l'avis exprimé par leurs délégués le 27 avril dernier, ont résolu de modifier, dans le sens des dispositions du décret impérial du 7 septembre 1863, la convention sanitaire internationale du 3 février 1852 et le règlement annexé à cette convention.

En conséquence, les soussignés, ministre et secrétaire d'Etat au département des affaires étrangères de France et envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Sa Majesté le roi d'Italie, dûment autorisés à cet effet, ont arrêté les stipulations suivantes :

ART. 1er. A l'avenir, et par dérogation à l'article 50 du règlement sanitaire de 1852, dont le premier paragraphe est ainsi conçu : « La durée de la quarantaine sera la même pour les bâtiments, les personnes et les marchandises qui y seront assujettis. » — Les passagers, les hommes d'équipage, les navires et les marchandises pourront être assujettis à des quarantaines de durée différente.

ART. 2. Lorsque les arrivages auront lieu en patente brute de fièvre jaune, soit par des navires principalement installés pour le transport rapide des passagers et ayant à bord un médecin sanitaire commissionné, soit par des bâtiments de guerre qui seront reconnus sains, et lorsque les cales auront été suffisamment aérées pendant la traversée, les passagers et l'agent des postes, par dérogation à l'article 4 de la Convention sanitaire de 1852, seront immédiatement admis à la libre pratique, s'il n'est survenu en mer aucun accident de fièvre jaune.

Lorsque, dans les mêmes conditions de navigation, il y aura eu des accidents de fièvre jaune pendant la traversée, la quarantaine sera de trois à sept jours pour les passagers et l'agent des postes. Selon les circonstances, une décision ministérielle, rendue sur le rapport de l'autorité sanitaire locale, pourra abaisser au-dessous du minimum de trois jours la durée de cette quarantaine, et même prononcer l'admission immédiate à la libre pratique des passagers et de l'agent des postes.

Quant aux hommes de l'équipage, au navire et aux marchandises, ils demeurent soumis aux mesures sanitaires dont la Convention et le règlement de 1852 prescrivent l'application aux arrivages en patente brute de fièvre jaune.

ART. 3. Les navires mentionnés dans l'article précédent qui ne satisferaient pas aux conditions qui y sont requises, et les bâtiments de commerce en général, seront, à leur arrivée en patente brute de fièvre jaune dans les ports français et italiens de la Méditerranée, assujettis aux mesures suivantes :

Toutes les fois qu'il y aura eu à bord un ou plusieurs cas de fièvre jaune, soit au port de départ, soit pendant la traversée, la quarantaine ne pourra être purgée que dans un port à lazaret. Les passagers et toutes les personnes dont la présence à bord ne sera pas indispensable seront immédiatement débarqués et tenus en observation. Le navire sera ventilé et assaini au fur et à mesure du déchargement des marchandises; cette opération terminée, il sera procédé à l'entière purification de toutes les parties du bâtiment. Selon la nature des marchandises, les caisses, colis ou ballots seront ou ventilés ou chlorurés extérieurement, et livrés ensuite au commerce ou déposés au lazaret pour y subir les purifications réglementaires.

Lorsqu'il n'y aura eu d'accident ni au port de départ ni pendant la traversée, le bâtiment, préalablement isolé, sera soumis aux mesures de ventilation et d'assainissement prescrites par les règlements. Les caisses, colis et ballots seront amenés sur le port pour y être aérés et chlorurés extérieurement avant leur admission à la libre pratique.

Dans l'un et l'autre cas, lorsqu'il sera reconnu que l'état de la cale ne présente aucun danger, l'autorité supérieure pourra, sur la proposition du directeur ou agent de la santé, permettre d'achever dans le port le déchargement des marchandises.

ART. 4. Les passagers débarqués en patente brute de fièvre jaune, soit des navires ordinaires de commerce, soit des paquebots ou des navires de guerre, qui ne satisferaient pas aux conditions requises

---

LETTRES OBSTÉTRICALES (1).

DE LA POSITION DE LA FEMME PENDANT LES OPÉRATIONS TOCOLOGIQUES.

XXXV.

Vers 1750, au moment où les Anglais se servaient avec avantage du forceps simplifié par Smellie, il n'était bruit en Hollande que du secret de Roonhuysen pour tirer les têtes enclavées du bassin. Deux médecins d'Amsterdam, de Vischer et Van de Poll achetèrent le secret et le publièrent en 1753. L'instrument de Roonhuysen n'était pas autre chose que la *spatule* ou *levier*. Voici comment Camper décrit la position de la femme pendant que l'accoucheur applique le levier : « On place la femme sur un lit, un lit de repos, ou sur un petit lit » (fait de trois chaises, qui est fort commode, et en usage dans nos » pays surtout auprès des pauvres), à peu près de la façon que Mauriceau et autres ont décrite. Le chirurgien se met sur une chaise » basse devant la femme, et se fait couvrir d'un drap ou d'une couverture que l'on attache autour de son cou, et que l'on arrange sur » le corps de la malade pour qu'elle n'attrape pas de froid, et qu'elle » ne soit pas épouvantée par la présence de l'accoucheur, qui arrange » en attendant tellement le lit, que le coccyx ne soit gêné en aucune » manière (2). »

Un accoucheur de Lille, Warocquier, se servit d'une branche du forceps de Smellie en guise de levier. Rigaudeaux, de Douai, prétendit aussi au titre d'inventeur, parce qu'il avait modifié une spatule d'apothicaire; il insinue dans ses *Réflexions sur le levier de Roonhuysen* que les accoucheurs emploient cet instrument pour *abréger leur besogne;* mais lui, bien entendu, ne se sert de la spatule que dans le cas de nécessité. Camper avait déjà constaté avec une nuance d'ironie que les têtes enclavées étaient en bien grand nombre à Amsterdam; il inclinait à penser que l'on prenait pour des têtes enclavées toutes celles qui ne passaient pas assez vite au gré de l'accoucheur. Quoi qu'il en soit, Rigaudeaux insiste sur l'utilité du refoulement du coccyx en arrière avec trois doigts de la main gauche pendant que la droite fait agir la spatule.

Il est évident que le doigt fait l'office de levier dans le procédé que préconise M. de Laffore, et que nous avons mentionné dans la première partie de ce travail (§ XXIX).

Dans la plupart des cas où l'emploi du levier a été conseillé, il est préférable de recourir au forceps, dont l'application est généralement commode et facile dans l'attitude classique des opérations obstétricales.

Quelques accoucheurs allemands ont recommandé la position sur les genoux et sur les coudes pour exercer les tractions à l'aide du forceps appliqué au détroit supérieur. Il est, en effet, certaines circonstances, par exemple, le ventre en besace, la position en avant de la tête sur les os pubiens, qui obligent à faire des tractions autant que possible en bas et en arrière. M. Osseur (de Roulers) est parvenu au même résultat en faisant coucher la femme sur le côté. Dans son observation, le ventre était en besace, le diamètre sacro-pubien légèrement rétréci, la tête volumineuse et reposant en partie sur le pubis. Des tractions prolongées avaient été faites inutilement pendant que la femme était couchée en supination. Aussitôt que la patiente fut inclinée sur le flanc gauche, la tête céda aux tractions, descendit dans l'excavation pelvienne, et l'accouchement fut bientôt terminé (1).

Je vous ai parlé (§ XXI) d'une fille que j'accouchai de deux jumelles à l'aide du forceps, et chez laquelle j'avais supposé l'existence d'une placentite. Je concluais implicitement de cette observation et de quelques autres, que la symptomatologie de la placentite était encore à faire. Cette fille, primipare, était assistée d'une sage-femme qui me demanda mon concours lorsque la tête du premier enfant était depuis quatre heures dans l'excavation sans avancer. Les contractions avaient cessé; je crus devoir appliquer le forceps; j'amenai une fille en état de mort apparente : nos soins la ranimèrent assez promptement. Il n'y eut rien de remarquable dans cette première application du forceps. Un second enfant se présenta immédiatement par l'extrémité céphalique. Nous attendîmes pour savoir si les contractions de l'utérus ne seraient point réveillées par l'évacuation d'une partie de son contenu; mais les douleurs étaient faibles et rares, la tête restait très-élevée, en position diagonale, appuyée sur le pubis. Je tentai inutilement de mettre l'occiput en rapport avec le centre de l'excavation, au moyen du procédé de M. Laffore. La contractilité de l'utérus étant affaiblie, et l'auscultation me prouvant que le fœtus était en péril, je fis une nouvelle application du forceps.

Les premières tractions furent impuissantes à déloger la tête. Sous l'impression récente de l'observation citée plus haut et publiée par M. Osseur (de Roulers), je fis incliner la patiente sur le côté gauche, sans retirer les branches de l'instrument, et j'eus la satisfaction d'extraire avec rapidité un second enfant, encore du sexe féminin. Le cou était entouré de trois circulaires; probablement la brièveté accidentelle du cordon, jointe à l'insuffisance des contractions, empêchait la progression de la tête; en même temps, la compression du cou déterminait les troubles circulatoires révélés par l'auscultation. La tête de cette seconde fille était plus volumineuse que celle de la première, nouvelle cause d'arrêt au détroit supérieur; elle était toute violette, par suite de la strangulation que les tours de cordon avaient produite. Nous eûmes beaucoup de peine à rappeler cette enfant à la vie par des moyens qu'il est inutile de rappeler ici; elle ne respira

(1) Fin. — Voir les numéros des 22 et 31 mars; 12 et 21 avril; 24 mai; 4, 21 et 28 juin, et 9 juillet.

(2) Camper, *Remarques sur l'usage du levier de Roonhuysen*, § IV.

(1) *De la position sur les genoux et les coudes au point de vue tocologique.* Note communiquée à la Société des sciences médicales de Bruxelles, par M. OSSEUR (de Roulers).

par l'article 2 du présent arrangement, restent assujettis aux dispositions prescrites par la convention et le règlement de 1852. Mais la durée de l'observation à appliquer à ces passagers pourra, par décision spéciale de l'autorité supérieure, être abaissée au-dessous du minimum réglementaire.

Art. 5. Les règlements particuliers qui déterminent les mesures administratives applicables de part et d'autre, dans les cas ci-dessus mentionnés, devront être formulés de manière à présenter les conditions d'uniformité requises par le préambule du règlement sanitaire de 1852.

Art. 6. Le présent arrangement, dont les dispositions recevront leur application à partir du 1er juillet 1864, aura la même force et la même durée que la convention sanitaire internationale du 3 février 1852. Il sera soumis à l'approbation des Souverains respectifs.

Fait à Paris, le 24 juin 1864.

Art. 2. Notre ministre secrétaire d'État au département des affaires étrangères est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Fontainebleau, le 28 juin 1864.

NAPOLÉON.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Du rhumatisme cérébral (1).

Passons aux causes de cette maladie, et d'abord aux causes indépendantes de la thérapeutique employée; nous disons cela pour vous faire pressentir que les médications ont été accusées par certains médecins de provoquer le transport du rhumatisme articulaire vers le cerveau.

Revenons encore à cette femme qui contracta d'abord un rhumatisme articulaire, puis la manifestation cérébrale. Dans notre première conférence, nous vous avons prié de retenir avec soin un fait que nous vous signalâmes alors; c'est qu'en 1848, à la suite d'une terreur éprouvée par elle à l'occasion d'une lutte violente entre son mari et un locataire récalcitrant, cette femme avait eu des accidents cérébraux et qu'elle avait été traitée comme folle pendant treize mois à la Salpêtrière.

Voici donc une femme qui a une tendance à des troubles cérébraux, que ce soit manie, épilepsie, lipémanie, peu importe; elle prend plus tard un rhumatisme articulaire, et avant qu'il soit très-étendu, elle a une manifestation rhumatismale vers l'encéphale, de la stupeur qui dure deux jours. Elle guérit.

Notre homme du n° 16 avait, au dire de ses compagnons habituels et de ses parents, l'habitude de boire; il était constamment excité et comme abruti par les boissons alcooliques, il avait donc un cerveau prédisposé par cette excitation permanente à des troubles particuliers; il prend aussi un rhumatisme articulaire aigu, et puis l'affection se transporte au cerveau. Celui-là en meurt.

En 1825, nous visitâmes, rue Saint-Martin, un négociant qui avait un rhumatisme articulaire aigu; il fut pris de troubles cérébraux graves, et nous déclarâmes d'une manière si absolue à sa famille qu'il était perdu, que l'on nous donna notre congé à moi et au confrère qui m'avait appelé en consultation. On appela un autre médecin.

Au bout de quelques jours le délire furieux qui existait tomba, et le malade revint à la vie et à la santé. Un peu plus tard, il eut une seconde attaque de rhumatisme articulaire aigu, avec des douleurs affreuses, une tuméfaction considérable, une teinte violacée des téguments, et nous reconnûmes dans la profondeur de quelques articulations une crépitation gazeuse qui annonçait une gangrène déjà avancée. Cette fois il mourut.

Tous les frères et les sœurs de cet homme avaient été ou étaient fous. Autour de lui tout le monde disait qu'il était bien étonnant que lui ne le fût pas encore ou ne l'ait pas été. Il contracte un rhumatisme, et, en vertu de la prédisposition héréditaire qui existait dans sa famille à avoir des maladies cérébrales, il est frappé de rhumatisme cérébral. Nous avons cité ailleurs un autre fait, celui d'une femme appartenant à une famille dans laquelle il y avait nombre d'aliénés : elle prend un rhumatisme articulaire, et peu après un rhumatisme cérébral, qui l'emporta.

Ainsi donc, chez les individus qui ont eu ou ont le rhumatisme cérébral, on rencontre le plus souvent des antécédents fâcheux du côté de la tête. Il y a dans leur famille des névroses graves, et si les choses ne tournent pas au rhumatisme cérébral, on les voit tourner à la manie préparée par des excitations encéphaliques préalables. Sous vos yeux a passé cette malheureuse femme dont le mari avait succombé à une variole confluente : elle nous arriva avec ses deux enfants, atteinte comme eux de variole et de plus d'une mélancolie délirante, qui ne céda que pour tourner à l'hypochondrie la plus triste, la plus renforcée. C'est encore un exemple d'affection cérébrale annoncée pour ainsi dire par des dispositions spéciales.

A la suite de grands traumatismes, chez des individus qui ont dans leur famille des névrosiques, des aliénés, ou qui ont acquis une excitation cérébrale sous l'influence de l'usage habituel des alcooliques, on voit également survenir des phénomènes cérébraux terribles. Ainsi donc, il y a une prédisposition nerveuse héréditaire ou acquise, en vertu de laquelle certaines personnes sont prises d'affections cérébrales diverses, et particulièrement le rhumatisme cérébral, quand elles sont atteintes de rhumatisme articulaire.

Examinons maintenant un second ordre de causes, celles qui dans l'opinion de quelques médecins éclaireraient la thérapeutique mise en usage. Il y avait, il y a peu d'années, il y a encore à propos du rhumatisme articulaire et de son traitement, deux camps opposés : l'un qu'on pourrait appeler des saigneurs, ou partisans de la saignée; l'autre des quininiseurs, ou partisans de la quinine. Les médecins qui employaient de préférence la lancette accusaient le sulfate de quinine de produire le rhumatisme cérébral; et ceux qui employaient la quinine accusaient les saignées du même méfait, chacun se renvoyant la balle sans trop de souci de la vérité et parfois des convenances. Dans cette lutte assez ridicule, les partisans de la quinine ont paru avoir le dessous.

Voici comment :

Il y a aujourd'hui peu de médecins qui ouvrent la veine dans le rhumatisme articulaire aigu : sur cinquante médecins qui font le service dans les hôpitaux de Paris, il n'y en a peut-être pas plus de quatre qui saignent, et les quarante-six autres donnent la quinine. Si l'on admet que chacun a 10 rhumatismes articulaires à traiter, cela en fait 460 pour les quarante-six médecins de la seconde catégorie, et seulement 40 pour ceux de la première. Or de quel côté doit être le plus grand nombre de rhumatismes cérébraux? Evidemment du côté du plus grand nombre de malades traités par les médecins de la seconde catégorie, et le moins grand nombre du côté des quatre confrères restés dans l'habitude de saigner. La proportion doit être comme 460 : 40. Or savez-vous ce qu'on en a conclu? C'est qu'il y a plus de rhumatismes cérébraux dans le camp des quininiseurs. Dans un sens, cela est exact, dans le sens purement numérique, mais cela est faux dans le sens proportionnel.

M. Beau et M. Briquet, qui donnent la quinine, prétendent que rien n'est plus dangereux que de saigner dans le rhumatisme articulaire aigu. En revanche, ceux qui saignent disent que ces messieurs sont dans leur tort. Il y a dans tout cela du vrai et du faux; on pèche, comme on dit, aussi bien au-dedans qu'au dehors des murs de Troie. Aujourd'hui que nous avons des relevés de plus de soixante cas de rhumatismes cérébraux, nous en trouvons sept ou huit mortels dans lesquels on a, selon l'expression de M. Briquet, saigné de la manière orthodoxe; d'autres dans lesquels on n'a fait que deux ou trois saignées et pour lesquels on a pratiqué quelques applications de ventouses. Parmi ceux qui sont morts avec ou malgré le sulfate quinine, il en est qui en ont pris peu, d'autres médiocrement, quelques-uns beaucoup. Notre femme n'a pas été saignée et n'a pas pris de sulfate de quinine, ce qui ne l'a pas empêchée de guérir.

Notre malade du n° 16 en a pris pendant quatre jours 1 gramme, pendant trois jours 1,50, pendant le dernier jour 2 grammes, doses modérées qui n'avaient produit ni bruissements dans les oreilles, ni obnubilation.

Dans les faits cités par MM. Bourdon, Requin, Gubler, des individus qui n'avaient encore pris que 0,50 centigrammes de sulfate de quinine, ont contracté le rhumatisme cérébral. M. Beau en cite un chez lequel, voyant arriver un rhumatisme cérébral pendant qu'il traitait l'affection articulaire au moyen du sulfate de quinine, au lieu de s'arrêter dans l'administration de ce moyen, il insista sur les doses de ce médicament, et parvint à obtenir la guérison.

Somme toute, le rhumatisme cérébral semble ne pas devoir survenir à l'occasion d'un traitement, quel qu'il soit; il tient à des dispositions spéciales acquises ou héréditaires, et non à tel ou tel mode de traitement, et il n'y a à accuser ni la saignée ni le sulfate de quinine.

Et maintenant, quel traitement devons-nous opposer au rhumatisme cérébral? Et d'abord, lorsque dans le cours d'un rhumatisme articulaire un malade commence à prendre une certaine excitation nerveuse, de la loquacité; qu'il accuse une chaleur notable du côté de la peau; qu'il commence à exprimer ce désespoir de lui-même qui est l'indice d'un événement sérieux et un augure sinistre; quand enfin il est dans l'imminence d'une attaque de rhumatisme cérébral; dans cette situation qui menace, mais qui n'est pas encore déclarée, pouvons-nous quelque chose contre le rhumatisme cérébral imminent, contre cette menace? Nous croyons que le mieux est de respecter les manifestations articulaires, de tout faire pour que la prééminence morbide reste là où elle doit être. Si la fluxion articulaire a diminué, il convient donc de tâcher de la rappeler au moyen des sinapismes, des vésicatoires appliqués sur les articulations, et de joindre à ces moyens l'usage intérieur de l'opium, du musc. C'est là la médication qui nous paraît la plus rationnelle, celle que nous emploierions dans le cas où il nous serait donné de prévoir l'invasion d'une manifestation cérébrale. C'est encore le traitement que nous mettrions en vigueur, une fois cette manifestation déclarée. Nous avons pu guérir trois malades pris au début du rhumatisme cérébral, en employant le musc et l'opium; chez d'autres, ces moyens ont été insuffisants; et enfin, nous en avons deux qui ont guéri sans l'intermédiaire d'aucun moyen actif.

(1) Voir les numéros des 14, 16, 21, 28 juin et 5 juillet.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT. — M. Fleury.

Polype naso-pharyngien s'étendant au pharynx, à la narine gauche, au sinus maxillaire, à la fosse zygomatique.

Ablation du maxillaire supérieur. — Extirpation du polype. — Guérison prompte.

D... (Annet), âgé de dix-neuf ans, habite le village de Culhat, où il exerce la profession de cultivateur. Ce jeune homme est vigoureux et doué d'une bonne constitution.

Il avait toujours joui d'une excellente santé, lorsqu'il ressentit pour la première fois, il y a quinze mois, des fourmillements à la joue gauche. Déjà il avait remarqué que le passage de l'air n'était pas bien

---

qu'au bout d'une demi-heure, en faisant entendre un petit hoquet caractéristique. Ces deux enfants vivent encore aujourd'hui, et même leur santé est des plus florissantes.

Outre l'influence du changement d'attitude sur l'efficacité des tractions avec le forceps, cette observation offre ceci de remarquable qu'il n'y eut pas d'hémorrhagie par décollement prématuré du placenta, ni renversement de l'utérus, ni aucun des accidents que l'on a parfois rapportés à la brièveté du cordon. Les délivres intimement unis sortirent naturellement; cette expulsion ne fut suivie d'aucune perte; mais je dois dire que la patiente avait pris dix grains d'ergot de seigle aussitôt que la tête du second enfant fut amenée à la vulve. J'avais donné le seigle par précaution, craignant que la rétractilité de l'utérus ne fît défaut après cet accouchement gémellaire artificiellement terminé.

Lorsque la tête est près de la vulve, l'application du forceps ou du léniceps de M. Mattei est tellement facile, qu'on peut opérer sans déranger la femme de la position qu'elle occupe, et même sans découvrir entièrement les parties génitales. Il suffit de soulever le siége avec un coussin, et de se servir du forceps court. J'ai l'habitude d'employer le forceps anglais de Simpson. Cet instrument est si commode, que je le recommande à mes confrères. Les branches une fois placées, vous les rapprochez et vous les maintenez articulées sans le secours d'une clef. Après l'articulation, les cuillers sont assez écartées pour que la tête ne subisse pas une compression excessive. Du reste, quel que soit le forceps que l'on préfère, il y a toujours moyen d'éviter de presser la tête du fœtus. Ce moyen a été rappelé récemment par M. Depaul; il consiste à tirer seulement avec la main qui tient l'articulation du forceps (1).

(1) *Rapport sur un nouveau forceps*, Académie impériale de médecine, séance du 21 juin 1864.

XXXVI.

C'est surtout pour aplanir les difficultés de la version que l'attitude de la femme exerce une incontestable influence.

Vous savez que le changement de présentation peut être obtenu par des manœuvres externes. S'éloignant des idées généralement admises, M. Mattei pense qu'il faut toujours essayer de convertir la présentation du siége en présentation céphalique avant le commencement du travail. Il y a quelques années, le regrettable Foucart publiait une observation dans laquelle on avait pu constater, en palpant l'abdomen au huitième mois, que le siége se présentait; M. Mattei fit coucher la femme sur un divan, releva le siége par des manœuvres externes, le fit maintenir relevé, saisit la tête dans l'hypochondre droit et l'abaissa jusque dans la fosse iliaque du même côté; puis il appliqua sur la partie de l'abdomen qui correspondait à la tête plusieurs serviettes en double; pour maintenir cette extrémité fœtale dans la fosse iliaque, il entoura le corps d'une serviette en guise de ceinture. La malade resta couchée pendant vingt-quatre heures. La présentation du siége ne se reproduisit pas; vingt-six jours après les manœuvres exercées par M. Mattei, cette dame mettait au monde un enfant bien portant (1).

Les chiffres ont leur éloquence. Si vous voulez bien vous rappeler qu'il meurt seulement un enfant sur cinquante dans la présentation de la tête, un sur douze dans la présentation pelvienne, et au moins un sur sept quand on introduit la main pour aller chercher les pieds, vos efforts tendront à réaliser par des manœuvres externes l'accouchement céphalique; mais il est rare de rencontrer toutes les conditions favorables pour ces manœuvres. En imposant l'abstention comme une règle dans les présentations pelviennes, nos auteurs classiques professent en général un optimisme que les chiffres démentent. Déjà Mauriceau avait mis les accoucheurs en garde contre cette présentation, en disant qu'il ne souhaitait pas aux jeunes médecins de débuter comme il avait débuté lui-même, par un accouchement pelvien. M. Paul Dubois redoutait également cette présentation; il conseillait de placer la femme en travers du lit, et de se tenir prêt à dégager promptement le fœtus. Les appréhensions légitimes que cet accouchement inspire disparaîtront avec la cause qui les fait naître, si l'on parvient à substituer l'extrémité céphalique à l'extrémité pelvienne par des manœuvres inoffensives et exécutées en temps opportun.

(1) *France médicale*, n° du 11 juillet 1857.

Vous trouverez dans l'ouvrage de John Burns un fait emprunté à Buchanan, de Hull, et dans lequel l'attitude agenouillée de la femme aurait remis la tête de l'enfant dans sa position naturelle. « Le côté » gauche de la poitrine de l'enfant était situé diagonalement sur le » bassin, tandis que la tête était en avant. Buchanan remit la tête » dans sa position naturelle en faisant agenouiller la malade et en » soulevant les fesses de l'enfant, tandis que les épaules étaient abais- » sées aussi bas que possible. Les eaux ne s'étaient pas écoulées. La » position de la tête à sa descente fut rendue plus favorable par le » doigt. L'enfant naquit vivant (1). »

Nous avons vu à propos de la succussion que les anciens avaient recours à l'inversion du corps de la femme, la tête en bas et les jambes en haut, *pour faire passer le fœtus dans une place vide et lui donner ainsi une situation plus favorable à sa sortie* (2). Dans le cas observé par Pleesmann, quatre extrémités inférieures et un bras bouchaient l'orifice de l'utérus. Pour introduire sa main dans la matrice, Pleesmann fit suspendre la femme par les jarrets, la tête et les épaules portant seulement sur le chevet; il monta sur le lit, et essaya de repousser dans la matrice encore distendue par les eaux une ou plusieurs extrémités sorties; mais déjà deux étaient rentrées par la seule position de la mère, et les trois autres suivirent à l'aide des

(1) John Burns, livre II, chapitre IV, section 3.
(2) Hippocrate, *Traité de l'extraction de l'enfant mort.*

libre dans la narine correspondante, peu à peu elle s'oblitéra; les fourmillements devinrent plus forts, et au bout de huit mois il s'aperçut que la joue augmentait de volume.

Plus tard, il se manifesta une petite tumeur à la partie latérale et postérieure de la voûte palatine correspondante; à dater de ce moment il éprouva quelques douleurs de tête; faibles d'abord, elles devinrent bientôt assez fortes pour le décider à entrer à l'hôpital; il y fut reçu le 12 août 1863 et placé dans une des salles de chirurgie.

On pouvait aussi à cette époque constater l'existence d'une tumeur au niveau de la fosse canine du côté gauche; elle était lisse, sans changement de couleur à la peau, dure au toucher, et paraissait formée par le refoulement excentrique de la paroi antérieure du sinus maxillaire.

Si l'on exerçait une légère pression sur ces tumeurs, le tissu osseux cédait sous la pression. Le doigt, introduit au fond de la bouche et glissé derrière le voile du palais, sentait, au niveau de l'ouverture postérieure de la narine gauche, une tumeur molle et charnue, qui avait le volume d'une petite noix.

Le malade se plaignait de céphalalgie, de fourmillements et d'une légère insensibilité à la joue gauche. La fosse nasale de ce côté était complétement oblitérée. Quelques épistaxis avaient eu lieu; elles étaient, il est vrai, peu abondantes, mais se renouvelaient fréquemment.

Le chirurgien dans le service duquel il était placé diagnostiqua un polype naso-pharyngien. Une ponction fut pratiquée sur la petite saillie qui existait à la voûte palatine; l'instrument pénétra dans le sinus maxillaire, et en même temps du sang jaillit à l'extérieur. L'écoulement fut assez abondant pour faire craindre une hémorrhagie, mais il s'arrêta seul.

Le malade, à qui on parla d'une opération, quitta l'hôpital.

De retour dans son village, il fit quelques remèdes insignifiants, mais son état devint chaque jour plus sérieux. Les saignements de nez, qui jusque-là avaient été peu considérables, furent plus abondants et ne tardèrent pas à l'affaiblir; son état devenait de plus en plus grave.

En même temps la joue grossissait, les douleurs de tête augmentaient; bientôt il ressentit de la gêne et une sensation de compression à l'œil gauche, qui devint larmoyant.

Comme tous ces accidents allaient en augmentant, il se décida de nouveau à entrer à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu le 17 janvier et placé dans mon service.

A la visite du 18, on constate l'existence de tous les symptômes ci-dessus énumérés.

La joue a le volume d'une grosse pomme; la peau qui la recouvre est lisse, tendue, et plus rouge que celle du côté opposé. En glissant le doigt sous la lèvre, on sent au-dessous de l'arcade alvéolaire une dépression de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, et l'on refoule dans l'intérieur du sinus la muqueuse de la bouche; le tissu de l'os est détruit dans cette partie.

La voûte palatine offre en arrière et à gauche une dépression analogue, mais un peu moins étendue; l'œil gauche paraît un peu plus petit que celui du côté opposé, ce qui tient au gonflement de la paupière inférieure.

La narine correspondante est complétement oblitérée. Le malade se plaint d'une douleur de tête assez vive et d'une sensation de gêne et de pesanteur dans la joue du même côté.

L'état général est encore satisfaisant; toutes les fonctions de l'économie s'exécutent d'une manière normale : le malade peut encore manger la demie.

Le 21 janvier, je pratique une ponction à la tumeur qui existe à la voûte palatine; j'excise ensuite la muqueuse qui recouvre la perte de substance de la fosse canine, afin de pouvoir explorer l'intérieur du sinus maxillaire. Du sang artériel s'échappe à l'instant même; l'écoulement est tellement abondant que je ne puis m'en rendre maître que par un tamponnement énergique.

Le lendemain le gonflement est considérable, la joue s'est tuméfiée; il est survenu une rougeur érysipélateuse qui s'étend à la paupière; la lèvre est aussi gonflée. Le malade a de la fièvre, perd l'appétit; il accuse des douleurs vives dans toute la tête. — Diète, gargarismes adoucissants, cataplasmes émollients laudanisés.

Cet état persiste pendant quelques jours. Les tampons de charpie se détachent et sont remplacés par une production grisâtre semblable à de l'étoupe, qui s'engage à travers les ouvertures du sinus maxillaire et qui saigne pour peu qu'on la touche; ce sont, à n'en pas douter, des portions de polypes.

Le 27, un écoulement de sang assez abondant se fait par la narine; il cède assez facilement à l'introduction d'un petit bourdonnet de charpie; la joue a perdu de son volume; la fièvre a cédé; l'appétit reparaît; je profite de cette amélioration pour proposer de nouveau une opération qui est refusée pour la seconde fois.

Quelques jours se passent encore; les ouvertures du sinus maxillaire s'ulcèrent et s'agrandissent; l'haleine devient fétide; les douleurs de tête acquièrent un degré d'intensité qu'elles n'avaient pas eu jusque-là. D... se décide alors, préférant la mort à tous les maux dont il est accablé, et dès l'instant où son parti est pris, il se montre plein de courage et de résignation.

L'opération est pratiquée le 3 janvier.

Ce n'était pas, je l'avoue, sans une certaine préoccupation que je l'entreprenais. Il fallait que je fusse bien convaincu que la mort était prochaine et inévitable, pour me décider à prendre ce parti. J'avais toujours présent à la mémoire le fait de M. Michaux (de Louvain), qui n'avait pu sauver un malade prêt à succomber à une hémorrhagie qu'en lui transfusant le sang d'un infirmier.

Les conditions dans lesquelles je me trouvais me paraissaient identiques, et si une simple piqûre pratiquée à la tumeur à travers une perforation du sinus maxillaire avait provoqué une hémorrhagie qui n'avait cédé qu'à un tamponnement énergique, que devait être l'ablation de la tumeur en totalité?

Il va sans dire que toutes les précautions avaient été prises pour parer aux accidents éventuels : éther, ammoniaque, eau froide, glace, perchlorure de fer, matelas pour coucher l'opéré; en cas de syncope, cautères rougis au feu. Chose assez remarquable, rien de tout cela n'a été nécessaire, et l'opération s'est terminée sans aucun de ces incidents qui portent le trouble dans l'âme des spectateurs.

Dans un cas semblable dont j'ai entretenu la Société, j'avais eu recours, pour découvrir le maxillaire, au procédé de Gensoul, qui a bien l'avantage de mettre largement à nu les parties sur lesquelles on doit agir, mais cette triple incision laisse des cicatrices bien apparentes. La simple incision courbe de M. Velpeau ne m'a jamais paru suffisante pour arriver facilement à l'apophyse montante du maxillaire. J'ai combiné le procédé du professeur de la Charité avec celui du professeur de Louvain, et après avoir fait une longue incision, qui de l'angle interne de l'œil arrive à la lèvre supérieure, j'ai divisé la commissure des lèvres en prolongeant du côté de la tempe une incision demi-circulaire; il en est résulté un lambeau triangulaire assez large pour permettre d'agir librement et de mettre à découvert les parties sur lesquelles il fallait porter la gouge et le maillet. Un ciseau porté à plat sur la partie inférieure de la base de l'orbite, sur son union avec l'os de la pommette, sur le sommet de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, a facilement séparé cet os des parties environnantes.

Au lieu de diviser les deux maxillaires sur la ligne médiane, j'ai arraché la seconde incisive latérale gauche, et une pince de Liston, dont les branches passaient dans la narine et la bouche, a facilement réséqué l'apophyse palatine du maxillaire. L'os, abaissé avec le ciseau appuyé sur sa base, a cédé facilement.

Le polype s'est alors montré à l'extérieur; on retrouvait sur deux points de sa circonférence, à la place des piqûres qui y avaient été pratiquées, deux ulcérations grisâtres. Il a la forme d'une poire, dont le pédicule correspond à l'ouverture qui fait communiquer le sinus avec les fosses nasales. Des ciseaux courbes ont séparé cette portion sans qu'il se soit écoulé une seule goutte de sang. C'était d'un bon augure pour les suites de l'opération.

Une portion volumineuse de la tumeur pénétrait dans la fosse zygomatique; elle avait dû s'engager par le trou sphéno-palatin; j'ai bien eu quelques difficultés à l'en retirer; il a fallu pour cela glisser le doigt sous la base du polype pendant que je le soulevais avec une érigne implantée dans son tissu. L'existence de ce prolongement n'avait pas été constatée avant l'opération.

Restaient les portions pharyngienne, nasale, et enfin la partie adhérente de la tumeur.

La première a pu être retirée assez facilement à l'aide du doigt glissé en crochet derrière le voile du palais; mais lorsque j'ai voulu atteindre les parties plus profondes, j'ai trouvé un obstacle dans la paroi interne du sinus maxillaire, qui était accolée à la cloison. Cette cavité avait subi une telle distension, qu'elle déprimait la fosse nasale correspondante. La pince de Liston, glissée dans la narine droite, en a facilement raison, et a coupé la cloison en totalité, ainsi que la paroi interne du sinus. Le doigt arrivait dès lors avec facilité sur la surface basilaire de l'occipital où la tumeur était implantée.

Je voulais toujours éviter l'emploi des instruments tranchants, afin de me mettre à l'abri d'un écoulement sanguin dont je redoutais les suites fâcheuses. J'ai été assez heureux pour contourner facilement avec l'index le pédicule du polype et pour l'énucléer par des tractions légères qui l'ont amené à l'extérieur avec le périoste dont il partait. Le doigt pénètre ensuite dans des cavités anfractueuses qui ont été distendues par la tumeur, et arrive jusqu'aux sinus sphénoïdaux. Tout s'était donc terminé heureusement.

A ce moment une syncope est survenue. J'ai dû faire coucher le malade sur le matelas qui avait été préparé à cet effet; là on lui a projeté de l'eau froide au visage, fait respirer du vinaigre, frictionné les tempes avec le même liquide; le pouls était resté bon, l'écoulement du sang avait été à peu près nul pendant l'opération; il n'y avait donc pas la moindre crainte à avoir : on pouvait attendre.

Comme il ne restait aucune trace de polype et que le pédicule avait été emporté avec le périoste d'où il provenait, j'ai pensé qu'il était inutile de recourir au fer rouge. C'était des douleurs à épargner au malade, c'était diminuer les chances d'inflammation; il n'est pas indifférent, en effet, de promener des fers rougis au feu à la voûte du pharynx, si rapprochée de la base du crâne.

Après un repos d'une demi-heure à trois quarts d'heure, j'ai réuni les deux incisions sans changer le malade de place. Une suture entortillée, quelques points de suture à points passés, ont mis en contact les deux lèvres des plaies; on a pu ensuite le porter dans son lit, et lui faire boire quelques cuillerées d'eau de coing.

La journée n'a pas été trop mauvaise, quoique la fièvre ait été assez forte; le soir, néanmoins, le malade disait éprouver le besoin de manger. On a pu lui donner quelques cuillerées de bouillon.

Le lendemain, la joue est très-gonflée, la peau qui la recouvre est rouge; les paupières sont le siége d'un œdème très-prononcé.

J'ai enlevé quelques-unes des épingles qui auraient déchiré les tissus; le surlendemain, tous les points de suture ont été coupés. — Le malade prend des potages.

Cette tuméfaction n'a sensiblement diminué que le 8 février.

Le 9, le malade se lève quelques instants sans en être trop fatigué. Les plaies des joues, dont la suture n'a pas opéré la réunion, fournissent une suppuration assez abondante. L'odeur qui s'exhale de la bouche est moins fétide que les premiers jours. — Gargarismes au miel rosat; quart.

La convalescence a marché avec une telle rapidité, qu'au bout de quinze jours il était en état de sortir. Son appétit était tellement vif que de la demi-portion il a fallu arriver aux trois quarts et à la portion entière. Depuis longtemps il éprouvait de la difficulté pour avaler; il s'était si peu nourri, que cette faim canine n'avait rien d'extraordinaire à son âge.

Lorsqu'il a quitté l'hôpital le 8 mars, la difformité était à peine appréciable, et on était loin de se douter que le maxillaire supérieur n'était plus en place. Comme l'os de la pommette n'avait pas été enlevé, la peau de la joue était bien soutenue dans cette portion du visage. La conservation du bord alvéolaire dans le point qui correspondait à l'incisive moyenne gauche lui fournissait aussi en dedans un point d'appui convenable.

L'ouverture qui fait communiquer la bouche avec l'intérieur des fosses nasales n'est pas aussi grande qu'à l'ordinaire.

Le voile du palais est soutenu par une portion de la voûte palatine; il en résulte que la déglutition est facile, et que les boissons seules s'échappent en petite quantité par les narines, mais de loin en loin seulement.

Lorsque j'ai abaissé le maxillaire, après l'avoir séparé de l'os jugal et des os propres du nez, il s'est rompu au niveau de l'ouverture qu'avait creusée la tumeur à la voûte palatine. Or, comme celle-ci était plus rapprochée du bord alvéolaire que de la ligne médiane, et qu'elle existait à peu près à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de l'apophyse palatine, il en est résulté que le quart de la voûte du palais a été conservé; aussi la voix, quoique un peu nasonnée, est encore très-distincte.

---

doigts. Aussitôt il put introduire sa main dans l'utérus et en retirer successivement trois enfants par les pieds. Il ne faut pas perdre de vue que la matrice était *encore distendue par les eaux* dans cette curieuse observation. Cette condition est évidemment nécessaire pour que le procédé en question ait quelque efficacité.

Vous n'ignorez pas, du reste, qu'il importe de conserver la plus grande quantité possible de liquide amniotique toutes les fois que vous introduisez la main dans l'utérus pour extraire le produit. John Burns revient à plusieurs reprises sur l'influence de la position horizontale pour retenir les eaux dans la cavité utérine : je pense que cette ressource offerte par le décubitus est trop négligée dans les cas où la version podalique est nécessaire. Vous vous rappelez peut-être la malade que j'ai citée à propos de l'hémorrhagie provenant de l'insertion vicieuse du délivre sur le segment inférieur; je la laissai couchée horizontalement, les jambes relevées, pour pratiquer la version, au lieu de lui donner l'attitude classique des opérations obstétricales. Plusieurs motifs me déterminèrent à ne pas la déranger de la position qu'elle occupait dans son lit et à faire relever les jambes; d'abord il fallait opérer l'accouchement avec promptitude, et la manœuvre fut plus facile à exécuter dans une cavité utérine où les eaux étaient retenues par la déclivité; en second lieu, cette situation déclive de la moitié supérieure du corps était exigée par l'état syncopal; enfin, le changement de position aurait entraîné une perte de temps préjudiciable dans cette grave circonstance où la vie ne tenait qu'à un fil.

Nous avons rappelé que les accoucheurs anglais préféraient l'attitude latérale pour les opérations obstétricales et pour l'accouchement naturel; en ce qui touche la version, ils disent que cette attitude s'oppose à l'écoulement des eaux de l'amnios. Un autre avantage que nous ne devons pas omettre est obtenu par la position sur le côté dans les cas où la région dorsale du fœtus est dirigée en arrière; l'avantage résulte de la plus grande facilité à saisir les pieds; au contraire, le décubitus dorsal permet de les atteindre plus facilement dans les positions dorso-antérieures.

Le décubitus latéral permet souvent d'obtenir les avantages de la position sur les genoux et les coudes, et d'éviter les inconvénients que la pronation présente. Parmi ces inconvénients, on a mentionné la répugnance de la femme; je n'insisterai pas sur cette répugnance, qui n'est jamais bien difficile à vaincre dans un cas de dystocie. On a objecté encore que la pronation empêchait de se servir convenablement de la main libre pendant les deux premiers temps de la version; mais, dans l'opération dont j'ai parlé, il ne m'a pas paru que l'emploi de la main libre fût gêné; d'autre part, les pieds une fois saisis, on a soin de remettre la femme dans la position sur le dos pour terminer la manœuvre.

C'est pour saisir les pieds, en effet, que la position sur les genoux et sur les coudes offrira souvent une précieuse ressource. Lorsque les pieds sont situés tout à fait en avant, vos forces s'épuiseront, votre bras s'engourdira, le temps se perdra, et vous croirez qu'il s'agit d'une version impossible, si vous vous obstinez à laisser la femme couchée sur le dos. En l'inclinant sur le côté, vous pourrez réussir; mais vous arriverez directement et avec la plus grande facilité vers les pieds en plaçant la femme sur les genoux et les coudes, et en introduisant la main par derrière. M. Chailly recommande ce procédé et cite quelques observations à l'appui (1). M. Pajot, qui ne nous laissait ignorer aucun détail pratique et d'une réelle importance, ne manquait pas de nous signaler l'incontestable avantage de la pronation dans les cas précités. J'ai sous les yeux un livre imprimé depuis quatre-vingts ans (2) et qui servait aux élèves de l'université de Gard : le décubitus ventral est recommandé à plusieurs reprises dans un grand nombre de circonstances où l'introduction manuelle est nécessaire. Imbu des excellents préceptes de M. Pajot, je parvins à saisir les pieds par le seul changement de la position de la femme, dans l'accouchement artificiel auquel je faisais allusion au début de ce travail. Depuis une heure et demie je tâchais vainement d'exécuter le premier temps de la version, la malade étant couchée sur le dos. Mes forces étaient épuisées, et les assistants me parurent désirer la présence d'un confrère. Pendant qu'on allait frapper à la porte des autres médecins d'Aubusson, je me remémorai l'enseignement de M. Pajot; je m'assurai que le dos de l'enfant répondait en arrière, et je fis placer la malade sur les coudes et les genoux. En introduisant la main en arrière, j'arrivai aux pieds avec une facilité qui me surprit et me fit regretter de n'avoir pas eu plus tôt cette inspiration heureuse.

Nous avions donc raison de dire que l'attitude recommandée par M. Lesure n'était pas une nouveauté pour nous. Il nous est doux cependant de remercier notre confrère de l'occasion qu'il nous a offerte de rassembler nos souvenirs, nos observations et nos recherches sur l'influence de la position en obstétrique. D'autres travailleurs compléteront ou rectifieront les points sur lesquels notre étude est incomplète ou défectueuse : il nous suffira d'avoir appelé l'attention sur ce sujet (1).

Un dernier mot, et je termine ma longue dissertation obstétricale. Il y a des habitudes héréditaires dans les familles, et qui consistent à placer une plume d'aigle, etc., sur le ventre de la patiente, pour favoriser le travail. Lorsque ces habitudes n'ont rien de nuisible, il faut les tolérer. D'autres fois, on place des reliques ou des médailles auprès de la femme en couches, dans une intention pieuse et tutélaire. Ai-je besoin de vous recommander le respect des croyances religieuses dont les médailles sont le symbole? Ai-je besoin de vous dire qu'il ne faut pas ébranler l'espérance et le courage puisés dans une foi sincère? Non, assurément. La conduite opposée ne serait ni digne ni prudente. Elle ne serait point digne, car la dignité est la conscience du droit d'autrui et de son propre droit, selon Lamennais; elle serait imprudente, car le moral d'une femme en couches doit toujours être soutenu et relevé.

Dr Legros.

(1) *Traité d'accouchement*, 3e édition, pages 849 et 854.

(2) Jacobs, *Ecole pratique des accouchements*, 1785.

(1) Pendant le cours de la publication de nos *Lettres obstétricales*, nous avons reçu quelques communications qui feront l'objet de notes dans un tirage à part.

Le malade a repris des forces et de l'embonpoint. Comme il habite un village qui n'est pas très-éloigné de Clermont, il me sera facile de le retrouver et de mettre la Société au courant de son état.

C'est un fait à ajouter à tous ceux qui existent déjà dans la science et que l'on ne compte plus aujourd'hui. S'il n'a rien d'exceptionnel, il pourra du moins encourager les chirurgiens qui recouleraient devant la crainte d'une hémorrhagie.

Du reste, dans la circonstance actuelle, le procédé opératoire était tracé à l'avance, et la destruction partielle du sinus maxillaire devait indiquer la voie à suivre.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juillet 1864. — Présidence de M. MORIN.

Note sur les corps pseudo-organisés. — M. ERN. BAUDRIMONT lit une note sur ce sujet.

Dans le dernier numéro des *Comptes rendus de l'Académie*, M. Fremy a publié une note relative aux corps qu'il nomme *hémi-organisés*. J'oserai reproduire à ce sujet les quelques fragments suivants, consignés dans un travail que j'ai exécuté sur les eaux de Vichy en 1850. Ce travail a été communiqué en 1851 (février) à l'Académie de médecine de Paris. En voici textuellement quelques passages :

« Par l'évaporation d'une très-grande quantité d'eau de Vichy pour l'amener à cristalliser, l'eau mère qu'on sépare des cristaux de carbonate de soude qui se forment dans cette circonstance peut, si elle-même est évaporée à siccité, donner un résidu que la calcination charbonne très-visiblement, ce qui démontre la présence d'une *matière organique* en dissolution dans l'eau minérale. Cette matière organique, qui n'existe dans ces eaux qu'en proportion à peine appréciable, est cependant le principe d'une série de phénomènes remarquables. Ainsi, dans leur parcours à l'air libre, les eaux de Vichy donnent naissance à des plantes cellulaires de la grande classe des algues et appartenant aux oscillaires (*oscillaria thermalis*). Ce fait ne peut être mis en doute, non plus que la cause qui le produit.

» ..... La substance organique dissoute dans les eaux minérales est bien certainement le point de départ d'une matière glaireuse, amorphe, sans organisation appréciable, laquelle à son tour sert évidemment d'origine à la plante confervoïde. Cette matière, connue sous le nom de *barégine* ou de *glairine*..., a l'aspect de glaires incolores. Or, quand on examine au microscope des paquets de la plante confervoïde (oscillaire), on la trouve entremêlée d'une substance *semi-organisée* qui ne présente pas de cellules arrondies comme l'utricule organique primitive, mais qui paraît constituer une espèce de réseau, à mailles irrégulières, comme le tissu cellulaire des animaux. Cette forme pseudo-organisée est bien certainement un passage de la barégine amorphe à la plante thermale; elle en est le point de départ, le *ferment*.

» ..... Il est facile de juger des circonstances qui président à la génération et au développement des plantes thermales, d'après ce qu'on en sait déjà. Quatre conditions sont nécessaires à cette production : 1° une substance organique en dissolution; 2° une certaine température; 3° de l'air; 4° de la lumière.

» ..... On remarque que les sources qui sont à l'abri de la lumière solaire directe ne produisent pas d'oscillaires, comme les sources du grand établissement, par exemple; les eaux de ces sources ne donnent lieu à ces productions qu'à leur arrivée à la lumière directe, dans le ruisseau qui les conduit à l'Allier. Pour la source de l'Hôpital, on a pu juger de la puissante influence des rayons solaires par ce que j'en ai dit plus haut, puisqu'il a fallu recouvrir la source d'une toiture capable de l'abriter presque complétement de la lumière, pour diminuer de beaucoup la formation de ces plantes. Je ferai remarquer encore deux choses :

» 1° C'est la production de l'oscillaire à la surface de l'eau, dans le bassin de l'Hôpital, après celle de la couche mucilagineuse, ce qui indique le rôle que joue l'air dans cette circonstance;

» 2° C'est la diminution de ces produits confervoïdes, par l'affaiblissement d'intensité de la chaleur et de la lumière avec la saison d'automne.

» En effet, ces plantes, qui se montrent en si grande abondance pendant les longs jours d'été, disparaissent ensuite presque complétement avec les beaux jours.

» ..... Je ne dois pas oublier de faire remarquer que les plantes thermales semblent varier de nature suivant la composition des eaux où elles se développent.

» ..... L'influence de certains principes chimiques n'est pas douteuse dans ces circonstances. »

D'après ces quelques passages de mon ancien travail, on reconnaîtra facilement, je le crois, qu'il existe une certaine connexité entre les idées émises plus haut et celles que M. Fremy a publiées récemment. Seulement, notre point de départ est essentiellement différent : tandis que cet honorable académicien nie l'hétérogénie, j'affirme d'une manière formelle la génération spontanée. Alors même que l'expérience ne pourrait confirmer l'hypothèse, elle est un besoin légitime pour l'explication de tous les phénomènes qui se sont développés successivement à la surface de notre globe.

J'ai l'honneur de joindre à cette note le rapport imprimé que M. le professeur Chevallier a fait à l'Académie de médecine sur le mémoire précédent. On trouvera à la page 9 la confirmation de ce que j'avance ici.

— **M. TARDIEU. — Extrait d'une lettre à l'occasion d'une communication récente de M. Gaultier de Claubry sur l'emploi de la méthode dialytique en médecine légale.**

L'Académie des sciences a reçu, le 20 juin dernier, de M. Gaultier de Claubry, une lettre dont j'ai connaissance aujourd'hui seulement et qui est relative à l'emploi des procédés dialytiques dans la recherche des poisons et particulièrement de la digitaline.

Les faits et les principes énoncés dans cette communication sont entièrement conformes à mes propres observations, mais j'ai le devoir de réclamer contre une erreur de fait qui a échappé à l'auteur de la lettre. M. Gaultier de Claubry dit en effet que, dans un procès récent, l'expert appelé par le tribunal n'a pas cherché à tirer parti de cette méthode (la dialyse) et ainsi lui paraît avoir suivi une fausse voie (1).

M. Gaultier de Claubry a été mal informé. Les experts, dans l'affaire dont il est question, ont eu recours aux procédés dialytiques, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de leur rapport qui paraît dans le numéro de juillet des *Annales d'hygiène et de médecine légale*. Mais ces procédés ne leur ont fourni aucun résultat satisfaisant, ainsi qu'on pouvait le prévoir par le fait même des objections très-judicieuses que M. Gaultier de Claubry lui-même soumet à l'Académie.

(1) La partie de la note à laquelle fait allusion M. Tardieu ne se trouve pas dans l'extrait de la note de M. Gaultier de Claubry qu'a donné le *Compte rendu* de la séance du 20 juin. C'est avec intention, et, comme on le voit, avec raison, que cette assertion n'avait pas été reproduite.

— **M. VELPEAU** présente, au nom de M. Sauvo, les remarques suivantes sur la question de priorité entre de récents travaux concernant la *Théorie des mouvements du cœur*. Dans sa séance du 9 mai dernier, l'Académie des sciences adoptait des conclusions favorables, sur un rapport fait par M. Delaunay, relativement à une nouvelle théorie des battements du cœur, exposée par M. Hiffelsheim, dans une note du 18 avril, note qui ne faisait que résumer un mémoire de 1854. Cette théorie consiste à expliquer les mouvements de cet organe par une espèce de recul, résultant du double jet de sang projeté dans les artères aorte et pulmonaire, à chaque systole des ventricules.

Or, j'ai publié, dans ma thèse inaugurale du 13 août 1840, p. 28, une théorie absolument identique. Elle avait même été rendue publique un an auparavant, c'est-à-dire en 1839, par une lettre écrite au professeur de physiologie A. Bérard, qui en donna lecture et la commenta en présence de son nombreux auditoire.

Ainsi j'ai publié, quatorze ou quinze ans avant M. Hiffelsheim, la théorie du recul sur les mouvements du cœur; dès lors, j'ai cru que j'étais en droit d'en réclamer la propriété.

— **M. EM. BLANCHARD.** Je demande à l'Académie la permission de faire remarquer que la réclamation de M. Sauvo, à l'égard du travail de M. Hiffelsheim, n'est pas fondée. L'idée d'un mouvement de recul du cœur était venue à l'esprit de plusieurs physiologistes et avait été émise par quelques-uns d'entre eux bien avant M. Sauvo, notamment par M. Gutbrod, en 1835, et ensuite par MM. Skoda, O'Bryan, etc.; mais M. Hiffelsheim est réellement le premier qui ait donné une démonstration du fait, qui ait étudié sérieusement la question, et dans son mémoire présenté à l'Académie des sciences en 1854 son premier soin a été de citer M. Gutbrod. Je ne saurais trop engager M. Sauvo à lire les *Leçons de physiologie et d'anatomie comparée* (t. IV) de notre illustre confrère M. Milne Edwards. Il trouvera dans cet ouvrage l'historique à peu près complet de toutes les opinions et de toutes les recherches auxquelles ont donné lieu les mouvements du cœur.

— **M. PÈCHE** annonce avoir commencé des recherches que le temps ne lui a pas encore permis d'achever, concernant l'action de la digitaline et de la morphine sur le perchlorure de fer.

— L'auteur d'un mémoire précédemment adressé au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, et qui a cru à tort devoir placer son nom sous pli cacheté, adresse une addition à sa première communication intitulée *Observations de médecine pratique pouvant servir à élucider des points indécis dans la science*. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

Le concours pour le prosectorat de la Faculté de médecine de Paris, vient de se terminer par la nomination de MM. Dubrueil et E. Cruveilhier.

— Ardouin, l'interne des hôpitaux qui vient de succomber si malheureusement à une infection purulente, avait gagné cette maladie en pansant un malade atteint de plaies et d'infection purulente. Il s'était piqué sur un cadavre, à l'Ecole pratique, quatre jours avant le début des accidents. Sa plaie, quoique non enflammée, n'était pas encore guérie lorsque Ardouin a eu à soigner son malade. Les frissons ont débuté le lendemain de ce contact.

La perte de cet interne distingué, qui a trouvé la mort dans l'accomplissement de son devoir, a été l'objet des regrets unanimes de ses collègues.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 JUILLET 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur les bruits du cœur a eu hier un *post-scriptum*, et c'est là, disent les gens d'esprit, que dans les lettres doit se trouver le trait spirituel. Le discours de M. Gavarret, qui n'est pas moins bon que les deux derniers auxquels l'Académie a prêté son attention, contenait en effet un trait, celui de reproduire, à la fin de la discussion, les travaux de ceux qui de notre temps ont le plus fait pour la démonstration de la théorie de Harvey, que tous les physiologistes modernes avaient laborieusement défendue, malgré l'imperfection de leurs moyens d'analyse. Grâce à la netteté d'expression qui caractérise les expositions de M. Gavarret, il a été facile de saisir tout ce qu'il y a de convaincant dans les tracés cardiographiques de MM. Marey et Chauveau, que M. Marey a si biens commentés dans son livre sur la physiologie de la circulation.

Les noms de M. Chauveau et surtout de M. Marey ont été bien souvent prononcés dans cette discussion, et c'était en particulier dans les moments où il était nécessaire d'invoquer une preuve palpable, ou une expérience décisive. Les auteurs ont obtenu une légitime renommée. Cette sanction donnée à une œuvre remarquable ne saurait désormais trouver des indifférents, et si quelque chose pouvait ajouter au prix de tels travaux, ce serait le plaisir d'en dire du bien.

L'Académie a entendu plusieurs rapports. M. Vernois a parlé d'un travail de M. de Pietra-Santa, sur le régime physique et moral des prisonniers par rapport aux établissements cellulaires dont l'influence sur la vie et l'intelligence des individus semble hors de toute contestation. Le remède principal proposé par M. de Pietra-Santa et accepté par la commission, est celui qu'on peut le mieux supposer : le travail!

A propos d'un mémoire très-consciencieux de M. T. Gallard, M. Gosselin a lu un rapport sur l'étiologie de la pustule maligne. D'une discussion de faits de pustules malignes dites spontanées, M. Gosselin a fait ressortir la nécessité de nouvelles recherches, et c'est avec de judicieuses réserves, sans condamner à l'avance la théorie de la spontanéité, que le rapporteur a appelé l'attention de ses collègues sur un point douteux ou devenu l'objet de confusions. Le rapport sera-t-il l'objet d'une grande discussion? On ne sait; M. Ricord a demandé à faire quelques observations.

Le lecteur trouvera une analyse de ce rapport, où sont établis les points importants sur lesquels les objections pourront s'élever. — Dr Armand Després.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Hydrocèle du sac herniaire.

(Observation recueillie par M. BURLAUD, interne du service.)

Le 21 avril 1864, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, lit n° 1, le nommé G..., tailleur, âgé de vingt-quatre ans. Cet homme, d'un tempérament un peu lymphatique, a toujours joui d'une excellente santé : la maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital est une tumeur des bourses du côté gauche. Cette tumeur, du volume des deux poings, se trouve au-dessous de l'anneau inguinal externe; elle est molle, tendue, fluctuante, complétement indolente, irréductible par la pression. Elle n'est pas limitée au scrotum, mais se prolonge, par un pédicule de la grosseur du pouce, dans le canal inguinal : pédicule non douloureux à la palpation, sans fluctuation, sans œdème. La peau est saine, de coloration normale, seulement un peu amincie. Si on palpe la tumeur, on trouve le testicule parfaitement distinct au fond du scrotum, à la partie postéro-inférieure. On n'observe aucune impulsion par la toux. Il y a absence complète de transparence.

En interrogeant le malade, on apprend qu'il portait depuis quinze ans une hernie habituellement maintenue par un bandage. Cette hernie ne rentrait qu'incomplétement et formait toujours une petite tumeur, lorsque, il y a dix jours, à la suite de la rupture du bandage, G... resta quelque temps privé de moyens de contention, et vit la tumeur augmenter assez rapidement, sans douleurs, sans phénomènes d'inflammation ni troubles des organes digestifs. Dès lors, une partie seulement put être réduite sous les efforts d'une pression convenablement dirigée; l'autre demeura irréductible, et constitua la tumeur soumise aujourd'hui à notre observation.

L'état du testicule, que l'on sentait facilement, excluait toute idée de lésion de cet organe.

L'existence antérieure d'une hernie, l'immobilité de la tumeur sur l'anneau inguinal, devaient faire rejeter le soupçon d'une maladie propre au cordon.

D'après les caractères de la tumeur, on ne pouvait hésiter dans le diagnostic qu'entre trois affections : l'hématocèle, l'hydrocèle épididymaire, ou bien l'épiplocèle.

L'hématocèle n'était pas impossible; la situation de la tumeur, son volume, surtout son défaut de transparence, pouvaient tout d'abord faire penser à cette affection. Mais les causes de l'hématocèle sont ordinairement faciles à déterminer; elle a pour point de départ une violence extérieure, une contusion, une chute. Ici, rien de semblable. On pouvait bien invoquer un froissement de la tunique vaginale, la déchirure de quelques vaisseaux produite par les tentatives de réduction de la hernie. Mais, dans l'hématocèle, la peau n'a pas cette souplesse que nous observons, elle est un peu rude, comme chagrinée; les parois de la poche sont plus épaisses, plus dures, plus résistantes; on n'a pas la sensation d'une fluctuation franche.

Pouvait-on songer à une hydrocèle épididymaire vaginale? La marche de la maladie, la préexistence d'une hernie, et particulièrement l'opacité de la tumeur, l'isolement facile du testicule par la palpation, tous ces signes faisaient promptement éloigner de l'esprit ce diagnostic.

Restait donc l'épiplocèle.

La disposition de l'épiploon dans le sac herniaire est variable : tantôt il n'y a qu'épiplocèle, tantôt entéro-épiplocèle, l'anse intestinale étant située au centre de la tumeur et entourée par l'épiploon. Dans ce dernier cas, il peut arriver que le taxis fasse rentrer l'intestin dans la cavité abdominale, la hernie de l'épiploon persiste, surtout s'il y a quelques adhérences, et il ne reste plus dans le sac herniaire que la masse épiploïque se prolongeant en haut dans le canal inguinal. La toile épiploïque s'étale alors dans le sac et constitue une masse fongueuse donnant à la palpation la sensation d'une hydrocèle.

Pour établir le diagnostic et ne pas se laisser tromper par une fausse fluctuation, il ne faut pas faire sur la tumeur de petites pressions saccadées, mais plutôt exercer une espèce de froissement, de pression latérale, et alors on a sous les doigts la sensation d'un peloton fongueux et mollasse.

Restait à supposer simplement un épanchement dans le sac, épanchement séreux, peut-être même séro-sanguinolent, par suite de la rupture de quelques vaisseaux.

M. Velpeau, considérant la fluctuation franche, s'arrêta à ce dernier diagnostic, qu'il formula ainsi :

« Ancienne hernie entéro-épiploïque, réduction de l'anse intestinale : actuellement épiplocèle, avec épanchement d'un liquide rougeâtre dans le sac herniaire. »

Six jours après l'entrée du malade, la tumeur fut ponctionnée : il en sortit un liquide rougeâtre parfaitement limpide, et l'on put constater la présence de l'épiploon resté dans le sac. Le chirurgien fit ensuite une injection iodée. Le deuxième jour, il survint une inflammation assez vive avec léger mouvement fébrile, soif, anorexie; mais tous ces phénomènes disparurent bientôt par l'application sur la tumeur de compresses imbibées d'eau blanche.

A partir de ce moment, la maladie suivit sa marche normale, et le 16 mai G... sortit presque complétement guéri, la bourse gauche étant à peine un peu plus volumineuse que la droite.

On ne trouve rien dans les anciens ouvrages qui se rapporte bien directement au traitement de l'hydrocèle du sac herniaire. M. Velpeau le premier pensa que cette variété d'hydrocèle pourrait être traitée comme celle de la tunique vaginale. Il se présente ici une considération délicate qui pouvait faire redouter et même rejeter l'injection iodée. Lorsqu'il s'agit d'une hydrocèle vaginale, on fait l'injection dans une cavité close; alors rien à craindre. Mais il n'en est plus de même dans le cas d'un sac herniaire; celui-ci communique avec le péritoine, et c'est le cas de l'hydrocèle congénitale.

Sans redouter outre mesure la péritonite, M. Velpeau tenta l'injection iodée, après avoir fait quelques essais, et lorsqu'il eut constaté que les injections d'iode dans les cavités closes ne déterminaient jamais d'inflammation purulente.

La première injection fut faite dans un cas d'hydrocèle congénitale, avec la précaution de comprimer le canal inguinal sur le bord supérieur de la branche horizontale du pubis. Il n'y eut aucun accident, et malgré bon nombre d'opérations du même genre, M. Velpeau est encore à voir des accidents. On conçoit qu'après un semblable résultat, on devait éloigner toute crainte dans le cas d'hydrocèle du sac herniaire. L'opération, en effet, est encore moins grave, car le canal inguinal est bouché par l'épiploon, et l'on n'a pas à redouter l'introduction de l'iode dans la cavité péritonéale.

Le traitement de l'hydrocèle du sac herniaire soulève encore une question importante que l'on a déjà signalée. Ne peut-il pas être le point de départ d'une cure radicale de la hernie? En effet, le sac s'enflamme, ses parois se soudent avec le bouchon épiploïque, le canal inguinal est oblitéré, surtout si le malade a le soin de porter un bandage bien appliqué. Mais la guérison radicale n'a pas toujours lieu, car il peut arriver que la masse épiploïque qui oblitérait le collet de la hernie soit repoussée, et alors on voit survenir une nouvelle hernie de l'intestin.

HOPITAL DU FORT-NAPOLÉON. — M. CABASSE.

Empoisonnement de quatre enfants kabyles par la racine d'une plante que l'on suppose être la carlina acanthifolia.

Le 24 avril 1863, à trois heures de l'après-midi, des Kabyles du village Taourart nous apportèrent à l'hôpital du Fort-Napoléon deux enfants, Mohammed-oul-Mouloud, âgé de huit à neuf ans, et Amar-oul-Aly, âgé d'environ treize à quatorze ans. Ils nous racontent que le 21 dans l'après-midi, ceux-ci, dont les parents sont dans la plus profonde misère, ainsi que deux autres enfants moins âgés qu'eux, ont mangé dans la montagne de la racine d'une plante connue dans le pays sous le nom d'*addade*, espèce d'artichaut sauvage. Il en existe deux espèces différentes : l'une qui est comestible et dont on mange les jeunes feuilles dans les moments de disette, et l'autre, au contraire, est considérée comme très-dangereuse.

Les deux plus jeunes, Mohammed-oul-Aly, âgé de six ans, et Almel-oul-Salem, âgé de sept à huit ans, sont morts le 23, le premier à neuf heures et le second à dix heures du soir, après avoir éprouvé dans la journée de la diarrhée et des vomissements. Mohammed-oul-Mouloud et Amar, plus âgés et plus forts, résistèrent plus longtemps, et n'avaient éprouvé jusque-là que du malaise et un peu de lassitude, ce qui n'avait pas empêché le dernier de faire un repas à midi avec de la galette et deux œufs. Ils furent pris dans la nuit et dans la matinée du lendemain des mêmes symptômes. Les parents effrayés vinrent alors trop tardivement réclamer nos soins. Malgré la confiance illimitée qu'ils ont dans les médecins français, ils venaient chaque jour en très-grand nombre à la visite du Bureau arabe; ils se décident difficilement à entrer dans nos hôpitaux, où l'alimentation est rarement de leur goût.

Mohammed, le plus petit, est étendu sur une litière, couché sur le dos et plongé dans un coma profond, le regard fixe, la face profondément altérée, cyanosée, et semblable à celle d'un cholérique. Nous sommes obligés de nous approcher pour nous assurer qu'il n'est pas mort, tant le collapsus est profond et la respiration faible. Les pupilles sont fortement dilatées, et le pouls est petit, déprimé; la peau est froide et cyanosée comme la face; les membres retombent inertes lorsqu'on les soulève. A des secousses répétées et après plusieurs interpellations de son oncle et de sa mère, il tourne péniblement son regard vers elle et retombe ensuite dans le même état.

Nous cherchons à titiller la luette avec le doigt, pour provoquer le vomissement, pendant qu'on court à la pharmacie chercher de l'huile de ricin et de l'eau émétisée. Nous avions choisi de préférence ce purgatif, parce qu'en général les Kabyles aiment l'huile d'olive rance et en sont très-friands; nous sommes obligés de renoncer à ce moyen : la déglutition est très-difficile, et nous pouvons à peine en faire prendre quelques grammes en la versant dans la bouche et en abaissant la langue avec le doigt. Quoique la plus grande partie de l'agent toxique avait dû déjà être absorbée, nous avions néanmoins pensé devoir provoquer les évacuations par les différentes voies, afin d'éliminer tout ce qui pouvait en rester dans le tube intestinal.

Le malade fut placé le plus promptement possible dans un lit bien bassiné, entouré de cruchons chauds; nous prescrivions en même temps des frictions avec la flanelle, des sinapismes aux pieds et aux cuisses, et un lavement avec le chlorure de sodium. Au bout de trois quarts d'heure l'enfant semble, par une légère agitation, revenir un peu à lui, quoiqu'il ait été à peu près impossible de lui faire avaler quelques gorgées d'eau émétisée au moyen d'un biberon. Nous recommandons alors de la remplacer par une infusion chaude et concentrée de café noir. Tout fut inutile, le malade ne put être tiré de sa léthargie, et il succomba à six heures du soir.

Chez Amar les symptômes étaient moins graves, il a pu se rendre à son lit et se soutenir pendant qu'on le déshabillait. Il se plaint de malaise, de coliques, de douleurs à l'épigastre, qu'il comprime avec ses deux mains. Le pouls est petit, la peau froide; tendance à l'assoupissement : les pupilles sont dilatées, et aussitôt couché il ferme les yeux. Il avale assez facilement 40 grammes d'huile de ricin et un litre d'eau émétisée, un verre toutes les dix minutes, dont l'administration est suivie de vomissements liquides abondants, facilités par l'injection d'eau albumineuse; il nous a été impossible de nous procurer du lait. On lui administre aussi un lavement avec le chlorure de sodium, qui

est gardé; sinapismes aux pieds et aux mollets; cruchons d'eau chaude, frictions avec un morceau de flanelle.

Sous l'influence de ces moyens, un mieux sensible paraît se manifester; à cinq heures, le malade se trouvait bien; moins de tendance à l'assoupissement; il répond parfaitement aux questions qui lui sont adressées; un Kabyle était allé nous chercher deux plantes d'addade, racines et feuilles; le malade nous assure que c'est bien là ce que ses camarades et lui ont mangé; il nous montre un morceau de racine qui pèse environ 200 grammes, et nous dit que c'est à peu près la quantité qu'il a ingérée. Afin de favoriser la réaction qui paraît s'opérer, nous prescrivons 300 grammes d'infusion chaude de café, à prendre toutes les demi-heures, en alternant avec du vin de cannelle chaud et édulcoré.

A sept heures, le mieux paraît continuer, ainsi qu'à neuf heures et demie, où nous le voyons pour la dernière fois. L'infirmier, qui ne l'a pas quitté, nous dit qu'il a dormi au moins une heure d'un sommeil calme. Il n'y a pas eu de selle encore depuis l'entrée à l'hôpital; nous prescrivons de nouveau un demi-lavement d'arnica et chlorure de sodium, et une nouvelle infusion de café à prendre pendant la nuit.

Nous recommandons en quittant le malade la plus grande surveillance. A dix heures un quart, on vient chercher M. Morisson, aide-major, pour constater le décès. Presque aussitôt après l'administration du lavement, l'enfant éprouve le besoin d'aller à la selle; mais à peine placé sur la chaise percée, il eut une faiblesse et mourut au bout de quelques minutes.

Malgré les ordres précis de ne jamais faire l'autopsie des indigènes, pour qui les profanations cadavériques sont un des plus grands préjugés religieux, il nous a été accordé exceptionnellement d'y procéder, mais avec une certaine réserve.

Autopsie le 25 avril, à midi, dix-huit heures après le décès.

Habitude extérieure. — Rougeur livide et noirâtre de tous les téguments, mais plus prononcée à la partie postérieure; légère bouffissure de la face, yeux ternes et saillants; rigidité cadavérique prononcée.

Cavité abdominale. — Météorisme et ballonnement considérables du ventre; les téguments à peine incisés, les intestins remplis de gaz cherchent à sortir de la cavité. Les vaisseaux du grand épiploon et mésentérique sont développés et gorgés de sang noir. Les intestins sont enlevés en masse avec l'estomac, et examinés avec soin; celui-ci renferme une quantité considérable de liquide incolore mélangé à du mucus; la muqueuse est pâle et plissée; légère congestion au niveau de l'ouverture pylorique et dans l'intestin grêle, plus prononcée dans les gros intestins, remplis de matières solides et décolorées qui nous paraissent être des détritus provenant d'une digestion achevée de plantes herbacées. La vessie est remplie aussi de liquide. Les veines-caves et les cavités droites du cœur sont gorgées de sang noir demi-fluent.

Cerveau. — Sinus gorgés de sang noir; à part une légère congestion, la substance cérébrale nous paraît saine et de consistance normale.

Chez Amar-oul-Aly, nous avons borné nos investigations à l'ouverture de la cavité abdominale, qui nous a offert les mêmes caractères que dans le cas précédent, à l'exception de l'estomac, qui est retracté et ne renferme pas de liquide.

Il nous a été impossible de déterminer d'une manière exacte le nom de la plante qui possède des qualités aussi délétères; mais, d'après l'inspection attentive de la feuille et de la racine, il nous a été facile de reconnaître qu'elle appartenait à la famille des Cynarocéphales; nous avons trouvé dans la magnifique collection de plantes exotiques rapportées d'Afrique par M. le docteur Férat, un échantillon de *carlina acanthifolia* dont les feuilles ont la plus grande analogie avec celles que nous joignons à cette note.

Une plante d'un genre voisin, l'*atractylis gummifera*, avait aussi avec la nôtre une grande ressemblance.

M. Morin, pharmacien aide-major, a recherché le principe vénéneux, et a fait l'analyse d'une grande quantité de racines recueillies sur les lieux. Il se proposait de faire connaître le résultat de ses recherches dans un travail qu'il a dû transmettre au conseil de santé. Il a pu au moment de la floraison décrire exactement les caractères botaniques de cette plante.

Les Kabyles cultivent plusieurs espèces de plantes du genre *cinera*, dont ils font une grande consommation tant pour eux que pour leurs bestiaux; peut-être serait-il bon d'appeler l'attention de leurs chefs, afin de prévenir le retour de semblables catastrophes.

DE LA BRONCHITE PLASTIQUE,

ou bronchite pseudo-membraneuse idiopathique;

Par M. le Dr Giraudet, professeur à l'Ecole de médecine de Tours.

La bronchite plastique, ou bronchite pseudo-membraneuse idiopathique, est sans contredit, de toutes les espèces si variées des affections bronchiques, celle que l'on observe le plus rarement dans la pratique particulière. J'ai interrogé un grand nombre de médecins, et comme moi, jusqu'à ce moment, aucun d'eux n'avait rencontré un seul exemple d'une bronchite pseudo-membraneuse idiopathique.

Plusieurs auteurs ont décrit la pneumonie croupale et la bronchite plastique comme une seule et même affection, prenant surtout pour base de leur diagnostic l'expectoration de membranes plus ou moins cylindriques analogues aux tuyaux bronchiques.

Les caractères de la bronchite plastique idiopathique sont très-nets et semblent difficiles à confondre avec d'autres, si on les a observés une seule fois attentivement, et cependant nous les voyons à peu près méconnus dans la plupart des ouvrages qui servent de guide à nos élèves.

Dans les observations recueillies par MM. Nonat, Fauvel, Wintrich, etc., la formation de fausses membranes dans les bronches était l'expression d'une influence de grippe ou de pneumonie, et se manifestait par des symptômes généraux d'un tout autre ordre. Lobstein a noté, dans les *Archives médicales de Strasbourg*, des faits semblables consécutifs à la pneumonie. Les bronches étaient bouchées, dit-il, par une substance couenneuse, solide dans les gros rameaux, et quelquefois creuse dans les petits, d'où l'on pouvait l'extraire sous forme de tubes. La muqueuse était manifestement enflammée dans les points correspondants.

M. Raynaud, dans un mémoire publié en 1835 par l'Académie royale de médecine, cite également plusieurs cas de pneumonie aiguë avec hépatisation du poumon, dans lesquels la lésion consistait en une inflammation donnant lieu à la production de fausses membranes qui remplissaient plus ou moins exactement toutes les cavités des bronches. Tous ces faits diffèrent essentiellement de l'affection qui nous occupe. Les observations suivantes le démontreront d'une manière complète.

Obs. (extrait). — Le nommé C..., âgé de quarante ans, profession de tisseur en soie, demeurant à Tours. Tempérament robuste affaibli par une tumeur blanche du pied, ayant exigé son séjour à la Pitié pendant plus d'une année.

Cet homme éprouva au mois d'octobre dernier un refroidissement subit, alors qu'il était en sueur; deux jours après, plusieurs quintes de toux convulsive se déclaraient brusquement après un léger malaise, et C... rejeta des fausses membranes tubuleuses, ce qui lui fit croire qu'il crachait ses poumons. Cette expulsion fut suivie d'un soulagement passager; quelques heures se passèrent et les quintes recommencèrent, suivies d'une violente expectoration; le calme rétabli, C... accourt chez moi, plus mort que vif. A l'auscultation, je constate des râles ronflants, puis des bruits de clapotement analogues au bruit d'une soupape; la percussion donne un son mat dans le tiers moyen des deux poumons; le pouls est très-légèrement accéléré (70), il augmente beaucoup, me dit le malade, au moment des crises, et sa peau se couvre de sueur. (Traitement: emplâtre stibié entre les omoplates; sulfate de quinine; iodure de fer; boissons vineuses; macération de colombo; exercice au grand air.) Sous l'influence de ce traitement, la dyspnée diminue ainsi que les quintes; l'état général devient plus satisfaisant.

Pendant douze jours, l'expectoration continue; puis les râles deviennent moins bruyants; la matité cesse et les bruits de soupape ne se perçoivent plus. Le malade continue le même traitement pendant un mois et ne tarde pas à reprendre son travail habituel.

Examen des fausses membranes. — Le plus grand nombre des productions membraneuses rejetées par C... sont ramifiées et tubuleuses, offrant une disposition analogue au chevelu d'une racine; leur couleur est d'un blanc sale; elles sont élastiques et résistantes, lisses à leur surface d'adhésion, réticulaires à leur surface libre; leur épaisseur varie de 1 à 3 millimètres; quelques fragments présentent des taches formées par la matière colorante du sang.

Examinées au microscope, on découvre une substance fibrineuse, stratifiée, renfermant dans ses interstices un assez grand nombre de globules graisseux et des cellules d'épithélium cylindrique et pavimenteux, enfin quelques globules de pus.

Traités par l'acide sulfurique et par l'acide nitrique, les lambeaux se racornissent et se condensent; l'ébullition dans l'eau ordinaire produit le même effet; l'ammoniaque liquide les dissout lentement.

Deux faits semblables à celui que je viens de rapporter ont été publiés par M. le docteur Thore; il s'agissait de deux enfants âgés l'un de quatorze ans et l'autre de neuf, tous deux de tempérament lymphatique. Chez l'un, l'affection avait débuté brusquement, au milieu d'un état de santé fort bon; les membranes étaient rejetées dès le lendemain, et tout était terminé en douze jours.

Chez l'autre, ce ne fut que beaucoup plus tard après l'apparition des premiers symptômes que les productions pseudo-membraneuses furent expulsées, et la maladie dura près de cinq mois. Le traitement suivi dans le cas à forme aiguë, a consisté surtout dans l'emploi de vomitifs répétés; les évacuations amenaient toujours la sortie de fausses membranes et étaient suivies d'une amélioration immédiate. Quant à l'autre cas à marche chronique, l'observation ne fait mention d'aucun moyen thérapeutique.

Il me serait très-facile de multiplier les observations analogues à celles qui précèdent, en empruntant des faits à Magendie et aux *Bulletins de la Société anatomique;* mais je crois plus utile de les résumer tous sous forme de propositions.

A. La bronchite plastique *idiopathique* peut être observée à l'état aigu ou à l'état chronique.

B. Elle diffère de la pneumonie plastique par l'absence de la fièvre et des râles crépitants.

C. Il y a plus de dissemblances que d'analogies à établir dans la comparaison de la bronchite plastique et du croup.

D. La bronchite plastique s'observe à tous les âges de la vie, mais surtout depuis vingt-six ans jusqu'à quarante ans; elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

E. Les individus épuisés par des maladies de longue durée y sont le plus prédisposés.

F. Les caractères pathognomoniques de cette affection sont l'expectoration et le bruit de soupape perçu par l'auscultation. Tous les autres symptômes peuvent se rencontrer dans la bronchite capillaire.

G. La bronchite plastique est ordinairement d'une courte durée; passée à l'état chronique, elle peut durer quelques mois ou même plusieurs années, avec ou sans exacerbation.

H. L'hémoptysie est fort rarement liée à cette affection aiguë ou chronique.

I. Les fausses membranes expectorées présentent tous les caractères physiques et chimiques de la fibrine; elles ne diffèrent des fausses membranes du croup que par leur plus grande épaisseur et leur résistance plus considérable.

J. Les toniques et les vomitifs employés à propos ont donné des succès plus nombreux que les antiphlogistiques.

HÉMORRHAGIE UTÉRINE APRÈS LA DÉLIVRANCE.

Compression de l'aorte. — Guérison.

Par M. le docteur J. Fleury, de Langon.

Mme C..., âgée de trente ans, bien conformée et d'un bon tempérament, est accouchée pour la première fois en juillet 1855 de deux jumeaux, fille et garçon, celui-ci né mort, celle-là vivant encore aujourd'hui. Après l'accouchement, une hémorrhagie utérine grave survint.

En 1857, elle eut un avortement au troisième mois de la grossesse.

Le 2 avril 1860, je fus appelé à pratiquer sur elle une application de forceps pour inertie utérine, et prévenu de la perte qui avait eu lieu après le premier accouchement, perte dont le souvenir la remplissait d'épouvante, je m'appliquai à en prévenir le retour par les moyens appropriés.

Après un dernier accouchement, qui eut lieu le 3 juin 1863, je fus appelé auprès d'elle en toute hâte.

Il était près de dix heures du soir. Mme C... était accouchée spontanément d'une enfant vivante; la délivrance avait été naturelle, lorsque, une heure après environ, elle dit qu'elle perdait. La sage-femme, qui était restée auprès d'elle, appliqua des compresses imbibées d'eau froide sur le ventre et les cuisses, et attendit. La perte continuant, elle retira les caillots de sang qui remplissaient l'utérus. Enfin, quand j'arrivai, Mme C... venait de perdre environ deux litres de sang; elle était d'une faiblesse extrême et s'était déjà trouvée mal; des éructations se manifestaient et de nouvelles lipothymies étaient imminentes. J'envoyai chercher 2 grammes d'ergot de seigle, et en attendant je mis activement en usage tous les moyens indiqués pour arrêter l'hémorrhagie. Le pouls était petit et très-fréquent; tout à coup Mme C... s'écria: « Je me meurs! » et elle perdit connaissance. La position assurément était grave: la perte n'avait pas été arrêtée par les applications froides, par les frictions sur l'abdomen, par l'extraction des caillots, etc.; il fallait instantanément trouver un moyen efficace pour supprimer cette hémorrhagie, qui en quelques minutes allait causer la mort.

La compression de l'aorte pouvait seule être ce moyen héroïque. Immédiatement je pratiquai cette compression, ce qui fut très-facile: les parois abdominales étaient suffisamment dépressibles; l'utérus, modérément rétracté, formait un globe au-dessus duquel je sentais les battements de l'aorte très-petits et d'une fréquence telle que je ne pouvais les compter.

Je n'avais pas encore reçu l'ergot de seigle, et j'attendais avec la plus grande anxiété. Toutefois, après quinze minutes environ, les battements me parurent un peu plus forts et un peu moins fréquents. J'avais fait placer la tête dans une position déclive. La respiration, qui paraissait suspendue, se rétablissait; il y avait encore quelques vomituritions; les yeux, qui tout à l'heure étaient vitrés, s'ouvrirent, et la connaissance revint à la malade. Je pus alors lui administrer l'ergot de seigle en trois fois, à cinq minutes d'intervalle. Il y avait environ une demi-heure que je maintenais très-exactement la compression de l'aorte, et il était évident que le danger de mort était écarté.

Je priai la malade de faire de larges inspirations, espérant faire cesser des bâillements interminables. On le voit donc, la mort avait été imminente, et bien que j'eusse fait la compression depuis une demi-heure, cependant il ne me parut pas prudent de la suspendre. En effet, par instants, le pouls redevenait encore petit et fréquent.

Le globe utérin ne paraissait pas se rétracter d'une manière sensible, ce qui me porterait à restreindre la part du seigle ergoté dans ce cas; mais l'hémorrhagie était arrêtée depuis le moment où j'avais commencé la compression, et quarante-cinq minutes s'étant écoulées depuis lors, la face s'étant colorée, le pouls relevé, je supprimai définitivement la compression. Je fis administrer en lavement 500 gr. d'un vin généreux, et prendre par la bouche quelques cuillerées de bouillon. Je restai auprès de la malade jusqu'à une heure du matin, et la perte n'ayant pas reparu, la malade demandant à dormir, je me retirai en laissant la sage-femme avec les instructions convenables.

Le lendemain, je fis ma visite à Mme C..., et sauf une certaine faiblesse bien concevable, on n'aurait pas soupçonné à quel immense danger cette dame avait échappé quelques heures auparavant. Une forte nourriture lui procura un rétablissement assez prompt; je dois ajouter cependant que la perte continua, bien qu'à un faible degré, pendant un mois encore; et, par suite, cette dame, qui avait commencé à allaiter son enfant, dut alors y renoncer.

Le 4 octobre 1862, la *Gazette des Hôpitaux* a publié une observation d'hémorrhagie utérine qui a causé la mort. M. le docteur Mazel, auteur de l'observation, en présence de ce funeste résultat, s'est demandé, avec une bonne foi qui l'honore, si l'on aurait pu faire autre chose que ce qui fut fait pour éviter ce malheur, et examinant la valeur de la compression de l'aorte, il se justifie de ne l'avoir point essayée en s'appuyant sur l'autorité, fort grande assurément, de M. Jacquemier.

Il ajoute enfin: « Je préfère me renseigner à cet égard au risque d'être blâmé, que de m'endormir dans une sécurité trompeuse. Ce point de pratique est-il fixé? Je désire le savoir pour en faire mon profit. »

Je crois que cette situation crée à chacun de nous le devoir de faire connaître les faits probants qu'il nous est donné d'observer. Or, sous ce rapport, il me paraît difficile de présenter un fait plus concluant que celui-ci en faveur de la compression de l'aorte.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juillet. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande de M. Burin-Dubuisson, pharmacien à Lyon, tendant à obtenir l'autorisation d'expérimenter le perchlorure de fer contre la rage à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, sous la direction de la commission de la rage. (Renvoyé à cette commission).

La correspondance officielle comprend en outre :

2° Des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Madin (de Verdun); Yvonneau (de Blois); Barth (de Boulay), et Gevray (de Vesoul).

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements du Puy-de-Dôme, de la Loire-Inférieure, du Nord et de la Manche. (Commission des épidémies).

4° Un rapport de M. le docteur Cazintre, sur le service médical des eaux minérales de Rennes (Aude) pour l'année 1863. (Commissions des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une troisième note de M. le docteur Brun-Séchaud, sur l'organe central de la circulation. (Commissaire, M. Béclard).

2° Des échantillons de charpies chimiques obtenues au moyen de l'acide hypo-azotique sur les charpies ordinaires, avec note explicative, par M. B. de Luna. (Commission des remèdes secrets).

3° Une note sur un nouveau trocart explorateur, par le docteur Joseph Frankl, de Marienbad. (Commissaire, M. Laugier).

— M. VELPEAU présente, au nom de M. Sédillot, deux brochures sur la *régénération des os par le périoste après les opérations.*

Ces travaux se rattachent à l'importante question chirurgicale qui a été soulevée par M. Ollier. M. Sédillot ne partage pas les idées du chirurgien de Lyon. Il a soumis à un examen sérieux les faits de reproduction des os par le périoste, que Heine et Textor ont donnés comme complétement démonstratifs; il ne les a pas jugés concluants. Il rapporte d'autre part qu'un de ses élèves a fait des expériences sur ce sujet. Ces expériences ont été contradictoires par rapport à celles de M. Ollier.

M. Velpeau, du reste, ajoute que M. Sédillot travaille dans un sens opposé à M. Ollier. Le chirurgien de Lyon préconise l'évidement des os, et il n'est pas étonnant qu'il le croie préférable aux résections sous-périostiques.

— M. MICHEL LÉVY présente, au nom du Conseil de salubrité du département de la Seine, le compte rendu de ses travaux pendant les années 1861 et 1862. Plus de 1,900 affaires, dit M. Michel Lévy, ont été l'objet de discussions et de décisions du Conseil. La rédaction de ce volume est due à la savante et intelligente plume de M. Trébuchet.

RAPPORTS.

M. VERNOIS lit des rapports :

1° Sur un travail de M. le docteur E. Mahier ayant pour titre : *Essai de topographie médicale de l'arrondissement de Château-Gonthier (Mayenne)*, renvoyé à MM. Chatin, Guérard et Vernois, commissaires.

2° Sur un mémoire de M. le docteur Marmi ayant pour titre : *Topographie médicale de la ville de Lyon.* Renvoyé à MM. Michel Lévy, Tardieu et Vernois, commissaires.

3° Sur un *Essai analytique de statistique mortuaire pour le canton d'Autray (Haute-Saône) pendant la période de 1858 à 1863*, par M. le docteur Richard. Renvoyé à MM. Guérard, Tardieu et Vernois.

4° Sur un mémoire de M. Guipon (de Laon), ayant pour titre : *Des effets de la consanguinité, de la syphilis et de l'alcoolisme combinés et observés dans la même famille.* Renvoyé à MM. Ricord, Bouchardat et Vernois, commissaires.

Les commissions proposent d'adresser des remercîments et des félicitations aux auteurs, et de déposer leurs travaux dans les archives. (Adopté.)

— M. VERNOIS lit encore un rapport sur une troisième note de M. le docteur de Pietra-Santa, relativement aux effets physiologiques de l'emprisonnement cellulaire. Renvoyé à MM. Baillarger, Ségalas, Guérard et Vernois.

« M. de Pietra-Santa appartient au camp des médecins qui ont le plus vivement attaqué le système cellulaire dans son application aveugle. Ses études s'appuient sur des observations directes et sur des statistiques bien faites. »

La commission, n'envisageant que le côté hygiénique de l'emprisonnement cellulaire, partage l'avis de l'auteur sur la nécessité de donner aux prisonniers une meilleure alimentation, et de leur faciliter l'exercice d'un travail le plus en relation avec les habitudes des prisonniers; de les isoler du foyer de corruption avec les autres détenus, mais de leur permettre les relations sociales que tolère la prévention. C'est là peut-être un des meilleurs remèdes à apporter à la fréquence de la folie et du suicide chez les individus enfermés dans une cellule. La commission se joint à l'auteur pour répondre aux notes publiées par MM. Tardieu et Berriat-Saint-Prix à l'égard de la possibilité de l'emprisonnement cellulaire sans dangers immédiats pour la vie et l'intelligence des individus.

Jugeant ensuite les travaux qui ont été faits par M. de Pietra-Santa depuis 1853 pour l'amélioration de l'hygiène des prisonniers, « on peut dire, ajoute M. le rapporteur, que certaines parties de la question sont encore *sub judice*. Il paraît juste et convenable d'encourager les auteurs qui se vouent par des travaux persévérants à l'étude de ces matières. L'Académie, sans sortir de sa sphère ni de sa compétence habituelle, peut donner son approbation générale aux recherches qui se proposent pour but l'amélioration physique et morale des détenus. »

La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de l'encourager à poursuivre ces études. (Adopté.)

Pustule maligne spontanée. — M. GOSSELIN, au nom d'une commission composée de MM. Roche, Raynal et Gosselin, lit un rapport sur un mémoire imprimé de MM. Devers et sur un mémoire manuscrit de M. T. Gallard.

Après un exposé du sujet, M. le rapporteur cite les faits invoqués par MM. Devers. Ces médecins, de 1820 à 1830, ont recherché à la Benate s'il y avait eu des pustules malignes en même temps que des affections charbonneuses chez les animaux; ils ont trouvé qu'en même temps qu'il y avait de nombreuses affections charbonneuses chez les animaux, cinq pustules malignes seulement avaient été observées chez l'homme, tandis que de 1830 à 1863 il n'y avait eu aucune affection charbonneuse chez les animaux et qu'il y avait eu quinze pustules malignes chez l'homme; et ils ont conclu de ces faits, scrupuleusement observés, à la possibilité de la génération spontanée de la pustule maligne chez l'homme, plutôt que de la génération hypothétique par contagion.

M. Gallard a vérifié les faits cités par MM. Devers, et il a apporté de nouveaux faits à l'appui de la thèse de la spontanéité de la pustule maligne.

Il a interrogé les pays voisins de la Benate, afin de savoir s'il n'y avait pas eu d'affections charbonneuses dans les pays limitrophes du département de la Charente. Médecins et vétérinaires, tous ont répondu qu'ils n'en avaient pas vu.

Restait l'hypothèse de la translation du virus de contrées éloignées par des mouches. M. Gallard, avec M. le docteur Meschinet, qui a soulevé la question entomologique, met en doute la possibilité de la transmission du virus par l'aiguillon des mouches, qui est incessamment nettoyé par les pattes de l'insecte.

M. Gallard a réuni, en prenant dans les faits recueillis par MM. Devers et dans divers recueils et en réunissant les siens propres, 34 cas dans lesquels l'hypothèse d'une contagion charbonneuse est inadmissible. De ces investigations par enquête, il est résulté pour l'auteur la vérité de cette proposition : que la génération spontanée de la pustule maligne est au contraire d'une grande probabilité.

Tous les travaux modernes ont admis la tradition dont le livre d'Enaux et Chaussier est le fondement. Quoi qu'en aient dit Bayle et Bidault, Boyer, et plus récemment M. le docteur Bourgeois (d'Etampes) et M. Rambert (de Châteaudun), on conserve la théorie de l'inoculation.

La commission ne peut encore admettre l'idée de M. Gallard.

Deux objections s'y opposent, et d'abord des erreurs de diagnostic possibles. On a pu méconnaître les maladies charbonneuses sur les animaux à la Benate, et alors on conçoit que la spontanéité des pustules soit une chose douteuse. Il faudrait aussi savoir si les pustules malignes étaient réellement des pustules malignes. Et sans parler des faits où ce diagnostic présente des difficultés pour tout le monde, M. le rapporteur ajoute que MM. Maunoury et Salmon ont vu des maladies charbonneuses, et qu'ils jugeaient le diagnostic avec certains anthrax, avec le furoncle et les phlegmons circonscrits, si difficile que l'inoculation seule sur les animaux des eschares provenant de la pustule maligne pouvait établir la nature de l'inflammation développée chez l'homme.

D'un autre côté, il n'est pas impossible de trouver, pour expliquer la pustule maligne, une autre cause que l'inoculation du virus charbonneux.

Il se peut, comme l'ont dit Enaux et Chaussier, et comme l'a répété Boyer, que la viande et la peau des bêtes surmenées puissent, en l'absence de tout charbon, causer la pustule maligne par le contact, et alors le sang des animaux surmenés contiendrait peut-être, ainsi qu'on l'a dit depuis, comme celui des animaux atteints de charbon, des bactéries.

Thomassin et M. Rostan ont vu une pustule maligne produite par les cadavres d'animaux décomposés, tels qu'un loup et une taupe; dans ces cas, la pustule maligne aurait été produite simplement par un virus analogue à celui des piqûres anatomiques.

Enaux et Chaussier, et M. Bourgeois (d'Etampes) ont cité des pustules malignes données par la chair et la peau d'animaux tels que le lièvre et le lapin, et même par le pansement d'un cheval sain. Quoique ces faits soient très-discutables, ils n'en n'existent pas moins comme hypothèse.

Enfin, M. Bourgeois (d'Etampes) a dit avoir vu des pustules malignes communiquées par des animaux sains fraîchement tués.

A côté de toutes ces théories, se trouve celle de la génération spontanée de la pustule maligne dans les cas où la contagion ne peut être admise que par un transport problématique du virus.

En résumé, dit M. le rapporteur, deux propositions sont formulées par M. Gallard : la contagion de la pustule maligne par le contact du virus charbonneux, et la génération spontanée de la pustule maligne. La première est classique, beaucoup de faits la confirment; la seconde est très-douteuse. Depuis Fournier, le charbon spontané est admis, mais ce n'est pas une vraie pustule maligne, et ce n'est pas chose inacceptable que d'admettre le développement d'une maladie charbonneuse avec phénomènes généraux graves suivant promptement un accident local.

Envisageant ensuite la conséquence de la théorie de la génération spontanée, M. le rapporteur dit que l'on s'éloignerait peut-être de la cautérisation, qui est le véritable agent thérapeutique efficace contre la pustule maligne. Il constate, du reste, que MM. Devers et Gallard insistent sur la nécessité de la cautérisation de la pustule maligne même spontanée.

La spontanéité de la pustule maligne n'est pas impossible, mais elle nécessite de nouvelles démonstrations et de nouvelles expériences; elle n'est pas rejetée à tout jamais. Il faudra dans toutes les observations rechercher quel est le point de départ de la pustule maligne; il faudra faire dans les tanneries des expériences avec les peaux, les laines et les crins qui pourront avoir causé des pustules malignes; savoir si en les inoculant à des animaux on peut leur donner le charbon ou le sang de rate. Les expériences pourraient être multipliées.

Jusqu'à présent, dit le rapporteur en terminant, la commission est d'avis de s'en tenir à cette opinion : que la pustule maligne est de provenance animale, en laissant entendre, si l'on veut, que les cadavres d'animaux putréfiés et ayant été malades de toute façon, peuvent en fournir le germe aussi bien que les animaux charbonneux. Cette opinion est celle qui assure le mieux le traitement curatif par la cautérisation et le traitement préservatif par des mesures hygiéniques appropriées.

La commission, jugeant que les auteurs, par leurs enquêtes minutieuses et persévérantes, ont bien mérité de la science, propose d'adresser des remercîments à MM. Devers et Gallard; d'envoyer au comité de publication le travail manuscrit de M. Gallard; de déposer aux archives le travail imprimé de M. Devers.

Fin de la discussion sur la théorie des bruits du cœur.

M. GAVARRET veut prendre la parole pour les instruments enregistreurs, qui ont été assez maltraités par M. Beau. Il ne veut pas relever quelques propositions où son contradicteur prenait ses paroles à contre-sens, et l'accusait de parler de choses qu'il ne connaissait pas. Il passe sur les expressions d'un orateur réduit aux abois. Il se bornera à répondre par les résultats de l'expérience, par les tracés sphygmographiques.

Mais auparavant il fait remarquer que dans ses livres M. Beau dit que Harvey et Haller avaient méconnu la diastole du ventricule. Il cite le texte du livre de M. Beau sur l'auscultation, et confronte ces pages avec les propres expressions de Harvey, qui établissent nettement que cet auteur connaissait la diastole du ventricule.

Il dit que M. Beau n'a pas démontré que les fibres musculaires placées aux orifices veineux des oreillettes empêchent le sang de refluer dans les veines, et que par contre le pouls veineux démontre l'incapacité des orifices veineux à se contracter complétement.

M. Gavarret rappelle que pendant le repos du ventricule on a senti les valvules ouvertes, et que la capacité de l'oreillette est inférieure à celle du ventricule, ainsi que l'ont démontré MM. Robin et Hiffelsheim pendant le cours de la discussion académique, et qu'il eût été facile à M. Beau de faire des recherches de son côté.

Ici l'orateur montre à l'Académie un tableau où sont représentés les tracés obtenus par l'instrument spécial pour mesurer la pression du sang dans l'oreillette, par l'instrument pour mesurer la pression dans le ventricule, et le levier destiné à reproduire la pulsation du cœur.

(Nous donnerons dans un prochain numéro toute cette partie de l'argumentation de M. Gavarret, avec la figure explicative.)

Les mesures exactes, précises, dues aux expériences de M. Marey, permettent de pénétrer le mécanisme des mouvements du cœur. Ces recherches ont jeté une nouvelle lumière sur la physiologie du cœur. Loin d'atteindre la théorie ancienne, elles l'ont confirmée. Tout s'y trouve, la vérification de la conception de Harvey, la vérification de la théorie des bruits du cœur et du claquement valvulaire de Rouennet, Hope et M. Bouillaud, et les réponses de M. Barth à propos des bruits du cœur ont suffisamment démontré que les altérations des bruits du cœur confirmaient d'ailleurs la théorie justifiée par les examens sphygmographiques, quoique M. Beau eût dit qu'on ne lui avait rien opposé de certain à cet égard.

La théorie des diasto-systoles, ajoute M. Gavarret, est insoutenable; les diasto-systoles ont été renversées, les cavités vides commencent à se remplir au moment où elles ont fini de se contracter.

Enfin, des opinions de M. Beau, attaquées de toutes parts et dont les bases ont été renversées une à une, de toutes ses argumentations, où il a dépensé tant d'énergie et de talent, il ne reste qu'un amas confus de vaines conceptions.

M. BEAU. Je crois inutile de répondre, je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit, rien à en retrancher; je remercie seulement l'Académie de l'attention qu'elle a bien voulu me prêter.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Poggiale sur les candidats à la place d'associé national.

CORRESPONDANCE.

Luxation ilio-pubienne complète.

Permettez-moi de vous adresser une courte réponse à la critique à laquelle vous avez soumis mes opinions sur la luxation ilio-pubienne (n° 80 de la *Gazette des Hôpitaux.*)

Pour éviter des répétitions, je supposerai que les lecteurs ont sous les yeux l'article où vous me faites l'honneur de parler de moi.

« Il faut discuter ici... » dites-vous, — et dans le même paragraphe vous faites dire à M. Malgaigne que « si l'on avait affaire à une luxation complète dans laquelle le grand trochanter serait *sur le pubis!!* ou sur la cavité cotyloïde, la tête du fémur, au lieu d'être au pli de l'aine, serait plutôt dans la paroi abdominale. »

Je ne sache pas que personne ait jamais parlé d'une luxation dans laquelle le grand trochanter serait sur le pubis!... Sur ou mieux dans la cavité cotyloïde, à la bonne heure; eh bien, dans ce cas-là, vu la longueur du col du fémur, la tête sera, non pas sur le bord de la cavité, mais de l'autre côté, et cependant elle sera parfaitement dans le pli de l'aine (chacun peut s'en convaincre en prenant un fémur et un os coxal).

Vous ajoutez ensuite : « M. Aubry a opposé un fait.... » Ce n'est pas un fait que j'ai opposé, mais trois faits; ils étaient contenus dans le travail que j'ai adressé au mois d'avril à la *Gazette*, et dont vous n'avez publié qu'une partie.

Ces faits sont :

1° L'observation soumise avec la pièce à la Société de chirurgie (séance du 19 janvier 1853).

2° L'observation recueillie cette année même à ma clinique, et que vous avez insérée dans votre journal le 2 juillet.

3° Le fait de luxation ancienne, le *seul* sur lequel roule votre discussion.

Donc, après avoir relaté très-incomplétement celle de mes trois observations suivies d'autopsie qui est la moins concluante, vous dites : « Chose singulière, la saillie de la tête fémorale avait diminué, et le raccourcissement n'était plus que de 1 1/2 centimètre.... Il y a dans ce fait de nombreuses incertitudes. »

Puisqu'à vos yeux ce fait offre tant d'incertitudes, il eût été convenable de mettre vos lecteurs à même d'en juger en publiant l'observation telle que je vous l'adressais.

Je vais essayer de dissiper les incertitudes dont vous parlez; et d'abord vous pouvez croire que je ne me suis pas laissé induire en erreur par le raccourcissement dû à la *fracture de jambe* (et non du tibia, ce qui serait un non sens).

Il m'a suffi pour cela de prendre mes mesures, non entre l'épine iliaque et la malléole externe, mais bien entre l'épine iliaque et le genou.

Quant à la vraie cause de la diminution du raccourcissement, je la trouve dans l'aplatissement qu'avait subi la tête du fémur et la formation d'une cavité à la place de l'éminence sur laquelle elle reposait depuis deux ans. Je ne sais si cette explication vous contentera, mais je la préfère à celle que vous trouvez dans une arthrite sèche, dont je ne vois pas l'à-propos en cette affaire. Au reste, ceci est un détail insignifiant; il n'existe pas de méthode de mensuration assez précise pour éviter des variations de quelques millimètres.

Vous dites plus loin : « Si M. Aubry continue à opposer qu'il a vu trois fois des pièces de luxations complètes, etc. » (Voir le numéro 80 de la *Gazette des Hôpitaux*).

C'est là une singulière manière de discuter. Il résulte de votre explication que je n'ai pas vu de luxation ilio-pubienne sur le vivant ! Assertion surprenante de la part d'un homme qui a entre les mains un travail qui prouve le contraire !

Vous pourrez vérifier, Monsieur, que l'article que je vous ai adressé au mois d'avril établit que j'ai pu, *trois fois* sur le vivant et une fois sur *le cadavre avant toute dissection* (ce qui équivaut complétement à l'observation sur le vivant), que j'ai pu, dis-je, quatre fois étudier à loisir les signes de la luxation ilio-pubienne.

Dans ces quatre cas, j'ai rencontré constamment des signes semblables.

1° Raccourcissement modéré.

2° Rotation du membre en dehors.

3° Tumeur dans l'aine.

J'en passe de moins importants.

Ces signes étaient-ils ceux d'une luxation incomplète, comme le prétendait M. Malgaigne, et comme vous le laissez à entendre? Là est la question! Pour la résoudre, deux voies sont ouvertes : celle des expériences cadavériques et les autopsies. Les expériences cadavériques démontrent qu'on peut produire des déplacements complets sans avoir un raccourcissement énorme, avec présence de la tête dans l'aine et avec rotation en dehors.

Quant aux autopsies, n'en fait pas qui veut. Par une rare bonne fortune, j'ai été à même d'en faire trois, dans lesquelles je constate que la tête du fémur est entièrement sortie de la cavité cotyloïde, de l'autre côté du bourrelet fibro-cartilagineux; deux fois derrière les vaisseaux cruraux, sur l'éminence ilio-pectinée; une fois derrière le psoas. Or, dans ces trois cas de luxation complète, les signes étaient bien ceux de la luxation classique, signes attribués à tort par M. Malgaigne à la luxation incomplète.

Je me crois donc, Monsieur, en mesure de soutenir la vérité de mes assertions; et mon devoir est de ne pas accepter des fins de non-recevoir qui n'en imposeront pas, je l'espère, au public éclairé et impartial.

Qu'objectez-vous aux faits que je cite? D'abord le silence; vous écartez mes deux observations les plus concluantes, puis vous ajoutez : M. Aubry a étudié une pièce anatomique recueillie sur une luxation ancienne; il a, par la dissection, rendu complètes des luxations qui étaient incomplètes sur le vivant.

J'ai donné, il est vrai, la relation d'une luxation ancienne, et quoique ancienne, elle a une valeur incontestable, mais vous avez omis de dire que j'ai vu et disséqué deux autres luxations récentes, l'une datant de huit jours, l'autre de quinze.

Quant à l'autre insinuation, je n'y insisterai pas; les chirurgiens qui ont été à même de disséquer des luxations en feront justice; ils savent que rien n'est facile comme de voir quelle était la vraie situation des surfaces articulaires pendant la vie.

J'ajouterai que n'étant pas complétement inexpérimenté en fait de dissection, j'ai su me mettre à l'abri de ces chances d'erreur que vous m'attribuez bien légèrement et sans y être autorisé.

D[r] J. Aubry,
professeur de clinique externe à l'Ecole de méd. de Rennes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le directeur général de l'Assistance publique vient d'appeler l'attention des médecins et chirurgiens des hôpitaux sur une question importante à résoudre :

« Est-il nécessaire de traiter dans des salles à part les malades » atteints de maladies aiguës contagieuses, telles que les fièvres » éruptives ? »

Voulant poursuivre un examen qu'ont déjà entrepris Tenon, commissaire de l'Académie des sciences au commencement de ce siècle, et plus tard, en 1857, l'Académie de médecine et la direction de l'Assistance publique, M. Husson a voulu savoir s'il était bon de continuer les pratiques qui sont ressorties des vœux exprimés par l'Académie et le corps médical des hôpitaux en 1857.

Une circulaire a été adressée à tous les membres du corps médical des hôpitaux, les invitant à prendre connaissance des travaux antérieurs sur la question et qui sont résumés dans une note jointe à la circulaire, puis à adresser un rapport circonstancié sur la séparation des maladies aiguës contagieuses dans des salles spéciales.

— Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins qui se sont le plus distingués dans le service des épidémies en 1862 :

1° *Rappel de médaille d'or* (récompense exceptionnelle). — M. Guipon, de Laon (Aisne).

2° *Rappels de médailles d'argent*. — MM. Demonchaux, de Saint-Quentin (Aisne); — Mignot, de Gannat (Allier); — Tuefferd fils, de Montbéliard (Doubs); — Fouquet, de Vannes (Morbihan); — Bocamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales); — Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure).

3° *Médailles d'argent*. — MM. Massé, de Nemours (Algérie, province d'Oran); — Prosper Millon, de Saint-Etienne (Loire); — Pons, de Nérac (Lot-et-Garonne); — Nivet, de Clermont (Puy-de-Dôme); — Gouget, de Colmar (Haut-Rhin); — La Caze, de Montauban (Tarn-et-Garonne); — Millet, d'Orange (Vaucluse); — Balley, médecin-major à l'armée d'occupation, à Rome.

4° *Médaille de bronze* (rappel). — M. Palanchon, de Cuisery (Saône-et-Loire).

5° *Médailles de bronze*. — MM. Barbrau, de Rochefort (Charente-Inférieure); — Benoist, de Guingamp (Côtes-du-Nord); — Amiot, de Baume-les-Dames (Doubs); — Martin-Duclaux, de Villefranche (Haute Garonne); — Mouret, de Monistrol (Haute-Loire); — Mialet, de Cramat (Lot); — Bancel, de Toul (Meurthe); — Duprilot, de Courcelles-Brinon (Nièvre); — Monot, de Moux (Nièvre); — Carret, de Chambéry (Savoie); — Vicherat, de Nemours (Seine-et-Marne); — Suquet, de Beyrouth (Syrie).

6° *Mentions honorables*. — MM. Meilheurat, de la Palisse (Allier); Rebory, de Digne (Basses-Alpes); — La Caze, d'Embrun (Hautes-Alpes); — Pressat, de Nice (Alpes-Maritimes); — Braye, de Tarascon (Bouches-du-Rhône); — Dubisson-Chonnaux, de Villers-Bocage (Calvados); — Cressant, de Guéret (Creuse); — Lapeyre, de Lodève (Hérault); Grosgurin, de Moirans (Jura); — Serres, de Dax (Landes); — Picard, de Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher); — Borie, de Gourdon (Lot); — Brigaudat, de Lille (Nord), — Vannaque, de Compiègne (Oise); — Dourif, de Clermont (Puy-de-Dôme); — Pourcelot, d'Altkirch (Haut-Rhin); — Sallot, de Vesoul (Haute-Saône); — Mordret, du Mans (Sarthe); — Lebèle, du Mans (Sarthe); — Caillier, d'Annecy (Haute-Savoie).

— M. le docteur Boucard et M. Lenoble, pharmacien, ont été désignés par le sort pour faire partie du jury pour les assises de la Seine qui s'ouvriront le 16 juillet.

— M. le docteur Alfred Guillon vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie médico-chirurgicale de Madrid.

— Quatre emplois de médecin de colonisation sont vacants dans le département de Constantine (Algérie).

Les personnes domiciliées dans le département de la Seine, qui désireraient occuper les emplois dont il s'agit, sont prévenues qu'elles trouveront tous les renseignements nécessaires à la préfecture de la Seine (bureau de l'agriculture, du commerce et des travaux publics).

— Une grande soirée scientifique sera donnée le mercredi 20 juillet, dans les galeries de l'Observatoire impérial, par l'Association pour l'avancement de l'astronomie, de la physique et de la météorologie.

Les expériences les plus remarquables et les plus récentes concernant l'astronomie, l'électricité, l'optique, le magnétisme, etc., seront reproduites. Toutes les salles de l'Observatoire seront ouvertes; les instruments seront disposés pour l'étude du ciel.

Les demandes de billets doivent être adressées au secrétariat de l'Association, à l'Observatoire impérial.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'organicisme, précédé de Réflexions sur l'incrédulité en matière de médecine, et suivi de commentaires et d'aphorismes, par le professeur Rostan. Troisième édition. Un vol. in-8° de 400 pages. Prix : 5 fr. rendu franc de port dans toute la France.

Actes de la Société médicale des hôpitaux. Sixième fascicule, contenant des Mémoires de MM. Hervieux, Homolle, Archambault, Bourdon, Roger, Monneret, Bergeron, Mesnet, Chauffard. In-8° de 375 pages. Prix : 4 fr. rendu *franco* dans toute la France.

Étude d'hygiène sur quelques industries des bords du Lez, par MM. les docteurs G. Pécholier et Saint-Pierre. In-8°. Prix ; 1 fr. 50 rendu *franco* dans toute la France.

Étude sur la Société de médecine d'Amiens. Commentaire historique, biographique et critique des cinquante premières années de son existence, comme institution publique et comme Compagnie savante dans ses rapports avec les doctrines médicales du temps; par le docteur Courtillier, ancien président de cette Société. Un vol. in-8° de 544 pages. Prix : 6 fr. rendu *franco* dans toute la France.

Les quatre ouvrages ci-dessus viennent de paraître à la librairie de P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

Le Régne végétal, divisé en Traité de botanique générale, Flore médicale et usuelle, Horticulture botanique et pratique, Plantes agricoles et forestières, Histoire biographique et bibliographique de la botanique; par MM. Dupuis, O. Reveil, Géraro, Herincq. Ce splendide ouvrage formera 17 beaux volumes, dont 9 volumes grand in-8° jésus de texte et 8 atlas petit in-4° de planches gravées sur acier. Les atlas renfermant, avec des textes descriptifs en regard, plus de 5,000 dessins de plantes ou de détails botaniques très-exactement et très-finement coloriés. L'ouvrage paraîtra à la fois en volumes et en atlas et par livraisons chacune de 16 pages au moins, grand in-8° jésus, et deux belles planches coloriées. Il formera de 200 à 210 livraisons au plus. Prix de la livraison : 4 fr. Les livraisons paraissent très-exactement, de dix en dix jours, à partir du 1[er] mai 1864, jour où deux livraisons à la fois ont été mises en vente. Les dix premières livraisons sont en vente. — Paris, 1864, Th. Morgand, libraire-éditeur, rue Bonaparte, 5.

Traité de pathologie générale et de séméiologie, accompagné de planches d'anatomie pathologique générale; par M. E. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un volume grand in-8° de 1,020 pages. — Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Recueil de questions posées aux examens de médecine sur les accouchements, deuxième série. Un vol. Prix : 1 fr. 50 c. *franco*. Paris, 1864, chez Adrien Delahaye.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

M. Gallard, qui remplace M. Laillier dans la tâche difficile de rassembler et discuter chaque mois les renseignements parvenus à la commission de statistique de la Société médicale des hôpitaux sur les maladies régnantes, a pris la parole dans la séance du 8 juin. Non-seulement il a donné les chiffres qui résultent du relevé des observations qui lui ont été fournies, mais de plus, comparant l'état sanitaire actuel avec celui du mois précédent, appréciant ce qu'ont eu de remarquable, dans leur nature, les maladies aiguës qui ont éclaté dans ce mois, il en a donné ainsi la physionomie médicale.

Il serait à désirer que répondant aux lettres que M. Gallard envoie chaque mois aux divers chefs de service des hôpitaux, ceux-ci voulussent bien lui fournir des renseignements circonstanciés. La statistique, reposant ainsi sur un plus grand nombre d'observations, aurait une plus grande valeur; car il ne faut pas oublier que les chiffres sont l'éloquence des statistiques.

I. M. Gallard fait remarquer que les phlegmasies des voies respiratoires, considérées comme prédominantes pendant le mois d'avril, ont pendant le mois de mai singulièrement diminué en nombre et surtout en gravité. Et en cela les renseignements fournis à M. Gallard concordent parfaitement avec les relevés statistiques recueillis par l'administration. Ainsi, tandis que pendant le mois d'avril on avait compté 362 guérisons et 94 décès par suite de pneumonies ou de pleurésies, pendant le mois de mai on a eu 374 guérisons et seulement 75 décès. Ceci prouve bien que ces affections ont eu moins de gravité, puisque le nombre des décès est moins élevé. Mais il ne semble pas, si on consulte les chiffres sans les expliquer, que les pneumonies et pleurésies aient diminué de fréquence, car on en compte 456 pendant le mois d'avril et 449 pendant le mois de mai, différence qui serait insignifiante si on ne rappelait qu'un certain nombre des guérisons et des décès observés pendant un mois se rapportent à des malades entrés à l'hôpital pendant le mois précédent. Or, les pneumonies et les pleurésies ayant été très-fréquentes en avril, il est tout naturel que nous en constations un assez grand nombre à la sortie, en mai.

La diminution si sensible que nous venons de signaler s'est fait remarquer, non pas pendant tout le cours du mois, mais seulement à partir du 10 au 12 mai. Cette transition a été si brusque et si bien tranchée qu'elle a inspiré à M. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Beaujon, les réflexions suivantes, lesquelles, par les données intéressantes qu'elles renferment, ont attiré très-vivement l'attention de la commission :

« Comparer au point de vue sanitaire les dix premiers jours du mois de mai avec les vingt et un jours suivants, c'est, dit M. Moutard-Martin, comparer entre elles deux saisons entièrement différentes. Dans les premiers jours du mois, les affections thoraciques abondent, puis elles cessent brusquement, sans transition, et presque toutes les maladies aiguës disparaissent.

» Il est entré dans mon service, du 1er au 10 mai, 9 pneumonies, dont 2 compliquées de pleurésie, et sur lesquelles 3 étaient doubles. Toutes ont présenté des phénomènes graves, mais les trois pneumonies doubles sont les seules qui se soient terminées par la mort. Les pleurésies ont été au nombre de 7, dont 3 pleurésies doubles. Comme les pneumonies, elles se sont présentées surtout pendant les premiers jours du mois. Sur les 7, cependant, 2 sont entrées à l'hôpital après le 10 mai. »

On doit ajouter à ces renseignements que les pneumonies et les pleurésies, quoique graves en apparence, ont guéri assez facilement à la Pitié, où il s'en est montré un grand nombre dans le service de M. Empis et dans celui de M. Bernutz. A Lariboisière, M. Tardieu a eu 7 guérisons sur 7 pneumonies, dont 1 compliquée d'épanchements pleurétiques. A Saint-Antoine, M. Goupil a compté 4 guérisons sur 4 cas. A l'hôpital des Enfants malades, M. Bouvier a vu guérir les trois seuls cas de pneumonie qui se soient présentés à son observation. Il a perdu un malade atteint de pleurésie, mais cette pleurésie était compliquée de tubercules et d'une péricardite latente dont l'existence n'avait pas même été soupçonnée pendant la vie.

M. Gallard, tout en maintenant la généralité de la décroissance observée ci-dessus, fait remarquer que dans son service des incurables il a eu pendant le mois de mai 5 décès par pneumonie, tandis que pendant les quatre premiers mois de l'année il n'en avait eu que 9 par la même cause. M. Gallard fait de plus remarquer que les 5 décès du mois de mai se sont répartis indifféremment entre les deux quinzaines de ce mois.

II. Dans le classement des maladies prédominantes, et suivant les saisons où elles ont régné, les rhumatismes ont leur place dans cette période intermédiaire qui sépare l'époque des phlegmasies des voies respiratoires de celle des voies digestives.

Les rhumatismes ont été fréquents pendant le mois de mai, comme ils l'avaient été pendant le mois d'avril. Sauf les exceptions que nous signalerons, ils ont été surtout subaigus, très-tenaces, d'une assez longue durée, et sans tendance aux complications. Cependant, à Beaujon, M. Moutard-Martin, qui avait remarqué leur absence presque complète pendant le mois d'avril, les a vus reparaître dans la seconde moitié du mois de mai, alors que cessaient presque entièrement les phlegmasies respiratoires; mais alors ces rhumatismes se sont présentés avec un caractère d'acuité que M. Moutard-Martin n'avait point encore rencontré depuis plusieurs mois. M. Goupil en a vu 5 cas franchement aigus et qui tous ont guéri. M. Bourdon signale également leur réapparition. M. Empis en a vu également un certain nombre; il les a trouvés subaigus et accompagnés de peu de réaction fébrile.

A Lariboisière, M. Tardieu a compté 7 cas de rhumatisme articulaire aigu, dont 1 avec complication cardiaque et 5 rhumatismes articulaires à forme subaiguë et absolument apyrétique.

Il convient de faire remarquer, qu'à l'exception de 3 cas, tous ces rhumatisants avaient eu auparavant plusieurs attaques. C'est là une considération qui devrait tenir une très-large place quand il s'agit d'apprécier l'influence de la constitution médicale sur la production ou la réapparition des affections rhumatismales.

III. Les fièvres éruptives se sont montrées en assez grand nombre dans presque tous les services des hôpitaux, sans que leur fréquence et leur gravité aient été plus grandes que pendant le mois dernier. Dans les hôpitaux d'enfants, la rougeole a un peu diminué : les cas de scarlatine ont été plus fréquents, mais la plupart étaient de nature bénigne et sans tendance aux complications.

La variole surtout a sensiblement diminué. Les relevés statistiques du mois d'avril signalaient 93 guérisons et 15 décès par suite de cette maladie, tandis que ceux du mois de mai ne nous indiquent plus que 85 guérisons et 9 décès.

A Lariboisière, dans le service de M. Tardieu, le seul qui ait déjà envoyé des renseignements à la commission, il n'a été trouvé que 3 varioles bénignes pendant tout le mois.

A Beaujon, M. Moutard-Martin a vu 3 varioles seulement, dont une de forme ataxique terminée par la mort.

A la Maison de santé, M. Bourdon en a vu plusieurs, dont une confluente terminée également par la mort pendant la période de suppuration.

Aux Enfants assistés, M. Labric a eu à soigner 2 varioles, dont une chez un enfant vacciné, d'une dizaine d'années, et qui est mort pendant la période de suppuration.

A Saint-Antoine, M. Goupil n'a eu qu'une seule varioloïde, contractée hors de l'hôpital.

A la Charité, dans le service de M. Natalis Guillot, on n'a pas vu un seul cas de variole pendant le mois, et il ne paraît pas qu'il y en ait eu au moins d'une manière remarquable dans les autres services.

Dans les hôpitaux d'enfants, même diminution. Aux Enfants malades, dans le service de M. Bouvier, il n'y a eu que 2 varioles confluentes, dont une prise dans les salles, et une varioloïde. Chez un des deux enfants varioleux, on a pu observer la marche simultanée de la vaccine et de la variole, et la varioloïde est survenue vingt jours après une vaccination heureuse.

Ce qui frappe surtout dans les renseignements recueillis par la commission, c'est la diminution très-notable des cas de variole développés à l'intérieur des hôpitaux. Cette question de la contagion dans les salles est d'autant plus intéressante que de récents débats lui donnent un intérêt d'actualité. Or, ces cas de contagion ont été moins nombreux, ce qui est une des preuves les plus probantes de la diminution de l'influence épidémique qui s'est fait sentir pendant les deux mois précédents.

IV. Si nous plaçons les érysipèles à côté des fièvres éruptives, on trouve qu'ils ont été en assez grand nombre et presque tous d'une extrême gravité; on en a observé : à la Charité, dans le service de M. Natalis Guillot, bien que les services de chirurgie en fussent exempts; à Lariboisière, où M. Tardieu en a vu un cas terminé par la mort; à la Pitié, chez M. Empis; à Beaujon, chez M. Moutard-Martin, qui en a vu 4, dont 1 s'était développé dans les salles; à Saint-Antoine, M. Goupil n'en a vu qu'un seul; tandis qu'à Saint-Louis, où M. Laillier avait signalé leur présence au mois d'avril, il ne s'en est pas produit de nouveaux cas en mai.

Pour l'ensemble des hôpitaux, on a constaté pendant ce mois 94 guérisons et 13 morts à la suite d'érysipèles.

V. La diphthérite a atteint encore un grand nombre d'individus, mais elle tend à diminuer; cependant, aux Enfants malades, sur 3 croups opérés, M. Bouvier a eu 3 morts; les résultats ont été plus favorables à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron; dans les hôpitaux d'adultes, M. Bernutz a vu un croup à la Pitié; M. Moutard-Martin, à Beaujon, une angine couenneuse avec croup, développée dans les salles et suivie de guérison. Enfin, M. Empis a vu, sur un garçon de dix-neuf ans bien constitué, une stomatite ulcéro-membraneuse.

VI. On a observé dans les hôpitaux un assez grand nombre d'angines inflammatoires, et à la Maison de santé, M. Bourdon en a vu plusieurs se terminer par des abcès.

VII. Les embarras gastriques et les ictères se sont montrés en abondance dans presque tous les services.

VIII. Il n'y a eu qu'un très-petit nombre de fièvres typhoïdes, et celles qui se sont produites datent surtout de la fin du mois. M. Empis a remarqué dans celles qui se présentèrent à lui une telle abondance de taches rosées lenticulaires, qu'elles formaient une véritable éruption généralisée.

IX. En terminant son rapport, M. Gallard a insisté sur le très-grand nombre de morts observées par suite de maladies du système nerveux. M. Goupil, à Saint-Antoine, a eu 5 cas de mort ainsi répartis : 2 ramollissements, 1 apoplexie, 1 myélite, 1 méningite. A l'hôpital des Enfants malades, M. Bouvier a noté 3 cas de mort par méningite granuleuse. M. Bourdon a observé depuis deux mois, à la Maison de santé, 3 cas de mort à la suite de méningite tuberculeuse chez des adultes. Aux Incurables, M. Gallard n'a eu que 2 morts par maladie du système nerveux. Mais en relevant les décès de l'arrondissement (XIIe) où est situé l'hospice des Incurables (hommes), M. Gallard a trouvé, sur un total de 281 décès, 39 morts par maladie du système nerveux. Les relevés statistiques de l'administration des hôpitaux donnent, pour le mois de mai, 1 décès par congestion cérébrale, 11 par hémorrhagie, 12 par ramollissement.

Il est impossible, en ce moment du moins, de tirer aucune induction de ces chiffres. Plus tard, lorsque les relevés mensuels se seront multipliés, ils pourront être utilisés, et nous en reparlerons dans une prochaine Revue.

A l'occasion des maladies régnantes dans les services de médecine, nous signalerons qu'il y a eu au commencement de ce mois, au moment où la température irrégulière présentait de grandes alternatives de chaud et de froid, deux cas de tétanos. L'un a été observé dans le service de M. Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu, et il était survenu après une fracture comminutive compliquée de plaie et d'issue de fragments à la partie inférieure de la jambe. L'autre a été observé dans le service de M. Denonvilliers, à l'hôpital de la Charité. Il s'agissait, dans ce cas, d'un tétanos chez un individu qui n'avait qu'un abcès froid du cou ouvert spontanément. Ce fait sera prochainement publié par M. L. Thomas, interne du service.

Les deux malades ont succombé.

Hypertrophie des glandes sudoripares de l'aisselle.

On comptait autrefois parmi les cancroïdes des lèvres les hypertrophies des glandes sudoripares. Situées dans l'épaisseur des lèvres, formant une petite tumeur lobulée, indolente, à marche très-lente, les tumeurs hypertrophiques des glandes sudoripares ne semblaient pourtant pas s'accompagner d'engorgements ganglionnaires, de récidive sur place ni de généralisation.

En 1850, Simon et Fuhrer, ayant étudié quelques-unes de ces tumeurs, avaient déjà cherché à les séparer des cancers. M. Verneuil, en 1854 (1), après des examens microscopiques de plusieurs de ces tumeurs, était arrivé à établir qu'elles sont constituées par le développement des conduits glandulaires et l'apparition de culs-de-sac de nouvelle formation sur leur trajet; le conduit glandulaire était rempli de cellules épithéliales qui le gonflaient.

(1) Verneuil, *Obs. pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau. Archives de médecine*, 1854.

Un fait qui vient d'être observé à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, montre que l'hypertrophie des glandes sudoripares se montre à l'aisselle avec les caractères indiqués par les pathologistes pour les tumeurs glandulaires des lèvres.

Un homme couché au n° 17 de la salle Sainte-Vierge, âgé de soixante-huit ans, exerçant la profession de graveur, est entré portant dans le creux axillaire du côté gauche une tumeur du volume d'une noix, aplatie, faisant corps avec la peau, mobile sur les parties profondes, lobulée, très-dure, recouverte par les couches superficielles de la peau, amincie et violacée sur quelques points et tachetée de rouge. Au centre de la tumeur, on voit la cicatrice d'une ancienne opération.

Le malade n'éprouve pas de douleurs, et peu de gêne.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire; la santé générale est excellente. Quoique très-maigre, le malade a bon appétit et dort bien. Lorsqu'on l'interroge sur l'état de sa santé, il répond qu'il va très-bien.

Les antécédents, qui nous ont été transmis par M. Burlaud, interne du service, apprennent qu'aucun des ascendants ou collatéraux du malade n'a été atteint de maladies diathésiques.

Il y a seize ou dix-sept ans, le malade a eu des onyxis aux pieds et aux mains, et il a cru devoir établir sur son bras un vésicatoire permanent; il l'a laissé suppurer dix-huit mois, puis il l'a fait sécher. A cette époque, une éruption furonculaire est apparue autour de ce point, et c'est à ce moment que le malade s'est aperçu de la présence d'une tumeur dans l'aisselle.

Cette tumeur, indolente et croissant avec une très-grande lenteur, ne gênait point les fonctions du bras; le malade l'a conservée sans s'en préoccuper pendant huit années, au bout desquelles il consulta un médecin, qui appliqua des préparations liquides et se décida enfin à enlever la tumeur avec le bistouri. Au bout de six semaines, la plaie de l'opération était cicatrisée. La tumeur enlevée, que le malade avait voulu voir, avait à peu près le volume d'un abricot, et présentait, disait-il, à la coupe, un aspect comme spongieux.

Pendant un an la guérison s'est maintenue. Une petite tumeur a reparu dans le creux de l'aisselle, sur le côté de la cicatrice; elle a mis quatre ou cinq ans à se développer, et pour présenter le volume et l'aspect qui ont été indiqués plus haut.

M. Velpeau a jugé qu'il s'agissait d'une altération voisine des tumeurs adénoïdes, une hypertrophie des glandes sudoripares, probablement avec hypertrophie d'un ganglion situé immédiatement au-dessous de la peau. Il a opéré le malade. Deux incisions courbes ont circonscrit la tumeur, le bras étant porté dans l'adduction et l'élévation. L'ablation a été faite sans difficulté; la peau étant disséquée par sa face profonde, la tumeur, qui lui était intimement unie, a été enlevée avec le lambeau circonscrit par les deux incisions courbes. Une seule artériole a dû être liée. La plaie a été remplie par un bourdonnet de charpie, et un pansement simple a été appliqué.

La plaie se cicatrise régulièrement; à part un érysipèle circonscrit à la face interne du bras et qui n'a pas déterminé de réaction sur la santé, la plaie sera guérie dans quelques jours.

Une coupe faite sur la tumeur a montré qu'elle était composée de trois lobes, plus durs au centre qu'à la circonférence, où on trouvait des tractus fibreux qui allaient se perdre dans les couches superficielles de la peau. Il n'y avait pas de vascularisation marquée dans les diverses parties qui composaient la tumeur.

La pièce, examinée au microscope par M. L. Thomas, interne à l'hôpital de la Charité, et qui a bien voulu nous montrer la préparation, offrait un exemple bien caractérisé de tumeur hypertrophique des glandes sudoripares; des tubes sudoripares enroulés présentaient une dilatation uniforme par des amas de cellules épithéliales. Sur le trajet des conduits, il y avait des culs-de-sac de nouvelle formation, en tout semblables à ceux qui ont été observés dans les hypertrophies des glandes sudoripares.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Ollier, chirurgien en chef.

Polype naso-pharyngien. — Ablation du maxillaire supérieur comme opération préliminaire. — Conservation du périoste et reproduction de l'os. — Guérison constatée sept mois après l'opération.

Malgré les objections qu'elle a soulevées, l'ablation du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour la destruction des polypes naso-pharyngiens est une méthode très-rationnelle. Elle est la seule qui dans certains cas permette de détruire radicalement la production morbide. Si l'implantation du polype est large, si elle a lieu sur un point élevé des fosses nasales, si elle est multiple, les opérations préliminaires proposées jusqu'ici ne donnent pas assez de jour pour procéder aisément et avec sûreté à la destruction des racines de la tumeur. Par l'ablation du maxillaire supérieur, on a encore un autre avantage, c'est une ouverture permanente pour surveiller la base d'implantation du polype et la cautériser au besoin. Cette opération préliminaire est donc incontestablement la plus efficace et la plus sûre, mais elle sacrifie des parties saines et importantes au point de vue de la régularité des traits. Si on parvient par un procédé opératoire à diminuer la perte de substance des tissus sains et à prévenir la déformation consécutive du visage, on détruira par cela même certaines objections qui empêchent l'opération de se vulgariser.

Nous croyons avoir atteint ce but en employant le procédé opératoire que nous allons exposer, et dont les points essentiels consistent dans la dissection du périoste, organe de la régénération de l'os, et dans la conservation des dents incisives de la portion incisive du maxillaire qui les supporte.

Par cette dernière précaution, la lèvre se trouve soutenue dans presque toute sa longueur, et on évite l'enfoncement de la région génio-labiale si apparente après les opérations de ce genre. Si, d'autre part, on a eu soin de faire la section du rebord orbitaire inférieur de manière à conserver un prolongement en pointe qui soutienne l'œil, on prévient la descente de cet organe si disgracieuse après les procédés ordinaires.

Pour les cas de moindre gravité, lorsque la tumeur est encore de moyenne grosseur, nous préférerons certainement une opération préliminaire moins destructive, et nous aurons bientôt à ce sujet l'occasion de communiquer à la Société un nouveau procédé pour atteindre le polype par la voie nasale.

Obs. — Le nommé Antoine P..., âgé de seize ans, né à Saint-Etienne (Ain), entre dans la salle Saint-Sacerdos, n° 96, service de M. Ollier, le 31 août 1863.

Ce malade a déjà été opéré deux ans auparavant d'un polype naso-pharyngien par M. Delore au moyen de l'écrasement linéaire suivi de la cautérisation.

Il y a trois mois, le malade s'est aperçu d'une gêne dans la respiration et la déglutition. Cette gêne n'a fait qu'augmenter, et aujourd'hui il respire difficilement; il entre à l'Hôtel-Dieu dans un état qui nécessite une intervention chirurgicale immédiate.

Quand on explore la région pharyngienne, on voit une masse du volume d'un œuf repoussant en avant le voile du palais et empêchant complétement le passage de l'air par les fosses nasales. En explorant cette masse avec le doigt, on reconnaît qu'elle s'implante sur l'apophyse basilaire; mais comme elle remplit complétement les fosses nasales en arrière, on ne peut pas délimiter sa base d'implantation. Le polype est plus volumineux à gauche, remplit toute la fosse nasale de ce côté et s'étend en avant jusqu'à l'ouverture des narines. Le sinus maxillaire n'est pas déformé extérieurement. Comme il s'agissait d'une récidive et qu'il était impossible de limiter la base d'implantation du polype, M. Ollier eut recours à l'ablation préliminaire du maxillaire supérieur, et pratiqua cette opération le 12 septembre 1863.

Voici comment il a procédé :

Une première incision verticale suivant le dos du nez et divisant ensuite la lèvre supérieure, est pratiquée sur la ligne médiane; on choisit ce procédé afin de pouvoir mettre à nu l'os nasal et le luxer en haut au besoin si l'implantation du polype l'eût exigé. Une deuxième incision part de la commissure des lèvres à gauche et se dirige obliquement en haut et en arrière jusqu'au niveau de l'os malaire, en suivant une ligne courbe à convexité inférieure. On fait une incision sur la gencive à partir de la canine, et en suivant le rebord alvéolaire à 2 millimètres du collet des dents jusqu'à la partie la plus postérieure de la tubérosité maxillaire. Cette incision arrive du premier coup jusqu'à l'os; de son extrémité antérieure, on fait partir une incision oblique se dirigeant vers l'épine nasale antérieure, et allant, comme la précédente, jusqu'à l'os. On prend alors la sonde rugine, et on décolle le périoste de bas en haut sur toute l'étendue de la face externe du maxillaire; le périoste se détache avec la plus grande facilité, et on a ainsi un lambeau périostéo-cutané unique. Le nerf sous-orbitaire est coupé avec un bistouri au moment où la dissection du périoste arrive à son niveau.

Avec des cisailles incisives, on coupe l'apophyse montante; puis avec un ciseau bien tranchant, introduit au niveau de la suture jugo-maxillaire, on détache l'os à ce niveau en ayant soin de conserver intacte la pointe formée par le prolongement orbitaire de l'os malaire.

Cela fait, on pratique une incision palatine suivant la courbe des dents depuis la canine jusqu'à la dernière molaire, en suivant de très-près le rebord gingival; de l'extrémité postérieure de cette incision, on en fait partir une deuxième transversale le long du bord postérieur de l'os palatin; on détache alors avec la sonde-rugine un lambeau de muqueuse palatine doublée de son périoste. On introduit ensuite le ciseau entre la canine et la deuxième incisive gauche, et on le pousse à petits coups jusqu'à la suture médiane, cette suture étant découverte dans ses deux tiers postérieurs, grâce à la dissection préalable du périoste palatin. On introduit à son niveau l'angle du ciseau, et on sépare les os qui la composent. On fait ensuite basculer l'os, et on l'extrait comme par le procédé ordinaire, en éprouvant toutefois un peu plus de difficulté, à cause de la conservation de la portion incisive qui rétrécissait l'espace par où on devait l'extraire.

Le polype est alors largement à découvert; il occupe, comme nous l'avons dit, toute la fosse nasale gauche, tout l'étage supérieur du pharynx et une partie de son étage moyen. Il a deux prolongements considérables, l'un antérieur, l'autre externe, ce dernier pénétrant dans le sinus maxillaire sans le déformer extérieurement. Le polype paraissant très-vasculaire en certains points, on essaya d'abord de passer une chaîne d'écraseur autour de son pédicule; mais comme ce dernier était très-large et très-irrégulier, on fut obligé d'y renoncer. La section par ce procédé eût laissé derrière elle une partie de la masse morbide, et c'eût été à recommencer. M. Ollier l'attaqua alors par l'arrachement combiné avec l'excision et la rugination des os. On cautérisa au fer rouge la portion basilaire; mais sur les autres points, on saisit les dernières racines du polype en les attaquant avec des ciseaux courbes et de fortes pinces à polypes. L'arrière-cavité des fosses nasales fut ainsi complétement nettoyée et en quelque sorte privée de sa muqueuse au niveau de l'apophyse basilaire, des sinus sphénoïdaux, de la trompe d'Eustache à gauche.

Le vomer était usé en arrière par le polype qui s'appuyait sur lui. On réunit ensuite les parties extérieures, et si l'on n'avait pas voulu conserver une ouverture permanente pour surveiller la base du polype, on aurait pu réunir la muqueuse palatine au périoste du lambeau génial; l'os eût pu être ainsi à peu près intégralement reconstitué, mais cela n'entrait pas dans les plans de l'opérateur.

L'opération dura une heure; le malade perdit assez de sang; mais une fois l'opération terminée, on l'arrêta facilement au moyen de petits morceaux d'éponge imbibés d'eau de Pagliari, laissés dans la cavité.

Le 14 septembre, pouls à 130; il n'y a pas eu de sang depuis l'opération; on enlève quelques fils.

Le 15, pouls à 120, la réunion extérieure est complète; la figure a sa forme habituelle.

Les jours suivants, le malade eut un peu d'érysipèle; il se forma un petit abcès qui s'ouvrit extérieurement vers le milieu de l'incision géniale; la fièvre ne tomba que le 22 septembre.

Le 23, le malade demande à se lever; il mangeait de bon appétit: il avait du reste été alimenté par du bouillon et du vin dès le jour même de l'opération.

Le 25, rougeur, tuméfaction au niveau de l'extrémité postérieure de l'incision géniale; un petit abcès s'ouvrit dans l'intérieur de la bouche les jours suivants.

Le 6 octobre, état général parfait; le malade se lève et mange abondamment. En explorant les parties profondes avec le doigt, on réveille une douleur très-vive au niveau de la base d'implantation du polype.

Quant aux lambeaux périostiques, ils sont dans l'état suivant : le lambeau de muqueuse palatine laissé flottant après l'opération a pris une situation transversale et s'est complétement soudé en arrière avec le voile du palais qui était resté intact; il n'y pas du tout d'ossification à ce niveau.

Le périoste de la face externe du maxillaire commence déjà à durcir et offre au niveau de la tubérosité une résistance cartilagineuse.

La forme du visage est très-régulière; on ne dirait pas du tout que le malade ait subi l'ablation du maxillaire; qu'il soit au repos ou qu'il écarte les lèvres pour sourire, les dents incisives laissées en place maintiennent parfaitement les lèvres.

Deux mois après l'opération, on sentait au niveau de la tubérosité maxillaire une résistance osseuse.

La cavité naso-pharyngienne est explorée de temps en temps pour surveiller la base d'implantation du polype; à trois reprises on cautérise avec le beurre d'antimoine des prolongements de muqueuse qui paraissent suspects; on a cessé les cautérisations depuis le 6 décembre.

Le 4 avril, le malade présente l'état suivant : la forme de la face est presque normale; sans les cicatrices cutanées et une dépression légère qui existe au niveau de l'incision géniale, on ne soupçonnerait pas que ce malade ait subi l'ablation du maxillaire supérieur.

L'intérieur de la cavité buccale présente une ouverture qui permet de passer le doigt et d'explorer la cavité naso-pharyngienne. On constate qu'il n'y a pas reproduction du polype; un petit lambeau de muqueuse qui avait donné des craintes pendant un certain temps était resté flottant; mais comme il n'avait pas changé depuis quatre mois, et qu'il tendait plus tôt à diminuer, on l'a laissé subsister.

Le périoste palatin est devenu dur, fibreux; mais il n'est pas encore ossifié, excepté peut-être à la partie postérieure, où il a une consistance osseuse. Quant au périoste qui recouvrait la face externe du maxillaire, il a manifestement donné lieu à une reproduction osseuse arciforme se dirigeant en pointe en avant et venant s'unir par un tissu fibreux très-fort à l'épine nasale antérieure. Cette masse épaisse, non dépressible, impénétrable par de fortes épingles, conservant d'une manière fixe une forme arquée, est bien distincte de l'os malaire et ne peut être constituée que par un tissu osseux de nouvelle formation.

On s'est mis en garde contre les causes d'erreur sur ce point. Le malade a été présenté à la Société des sciences médicales pour faire constater le résultat.

Une maladie fébrile aiguë accompagnée de taches rosées, qui avait fait redouter une fièvre typhoïde, survint douze jours avant la sortie du malade de l'Hôtel-Dieu. M. Ollier craignit alors de voir, sous l'influence de cet état fébrile, la substance osseuse nouvelle se ramollir et se résorber, comme cela se voit si fréquemment quand une fièvre éruptive grave survient dans la période de la consolidation d'une fracture. Il n'en a pas été heureusement ainsi, et bien qu'en certains points la masse osseuse ait diminué, il en restait encore assez pour constater manifestement la présence d'un tissu osseux nouveau.

Le malade est sorti de l'hôpital le 17 avril. Il était resté en observation sept mois et cinq jours depuis son opération.

État de la pièce anatomique. — L'os enlevé est très-régulièrement dépouillé de son périoste sur toutes les faces où on a pris soin de le détacher, c'est-à-dire sur toute la périphérie externe et à la face inférieure ou palatine. On voit que le périoste a été détaché sans effort. Le tissu de l'os est parfaitement sain d'ailleurs. Quant au polype, il se compose d'un tissu dur, fibreux, mamelonné, peu vasculaire dans sa partie centrale. Il est en fragments nombreux; deux de ses fragments réunis ont le volume d'un œuf de poule.

Après avoir séjourné sept mois dans l'alcool, son poids total est de 45 grammes. Ces pièces ont été présentées à la Société de chirurgie, dans la séance du 30 mars 1864.

EMPOISONNEMENT PAR LA DIGITALINE.

RELATION MÉDICO-LÉGALE,

Par MM. Ambroise Tardieu, doyen et professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, et F. Zacharie Roussin, pharmacien-major de première classe, professeur agrégé de chimie et de toxicologie à l'École impériale de médecine militaire (1).

Nous avons toujours professé, sans qu'on ait jamais eu besoin de nous le rappeler, que l'expert chimiste ou médecin relève, non pas seulement de sa conscience, mais aussi de la science qu'il représente et au nom de laquelle il parle; et qu'il y a dans les grands débats judiciaires où la science intervient, un enseignement qu'il n'est pas permis de renfermer dans l'étroite enceinte d'une cour d'assises. Il ne fallait rien moins que ce double motif pour nous décider à enregistrer dans nos *Annales* les détails d'une accusation qui est venue frapper un coupable dans les rangs du corps médical, et qui, réveillant de douloureux souvenirs, a montré une fois encore, après Castaing et Palmer (2), les connaissances du médecin mises au service

(1) Nous croyons devoir reproduire — d'après les *Annales d'hygiène et de médecine légale* — ce remarquable travail. Nous n'avions reculé sa publication que pour des raisons que nos confrères ne manqueront pas d'apprécier.

(2) A. Tardieu, *Mémoire sur l'empoisonnement par la strychnine, contenant la relation de l'affaire Palmer.* (*Annales d'hygiène*, 1856, 2e série, t. VI, p. 371.)

de l'empoisonneur, dans des circonstances morales qui ont si tristement ému l'opinion publique.

Une raison encore a forcé en quelque sorte notre volonté. Il s'est agi, dans cette affaire qui s'est dénouée le 17 mai 1864 devant les assises de la Seine par une condamnation capitale, d'un moyen criminel en quelque sorte nouveau, de l'emploi d'un poison dont la recherche, entourée de difficultés presque insurmontables, soulève des questions de doctrine d'une extrême gravité, et tend pour ainsi dire à transformer les procédés et les méthodes d'expertise, en même temps que les principes juridiques et les théories des criminalistes. Nous ne voulons qu'indiquer ici ces questions qui dominent le fait lui-même, si grave qu'il soit; et nous réservant de les examiner ailleurs avec toute la maturité et toute la liberté d'esprit qu'elles exigent, nous ne nous sentons en ce moment le courage que d'exposer simplement comme en un procès-verbal officiel les différentes phases qu'a traversées l'expertise dont nous avons été chargés, et les missions multiples et diverses que nous avons eu à remplir.

Nous suivrons dans cet exposé l'ordre même des faits, indiquant d'abord ceux qui se rapportent à la mort de Mme de P...; en second lieu, ceux qui ont trait à celle de Mme D..., belle-mère de l'accusé A. de la P..., et enfin l'examen secondaire d'objets divers.

I. — *Autopsie du cadavre de la dame de P...*

On sait que la mort de la dame de P... ayant éveillé parmi ses amies et dans sa famille même des soupçons terribles, la justice informée ordonna une enquête dont le premier acte fut l'exhumation et l'autopsie du cadavre confiée à l'un de nous et exécutée le 30 novembre 1863, treize jours après la mort, au cimetière Mont-Parnasse, l'identité ayant été régulièrement constatée.

L'état de conservation du cadavre est tel que non-seulement à l'intérieur, mais à l'extérieur, les moindres lésions sont facilement appréciables. Le corps est celui d'une femme d'une quarantaine d'années, dont l'embonpoint et l'aspect général indiquent que la veuve de P... n'a pas été épuisée par les longues souffrances d'une maladie chronique.

Il n'existe à l'extérieur aucune trace de violences. L'examen le plus minutieux ne nous permet de constater, soit sur le tronc, soit sur les membres, en avant ou en arrière, aucune marque de sévices, de coups ou de contusions quelconques.

Les téguments et les os du crâne sont intacts. Le cerveau est à l'état normal. L'intérieur de la bouche et de l'arrière-gorge n'offre rien à noter.

Les poumons sont parfaitement sains, nous n'y découvrons ni congestion ni altérations inflammatoires ou tuberculeuses. Le cœur, également intact, renferme une assez grande quantité de sang à demi coagulé. Après l'avoir débarrassé de tous les caillots, nous constatons que toutes les parties de cet organe, et notamment les valvules et les orifices, sont tout à fait à l'état normal.

A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve aucun épanchement de sang, de sérosité, ni d'aucun autre liquide dans cette cavité. Les viscères abdominaux, le foie, la rate et les reins sont sains.

Quant au tube digestif, estomac et intestin, il présente seulement par places quelques suffusions sanguines, quelques points congestionnés répandus dans toute la longueur de l'intestin; mais nulle part la membrane muqueuse n'est le siége d'une inflammation soit aiguë, soit chronique; nulle part il n'y a ni ulcérations, ni ramollissement, ni perforation.

Les organes génitaux, tant internes qu'externes, ne présentent pas de traces de maladies ni de violences. Mais nous découvrons dans la matrice un commencement de grossesse. Le produit de conception, qui est d'ailleurs intact, offre un développement de sept à huit semaines.

En résumé, de l'examen qui précède nous concluons que :

1° Il n'existe chez la dame veuve de P... aucune trace de maladie ou lésion appréciables, soit ancienne, soit récente, qui puisse, d'après le seul examen des organes, rendre un compte naturel de la mort.

2° Cette absence de lésions caractérisées et certains indices, notamment l'état du tube digestif, peuvent donner lieu de penser que la mort aurait pu être produite par l'ingestion d'une substance vénéneuse.

3° L'analyse des viscères pouvant seule fournir à cet égard des résultats positifs, nous avons extrait du cadavre et placé dans deux bocaux de verre neuf, d'un côté l'estomac et les intestins, de l'autre le foie, les poumons, le cœur, la rate et les reins.

Les bocaux ont été fermés, scellés, et notre signature apposée sur les étiquettes.

II. — *Examen des divers scellés reçus des mains de M. le juge d'instruction par MM. Tardieu et Roussin.*

Cette première opération ayant démontré la nécessité de procéder à une information complète, l'habile magistrat auquel elle fut confiée, M. le juge d'instruction de Gonet, nous donna, dans un mandat presque illimité, la mission de procéder aux recherches chimiques et physiologiques nécessaires pour constater s'il existait encore dans les organes de la veuve de P... et sur le parquet de la chambre où elle avait succombé, des traces d'une substance toxique, de procéder à l'inventaire exact de toutes les substances saisies au domicile de l'inculpé, de constater par l'analyse chimique leur nature et leur degré d'activité, d'examiner les livres et écrits traitant de matière de toxicologie, de faire, en un mot, toutes les recherches et observations qui pourraient éclairer la justice et mettre la vérité en lumière.

Toutes les opérations, expériences et analyses auxquelles nous avons dû nous livrer pour accomplir notre mandat ont eu lieu au laboratoire de l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Les opérations terminées, nous avons rédigé le présent rapport, qui constate et résume les détails de nos nombreuses recherches ainsi que les conclusions qui en découlent.....

III. — *Examen des diverses substances saisies au domicile de l'inculpé.*

Ces substances et produits chimiques divers sont renfermés dans plusieurs caisses ou boîtes de grandeur inégale, soigneusement fermées et revêtues du sceau de M. le commissaire de police. Nous n'entrerons pas dans les nombreux détails de toutes les réactions et analyses que la détermination de ces substances a dû exiger. Chaque produit n'a reçu sa désignation définitive qu'après un contrôle des plus sérieux et des essais contradictoires.

Les experts reproduisent ici la nomenclature exacte des diverses substances saisies chez l'accusé, et continuent ainsi :

Le long et minutieux inventaire d'une quantité aussi considérable de substances chimiques et pharmaceutiques étant terminé, il convient, pour remplir notre mandat, d'ajouter quelques observations succinctes inspirées naturellement par l'examen et la nature de plusieurs de ces produits.

Indépendamment d'un grand nombre de produits et préparations homœopathiques, l'inventaire précédent constate que l'inculpé avait en sa possession une quantité vraiment prodigieuse de poisons fort actifs, hors de toute proportion avec les besoins ordinaires du médecin, et à plus forte raison hors de toute proportion avec ceux d'un médecin homœopathe, qui n'emploie les préparations chimiques et autres qu'à doses infinitésimales, c'est-à-dire tout à fait impondérables.

Parmi les substances actives dont la quantité nous a semblé dépasser toutes limites raisonnables, nous citerons en particulier les suivantes :

1° Quatre flacons renfermant des doses considérables d'acide arsénieux (arsenic);
2° Trois flacons et paquets renfermant des doses considérables de sublimé corrosif;
3° Sulfate de cuivre;
4° Poudre d'ellébore noir, 125 grammes;
5° — de noix vomique, 250 gr.;
6° — de stramonium, 250 gr.;
7° — d'aconit, 250 gr.;
8° — de coque du Levant, 250 gr.;
9° — de coloquinte, 62 gr.;
10° — de belladone, 250 gr.;
11° — de ciguë, 125 gr.;
12° — de digitale, 125 grammes;
13° Acide cyanhydrique au quart, 30 grammes;
14° Huile de croton tiglium, 30 grammes;
15° Chlorhydrate de morphine, 4 grammes;
16° Strychnine, 5 grammes;
17° Digitaline, un flacon de 2 grammes; etc., etc.

Les factures de la maison Menier, qui nous ont été communiquées, nous révèlent à propos de cette dernière substance les faits suivants :

1° A la date du 4 octobre 1861, l'inculpé a acheté 50 centigrammes de digitaline.

2° A la date du 11 juin 1863, l'inculpé en achète 1 gramme.

3° A la date du 19 juin 1863, l'inculpé en achète de nouveau 2 grammes.

Total : 3 grammes 50 centigr. de digitaline, dont il reste seulement aujourd'hui 15 centigrammes, c'est-à-dire qu'il en manque plus des dix-neuf vingtièmes.

Une consommation si considérable paraît hors de toute proportion, non pas même avec les besoins ordinaires d'un médecin, mais d'un pharmacien, ce dernier fût-il très-achalandé. La digitaline est en effet un des poisons les plus violents que l'on connaisse; il n'est possible de l'administrer qu'à la dose de 1 à quelques milligrammes : à la dose de 1 à quelques centigrammes, elle tue infailliblement.

A la date du 7 mai 1863, l'inculpé a acheté 250 grammes de sublimé corrosif, et à la date du 15 août de la même année, 125 grammes de la même substance. Le sublimé corrosif est un poison des plus actifs, toxique à la dose de quelques décigrammes.

Le 22 août 1863, l'inculpé achète 30 grammes d'acide cyanhydrique au quart. C'est le poison foudroyant par excellence, qui tue sûrement et ne laisse que des traces très-difficilement appréciables.

12 grammes d'hydrochlorate de morphine ont été achetés par l'inculpé aux trois dates suivantes : 1° 4 grammes, le 4 avril 1861; 2° 4 gr., le 23 février 1863; 3° 4 gr., le 26 novembre 1863.

IV. — *Examen des organes extraits du cadavre de la veuve de P...*

Les organes sont contenus dans deux grands bocaux à large ouverture, parfaitement bouchés et scellés.

L'un de ces bocaux renferme l'estomac et les intestins; l'autre renferme les autres organes de la veuve de P...

A l'ouverture, on constate un état remarquable de conservation de ces divers organes. En particulier le vase qui renferme l'estomac et les intestins ne présente presque aucune odeur et nul vestige de putréfaction. Celui qui renferme les autres organes présente un commencement d'altération manifeste; des gaz méphitiques se dégagent et tuméfient les organes, qui ont peine à rester contenus dans le bocal.

Nous nous empressons, en conséquence, de vider dans une large capsule de porcelaine, fort propre, le contenu du scellé n° 2, et après plusieurs incisions, pratiquées en divers sens, dans la masse tuméfiée de ces organes, pour donner issue aux gaz, nous arrosons cette pulpe avec de l'alcool à 90 degrés très-pur, dans le but d'arrêter la fermentation déjà commencée et de s'opposer à toute altération ultérieure.

Nous avons procédé immédiatement aux recherches toxicologiques véritables. A cet effet, nous avons divisé en deux parties à peu près égales les divers organes du bocal n° 2. L'une de ces portions est mise en réserve pour les éventualités imprévues, et l'autre immédiatement mise en expérience.

Cette portion des organes, destinée à l'analyse et coupée en petits morceaux menus, à l'aide d'un scalpel neuf, est introduite dans une cornue, avec 200 grammes d'acide sulfurique pur et concentré. Cette cornue, munie d'une allonge et d'un ballon récipient convenablement refroidi, est chauffée au bain de sable, jusqu'à cessation absolue de tout dégagement de vapeurs. Il reste alors dans la cornue un charbon sec et friable, et l'on trouve dans le récipient environ 800 gr. d'un liquide fort acide et d'une odeur vive d'acide sulfureux. L'examen du charbon est pratiqué de la manière suivante : extrait de la cornue à l'aide d'une baguette de verre, il est soigneusement réduit en poudre et introduit dans un ballon neuf avec 50 grammes d'acide azotique pur et concentré. Après une digestion prolongée au bain-marie, on ajoute 250 centigrammes d'eau distillée et l'on jette sur un filtre de papier Berzelius. Le filtre est lavé de nouveau à l'eau distillée, jusqu'à épuisement de toute matière soluble. On obtient de la sorte 600 grammes d'un liquide fort acide que l'on met à évaporer au bain-marie, presque jusqu'à siccité. Dans cet état, cette solution présente les caractères suivants :

Additionnée d'acide sulfhydrique jusqu'à odeur persistante, elle ne donne naissance, même au bout de quarante heures, qu'à un léger dépôt de soufre, blanc jaunâtre, complétement insoluble dans l'eau et dans l'ammoniaque.

Cette liqueur précipite abondamment par la potasse et l'ammoniaque liquide. Ce précipité présente tous les caractères du phosphate calcaire mélangé d'un peu de magnésie et de fer. La présence de ce dernier métal s'accuse du reste très-facilement par le sulfhydrate d'ammoniaque, le prussiate jaune, l'infusion de noix de galle, le sulfo-cyanure de potassium, etc.

Introduite dans l'appareil de Marsh, cette liqueur ne donne lieu à aucun dépôt, ni dans le tube ni sur les soucoupes.

Les recherches les plus multipliées auxquelles nous avons soumis ce liquide, ainsi que le résidu charbonneux lui-même, n'ont en résumé indiqué la présence d'aucun élément minéral toxique.

Nous en dirons autant du liquide distillé, provenant du traitement des organes par l'acide sulfurique. Ce liquide ne renferme aucun principe toxique, car il ne donne aucune réaction aux réactifs variés que l'on a fait agir sur lui.

Il résulte de ce premier examen des organes, qu'ils ne renferment aucun élément minéral toxique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 juillet 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

LECTURE.

Polype naso-pharyngien. — Ablation du maxillaire supérieur comme opération préliminaire. — Conservation du périoste et reproduction de l'os. — Guérison constatée sept mois après l'opération, par M. OLLIER, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (Voir plus haut.)

M. VERNEUIL donne lecture de cette observation.

DISCUSSION.

M. RICHET. Je trouve que pour atteindre et surveiller le pédicule d'un polype naso-pharyngien, il n'y a pas de procédé supérieur à l'extirpation du maxillaire. Chez la malade dont j'ai récemment entretenu la Société, on peut, malgré la complète cicatrisation des parties molles, porter le doigt et l'œil sur la surface d'implantation de la tumeur. Cette surface pourra donc être surveillée pendant toute la vie de la malade.

M. Ollier vient d'insister, dans sa très-belle observation, sur les avantages de la conservation du périoste au point de vue de la forme; je crois que ce chirurgien se fait illusion sur l'avantage de son procédé à ce point de vue. Je n'ai pas conservé le périoste, je n'ai même pu conserver le rebord orbitaire, déjà détruit à sa partie interne; j'ai respecté l'os de la pommette, les incisives et la partie correspondante du rebord alvéolaire; il y a très-peu de difformité. A peine serait-elle appréciable s'il n'existait pas une fistule à l'angle interne de l'œil. Cette fistule est le résultat de tentatives antérieures faites par la voie nasale; je n'y ai pas touché, retenu que je suis par la crainte de provoquer un érysipèle. Je crois donc que le décollement du périoste complique l'opération et augmente beaucoup sa durée, le tout sans grande utilité.

M. GIRALDÈS. L'observation de M. Ollier n'est pas seulement intéressante au point de vue chirurgical, elle offre encore un grand intérêt physiologique. M. Sédillot s'efforce en ce moment de démontrer que la reproduction des os par le périoste s'effectue rarement chez les animaux, il est aidé dans cette tâche par M. Marmy. Ces chirurgiens ont fait des expériences très-attentives et arrivent jusqu'à présent à des conclusions contraires à celles de M. Ollier. Le fait que vient de vous adresser le chirurgien de Lyon tendrait à établir qu'il y a, au point de vue de la reproduction des os par le périoste, une différence sensible entre l'homme et les animaux.

M. VERNEUIL. Voici trois ou quatre ans que la Société de chirurgie s'occupe de la question des polypes naso-pharyngiens. J'ai pour ma part beaucoup insisté sur les avantages de la résection du maxillaire supérieur comme opération préliminaire. Mon zèle a été d'autant plus désintéressé que je ne suis pas l'inventeur de ce procédé opératoire; mais je ne suis pas moins heureux de constater que des chirurgiens aussi habiles que MM. Fleury, Ollier et Richet viennent défendre ici les opinions que j'y ai soutenues. Dans les observations auxquelles je fais allusion, il s'agissait il est vrai de gros polypes; mais pour moi, la résection du maxillaire est encore préférable aux procédés parcimonieux, même quand il s'agit de petites tumeurs. Je crois avoir démontré que les opérations que j'appelle parcimonieuses n'ont donné que de rares, que de très-rares guérisons définitives.

J'ai eu occasion d'assister à une opération par la voûte palatine, pour une tumeur peu volumineuse de la partie postérieure des fosses nasales. Cette tumeur était de mauvaise nature. Tout alla bien pendant quinze jours; mais quoique la résection de la voûte palatine eût été fort bien exécutée, il y avait récidive après trois semaines, et ce n'est qu'avec la plus grande peine que l'on a pu faire des cautérisations restent impuissantes.

Je me félicite donc de voir les chirurgiens disposés à sacrifier le maxillaire supérieur, d'autant mieux que cette opération est certainement moins grave que les autres. La difformité que laisse après elle cette mutilation constitue une sérieuse objection; je trouve donc fort importante une observation qui vient nous donner un moyen de plus de l'atténuer. Que pour atteindre ce but on conserve avec soin certaines portions du maxillaire, rien de mieux; dans cette partie de l'opération, MM. Richet et Ollier ont agi à peu près de même. Mais quand cela est possible, pourquoi ne pas conserver le périoste, lorsque l'on est aussi nettement encouragé par le succès de M. Ollier? Je crois donc que cette membrane ne doit être sacrifiée que lorsqu'elle est déjà compromise ou détruite; c'est ce qui avait lieu dans le cas de M. Richet.

La surveillance de la base d'implantation est restée facile dans le cas de M. Ollier; il est vrai que le périoste de la voûte palatine n'a pas donné de reproduction osseuse, tandis que celui de la face externe

du maxillaire a fourni le beau résultat que vous connaissez. Quand il s'agit de reproduction osseuse, on ne peut donc pas conclure d'une manière absolue d'une région à l'autre, pas plus que des animaux à l'homme, ainsi que le faisait tout à l'heure remarquer M. Giraldès.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancer de l'extrémité inférieure du fémur.

M. MARJOLIN. J'ai déjà eu l'occasion de communiquer à la Société deux observations de cancer des os, développé chez de jeunes enfants. Dans un cas, la maladie siégeait dans l'os des iles; dans le second, il s'agissait d'un ostéo-sarcome du fémur, pour lequel je dus pratiquer la désarticulation de la cuisse, assisté par notre regrettable collègue Robert. Cette fois, c'est encore le fémur qui est malade; l'affection, qui s'est développée sans cause appréciable, a marché avec une grande rapidité.

Il y a cinq mois, l'enfant, qui est âgé de treize ans et fils d'un père mort phthisique, ressentit brusquement de très-vives douleurs dans la cuisse droite. M... n'avait ni fait de chute ni reçu de coup; seulement, par une journée du mois de février, il était resté debout quatre heures, attendant pour voir passer un cortége.

L'enfant fut soigné chez sa mère, et d'après les renseignements recueillis, nous savons qu'un traitement régulier fut institué pour combattre les accidents, qui semblaient, d'après leur marche et leur caractère, dépendre plutôt d'une ostéo-périostite aiguë que d'une affection cancéreuse. En effet, non-seulement le genou et toute la partie inférieure de la cuisse devinrent très-tuméfiés et très-douloureux, mais il se forma bientôt un vaste foyer purulent, s'étendant depuis le tiers moyen du fémur jusqu'au niveau du pli de l'aine. Ce foyer ayant été ouvert, l'enfant ne tarda pas à être pris de tous les accidents qui accompagnent la pénétration de l'air dans de vastes foyers, et lorsqu'il fut amené le 28 juin à l'hôpital, il était dans un état d'épuisement tel que j'hésitai beaucoup sur le parti que je devais prendre.

L'enfant était d'une pâleur extrême, épuisé par la douleur, l'insomnie et la diarrhée. Tout le membre abdominal droit était infiltré, le genou tellement volumineux et déformé qu'il ressemblait à celui d'un individu atteint d'éléphantiasis; au-dessus du tiers inférieur de la cuisse, en dehors, existait une ouverture communiquant avec un vaste foyer purulent, d'où matin et soir s'échappaient au milieu d'un pus d'une fétidité extrême de nombreux flocons de tissu cellulaire sphacélé.

Comme l'enfant toussait à peine et qu'il arrivait avec la pensée que l'amputation seule pouvait le guérir, après l'avoir examiné pendant trois jours, en combattant par tous les moyens convenables les accidents généraux et locaux, je me décidai à pratiquer l'amputation de la cuisse le 1er juillet.

Prévoyant que l'amputation circulaire ne me laisserait pas beaucoup de facilité pour scier le fémur dans un endroit assez élevé pour le trouver sain et encore recouvert de son périoste, immédiatement après les deux incisions circulaires, je pratiquai une incision longitudinale au-dessous du grand trochanter. De cette manière, j'arrivai facilement sur une partie saine de l'os; mais au-dessus de l'incision, le sommet du foyer purulent avait encore en dedans et en dehors au moins 8 ou 9 centimètres de profondeur. Je rapprochai mollement les chairs, pour laisser un libre écoulement au pus et couvrir le moignon de fomentations émollientes tièdes. Le malade perdit très-peu de sang, et dans la journée on lui fit prendre des aliments. Dès le jour même, il y eut un grand calme, et le malade se sentit soulagé par le fait même de l'opération, tant les pansements habituels étaient douloureux et pénibles.

Lorsque l'enfant nous avait été présenté, j'avais cru qu'il s'agissait d'une ostéo-myélite, et j'étais d'autant plus fondé à porter ce diagnostic, qu'outre les symptômes que j'ai mentionnés en introduisant un stylet par l'ouverture de l'abcès, j'avais trouvé le fémur dénudé de son périoste dans une grande étendue, et j'avais constaté l'existence d'un séquestre à la partie postérieure et inférieure. L'autopsie de la pièce nous démontra que je m'étais trompé sur la nature véritable de l'affection, et qu'il s'agissait cette fois d'un cancer de l'os ayant probablement son point de départ dans le périoste de l'extrémité inférieure de la diaphyse.

Ayant disséqué la pièce avec M. Leroy, interne du service, nous trouvâmes avec surprise que l'articulation du genou était saine. L'épiphyse du fémur était saine, et la diaphyse n'en était nullement séparée. Quant à la diaphyse, elle était malade dans tout son tiers inférieur, un peu plus volumineuse que dans l'état habituel; en dedans et en arrière, il existait un séquestre volumineux encore adhérent au reste de l'os. Au centre de l'os, on trouvait au milieu du canal médullaire de petits noyaux gros comme des pois, irréguliers, d'un gris nacré, transparent. Examinés au microscope par mon collègue M. Bergeron et par M. Leroy, il s'est trouvé que ces noyaux renfermaient une grande quantité de cellules cancéreuses.

Mais une autre altération pathologique fort curieuse que je ne dois pas oublier de signaler, c'est la quantité considérable de stalactites osseuses, de grosseur et de forme variées, provenant de la partie inférieure du fémur, ou disséminées dans la masse musculaire du tiers inférieur de la cuisse. Au niveau du tiers moyen, le fémur était à nu, baignant dans le pus et à peine recouvert par la peau. Les vaisseaux du creux poplité n'ont rien présenté de particulier à noter.

M. GUERSANT. J'ai eu occasion, il y a quelques années, de montrer une pièce à peu près semblable à la Société. Seulement, la tumeur remontait beaucoup plus haut, et le cancer était plutôt osseux que périostal. J'ai eu le malheur de perdre cet opéré de la variole au trente et unième jour.

Amputation de la verge.

M. FOLLIN présente à la Société une pièce anatomique destinée à montrer les bons résultats d'un procédé mis depuis longtemps en usage par M. Ricord et d'autres chirurgiens, pour conserver à l'orifice de l'urèthre sa grandeur normale après les amputations de verge.

M. Follin pratiqua, il y a huit ou dix mois, l'amputation de la verge sur un malade atteint de cancer du pénis. L'amputation faite, il incisa la partie inférieure de l'urèthre dans l'étendue d'un centimètre, et obtint ainsi une plaie en forme de V, à base antérieure. Les deux lèvres de cette plaie furent réunies latéralement, de façon à adosser le feuillet muqueux de l'urèthre à la peau. Deux points de suture suffirent pour maintenir les choses en place, et la réunion se fit très-bien.

Quand le malade sortit de l'hôpital, il urinait très-facilement et à plein canal.

Quelques mois après cette opération, une récidive de cancer eut lieu dans les ganglions de l'aine, et le malade revint à l'hôpital du Midi, où il succomba.

On peut voir sur la pièce présentée par M. Follin :

1° Qu'il n'y a pas de récidive du cancer sur place;

2° Que l'orifice uréthral, situé à la partie inférieure du pénis, est elliptique et large comme un canal normal;

3° Que quelques filets des nerfs dorsaux de la verge se terminent au niveau de la section faite au pénis, en formant de légers renflements qui adhèrent à l'enveloppe du corps caverneux. Ces petits névromes peuvent expliquer les douleurs qu'éprouvent parfois les individus amputés de la verge, surtout au moment des érections.

M. BROCA. Il y a quatre ans, j'ai fait une amputation de la verge par le procédé suivi par M. Follin. Le résultat a été aussi parfait que dans le cas que vous soumet notre collègue. Il s'agissait d'un épithélioma récidivé, et je dus amputer à la base de la verge. Néanmoins, je pouvais, quinze jours après, vous rendre témoins d'un très-bon résultat opératoire. Aujourd'hui, je puis vous apprendre que non-seulement l'urèthre est resté libre, mais que la récidive, que j'avais prescue prédite, n'a pas eu lieu.

En examinant le tronçon de la verge amputée, j'avais trouvé, disséminés dans le corps caverneux et jusque sur la surface de section, de petits noyaux que je n'eus pas de peine à reconnaître, au microscope, pour des amas d'épithélium. Préoccupé de ce fait, j'en avertis le médecin du malade, M. le docteur Costilhes, et nous nous déterminâmes à cautériser vivement la surface de la plaie avec le caustique Filhos. Il y a quelques jours à peine, notre confrère me donnait encore les meilleures nouvelles de ce malade.

M. RICHET. Je ne sais si quelqu'un a mis en usage avant moi le procédé que M. Follin attribue à M. Ricord; mais il y a onze ans, j'ai opéré par ce même procédé, et j'ai cru faire une opération nouvelle. C'était sur ce même malade atteint à la fois de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus et de luxation, sur lequel je pratiquai le refoulement pour réduire la luxation de la tête humérale. Le mémoire que j'écrivis à ce sujet a servi à appuyer ma candidature devant la Société de chirurgie, et le procédé d'amputation de la verge que j'avais imaginé a été publié dans mon *Anatomie chirurgicale*. Je n'ai pas eu besoin d'inciser longitudinalement l'orifice uréthral pour attirer la muqueuse; elle est assez lâche pour pouvoir facilement être amenée au dehors et greffée à la peau. J'ai perdu ce malade de vue.

M. FOLLIN. Le procédé dont je me suis servi est indiqué dans les livres sous le nom de Ricord; mais je ne sais à quelle époque il a été publié pour la première fois. L'incision de la partie inférieure de l'orifice de section de l'urèthre, préconisée par ce chirurgien, facilite beaucoup l'opération; elle est absolument inoffensive, et il suffit de lui donner une très-petite longueur.

Je puis ajouter que j'ai pratiqué cette même opération il y a six mois, et que le succès a été complet. J'ai voulu que la pièce anatomique que je vous ai présentée rendît évidents les avantages de ce mode d'amputation de la verge.

— La séance est levée à cinq heures.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 21 juin 1864, la Société d'anthropologie est reconnue établissement d'utilité publique.

Nos lecteurs savent que cette reconnaissance donne qualité à une société pour recevoir des dons et legs qui peuvent lui être faits.

ERRATUM. — L'observation d'*anesthésie sans sommeil*, publiée dans notre numéro du 2 juillet dernier, a pour auteur M. le docteur Pauli, médecin-major du 96e de ligne, et non M. Taule.

Troisième compte rendu de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps (à Bordeaux), pour le deuxième semestre. par M. le Dr DELMAS, directeur de cet établissement. In-8° de 150 p. Prix : 2 fr. 50 c. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 84. — MARDI 19 JUILLET 1864. (37e ANNÉE.) N° 84. — MARDI 19 JUILLET 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JUILLET 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

La médecine et la chirurgie cèdent aujourd'hui le pas aux sciences dites accessoires. L'histoire naturelle et la chimie ont occupé la plus grande partie de cette séance.

Une simple note de M. Namias sur un fait curieux d'empoisonnement par les feuilles du tabac appliquées sur la peau nue, et une lettre de M. Scoutetten, que nos lecteurs trouveront au compte rendu, sont les seules communications médicales à reproduire.

Nous profiterons de ce bon sommeil de la médecine et de la chirurgie — bien excusable par ces temps lourds et orageux — pour continuer à placer sous les yeux de nos lecteurs le savant rapport médico-légal sur l'empoisonnement par la digitaline. — Dr E. Renaud.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De l'arthrite noueuse.

(Leçon rédigée par M. Xavier GOURAUD, interne du service.)

La maladie articulaire que nous désignons sous la dénomination d'*arthrite noueuse*, a été depuis longtemps étudiée, et sa nature a soulevé de nombreuses discussions, les uns la croyant uniquement rhumatismale, d'autres au contraire la rangeant au nombre des manifestations de la goutte. On trouve cette forme d'arthrite déjà indiquée dans les dissertations de Musgrave (1703); mais c'est à Haygarth (1805) que revient l'honneur d'en avoir donné la première description vraiment exacte : dans sa thèse inaugurale (*Existe-t-il une goutte asthénique primitive?* 1810), Landré Beauvais a évidemment en vue cette variété d'arthrite; depuis elle a été signalée, en 1839, par Adams; enfin, à une époque plus rapprochée, parurent les deux thèses de M. Charcot et de M. Trastour, 1852, qui traitent presque complétement le sujet.

Si l'on se reporte à l'article du *Dictionnaire des sciences médicales* de Guilbert sur la goutte, on verra que la maladie décrite sous le nom de goutte fixe primitive ressemble trait pour trait à celle que nous nommons *arthrite noueuse*. Plus tard certains auteurs, voyant que les grandes articulations étaient aussi bien que les petites susceptibles d'être envahies par la maladie que nous décrivons ici, pensèrent que la dénomination de *rhumatisme goutteux* était seule convenable; d'autres crurent à l'existence d'une simple *arthrite chronique rhumatismale*. Toutes ces synonymies ont le tort de ne pas aider à reconnaître ici une espèce particulière, remarquable au point de vue anatomo-pathologique par les déformations qui la caractérisent : c'est pour cette raison que nous avons adopté le nom d'*arthrite déformante* ou d'*arthrite noueuse*.

Cette maladie a pour caractère principal d'être primitivement chronique ou chronique d'emblée; sa marche est essentiellement progressive et générale, et, bien que l'influence rhumatismale ait ici une véritable part dans la production des lésions articulaires, il ne faudrait pas croire que l'arthrite cesse d'exister dans une articulation parce qu'une autre jointure a été prise : ce n'est pas ainsi que les choses se passent; la lésion une fois produite reste localisée, et peu à peu, progressivement, si la thérapeutique n'intervient pas, toutes les articulations deviennent malades.

Le plus souvent c'est sur les doigts que l'on remarque les premières nodosités; d'autres fois, et la malade qui est couchée au n° 15 de la salle Sainte-Marthe en est un exemple, la lésion anatomique commence par envahir le cou-de-pied; peu à peu le mal progresse, et c'est ainsi que l'on voit, non pas seulement les petites articulations, telles que celles des doigts et des orteils et même des vertèbres cervicales, mais encore celles du genou et de la hanche, devenir le siége des déformations. Chomel paraît donc avoir eu raison de confondre la goutte avec le rhumatisme, quand pour établir cette assimilation il se fonde sur ce que ces deux affections peuvent, l'une aussi bien que l'autre, occuper à la fois les grandes et les petites jointures; mais il n'y a là qu'une apparence de raison, car Chomel négligeait ainsi de reconnaître les grandes différences étiologiques qui séparent si nettement ces deux espèces morbides.

Le gonflement des surfaces articulaires peut être dans certains cas porté assez loin pour qu'il se produise un déplacement. Les articulations subissent alors une véritable subluxation; la déformation qui en est la conséquence donne alors à la maladie un nouveau trait de ressemblance avec la goutte. Chez le malade du n° 16 de la salle Saint-Louis, qui a été le point de départ de cette conférence, la déformation était très-évidente : la tête du premier métatarsien avait subi un gonflement tel que la première phalange du gros orteil avait été obliquement repoussée de dedans en dehors et d'arrière en avant; cette subluxation existait des deux côtés. Ce malade avait eu le genou droit pris au début des accidents; quand il pliait ou étendait la jambe, la main appliquée sur la face antérieure du genou percevait la sensation d'une sorte de froissement, comparable à celui que donne une petite boule de neige que l'on presse entre les doigts; quelquefois on sentait comme une sorte de craquement indiquant l'état de sécheresse des surfaces osseuses altérées.

La douleur au niveau des nodosités est intolérable; elle est spontanée et aussi plus forte à la pression; ajoutons que si l'influence du froid humide se trouve augmentée, les jointures deviennent beaucoup plus douloureuses; mais il n'y a là rien qui ressemble à un véritable accès, comme cela se voit dans la goutte.

Les déformations et la douleur donnent souvent lieu à un symptôme important. On voit dans quelques cas graves des rétractions musculaires se produire dans un but providentiel de soulagement pour les malades; ces rétractions atteignent tantôt les muscles fléchisseurs, tantôt les extenseurs, suivant le siége de la nodosité. On observe la même chose dans la psoïtis : le muscle iliaque se rétracte alors et fléchit la cuisse sur le bassin, pour mettre dans le relâchement le psoas enflammé. Le même phénomène de rétraction instinctive se rencontre dans les angines graves, où l'on voit le muscle masséter, par sa contraction exagérée, empêcher la bouche de s'ouvrir et de recevoir des aliments, qui ne pourraient être que douloureusement déglutis.

Indépendamment des symptômes que présentent les articulations, il faut signaler ceux qui sont fournis par l'auscultation du cœur. La jeune fille dont nous avons déjà parlé a conservé un bruit de râpe au premier temps et à la base, indiquant évidemment que l'aorte est rétrécie à son origine; cette malade insiste sur ce fait, que ses palpitations ne sont survenues qu'après les douleurs articulaires. Cette coïncidence d'une arthrite noueuse avec une affection cardiaque est un fait exceptionnel, et pour notre part, voilà la première fois que nous l'observons.

Dans quelques circonstances, la nécessité de s'abstenir de tout exercice a pu produire quelques symptômes généraux de cachexie.

L'anatomie pathologique de l'arthrite noueuse peut se résumer en deux mots : c'est une arthrite sèche, contrairement à ce qui a lieu pour une autre espèce d'arthrite chronique, la tumeur blanche, qui est toujours humide : les synoviales sont congestionnées, épaissies; elles disparaissent par places, et nécessairement les cartilages s'usent et disparaissent également dans les points correspondants, privés qu'ils sont de leurs éléments de nutrition. Aucune suppuration et jamais de tophus.

C'est en étudiant les causes de l'arthrite noueuse que l'on peut sentir nettement les différences qui séparent de la goutte cette maladie essentiellement rhumatismale. La goutte, en effet, est une maladie de la nutrition, elle est le produit de l'alimentation succulente, et se trouve en rapport étiologique direct avec les *ingesta*; l'arthrite noueuse est le produit du froid, et surtout du froid humide; elle est en rapport étiologique avec les *circumfusa* : ici ce n'est plus la nutrition, mais bien les fonctions de la peau qui sont troublées. Il est remarquable que les sujets atteints de cette maladie à forme si spéciale, accusent, tous sans exception, le *séjour prolongé* dans un endroit froid et humide, dans une maison récemment construite, un rez-de-chaussée ou tout autre lieu présentant les conditions que nous venons de signaler. C'est ainsi que dans certaines localités, à Chantilly par exemple, on trouve l'arthrite noueuse endémique.

Le jeune homme de la salle Saint-Louis avait pendant longtemps été chargé de la surveillance des travaux dans une carrière à plâtre. — N'oublions pas de mentionner ici les émotions morales pénibles et la dyspepsie comme favorisant la production de l'arthrite noueuse; celle-ci, en effet, comme d'ailleurs toutes les maladies chroniques, doit surtout se produire, lorsque l'organisme est appauvri par l'insuffisance de la nutrition, qui est la conséquence nécessaire de toute dyspepsie.

Il ne sera pas difficile, dans les cas bien tranchés, de reconnaître l'arthrite noueuse; nous ne la confondrons pas avec la goutte, qui commence presque toujours par se manifester à la base du gros orteil, qui est caractérisée par de vrais accès, par les dépôts crayeux articulaires, et l'excès d'acide urique et des urates dans les urines.

On a dit que les vieillards avaient des déformations articulaires spéciales : nous pensons que ces déformations ne sont autres que celles dont nous venons de vous tracer l'histoire; les articulations des vieillards, dont la peau fonctionne en général d'une façon insuffisante, peuvent être à la longue altérées et déformées, comme nous voyons chez eux le cœur et les gros vaisseaux s'altérer lentement; il y a des états séniles pour les articulations, comme il y a des états séniles pour les organes de la circulation.

Il existe cependant une difficulté que nous devons signaler : il se présentera à vous des malades atteints d'arthrite noueuse que vous méconnaîtrez. En effet, la nodosité articulaire, qui constitue le cachet de la maladie, ne se produit que quand celle-ci est arrivée au troisième degré; au début, point de déformation, point de gonflement des surfaces articulaires, et cependant c'est au début qu'il est utile d'instituer le traitement, pour avoir les meilleures chances de guérison.

Ces arthrites noueuses du premier degré sont beaucoup plus communes qu'on ne le dit généralement, et ce sont les plus difficiles à reconnaître. Vous éviterez toute erreur, si vous vous rappelez que l'arthrite noueuse a trois caractères essentiels : les douleurs articulaires intolérables, la multiplicité des jointures simultanément affectées et l'influence pathogénique du séjour prolongé dans un lieu froid et humide. Cette dernière circonstance étiologique a toute la valeur d'un élément de diagnostic. Rappelez-vous encore que la possibilité d'une arthrite noueuse ne devra pas vous échapper, toutes les fois que vous observerez des douleurs articulaires intenses, dont la lésion ne pourra rendre compte. Quant aux douleurs osseuses syphilitiques, d'autres symptômes les accompagnent, qui mettront le médecin sur la voie du vrai diagnostic.

Un grand nombre d'essais thérapeutiques ont été institués, et, il faut bien le dire, sans grand succès. Il n'y a qu'un moyen qui ait donné de bons résultats. Ce moyen a été proposé par M. Noël Guéneau de Mussy, dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine. Il consiste dans l'administration de bains alcalins, auxquels on ajoute 1 gramme 50 centigrammes et même 2 grammes d'acide arsénieux. M. Guéneau a présenté à l'Académie des malades qui avaient reçu de bons effets de cette médication. En général, ce sont les douleurs qui cèdent d'abord; la disparition des nodosités, quand on a le bonheur de l'obtenir, se fait attendre plus longtemps.

A cette médication extérieure, nous avons l'habitude de joindre l'usage de l'acide arsenieux à l'intérieur; c'est à la solution de Boudin que nous donnons la préférence, et nous la formulons ainsi :

Eau distillée.	500 grammes.
Acide arsénieux.	0,10 cent.

Les malades doivent prendre matin et soir une cuillerée à bouche de cette solution. Cette médication est très-bien supportée, beaucoup mieux que le sulfate de quinine à haute dose, et elle a l'avantage de guérir la dyspepsie qui souvent accompagne l'arthrite noueuse et s'oppose au complet rétablissement des forces.

Le malade de la salle Saint-Louis, n° 16, s'est très-bien trouvé de cette association de l'arsenic à l'intérieur avec les bains alcalins arseniqués. Quand il a quitté l'hôpital, les douleurs avaient disparu, et les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne droite, qui étaient si gravement compromis, s'exécutaient presque librement.

ASILE DES ALIÉNÉS DE TOULOUSE.

M. MELLIER, interne.

Pustule maligne spontanée.

Dans la séance du 19 janvier 1864, M. Gallard a donné lecture à l'Académie impériale de médecine d'un mémoire intitulé : *La pustule maligne peut-elle se développer spontanément dans l'espèce humaine?* — Dans ce mémoire, M. Gallard fait appel aux personnes qui auraient été à même d'observer des cas de pustule maligne développés en l'absence de toute contagion possible. A ce titre, voici, je crois, un exemple qui ne manque pas d'un certain intérêt :

Le 14 juillet 1863, le nommé T..., propriétaire cultivateur, dépar-

tement du Tarn, âgé de cinquante ans, d'une constitution forte et robuste, ressent quelques démangeaisons légères à la partie latérale gauche du cou. Le soir même, il remarque à cet endroit une petite vésicule et un peu de gonflement. Il ne fait du reste pas attention à ces légers symptômes et continue à travailler jusqu'au 17, tout en éprouvant quelques rares frissons, de la lassitude, de l'inappétence. Le 17, il se sent plus faible, et vers quatre heures du soir il est pris d'une syncope de courte durée; on le transporte chez lui et on le met au lit.

Le malade passe une bonne nuit, et le lendemain se trouvant beaucoup mieux, il se lève de grand matin dans l'intention d'aller continuer son travail. A peine a-t-il fait cent cinquante ou deux cents pas qu'il perd de nouveau connaissance; la syncope se prolonge beaucoup plus que la veille. On le rapporte dans son lit, et ses parents s'aperçoivent alors que les symptômes qui avaient paru à la partie latérale gauche du cou et qui jusque-là n'avaient pour ainsi dire pas attiré ni leur attention ni celle du malade, avaient augmenté d'une façon bien sensible; mais on croyait seulement à l'existence d'un furoncle.

Vers le soir, l'état local s'étant aggravé avec une rapidité effrayante et l'état général devenant de plus en plus mauvais, on se décide à faire appeler mon père, que j'accompagnai chez le malade.

Tous les symptômes de la pustule maligne étaient tellement évidents qu'il n'était pas permis d'hésiter pour poser le diagnostic. La face, le cou et la poitrine jusqu'au sein présentent un gonflement énorme, le tissu cellulaire paraît infiltré par une substance gélatineuse blanchâtre, la surface des téguments est luisante, sa couleur est d'un rouge vineux, l'enflure est élastique, rénitente.

A la partie gauche du cou, à 6 ou 7 centimètres au-dessous de l'apophyse mastoïde, existe une tache livide, reposant sur un tubercule induré; l'eschare est entourée d'une aréole d'un rouge violacé, la peau environnante est recouverte d'une grande quantité de petites phlyctènes. — L'état général est des plus graves, le pouls est très-petit, irrégulier, fréquent (100 pulsations environ); la peau est sèche, aride; le malade dit qu'il sent un feu intérieur qui le dévore, et pourtant la peau est à la température ordinaire. — Il éprouve des anxiétés continuelles, la respiration est courte, entrecoupée, tout, en un mot, fait présager une mort prochaine.

Le traitement de cette maladie, surtout étant parvenue à sa dernière période, étant à peu près sans utilité, nous nous bornons à prescrire quelques toniques pour agir sur l'état général, et à cautériser fortement l'eschare, l'aréole et les points où existaient des phlyctènes.

Le 19, de grand matin, nous faisons une deuxième visite au malade; son état avait encore empiré et était tellement désespéré qu'il succomba dans la matinée.

L'autopsie ne put être faite.

Malgré les questions réitérées que nous avons adressées soit au malade, qui lors de notre première visite conservait toutes ses facultés, soit aux divers membres de sa famille, il nous a été impossible de remonter à une cause extérieure comme point de départ de la maladie. Le malade n'a été en contact avec aucun corps en putréfaction, et n'avait aucun souvenir, malgré toutes nos insistances sur ce point, d'avoir été piqué soit par une mouche, soit par tout autre insecte.

On n'a remarqué à cette époque aucun autre cas de charbon sur l'homme ou les animaux ni dans le pays ni dans les environs à plusieurs lieues à la ronde. La pustule maligne est du reste une maladie très-rare dans nos contrées, et dans une pratique de plus de vingt-cinq ans, c'est à peine si mon père ou ses confrères ont observé deux ou trois cas de cette affection.

Avons-nous eu affaire ici à un cas de charbon ou de pustule maligne? Ces deux maladies ou plutôt ces deux variétés de la même maladie ont tant de points de ressemblance, qu'il est bien difficile d'établir avec certitude un diagnostic différentiel. Ainsi les symptômes généraux précèdent les accidents locaux; il n'existe encore qu'une petite vésicule, que le malade a des étourdissements, du malaise, des syncopes, et ce n'est que plus tard, tout à fait à la dernière période, que l'eschare prend un développement considérable. De là on peut conclure à l'existence du charbon, puisque les symptômes généraux, dans la pustule maligne, ne se montrent qu'à la quatrième et dernière période.

D'un autre côté, le gonflement élastique, un vaste engorgement, surtout l'aréole vésiculeuse, n'apparaissent que dans la pustule maligne, et sont des caractères exclusivement propres à cette maladie; et tous ces symptômes existaient chez notre malade.

N'aurions-nous pas eu plutôt sous les yeux un cas d'une de ces pustules malignes à base gangréneuse, à phlyctènes étendus et disséminés, à coloration rouge de la peau tuméfiée dont parlent MM. Salmon et Manoury dans leur important *Mémoire sur la pustule maligne?* Dans tous les cas, ce qu'il y a de plus intéressant dans ce fait, c'est sa spontanéité, qui ne peut être mise en doute.

DES MOUVEMENTS DU CŒUR.

Tracés sphygmographiques de MM. Chauveau et Marey.

Extrait du discours de M. Gavarret, séance du 12 juillet (*Bulletin de l'Académie de médecine*).

Après avoir insisté sur la valeur des démonstrations de MM. Chauveau et Marey, M. Gavarret a exposé ainsi les tracés les plus concluants de ces auteurs :

.... La représentation d'une révolution complète du cœur se compose de trois courbes superposées et obtenues simultanément : la supérieure O est le tracé de l'oreillette, la moyenne V le tracé du ventricule, l'inférieure C le tracé du choc précordial. Rappelons que ces courbes ne traduisent directement que des variations de pression. Mais les mouvements du cœur et ces variations de pression sont liés par des rapports intimes de cause à effet; il est donc légitime de conclure de l'observation des variations de pression à l'ordre de succession, au rhythme et à la durée des mouvements eux-mêmes. Faisons observer en outre, et la chose est importante, que les portions de ces trois courbes comprises entre deux mêmes verticales correspondent à des phases synchrones de la révolution cardiaque successivement considérée dans les mouvements de l'oreillette, dans les mouvements du ventricule et dans les rapports du cœur lui-même avec les parois thoraciques.

Quand on fixe son attention sur la courbe O de la révolution auriculaire, on est frappé de l'existence de mamelons extrêmement saillants, qui accusent une augmentation subite de la pression intra-auriculaire. Cette augmentation de pression est évidemment due à la *systole* de l'oreillette. Dans le mamelon *a*, la ligne d'ascension rapide indique l'intensité et la durée de la contraction brusque des parois auriculaires, et la ligne de rapide descente qui lui succède immédiatement, traduit le relâchement également brusque des parois auriculaires. La systole de l'oreillette se fait donc par un mouvement brusque et de très-courte durée. A la suite de ce mamelon *a*, lorsque la pression est tombée au *minimum*, nous voyons, en *b*, la courbe des pressions se relever lentement; cette augmentation graduelle de la pression intra-auriculaire est le résultat de la poussée du sang qui pèse continuellement sur les orifices béants des grosses veines, pénètre par son propre poids dans la cavité de l'oreillette en relâchement, et distend peu à peu ses parois. La durée de la diastole auriculaire est mesurée par la longueur de cette ligne inclinée *b v*. En *v*, la réplétion auriculaire est complète, et une nouvelle systole auriculaire succède à la diastole terminée. Constatons que sur cette ligne diastolique *b v* nous ne trouvons pas la moindre trace de cette irruption subite et violente du sang des veines invoquée par M. Beau pour expliquer la production du second bruit du cœur. La diastole auriculaire a tous les caractères d'un phénomène passif accompli sous l'influence de la pression continue du sang incessamment apporté par les veines.

Sur la courbe V du ventricule, ce qui frappe d'abord c'est le mamelon très-prononcé *d*, qui accuse une augmentation brusque et très-considérable de la pression intra-ventriculaire. Evidemment cette augmentation de pression et le mamelon qui la traduit sont *systoliques*. Le mamelon commence par une ligne d'ascension très-rapide qui correspond à la brusque contraction des parois du ventricule. Puis vient une ligne irrégulière et de direction sensiblement horizontale; elle nous indique que la pression intra-ventriculaire, au lieu de cesser brusquement, se maintient sensiblement au *maximum* pendant un certain temps. Ce temps est évidemment celui pendant lequel les parois ventriculaires contractées continuent à presser sur l'ondée sanguine pour soulever les valvules sigmoïdes et faire passer le sang dans le système artériel.

Enfin, le mamelon ventriculaire *d* se termine par une ligne de rapide descente qui indique la diminution subite de pression déterminée par le relâchement brusque des parois musculaires, lorsque le travail systolique est terminé. Au moment même où la pression est descendue au *minimum*, au point *u*, le sang, déjà accumulé dans l'oreillette, refoule par son propre poids la valvule auriculo-ventriculaire et tombe dans le ventricule qu'il distend graduellement, pendant que l'oreillette continue à recevoir celui que les veines lui apportent incessamment. Ainsi commence et se continue passivement la diastole du ventricule, et le fait est traduit par l'ascension lente et graduelle de la ligne diastolique *u r*. Au point *r*, l'oreillette se contracte; le sang, poussé plus rapidement à travers l'orifice auriculo-ventriculaire béant, détermine dans le ventricule une augmentation correspondante de pression traduite par les mamelons *e* et *r* de la ligne diastolique. A ce moment, la réplétion et la distension du ventricule sont complètes, et à la diastole terminée succède une nouvelle systole ventriculaire.

Ces deux courbes, l'auriculaire et la ventriculaire, présentent quelques détails de variations de pression que nous avons négligés à dessein, et sur lesquels il est temps de revenir. — Au sommet du mamelon systolique du ventricule en *d*, et dans la région correspondante *b* de la révolution auriculaire, on remarque des oscillations qui accusent des variations alternatives de pression. C'est le moment où la valvule auriculo-ventriculaire vient d'être subitement tendue par la puissante contraction du ventricule. Sous l'influence d'un choc d'une telle intensité et d'une telle instantanéité, la valvule exécute nécessairement des mouvements d'oscillation favorisés par ses moyens d'attache. Ce sont ces oscillations qui déterminent dans les cavités auriculaire et ventriculaire ces variations de pression alternatives et correspondantes.

Vers la fin du mamelon systolique du ventricule, la pression intra-ventriculaire éprouve une variation subite traduite par le petit mamelon *i'u*, et à ce mamelon correspond exactement, sur la partie diastolique de la courbe auriculaire, une légère augmentation de pression en *i*. Ces deux excès de pression dans deux cavités séparées par une simple valvule membraneuse, sont dus au choc en retour de la colonne sanguine artérielle qui refoule brusquement les valvules sigmoïdes du côté de la cavité ventriculaire.

Passons enfin à la courbe C du choc du cœur; quelques mots nous suffiront pour cette analyse. Cette courbe présente un mamelon extrêmement prononcé qui traduit évidemment l'augmentation de pression du cœur contre les parois thoraciques au moment du choc *précordial*. Un simple coup d'œil sur la figure suffit pour prouver que ce mamelon est postérieur à la systole auriculaire et coïncide exactement avec le mamelon systolique du ventricule. Contentons-nous de faire observer que sur la courbe du choc du cœur, on retrouve l'indication parfaitement concordante de toutes les variations de pression que nous avons déjà signalées sur les courbes auriculaire et ventriculaire.

Il est facile de voir, d'ailleurs, qu'un même intervalle sépare deux systoles auriculaires, deux systoles ventriculaires et deux chocs précordiaux successifs. Cet intervalle commun est la véritable mesure de la durée d'une révolution cardiaque complète.

La comparaison de ces trois courbes nous fournit immédiatement les conclusions suivantes :

1° La systole auriculaire précède constamment la systole ventriculaire; ces deux systoles sont parfaitement indépendantes l'une de l'autre.

2° La systole auriculaire débute brusquement; sa durée est extrêmement courte. — La systole ventriculaire débute par une contraction instantanée, mais elle se prolonge pendant toute la durée du passage de l'ondée sanguine à travers l'orifice artériel, et occupe ainsi une fraction considérable, du tiers au quart, de la révolution cardiaque.

3° La diastole de l'oreillette commence en même temps que la systole du ventricule, immédiatement après la systole auriculaire. Ce mouvement d'ampliation lent et progressif est le résultat de la pression continue du sang des veines contre les parois relâchées de l'oreillette.

4° La diastole du ventricule succède immédiatement à sa systole; elle s'opère sous l'influence de la chute toute passive du sang de la cavité auriculaire dans la cavité ventriculaire. La contraction de l'oreillette n'intervient qu'à la fin de cette diastole, pour compléter l'ampliation et la réplétion du ventricule.

5° Le choc précordial est le résultat immédiat et direct de la systole du ventricule; il est complètement indépendant de la systole auriculaire qui le précède, et de la diastole ventriculaire qui le suit.

TUMEURS FIBREUSES DU LOBULE DE L'OREILLE,

Par M. le docteur O. Saint-Vel.

L'observation de tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille, publiée par M. le docteur Demarquay, est intéressante par la rareté du fait. C'est une affection fréquente aux Antilles. Je l'y ai souvent observée, et j'ai pratiqué cinq ou six fois l'ablation de ces tumeurs. Le climat ne semble pas exercer d'influence sur leur production. La race blanche en est exempte; la race noire y est singulièrement prédisposée. Je ne les ai rencontrées que sur des femmes adultes, sur des mulâtresses à peau foncée, et surtout sur des négresses. Presque toujours on peut les attribuer à la même cause, à l'irritation produite par d'énormes et lourdes boucles d'oreilles qui tiraillent et fendent même le lobule. L'évolution de ces tumeurs est très-lente; elles mettent des mois, souvent des années à acquérir le volume d'un œuf de pigeon. Leur coloration ne diffère de la nuance noire de la peau que par une teinte plus claire et un aspect lustré. Souvent plusieurs de ces tumeurs réunies sans pédicules, les unes grosses comme un grain d'orge, les autres comme une noix, forment des pendeloques qui ont 2 ou 3 pouces de longueur. Ces tumeurs, dures, solides, sont réunies à la peau par un collet parfois excorié et suintant. Elles se rencontrent souvent chez des femmes de la plus belle constitution; elles sont constamment indolentes, et ne constituent qu'une difformité choquante ou une incommodité.

Il n'est pas très-rare de les observer avec des kéloïdes, affection fréquente de la race noire. Celles-ci ne se montrent pas sur le thorax seulement, elles apparaissent sur toutes les parties du corps, en affectant les formes les plus variées. Chez un individu prédisposé, toute violence extérieure détermine la kéloïde; l'impression de l'objet agissant se reproduit en relief plus tard. La main peut à volonté déterminer la forme de la tumeur; c'est ainsi que chez le nègre de la côte de Guinée les lignes et les dessins du tatouage sont reproduits en saillie.

Les tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille sont composées de fibres d'un blanc nacré, criant sous le scalpel. Leur ablation donne lieu à une hémorrhagie qu'il faut quelquefois réprimer, et parfois à des hémorrhagies consécutives qu'il faut surveiller. J'ai toujours vu ces tumeurs repulluler lentement sur place après une première et même une seconde ablation.

EMPOISONNEMENT PAR LA DIGITALINE.

RELATION MÉDICO-LÉGALE,

Par MM. Ambroise Tardieu, doyen et professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, et F. Zacharie Roussin, pharmacien-major de première classe, professeur agrégé de chimie et de toxicologie à l'Ecole impériale de médecine militaire (1).

L'état d'altération où ces organes se trouvent ne permet guère d'espérer qu'une recherche chimique, en vue de découvrir un agent toxique végétal, puisse être couronnée de succès. Nous avons, en conséquence, réservé pour cette recherche délicate le contenu de l'autre scellé, c'est-à-dire l'estomac et les intestins, organes qui ordinairement envahis les premiers par les agents toxiques administrés, en conservent aussi plus longtemps le dépôt et les traces.

L'estomac est examiné avec le plus grand soin.

Au moment où nous l'avons extrait du bocal qui le renferme, nous avons été frappés de son peu d'altération et de la couleur naturelle qu'il présente, tant à la partie interne qu'à sa partie externe. Le papier de tournesol, mis en contact avec lui, ne dénote aucune réaction alcaline appréciable, signe manifeste d'une conservation qui ne laisse pas d'être surprenante après plus de quinze jours d'inhumation. Cette sorte de résistance à la décomposition s'observe fort souvent (et bien des *traités de toxicologie* le démontrent) lorsque les organes ont été mis en contact avec des substances antiseptiques et presque toujours vénéneuses, qui retardent la décomposition et quelquefois l'empêchent totalement.

Pareille observation a pu être faite sur toute la longueur du tube

(1) Voir le numéro précédent.

intestinal, qui, malgré sa tendance si connue à la putréfaction, ne présente pour ainsi dire aucune trace d'altération ou de gonflement, et offre tous les caractères d'un organe sain et extrait d'un cadavre de la veille.

Quoi qu'il en soit des inductions que l'on peut tirer de cette immunité spéciale, nous avons divisé l'estomac en morceaux aussi menus que possible, à l'aide de ciseaux fort propres, et nous avons introduit les débris dans de l'alcool à 95 degrés. Nous en avons fait autant de la moitié des intestins, et nous avons réuni dans le même ballon les morceaux coupés de ces deux organes. Après une digestion de vingt-quatre heures dans un lieu chauffé à 30 degrés, et des agitations fréquentes, le contenu du ballon est jeté sur un filtre, et la bouillie des organes arrosée à diverses reprises, jusqu'à épuisement, par des affusions successives d'alcool. On a réuni de la sorte environ 650 grammes d'un liquide alcoolique jaunâtre, qui a été mis immédiatement à évaporer au bain-marie, jusqu'à réduction à l'état d'extrait mou.

Cet extrait est versé, encore chaud, dans une petite capsule de verre, que nous nous empressons de recouvrir d'un papier parchemin collé sur les bords et que nous étiquetons : « A. — Extrait pro- » venant du traitement alcoolique de l'estomac et de la moitié des intestins de la veuve de P.... »

Le résidu insoluble du traitement alcoolique, resté sur le filtre, est traité par 250 grammes d'eau distillée bouillante, laissé en digestion au bain-marie pendant vingt-quatre heures ; puis jeté de nouveau sur un filtre, où il est lavé avec 250 grammes d'eau distillée tiède. Les liquides filtrés sont soumis à une évaporation ménagée et amenés jusqu'à consistance d'extrait mou. Cet extrait est introduit à son tour dans une petite capsule de verre, où il est recouvert de papier parchemin, collé sur les bords et étiqueté : « B. — Extrait » provenant du traitement par l'eau distillée chaude, de l'estomac » et de la moitié des intestins de la veuve de P.... »

Le résidu insoluble de ces deux traitements successifs est finalement introduit avec 200 grammes d'acide sulfurique pur et concentré dans une cornue de verre munie de son allonge et d'un récipient également de verre. Le feu est dirigé de telle sorte qu'après trois heures de chauffe il ne reste plus dans la cornue qu'un charbon sec et friable, et que le récipient renferme environ 520 grammes d'un liquide légèrement coloré, à odeur d'acide sulfureux, et surnagé par quelques gouttes de matière goudronneuse empyreumatique. Ce liquide, distillé et mis à évaporer dans une capsule de platine, ne laisse aucun résidu métallique. Traité par les réactifs ordinaires des substances minérales, tels qu'acide sulfhydrique, prussiate jaune de potasse, etc., il n'a fourni aucun dépôt métallique même après vingt quatre heures de digestion. Diverses opérations successives nous ont démontré qu'il ne renferme qu'un peu d'acide sulfureux, de l'acide sulfurique provenant du réactif lui-même employé pour la carbonisation, et un peu de matière goudronneuse commune à toute décomposition des matières animales en pareilles circonstances.

Le résidu charbonneux de la cornue est pulvérisé finement et mis en digestion pendant quatre heures avec de l'acide azotique pur et concentré. Au bout de ce temps, on ajoute 250 grammes d'eau distillée chaude, et l'on procède à la filtration sur un papier Berzélius. Le liquide qui s'écoule d'abord, réuni aux eaux de lavage, est évaporé au bain-marie jusqu'à disparition presque complète de toute vapeur acide. Etendu ensuite d'un peu d'eau distillée et filtré de nouveau, ce liquide laisse un petit résidu insoluble composé exclusivement de phosphate de chaux et de magnésie, et présente lui-même les réactions suivantes :

Traité par l'acide sulfhydrique jusqu'à persistance de l'odeur de cet acide, ce liquide n'a donné lieu qu'à un léger dépôt de soufre.

Traité par le sulfhydrate d'ammoniaque ou le sulfure de sodium, il donne un précipité abondant de couleur grise noirâtre, et qu'un examen attentif nous a montré formé d'un mélange de sulfure de fer et de phosphate de chaux.

Le prussiate jaune donne naissance à un abondant précipité de bleu de Prusse d'une couleur très-pure.

L'ammoniaque et la potasse donnent naissance à un volumineux précipité renfermant du phosphate de chaux, de fer et de la magnésie. Nous y avons même trouvé quelques traces d'alumine.

L'iodure de potassium ne donne lieu à aucun précipité, mais seulement à une légère coloration due à la présence de l'acide azotique.

Ce liquide, introduit dans un appareil de Marsh, ne fournit aucune tache ni anneau, malgré un fonctionnement régulier de trois quarts d'heure.

De ces faits, il résulte que les intestins et l'estomac ne renferment d'autre substance spécialement métallique que le fer normalement et abondamment répandu dans tous ces organes.

V. — *Examen du parquet de la chambre où a succombé la veuve de P....*

Ce scellé, renfermé dans une toile grossière, est soigneusement cacheté, et les cachets reconnus d'une parfaite intégrité. Une étiquette, signée de M. le juge d'instruction de Gonet, porte l'indication suivante : « Scellé n° 3. Affaire C... de la P..., procès-verbal du 12 dé- » cembre 1863. — 23 feuilles de parquet et 4 petits morceaux, le » tout provenant de l'enlèvement de 11 planches du parquet de la » chambre à coucher de Mme veuve de P... ».

Un autre scellé se rapporte trop intimement à celui-ci pour pouvoir en être séparé. Il consiste en un petit paquet étiqueté de la manière suivante : « Affaire C... de la P..., scellé n° 1, procès-verbal » du 12 décembre 1863. — Concrétions grattées par l'expert à la » surface du parquet et à l'endroit même où les vomissements sont » tombés. » M. le juge d'instruction de Gonet a signé.

Nous avons procédé à l'examen de ces deux scellés de la manière suivante : Les feuilles du parquet ont été divisées en deux parties égales, dont l'une est immédiatement mise de côté et étiquetée : « Planches non examinées par les experts. » L'autre portion, composée de 12 feuilles, est immédiatement soumise à un grattage méthodique, mais peu profond. La surface de chacune de ces planches est raclée avec une lame de fer fort propre ; les portions de matière détachée sont reçues sur une feuille de papier blanc et immédiatement introduites dans un ballon contenant un demi-litre d'alcool à 95 degrés très-pur.

C'est principalement dans l'intervalle qui sépare deux feuillets du parquet que s'accumulent ordinairement les impuretés et souillures de toute sorte qui viennent à tomber. Ces concrétions, dont plusieurs sont encore humides, sont soigneusement et profondément détachées des deux côtés du chacune de ces planches, et réunies dans le ballon au produit du grattage superficiel, lequel est beaucoup moins abondant. Nous devons faire observer que la surface du parquet portant des traces non équivoques de cire, nous avons évité, dans la crainte d'introduire dans nos solutions trop de matières étrangères, de gratter très-profondément cette surface.

Cette opération du grattage terminée et toutes les raclures introduites dans le ballon, les 12 planches ont été rattachées par des cordes et étiquetées : « Planches expertisées par les experts Tardieu et » Roussin. »

Ce second paquet, réuni au premier, est de nouveau introduit dans la toile grossière qui les recouvrait à l'origine et le tout est soigneusement attaché.

Le contenu du scellé n° 1 est également versé dans le ballon, renfermant de l'alcool à 95 degrés.

La bouillie grisâtre qui résulte du mélange de ces matières grattées et de l'alcool à 95 degrés, est laissée en macération pendant vingt-quatre heures, à une température de 25 degrés environ, et agitée fréquemment pour favoriser la solution de tout ce qui serait soluble. Au bout de ce temps, le contenu entier du ballon est jeté sur un filtre de papier Berzélius. Lorsque l'écoulement est arrêté, on arrose le résidu insoluble d'une nouvelle dose d'alcool, et l'on continue de la sorte l'épuisement de la matière, tant que le liquide présente une saveur et une couleur manifestes. On réunit tous ces liquides alcooliques qui présentent une teinte assez foncée, d'une nuance ambrée, et l'on procède à leur évaporation au bain-marie, en s'entourant de toutes les précautions ordinaires pour qu'aucune matière étrangère ne puisse envahir la capsule de porcelaine qui les renferme. Lorsque le liquide est aux trois quarts évaporé, on l'introduit dans une capsule plus petite, où l'évaporation se termine sous le plus petit volume. L'extrait qui en résulte est assez abondant ; il pèse 16g,50c, et présente les caractères suivants : couleur brune, odeur spéciale légèrement rance et huileuse, saveur très-amère. Il ne laisse aucun résidu métallique après son incinération. Il précipite très-abondamment par l'acide tannique, se colore en rouge pourpre par l'acide sulfurique et en vert par l'acide chlorhydrique.

Un essai de purification par la dialyse n'a donné aucun bon résultat.

Cet extrait est déposé dans une petite capsule de verre recouverte d'un papier parchemin collé sur les bords et étiqueté : « Extrait O » provenant du traitement alcoolique des matières grattées à la sur- » face et dans les interstices du plancher de la veuve de P... (partie » souillée par les vomissements). »

Le résidu insoluble dans l'alcool renferme, outre quelques substances terreuses et organiques diverses, telles que débris de bois, fibres de coton et de papier, etc., une certaine quantité de mastic analogue à celui dont les vitriers font usage. Ce mastic est plus particulièrement accumulé au fond des fissures qu'il a été destiné à remplir.

Disons tout de suite quelques mots d'un autre scellé recueilli dans la chambre occupée par la veuve de P... et qui est désigné sous le nom de scellé n° 2. Il consiste en un petit paquet de papier étiqueté : « Scellé n° 2. Affaire C... de la P... Procès-verbal du 12 décembre » 1863. — Lambeau de linge trouvé par M. le juge d'instruction, en » présence de M. le substitut et de l'expert, sur l'appui de la fenêtre, » mais dans l'intérieur de la chambre à coucher de Mme veuve de P... »

Ce scellé consiste en un lambeau de toile grossière de 30 centimètres de long sur 20 centimètres de large. Ce tissu est déchiré en plusieurs endroits et recouvert de quelques taches, les unes noires, les autres vertes, les dernières jaunâtres. L'examen le plus attentif n'a pas permis d'y constater la plus légère trace d'une substance toxique minérale ou végétale.

Dans le but de contrôler les résultats fournis par les expériences précédentes, il était nécessaire de soumettre à un traitement analogue les matières qui se trouveraient dans la portion du parquet non atteinte par les vomissements. C'est dans ce but que le scellé suivant nous a été remis. Ce scellé consiste en un petit paquet de papier blanc portant l'étiquette suivante : « Procès-verbal du 29 décembre » 1863. — Matières grattées à la surface du parquet occupé par » Mme de P... et dans la partie occupée par le lit, c'est-à-dire à l'abri » des vomissements. »

Ces matières consistent en produits terreux et quelques copeaux de bois ; mises immédiatement à digérer dans l'alcool à 95 degrés, elles ont, après un repos de vingt-quatre heures et une filtration régulière, fourni un liquide jaune ambré, mais d'une intensité bien moindre que le précédent. Évaporé en consistance d'extrait mou, il a laissé une masse assez colorée, d'un aspect huileux fort analogue à l'extrait O, mais ne présentant presque aucune amertume. Cet extrait ne laisse aucun résidu métallique après son incinération. Il ne précipite pas par l'acide tannique et se colore faiblement par les acides sulfurique et chlorhydrique. Les teintes communiquées par ces deux acides n'ont, du reste, aucune analogie avec celles qui se développent lorsqu'on agit sur l'extrait O.

Cet extrait est mis dans une petite capsule de verre et étiqueté : « Extrait P provenant du traitement alcoolique des matières grattées » à la surface du parquet de la veuve de P..., dans la partie occupée » par le lit et tout à fait à l'abri des vomissements. »

Cet extrait sera examiné plus tard avec le précédent.

Le résidu insoluble dans l'alcool à 95 degrés renferme, comme dans le cas précédent, outre des substances terreuses et des débris organiques de toutes sortes, tels que bois, coton, papier, etc., une notable quantité de mastic semblable à celui que nous avons déjà signalé.

L'inculpé affirme que le logement de Mme veuve de P... a servi antérieurement de laboratoire et de cabinet de travail à un photographe de profession. M. le juge d'instruction nous a immédiatement transmis ce détail, en nous priant d'en tenir compte dans nos expériences et d'en discuter la valeur dans notre rapport.

Nous ferons observer tout d'abord que le parquet de la chambre à coucher ne présente presque aucune tache noirâtre profonde et telle qu'en forment le nitrate d'argent et les sels d'or employés dans la photographie. L'examen le plus superficiel porte à croire qu'il a été peu ou point pratiqué d'opérations photographiques dans le logement.

Les substances chimiques employées généralement par les photographes sont les suivantes (nous donnons à dessein une longue liste) : azotate d'argent, chlorure d'or, cyanure de potassium, acides gallique et pyrogallique, hyposulfite de soude, sublimé corrosif, sulfate de fer, acide acétique, iodure et bromure de potassium, iodure et bromure de cadmium, collodion.

Or, parmi ces produits, les acides gallique, pyrogallique, acétique, le sulfate de fer, l'hyposulfite de soude, le collodion, les iodures et bromures de potassium et de cadmium, ne sont pas vénéneux à dose assez notable.

L'azotate d'argent et le chlorure d'or tombant sur un parquet de bois sont très-rapidement décomposés et ramenés à un état insoluble et inoffensif.

Le cyanure de potassium, poison fort énergique, se décompose rapidement en solution, même dans un flacon bien bouché, et à plus forte raison lorsqu'il tombe sur un parquet de bois. Dans ce dernier cas, *il est hors de doute* qu'après quelques jours il n'en reste plus trace, et qu'il se trouve transformé complétement en carbonate de potasse, agent fort inoffensif.

Le sublimé corrosif se décompose plus difficilement et résisterait davantage à l'altération, encore bien que cette dernière ne dût pas tarder à s'accomplir sous l'influence de la matière organique, qui ramènerait le sel à l'état de protochlorure de mercure insoluble. Les experts se sont assurés avec le plus grand soin de l'absence absolue du mercure dans les matières grattées sur le parquet, et ils peuvent affirmer qu'il n'existe pas trace dans le plancher de ce métal toxique.

La solution alcoolique qui a fourni l'extrait O ne contient pas trace d'un seul composé minéral, et par conséquent ne peut donner le plus léger indice d'un sel mercuriel.

Il ressort donc de ces observations et de ces expériences que le logement de la veuve de P..., eût-il précédemment été occupé par un photographe, ce qui paraît douteux, aucune des matières employées par ces industriels ne se retrouve dans l'extrait O. Nous affirmons ce fait de la manière la plus certaine.

VI. — *Exposé des expériences physiologiques pratiquées sur des animaux à l'aide des extraits obtenus ainsi qu'il a été dit précédemment.*

L'analyse chimique, qui fournit des résultats certains dans les recherches des poisons minéraux et des substances vénéneuses, végétales, cristallisables et bien définies, ne permet pas toujours d'isoler le principe actif de certains poisons extraits des végétaux, dont l'énergie est cependant très-redoutable.

Les expériences sur les animaux vivants peuvent seules alors révéler leurs terribles effets, et nous n'avons pas manqué d'y recourir dans le cas particulier qui nous était soumis. Nous avons donc institué une série d'expériences destinées à nous faire connaître si quelques-unes des substances vénéneuses de la nature de celles dont nous venons de parler, n'était pas contenue dans les produits que nous avions obtenus dans le cours des analyses dont nous avons précédemment rendu compte, et qui provenaient, il ne faut pas l'oublier, soit de la matière des vomissements de la dame de P..., soit des organes extraits de son cadavre (1).

---

(1) Quelques mots suffiront pour expliquer : 1° la méthode que nous avons employée pour l'extraction du poison ; 2° l'importance considérable que nous avons dû attribuer aux phénomènes physiologiques.

L'absence bien constatée de tout poison minéral dans les organes de Mme de P..., la nature et la violence caractéristique des symptômes qui ont accompagné sa mort, ainsi que la consommation aussi extraordinaire que peu justifiée d'une quantité énorme de digitaline, éveillèrent naturellement nos premiers soupçons. Sans nous astreindre à rechercher exclusivement cette substance, nous avons dû adopter un mode d'extraction et de concentration tel, qu'il pût nous mettre sûrement à l'abri de toute déperdition ou altération de ce produit, si altérable de lui-même. C'est donc avec intention et après de sérieuses réflexions que nous avons exclu tout réactif chimique de cette recherche délicate et que nous n'avons fait usage que d'un dissolvant unique, l'alcool pur à 95 degrés. Les solutions alcooliques, filtrées au papier Berzélius, ont été évaporées à la température douce d'un bain-marie, en consistance d'extrait mou, représentant ainsi sous un très-petit volume toute la substance toxique qui pouvait se trouver dans les matières suspectes, organes de Mme de P... ou vomissements recueillis sur le parquet de la chambre.

Ces extraits divers obtenus, il s'agissait avant tout de constater s'ils renfermaient un produit toxique. Or, les premiers essais pratiqués sur les animaux nous rendirent témoins de symptômes si frappants et d'une analogie si saisissante, tant avec ceux offerts par Mme de P... au moment de sa mort qu'avec ceux que la science a recueillis sur les empoisonnements par la digitale, que nous n'hésitâmes pas à entrer dans cette voie et à demander à la physiologie les lumières que la chimie seule ne pouvait nous fournir.

C'est ainsi que nous avons été amenés logiquement et scientifiquement à instituer nos expériences sur les animaux vivants.

Pourquoi n'avons-nous pas cherché à isoler la digitaline elle-même et à représenter ainsi le *corps du délit?*

Cette idée du *corps du délit*, en chimie légale, est naturelle et pratique, lorsqu'il s'agit de corps tels que l'arsenic, le cuivre, le mercure, par exemple. Ces substances sont des plus faciles à isoler à l'état métallique, et l'état élémentaire sous lequel on arrive sans peine à les représenter est aussi caractéristique que possible. Mais cette représentation du corps du délit n'est praticable que dans de très-rares circonstances. Qui pensera, dans un empoisonnement par le phosphore, à extraire des organes putréfiés les quelques atomes de cette substance qui peuvent y rester encore? Nous citerions vingt exemples semblables où la représentation des poisons eux mêmes, tant minéraux que végétaux, est absolument impraticable. La digitaline est de ce nombre.

Substance toxique à la dose de quelques centigrammes, elle ne présente aucune propriété chimique spéciale qui permette sûrement de la reconnaître et de la caractériser. Soluble dans l'eau, dans l'alcool, dans l'éther, etc., incristallisable, non volatile, dépourvue d'odeur, variable de couleur suivant sa pureté, d'une composition élémentaire très-douteuse, d'une purification aussi difficile qu'incertaine, inapte à entrer dans des combinaisons ou à produire des dédoublements caractérisés, ce produit semble créé pour déjouer les ressources de la science et prêter aux criminels une arme des plus redoutables. Lors même qu'il nous eût été possible d'isoler, dans un état satisfaisant de pureté, quelques centigrammes de cette substance, extraite des organes ou des vomissements, en face d'un résidu amorphe, coloré, sans odeur ni réaction authentiques, nous n'aurions recueilli de cette extraction aucune lumière spéciale. Force eût été, pour nous éclairer, d'administrer ce produit à des animaux vivants.

En effet, si la digitaline n'offre que des réactions chimiques obscures, ses réactions physiologiques sont très-caractéristiques ; elle est l'un des principaux poisons du cœur, qu'elle affecte d'une manière spéciale et tue. Son véritable réactif n'est pas tel ou tel produit chimique, c'est le cœur d'un animal vivant.

Quatre extraits ont dû ainsi être essayés sur les animaux :

1° L'extrait O provenant du traitement alcoolique des matières grattées à la surface et dans les interstices du plancher de la veuve de P... (partie souillée par les vomissements) ;

2° L'extrait P provenant du traitement alcoolique des matières grattées à la surface du parquet de la veuve de P... dans la partie occupée par le lit et tout à fait à l'abri des vomissements ;

3° L'extrait A provenant du traitement alcoolique de l'estomac et de la moitié des intestins de la veuve de P... ;

4° L'extrait B provenant du traitement par l'eau distillée chaude de l'estomac et de la moitié des intestins de la veuve de P...

Première expérience. — L'extrait O est d'abord mis en expérience de la manière suivante :

A une heure cinq minutes, un chien vigoureux, de taille moyenne et jouissant de la meilleure santé, est couché sur une table et maintenu par des aides pendant qu'on lui pratique à la partie interne des cuisses deux petites incisions d'une longueur de 3 centimètres environ. Cinq grammes de l'extrait O, exactement pesés, sont introduits dans ces incisions, que l'on s'empresse de réunir par quelques points de suture.

Avant cette opération, les battements du cœur étaient de 110 par minute. Le chien, abandonné à lui-même, continue à se promener dans la pièce sans manifester de douleur ou d'appréhension. Au bout de trois quarts d'heure environ, il se couche et se met à lécher ses petites plaies.

Vers trois heures et demie surviennent trois crises de vomissements; l'animal rend successivement des matières glaireuses, ainsi qu'un peu de bile, puis se recouche; son attitude est anxieuse et fort abattue. Le cœur n'indique plus que 94 pulsations; ces dernières sont irrégulières et intermittentes; les battements, précipités et tumultueux pendant quelques secondes, cessent brusquement et s'accélèrent de nouveau quelques instants après. La respiration est plus précipitée qu'avant l'opération, et légèrement intermittente.

A quatre heures et demie, les battements du cœur tombent à 76; l'animal vomit de nouveau.

A huit heures du soir, il est couché et considérablement abattu; il se tient difficilement sur ses pattes; le moindre mouvement qu'on lui fait subir lui paraît pénible et provoque un vomissement ou une tentative de vomissement. Le cœur indique 68 pulsations et présente les mêmes irrégularités précipitées et les mêmes intermittences que précédemment. Ces dernières sont plus énergiques et plus accentuées qu'à quatre heures et demie.

A huit heures du matin, l'animal est presque froid; il paraît avoir conservé toute son intelligence, car il s'agite légèrement à notre voix et nous regarde encore. Les battements du cœur sont peu énergiques, et leur nombre est tombé à 40 par minute. Leur irrégularité et leur intermittence précipitée sont vraiment remarquables. A l'approche de la main, on constate sans peine, après un temps de repos de quelques secondes, d'abord six ou sept battements précipités, puis un moment d'arrêt absolu; les battements reprennent ensuite plus ou moins violents, mais toujours précipités, et disparaissent subitement pour reprendre ensuite. La respiration est haute, précipitée et intermittente.

Ces symptômes se continuent jusqu'à onze heures, où l'animal expire presque sans agonie et paraissant avoir conservé son intelligence jusqu'à la fin. A aucun moment il n'a présenté d'état comateux véritable.

L'autopsie, pratiquée quelques heures après la mort, révèle les faits suivants :

Les poumons, l'estomac et le foie présentent l'état le plus normal. Le cerveau et le cervelet n'accusent aucune trace de congestion. Le cœur seul présente des phénomènes spéciaux : les deux ventricules sont contractés de la manière la plus évidente, tandis que les oreillettes sont dilatées. Toutes les cavités du cœur sont remplies d'un sang noir, épais et coagulé en partie. Cet organe présente une déformation et une espèce de turgescence fort visible. A la pointe du cœur, mais surtout sur les parois avoisinant cette pointe, on remarque, après l'enlèvement du péricarde, quelques saillies d'un rouge plus vif.

Nul doute, après les divers symptômes observés sur les chiens et le résultat de l'autopsie, que l'extrait O administré à cet animal par injection sous-dermique n'ait provoqué la mort par une action spéciale sur le cœur.

Deuxième expérience. — A une heure vingt minutes de relevée, nous pesons avec soin 2 grammes d'extrait O, que nous dissolvons et délayons dans quelques centimètres cubes d'eau. Cette solution est administrée, à l'aide d'un entonnoir, à un lapin de taille moyenne et bien portant, qui l'avale sans peine et la conserve jusqu'à la fin de l'expérience. Les symptômes observés sont les suivants : diminution considérable, intermittence, irrégularité et précipitation des battements du cœur. La respiration a paru pénible et légèrement intermittente quelques instants avant la mort. A trois heures un quart, on a constaté 44 pulsations du cœur par minute. A quatre heures cinq minutes, c'est-à-dire deux heures trois quarts après l'injection de l'extrait, l'animal succombe.

L'autopsie, pratiquée le lendemain, révèle des résultats complétement identiques avec les précédents. Le cerveau, les poumons, le foie, l'estomac sont dans l'état normal. Le cœur seul présente une déformation sensible; les oreillettes sont dilatées comme dans le cas précédent; les ventricules sont non-seulement contractés, mais tranchent de la manière la plus manifeste, par leur couleur noirâtre, sur le reste de cet organe. L'espace interventriculaire présente notamment une dépression remarquable. La pointe du cœur est d'un rouge presque vif, et les parois présentent plusieurs saillies anormales teintées de petites plaques rouges.

Nous n'hésitons pas à affirmer que le lapin a, comme le chien, succombé par suite de l'ingestion d'un poison spécial renfermé dans l'extrait O, poison qui a porté plus particulièrement son action sur le cœur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juillet 1864. — Présidence de M. Morin.

Empoisonnement par les feuilles de tabac. — Note de **M. NAMIAS** présentée par M. Bernard.

Dans la séance du 30 mai dernier, M. Em. Decaisne a présenté un Mémoire *sur les intermittences du cœur et du pouls par suite de l'abus du tabac à fumer,* déduisant que cet abus peut produire sur certains sujets un état qu'il voudrait appeler *narcotisme du cœur,* et qui se traduit par des intermittences dans les battements de cet organe et dans les pulsations de l'artère radiale (*Comptes rendus de l'Académie des sciences,* t. LVIII, n° 22, p. 1017). On a dit justement qu'à ce propos, inconvénients, dangers, innocuité ou avantages, tout a été soutenu, et que, quoi qu'il en soit, notre devoir est d'enregistrer les résultats que peut fournir l'observation.

Cette considération m'encourage à raconter à l'Académie qu'un contrebandier se couvrit, il y a quelques mois, toute la peau nue de feuilles de tabac, qu'il voulait soustraire au payement de l'impôt. Le tabac, mouillé par la sueur, excita par la peau un véritable empoisonnement, qu'on a guéri moyennant les boissons alcooliques et le laudanum. La faiblesse extrême du pouls, sa petitesse, les sueurs froides, les défaillances produites par le tabac appliqué à toute la surface extérieure du corps, présentent bien des analogies (sauf les dispositions individuelles) avec ce défaut, cette irrégularité de la circulation dont M. Decaisne parlait, l'appelant *narcotisme du cœur,* et qu'il voyait disparaître entièrement ou diminuer quand on suspendait ou du moins quand on réduisait l'usage du tabac à fumer.

Il n'y a pas, que je sache, un exemple pareil d'empoisonnement par les feuilles de tabac appliquées sur la peau. Le traitement, cependant, ne peut pas conduire à des conséquences générales. Dans les empoisonnements, il faut avant tout éliminer ou neutraliser le poison. Il faut après soigner la maladie qui en dérive; et par sa production influent non-seulement la nature et la quantité du poison, mais aussi les dispositions maladives du corps avant l'empoisonnement. On ne peut donc pas soigner les mêmes empoisonnements de la même manière dans les divers individus, parce que les mêmes causes morbifiques ne produisent pas toujours la même maladie consécutive. Les courants électriques, qui dans d'autres cas excitent les hyperémies et les inflammations, ne font qu'épuiser et tarir directement les forces vitales agissant avec trop de violence. J'ai fait une observation semblable quant aux effets des boissons alcooliques, lesquels il faut combattre selon les différents symptômes présentés par les malades, c'est-à-dire selon les maladies différentes qui sont la funeste conséquence de cet abus.

M. SCOUTETTEN, en adressant un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier : *De l'électricité considérée comme cause principale de l'action des eaux minérales sur l'organisme,* déclare qu'une note sous pli cacheté, dont l'Académie avait accepté le dépôt dans sa séance du 18 septembre dernier, se rapportant à des expériences décrites dans son livre, n'a plus aujourd'hui d'utilité.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 11 juillet, M. Brault, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux du corps expéditionnaire du Mexique, a été nommé médecin principal de 2e classe, en remplacement de M. Villette, retraité.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a décidé, dans sa séance du 13 juillet, que les questions qui ont été adressées à chaque médecin des hôpitaux par M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, relativement à l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses ou infectieuses, spécialement des malades affectés de variole, seraient renvoyés à la commission que dans la séance précédente elle avait chargée d'étudier ces mêmes questions, et qu'au lieu de réponses individuelles, les médecins des hôpitaux adresseront à M. le directeur une réponse collective, expression de l'opinion de la majorité des membres de la Société.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Études de thérapeutique et de matière médicale par le docteur Antoine Pétroz (*homœopathie*), mises en ordre, annotées et précédées d'une introduction sur sa vie et ses travaux ; par le docteur A. Crétin. Deux parties en un volume in-8° de 736 pages. Prix : 20 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Institutions d'Hippocrate, ou Exposé philosophique des principes traditionnels de la médecine, suivi d'un résumé historique du naturisme, du vitalisme et de l'organicisme, et d'un Essai sur la constitution de la médecine ; par le docteur T. C. E. Edouard Auber, chevalier de la Légion d'honneur. Un vol. grand in-8° de luxe. Prix : 10 fr. — A Paris, chez Germer Baillière, libr., rue de l'Ecole de Médecine, 17.

De l'action des eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christau (Basses-Pyrénées) dans quelques affections cutanées, par le docteur E. Tillot, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société d'hydrologie médicale. Mémoire lu à la Société d'hydrologie et extrait des *Annales d'hydrologie.* In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1864, chez Alex. Coccoz, rue de l'Ecole de Médecine, 30 et 32.

Anatomie descriptive et dissection. Première partie, Ostéologie ; deuxième partie, Myologie et Aponévrologie; par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur particulier d'anatomie. Deux vol. in-12. Prix de chaque volume, 2 fr. 25.

Traité élémentaire d'histologie, par le même. Un vol. in-8°. Prix : 5 fr. 50.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 85. — JEUDI 21 JUILLET 1864. (37e ANNÉE.) N° 85. — JEUDI 21 JUILLET 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 JUILLET 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La question de la génération spontanée de la pustule maligne n'a pas occupé longtemps les moments de l'Académie. Il y avait comme une sorte d'opposition instinctive contre cette proposition. Elle était discutable cependant et digne d'attention, suivant le rapporteur, M. Gosselin. Celui-ci prenant la parole après MM. J. Cloquet, Piorry et Raynal, a bien résumé les points importants du débat. La pustule maligne, a-t il dit, s'est développée dans un certain nombre de cas en dehors de tout contact possible ou au moins appréciable avec des animaux ou des débris d'animaux atteints de charbon, et quoique l'origine charbonneuse de cette phlegmasie cutanée spécifique soit bien déterminée, dans d'autres cas pourtant elle pourrait bien être produite par le contact de matières animales en putréfaction, et même de la chair des animaux surmenés, ainsi que l'ont admis Enaux et Chaussier, puis Boyer plus tard. Mais d'un autre côté, la commission n'a pas admis nettement qu'il pût exister un état général infectieux spécial se révélant par un accident local, la pustule maligne.

Pour ce qui est des réflexions qui se sont produites à ce sujet, nos lecteurs remarqueront dans le discours de M. Piorry une assimilation des eschares du sacrum dans les fièvres graves à la pustule maligne. Les raisons qu'a fait valoir le professeur de la Charité auraient pour but de rapprocher le virus charbonneux de la virulence des déjections putrides. Mais il ne faudrait pas confondre les eschares du sacrum chez les individus atteints de septicémie typhoïde, avec les eschares des paralytiques atteints de fièvre. Les causes de la gangrène du sacrum dans les deux cas ne sont pas les mêmes. Chez les premiers malades, il y a contamination de la peau par des matières septiques ; dans le second, il y a gangrène par inflammation de la peau, sous l'influence de la pression prolongée du siége sur les draps, et grâce à un état fébrile qui favorise le développement de l'inflammation cutanée, ainsi que l'a démontré M. Malgaigne.

M. Raynal a dit un mot qui a une très-grande importance au point de vue de la production de la pustule maligne en citant des expériences qu'il avait faites avec feu Renaud. Il rappelait qu'il avait été institué des expériences pour reproduire sur des animaux sains le charbon ou la clavelée avec des dépouilles sèches d'animaux morts de ces maladies ; que la contagion avait paru s'exercer moins difficilement dans les pays où le charbon ou la clavelée règnent épidémiquement. Il y a dans ces circonstances un enseignement.

Elles prouvent que l'hygiène est susceptible de prévenir le charbon sur les animaux. En étudiant comparativement les conditions topographiques climatériques, la nourriture et les étables des bestiaux dans les contrées où il y a des charbons, et celles dans les localités où l'on ne voit jamais cette maladie, on pourra quelque chose. Les médecins et les vétérinaires trouveront sans doute qu'un certain état maladif est nécessaire pour que le charbon et la pustule maligne germent sur les espèces animales domestiques et se portent sur l'homme. Et alors il est probable que, si minutieuses que doivent être les recherches et les expériences, nos moyens hygiéniques parviendront à faire disparaître le charbon et sa conséquence, la pustule maligne.

La contagion de la pustule maligne, établie par Enaux et Chaussier, reste debout ; elle a pour elle l'expérience de plus d'un siècle. Son siége de préférence aux parties découvertes sur lesquelles M. J. Cloquet a insisté, est un argument depuis longtemps invoqué, et qu'un très-petit nombre de faits sont parvenus à peine à faire mettre en doute. Néanmoins, comme l'a répété M. Gosselin, on ne saurait trop recommander désormais de se mettre en garde contre des erreurs de diagnostic entre des gangrènes et des anthrax spontanés et la pustule maligne ; de remonter avec le plus grand soin à la source de la production des pustules malignes vraies, afin d'apporter de nouvelles démonstrations de la contagion, ou de justifier l'hypothèse de la spontanéité du mal, qui s'appuie seulement sur des enquêtes auxquelles la persévérance et l'attention de leurs auteurs, MM. Devers et Guelard, ont donné une valeur.

Une lecture de M. Goubaux, candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, un rapport officiel de M. Bouillaud sur un remède nouveau de M. Lamare-Piquot, et une présentation d'un malade opéré d'un polype naso-pharyngien suivant un procédé ostéoplastique par M. Huguier, ont rempli la fin de la séance.

Nous nous réservons de parler, dans notre prochaine *Revue clinique,* du malade montré à l'Académie : nous l'avons examiné, et ce fait, remarquable par la pensée qui a présidé à la conception de l'opération et par l'habileté de l'exécution, mérite une discussion et une comparaison avec les opérations classiques, au point de vue des résultats.

Dr Armand Després.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Symptômes très-graves et intermittents d'angine de poitrine chez un homme atteint d'hypertrophie du cœur du côté gauche. — Guérison par le sulfate de quinine, les drastiques et l'abstinence des boissons.

Le nommé G..., âgé de soixante ans, d'une constitution robuste, ressentit tout à coup, et sans cause connue, de fortes palpitations ; elles durèrent trois quarts d'heure : la santé se rétablit cinq jours après. Les mêmes accidents se renouvelèrent, mais avec moins d'intensité ; depuis lors, ils se sont fréquemment manifestés, sans suivre une période fixe dans leur retour ; le plus souvent, ils se déclaraient tous les six ou huit jours. Un médecin éclairé de la ville avait combattu ces accidents par des moyens hygiéniques, des évacuations sanguines et la digitale en poudre ; malheureusement, malgré l'emploi très-méthodique de ces moyens, le mal avait continué, et à la fin de mars l'état de G... était le suivant :

Dans l'intervalle des accès, le cœur gauche, mesuré par la percussion plessimétrique, était plus volumineux que dans l'état normal ; il occupait d'un côté à l'autre 14 à 16 centimètres de la circonférence du thorax, sur lesquels deux et demi étaient recouverts par une lame de poumon. Sa dimension de haut en bas était aussi un peu plus considérable que dans l'état ordinaire ; la résistance au doigt qui percutait n'était pas très-grande. Le côté droit du cœur ne présentait que ses dimensions normales ; le premier bruit était un peu sourd et prolongé ; du reste, on n'entendait aucun souffle ni aucun bruit de râpe. Le foie avait un volume assez considérable. La résonnance des poumons était médiocre ; les capillaires étaient colorés, les lèvres et la langue vermeilles ; le pouls régulier, plein, sans intermittence. Le malade pouvait monter un escalier avec la plus grande facilité, et sans éprouver de palpitations. Les digestions étaient bonnes, et il n'y avait pas de congestion cérébrale.

Voici comment se développaient les accès dont nous avons été témoin : Tout à coup, sentiment de gêne extrême et d'étouffement dans la région épigastrique, s'élevant le long de l'œsophage et s'étendant jusque vers le cœur ; palpitations insupportables, et que le malade compare à un oiseau qui s'agiterait dans sa cage ; suffocation imminente ; désir instinctif de se pencher en avant et de se coucher sur le ventre, le corps incliné sur le côté droit. C'est seulement dans cette position que le malade éprouve quelque soulagement. Examiné alors par la percussion plessimétrique, le cœur droit est devenu énorme ; il remplit une grande partie du médiastin, qu'il refoule à droite. Son étendue est de 12 centimètres et demi d'un côté à l'autre ; il ne présente aucune résistance au doigt. Le cœur gauche est un peu revenu sur lui-même, mais plus dur que dans l'intervalle des accès. Le pouls est à 120 et intermittent ; pulsations de toutes les artères des membres presque imperceptibles, et comme chez un homme à l'agonie ; le foie est grossi, le poumon encore moins sonore ; la face livide, les lèvres bleuâtres. L'intelligence est conservée, mais le malade peut à peine parler. Les organes thoraciques sont refoulés en haut par l'estomac, et les intestins reconnaissables à leur très-grande sonorité.

Pendant le premier quart d'heure, le malade commence à rendre une quantité considérable d'une urine très-claire ; les accidents persistent ; l'écoulement de ce liquide continue, et pendant une heure entière que dure cet accès, la quantité d'urine évacuée est au moins de trois pintes ; ce liquide est presque aussi clair que l'eau et semble devenir d'un instant à l'autre plus abondant ; des gaz sont abondamment évacués par l'expectoration ; les accidents se calment en quelques minutes. Le malade semble reprendre une vie nouvelle, et bientôt il est revenu à son état ordinaire ; seulement le cœur est moins gros qu'avant l'accès, les poumons sont plus sonores et les organes du thorax ont cessé d'être refoulés de bas en haut.

Cet accès, au rapport du malade, avait été complétement semblable à tous ceux qu'il éprouvait depuis dix ans.

D'après nos conseils, M. G... fut soumis à l'abstinence des boissons, prit du sulfate de quinine à la dose de 15 grains par jour, et des pilules drastiques, qui produisirent des selles assez abondantes ; du reste, on prescrivit des évacuations sanguines générales et locales, proportionnées à leur influence sur la circulation ; un régime doux, mais dans lequel on devait éviter les substances farineuses et toutes celles qui dégagent abondamment des gaz.

Voici ce qu'écrivait le malade dans les premiers jours de septembre : « J'ai employé les pilules de sulfate de quinine et les purgatifs, et depuis que j'ai commencé ce régime médical, les palpitations sont presque disparues ; elles ont été très-rares, et souvent, lorsqu'elles commençaient, elles s'arrêtaient aussitôt. La santé est bonne et le coloris de la figure l'annonce. »

M. G... se plaint d'éprouver, seulement lorsqu'il a pris du sulfate de quinine, quelques vertiges et quelques bourdonnements d'oreilles, cet accident est évidemment le résultat de l'emploi du sel de quinquina et cessera probablement lorsqu'on en suspendra l'usage.

A quel état organique rapporter les phénomènes bizarres et effrayants qu'éprouvait ce malade ? Il existe d'abord chez lui à coup sûr une hypertrophie du ventricule gauche du cœur ; mais celle-ci n'est pas portée à un degré tel qu'elle compromette la vie et donne lieu à de si graves accidents ; la preuve en est que le malade, dans l'intervalle des accès, monte un escalier avec la plus grande facilité. Il n'y a pas non plus le moindre signe d'un obstacle matériel et persistant dans les orifices du cœur ; s'il existait, les symptômes seraient beaucoup plus continus, et il y aurait au moins des troubles habituels dans la circulation, de la faiblesse dans les pulsations des artères et peut-être des bruits spéciaux.

Dans l'intervalle des accès, il est un fait remarquable et qui doit être noté, c'est le grand volume du cœur et du foie, la matité des poumons en arrière, la plénitude du pouls, l'amplitude des veines et la vive coloration des capillaires ; en un mot, c'est l'état de pléthore du sujet. Il semblerait que ce malade, si bien portant d'ailleurs, fasse trop de sang, et qu'aussitôt que la masse de ce fluide vient à être trop considérable, alors survient la dilatation des cavités droites du cœur, dont les mouvements deviennent difficiles. De là toute la série d'accidents éprouvés par G.....

Ce n'est pas là une supposition, car à coup sûr la percussion plessimétrique démontre pendant l'accès l'accumulation du sang dans les cavités droites et dans les poumons ; dès lors, vous expliquerez facilement et l'écoulement abondant d'urine et le soulagement qu'il produit. Ici, en effet, la perte de la sérosité du sang, résultat de l'énorme quantité d'urine sécrétée en un temps très-court, agit sous le rapport du volume du liquide contenu dans les cavités des vaisseaux, comme le ferait actuellement une évacuation considérable de sang.

Or, dans quelques observations de dilatation extrême du cœur droit qui ont été recueillies, cet organe, à la suite de fortes saignées, a été presque instantanément diminué et ramené à son volume normal ; il a été réduit dans quelques cas de plusieurs centimètres. C'est précisément ce qui est arrivé chez G... à la suite d'une grande perte de la sérosité du sang par suite d'une augmentation de la sécrétion urinaire.

Qu'on appelle ce phénomène, dit M. le professeur Piorry, une crise de l'accès, qu'on le regarde comme un acte essentiellement salutaire et dirigé par ce qu'on appelle la nature médicatrice, ou encore qu'on ne voie dans tout ceci que le résultat d'une disposition organique telle qu'alors qu'il y a trop de fluide accumulé dans l'appareil circulatoire il s'en écoule davantage par l'urine, ces explications ne touchent pas au fait lui-même. Il était pour nous évident qu'enlever de la sérosité au sang c'était l'indication principale. De là l'usage de l'emploi des drastiques et de l'abstinence des boissons.

Mais la périodicité de la maladie, son retour par accès, ces phénomènes d'apparence nerveuse et qui semblaient tenir de l'hystérie, portaient à croire qu'il y avait ici quelque chose de névralgique dans les troubles du cœur ; de là l'emploi du sulfate de quinine.

L'estomac était distendu par des gaz, et le malade était soulagé lorsqu'il en rendait. Ils soulevaient tellement le diaphragme que le foie et le cœur étaient refoulés par en haut. De là le conseil d'éviter de faire usage d'aliments féculents.

Le succès a entièrement répondu à ces idées et est venu les sanctionner.

INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA.

Par M. le Dr Jounia-Reymond.

Deux cas d'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus viennent d'être observés à l'hôpital des Cliniques; les deux femmes sont mortes exsangues, suivant l'expression de M. Depaul.

A propos de l'insertion du placenta dans ces deux cas, je crois pouvoir faire les remarques suivantes, qui paraissent concorder avec la théorie émise par MM. Cazeaux et Jacquemier.

Chez l'une des deux femmes, le placenta était seulement voisin du col, les hémorrhagies se sont succédé sans relâche, la mort a été prompte; l'autre, au contraire, a résisté durant un plus long temps et semblait faire espérer une terminaison moins funeste; chez celle-ci, le placenta envoyait un prolongement au-dessus du sphincter interne, il se rapprochait donc de la disposition décrite sous le nom d'insertion centre pour centre, regardée comme la plus défavorable.

D'après M. Simpson, lorsque le placenta est centre pour centre sur le col, l'hémorrhagie devra être beaucoup plus abondante que dans le cas où il n'est en contact avec l'orifice que par un des points de sa circonférence. (Cazeaux, p. 716.)

D'après M. Nægelé, dans les cas d'insertion centrale, l'hémorrhagie se manifeste beaucoup plus tôt que dans ceux où le placenta correspond seulement par un bord à l'orifice. (Cazeaux, p. 713.) Toutefois, ajoute M. Cazeaux, dans un assez grand nombre de cas d'insertions centrales, l'hémorrhagie ne s'est montrée qu'au début du travail. Il est probable que cela doit se passer presque toujours ainsi, la théorie en donne le motif. L'utérus s'accroît aux dépens des fibres du segment inférieur durant les trois derniers mois; si donc le placenta recouvre ce segment, les hémorrhagies seront fréquentes et répétées durant tout cet espace de temps, si l'art n'intervient pas; alors même, l'application du tampon suivie de la rupture des membranes à une époque éloignée du terme, ne détermineront qu'une dilatation lente, et la quantité de sang perdu peut entraîner la mort de la femme avant qu'il soit possible de faire la version ou d'appliquer le forceps.

Ce n'est pas dans ce cas que l'on peut espérer que la pression de la tête arrêtera l'hémorrhagie; elle ne comprimera évidemment qu'une portion du placenta, vu la position excentrique de ce dernier. Les conditions paraissent plus favorables lorsque le placenta est inséré centre pour centre sur le col ou à peu près. Ce n'est que dans la dernière quinzaine que le col fournit à l'ampliation du corps; à ce moment seulement les cotylédons placentaires seront tiraillés, et l'hémorrhagie se produira; or, à cette époque, les moyens dirigés sur le col amèneront une prompte dilatation, et la tête comprimant en entier le placenta, arrêtera l'hémorrhagie pendant le travail. En outre, M. Simpson cite quelques faits qui démontrent qu'alors le placenta peut être expulsé avant le fœtus, ou qu'il peut être perforé par la tête sans qu'il en résulte de suites fâcheuses pour la mère. Rien de semblable n'a été constaté pour les insertions voisines du col. Il semblerait donc, contrairement aux idées admises, que plus l'insertion du placenta s'éloigne du centre du col dans une certaine mesure, et plus le pronostic est grave.

UNE MANGEUSE DE TABAC.

Empoisonnement progressif. — Mort.

Par M. le docteur J. Le Briert.

Le 7 février 1864, je fus appelé au village de Kerdrein, situé dans la commune de Plougastel-Daoulas, arrondissement de Brest (Finistère), pour donner des soins à Brigitte V..., meunière, âgée de quarante-six ans, encore réglée, d'une maigreur extrême. La constitution de cette femme avait été très-bonne. Mariée deux fois, elle avait eu cinq enfants.

A des chagrins qu'elle éprouvait depuis longtemps, vint s'ajouter une nouvelle douleur il y a quatre ans; une fille de onze ans, qu'elle aimait éperdument, lui fut enlevée par une fièvre typhoïde. Depuis cette époque, il n'y eut plus de bonheur pour cette malheureuse mère. Elle chercha tous les moyens de s'étourdir, s'adonna avec excès aux boissons alcooliques, et, par une singulière dépravation du goût, se mit à manger du tabac de toute espèce, tabac à fumer, à priser, à chiquer; elle en prenait pour 2 francs environ par semaine.

Quand j'arrivai près de la malade, elle était pour ainsi dire aphone; de sa voix enrouée elle articulait péniblement quelques sons confus. La respiration était difficile, suspirieuse; le pouls faible, lent. Le cœur battait à peine. La pupille, dilatée, était insensible à la lumière; l'œil hagard ne pouvait plus bien diriger la main vers les objets présentés; la cécité était presque absolue. Une surdité complète n'existait pas, mais l'oreille était devenue très-paresseuse. Le facies était pâle, amaigri, hébété; la langue tremblotante, rouge, sèche, effilée. Il y avait une dysphagie très-pénible, tant les spasmes du gosier étaient prononcés. Le ventre était rétracté.

Les selles, ovillées, ne s'effectuaient depuis longtemps qu'au moyen de lavements ou de purgatifs; au début, au contraire, il y avait eu de fortes évacuations alvines et des vomissements; c'était alors la période d'excitation. Mais bientôt survint de l'inappétence, les parois gastro-intestinales ne tardèrent pas à être pour ainsi dire frappées de stupeur, comme tout le reste du corps, et la période de prostration arriva. L'émission de l'urine était involontaire. Il y avait des faiblesses, des sueurs froides, de l'insomnie.

Je ne pouvais rien en présence d'un semblable état; je me bornai à conseiller le bouillon, le café, les boissons acidules.

Quand je revis la malade, le surlendemain, la voix était éteinte comme celle d'un cholérique, la déglutition était impossible; la poitrine se soulevait à peine; le murmure respiratoire et les mouvements du cœur étaient presque insensibles. Tous les organes s'étaient en quelque sorte endormis sous l'influence du tabac. La mort arriva quelques heures plus tard.

ANALEPTIQUE PECTORAL.

Par M. Parisel.

L'*Année pharmaceutique* de M. Parisel contient la formule d'un analeptique qui lui semble pouvoir remplacer avec avantage la formule du Racahout des Arabes.

Farine de maïs rouge.	50 grammes.
Cacao maragnon torréfié. . . .	10 —
Sucre légèrement vanillé. . . .	30 —

Mêlez.

On délaye ce mélange dans une grande tasse de lait pur, on fait bouillir pendant cinq minutes, et l'on obtient un potage qu'il est bon de prendre chaque matin pendant plusieurs mois. Son usage est agréable, et l'on s'y habitue facilement.

Pour M. Parisel, cet analeptique agit à la manière de l'huile de foie de morue. Sa composition pourrait rendre compte de l'effet obtenu.

En effet, la farine de maïs rouge contient 10 p. 100 d'une graisse très-assimilable. Le cacao et le lait y mêlent leurs beurres. D'autre part, le maïs est de toutes les céréales la plus phosphatée.

Il résulte de cette composition des effets physiologiques tels qu'en se pesant de mois en mois, il est rare qu'on ne constate pas une augmentation de poids notable. Ceci, du reste, n'a rien d'étonnant, puisque deux cents jours de l'usage de la dose ci-dessus introduisent dans l'économie :

1 kilogramme de graisse de maïs, 400 grammes de beurre de cacao, une quantité variable de beurre de vache, et 175 grammes de phosphate de chaux provenant du maïs.

EMPOISONNEMENT PAR LA DIGITALINE.

RELATION MÉDICO-LÉGALE,

Par MM. Ambroise Tardieu, doyen et professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, et F. Zacharie Roussin, pharmacien-major de première classe, professeur agrégé de chimie et de toxicologie à l'Ecole impériale de médecine militaire (1).

Troisième expérience. — Vers une heure trente-cinq minutes de relevée, on a pesé 4 grammes d'extrait P (provenant de la partie du parquet occupée par le lit et non atteinte par les vomissements) qu'on a délayés dans quelques centimètres cubes d'eau, avant de les administrer à l'aide d'un entonnoir à un lapin de taille moyenne, complétement semblable au précédent. L'animal a tout avalé et n'a rien rendu par les vomissements. Deux jours après, il jouit de la meilleure santé : pendant tout ce temps, il n'a cessé de courir et de trotter dans la pièce où se faisait l'expérience. Aucun symptôme d'intoxication n'a pu être observé.

Quatrième expérience. — A trois heures de relevée, on a pratiqué une incision à la partie interne et supérieure de la cuisse droite d'un chien adulte, vigoureux et de taille moyenne. Cinq grammes d'un mélange des deux extraits A et B (extraits provenant de l'estomac et des intestins de la veuve de P...) ont été déposés dans l'intérieur de la plaie dont on a réuni les bords par quelques points de suture. A ce moment le cœur indique 102 pulsations. Vers quatre heures et demie du soir, l'animal est fort abattu, anxieux. Il se couche et respire par intermittence et bruyamment. Le cœur indique 86 pulsations. Il est facile de constater leur irrégularité et leur intermittence, bien qu'un peu plus faibles qu'avec le chien précédent. L'animal a eu deux vomissements. A huit heures du soir, le cœur indique 55 pulsations manifestement irrégulières et intermittentes; la respiration est haute et paraît pénible. L'animal change souvent de position et pousse quelquefois de petits cris étouffés. Il paraît avoir conservé toute son intelligence.

Le lendemain, à huit heures et demie, les battements du cœur se sont relevés et atteignent 70 pulsations par minute. L'état général est meilleur; la respiration paraît normale et l'état d'anxiété et d'abattement semble avoir diminué; l'animal se lève et se promène. A deux heures, les battements du cœur sont à 90 et n'offrent plus qu'une irrégularité éloignée; l'intermittence persiste encore. La respiration est bonne et l'animal prend un peu de nourriture. L'état va en s'améliorant de plus en plus. Au moment où nous écrivons ces lignes, six jours après l'expérience, l'animal est hors de tout danger et ses petites plaies commencent à se cicatriser.

Il résulte de cette observation que le chien qui en fait l'objet a subi une intoxication véritable à la suite de l'injection sous-dermique des extraits A et B. Cet animal a présenté un cortége de symptômes de tous points analogues à ceux que nous avons observés dans les deux premières expériences. S'il a échappé à la mort, c'est que la substance toxique se trouvait dans les extraits en quantité trop minime et que l'animal a pu réagir plus énergiquement (2).

Cinquième expérience. — Quatre grammes des extraits précédents, administrés à un lapin avec les mêmes précautions que dans la deuxième expérience, ont déterminé la mort en quelques minutes, probablement par le fait d'une syncope et avec une rapidité qui doit faire supposer qu'une complication accidentelle a pu hâter ici l'action du poison.

Sixième expérience. — Les résultats des précédentes expériences tendant à démontrer que la substance toxique, dont nous observions les effets, exerçait son action d'une manière toute spéciale sur le cœur, nous avons voulu comparer ses effets avec ceux de la digitaline, qui influence si directement l'action de cet organe, et dont, pour plus d'un motif, il était permis de supposer que la dame de P... avait pu faire usage.

A cet effet donc, trois grenouilles ont été simultanément soumises aux essais comparatifs qui vont être indiqués.

Le cœur ayant été mis à nu, on constatait chez toutes trois une égalité presque absolue dans le nombre des battements cardiaques. A la première, rien de plus n'a été fait; le cœur a été simplement maintenu humide.

La deuxième a reçu sous la peau du ventre, six gouttes d'une solution de 1 centigramme de digitaline pure pour 5 grammes (100 gouttes) d'eau.

A la troisième, on a étendu sous la peau du ventre environ 50 centigrammes d'extrait O, celui qui provient des matières vomies sur le parquet.

Voici maintenant les variations observées dans le nombre et le rhythme des battements du cœur de ces trois animaux.

		Grenouille no 1.	Grenouille no 2.	Grenouille no 3.
Après	6 min.	42 battements.	20 battements.	26 battements.
	10 —	40 —	16 irréguliers.	24 irréguliers.
	20 —	40 —	15 —	20 —
	28 —	38 —	0 battements.	12 très-irrégul.
	31 —	36 —	0 —	0 battements.

Chez les deux dernières grenouilles, lorsque le cœur a cessé de battre, le ventricule était contracté et l'oreillette gonflée. Les fibres musculaires de cet organe, examinées au microscope, n'ont d'ailleurs présenté aucune altération appréciable des éléments anatomiques.

Septième expérience. — Nous avons répété l'expérience comparative précédente avec des résultats identiques et dans des conditions exactement semblables.

A plusieurs reprises, en outre, nous avons étendu sous la peau de grenouilles dont le cœur était à nu une petite quantité de l'extrait O, et toujours nous avons noté un ralentissement considérable avec irrégularité des battements. Et celle-ci était telle, que, malgré l'amplitude des battements ralentis du cœur, celui-ci, vers la fin de l'expérience, ne parvenait jamais à se vider complétement de sang.

Nous insistons sur ces détails parce qu'ils offrent une saisissante analogie avec les observations que possède la science sur les phénomènes caractéristiques de l'empoisonnement par la digitaline, et notamment avec les déformations du cœur signalées par MM. Vulpian et Pelikan (1).

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 16 et 19 juillet.

(2) Les extraits A et B, et surtout l'extrait O, sont toxiques. C'est le résultat *immédiatement saillant* de ces expériences.

Auraient-ils pu donner la mort aux animaux par suite de la présence de matières animales putrides qu'ils auraient renfermées, et empruntées soit aux organes de la veuve de P..., soit aux vomissements répandus sur le parquet? Est-on fondé à comparer leur action éminemment toxique avec celle des chairs putrides et des viandes altérées? Serait-il possible, en un mot, d'établir une certaine analogie entre la piqûre d'une mouche ou d'un scalpel d'amphithéâtre, ou encore entre l'ingestion d'un boudin altéré et les phénomènes observés dans les expériences ci-dessus?

La réponse est facile. Tout vient de la confusion que l'esprit pourrait faire entre *un virus*, *un ferment véritable* et *un poison*. Le propre du virus, du ferment, est d'agir à doses infiniment petites sur des masses infiniment grandes de matière; le poison, au contraire, ne produit d'action toxique sur l'économie qu'à dose fixe et régulière. Le premier est un être organisé qui agit de proche en proche, et propage lentement et successivement autour de lui une décomposition spéciale dont l'effet immédiat est de se multiplier lui-même à l'infini. Le second n'a rien d'organisé, et ne se multiplie pas dans son action toxique sur l'organisme. Les agents antiseptiques, tels que l'alcool, détruisent les premiers et les rendent inactifs; les seconds ne sont en rien modifiés par leur contact avec cette substance, et restent toxiques.

Aucun corps organisé ni ferment putride ne se dissolvant dans l'alcool à 95 degrés, nous n'hésitons pas à dire que les extraits alcooliques A, B et O ne pouvaient renfermer aucun virus ou ferment putride capable de donner la mort par infection locale. L'expérience directe confirme entièrement ces observations : la viande la plus putride ne cède à l'eau ou à l'alcool aucun principe soluble capable de déterminer une intoxication quelconque, qu'on administre l'extrait de ces solutions intérieurement ou par voie endermique.

Théoriquement comme expérimentalement, cette présence de ferments ou de matières toxiques solubles existant dans une solution alcoolique de viandes putrides n'a pas le moindre fondement, et ne représente qu'une fantaisie de l'imagination.

En fait, et dans le cas qui nous occupe, cette objection, en supposant qu'elle fût sérieuse, n'aurait encore aucune valeur. En effet, les extraits A et B proviennent de l'estomac et de la moitié des intestins de la veuve de P.... Or au moment où nous les avons traités par l'alcool à 95 degrés, c'est-à-dire après douze jours d'inhumation (fin de novembre 1863), ils présentaient un état de conservation tel que nous l'avons fait spécialement remarquer dans notre rapport par les phrases suivantes :

« Au moment où nous avons extrait l'estomac du bocal qui le renferme, nous avons été frappés de son peu d'altération et de la couleur naturelle qu'il présente tant à la partie interne qu'à sa partie externe... Pareille observation a pu être faite sur toute la longueur du tube intestinal, qui, malgré sa tendance si connue à la putréfaction, ne présente pour ainsi dire aucune trace d'altération ou de gonflement, et offre tous les caractères d'un organe sain et extrait d'un cadavre de la veille. »

Il n'y a là ni matière putride ni même commencement ou indice d'altération quelconque.

Les vomissements recueillis sur le parquet de la chambre à coucher de la veuve de P... ne renfermaient que des substances glaireuses desséchées par suite de leur large surface d'évaporation, et ne contenaient aucun débris de viande ou autre substance altérable (le dernier repas de la veuve de P... ayant été exclusivement composé d'une soupe à l'oseille et d'un chou-fleur). Le parquet, bien moins encore que les organes de la victime, pourrait donc être suspect de renfermer des ferments putrides capables de se dissoudre dans l'alcool à 95 degrés et de donner la mort! Et cependant l'extrait O provenant de ce parquet, administré à la dose de 5 grammes, a suffi pour donner la mort à plusieurs animaux, tandis que l'extrait P, obtenu dans des conditions identiques avec la portion du parquet non atteinte par les vomissements, n'a produit aucun effet sur les animaux auxquels on l'a administré. L'extrait A B provenant de l'estomac et des intestins, administré de même à la dose de 5 grammes, a produit un empoisonnement véritable, mais qui ne s'est pas terminé par la mort; de telle sorte que l'extrait provenant des organes eux-mêmes, et le plus riche en matières organiques, a en réalité produit moins d'effet que l'extrait du parquet, qui n'en contenait presque aucune.

(1) On consultera avec fruit les expériences de Traube (*Archives de la Charité*, Berlin, 1850), celles de M. Vulpian, *De l'action de la digitaline sur les batraciens* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2e série, t. II, 1855, p. 67), et les *Recherches physiologiques sur l'action des différents poisons du cœur*, par MM. Dybkowsky et E. Pelikan (*ibid.*, 3e série, t. III, 1861, p. 97). Nous rappellerons que M. le professeur Claude Ber-

VI. — *Examen analytique des témoignages et constatations relatifs à l'état de santé de la dame de P..., aux symptômes qui ont précédé la mort et à l'état des organes révélé par l'autopsie cadavérique* (1).

Nous laisserions notre tâche incomplète si, après avoir recherché la présence du poison dans les déjections de la dame de P... et dans les organes extraits de son cadavre, nous ne poursuivions l'étude des phénomènes de l'empoisonnement dans les symptômes que cette dame a éprouvés et dans les lésions que l'autopsie a révélées. Nous aurons en même temps à nous demander si elle n'a pas été, en réalité, atteinte d'une maladie plus ou moins bien caractérisée, qui permettrait de considérer sa mort comme naturelle, ou si, au contraire, par des motifs que nous n'avons pas à rappeler ici, elle n'a pas pu être conduite à simuler certains troubles dans sa santé, bien que celle-ci, jusqu'à la veille de sa mort, n'ait pas été sérieusement altérée.

De nombreux témoignages recueillis dans l'instruction, la correspondance de la veuve de P... elle-même, les consultations et ordonnances qui lui ont été délivrées par certains médecins, nous fournissent sur ces différents points les plus précieux renseignements et nous donnent le moyen de conclure en parfaite connaissance de cause.

La veuve de P... a succombé le 17 novembre 1863. L'autopsie cadavérique a démontré d'une manière positive qu'elle n'était atteinte d'aucune affection organique. Le cerveau, les poumons, le cœur, c'est-à-dire les organes essentiels à la vie, étaient sains, et, malgré les suppositions qui se sont produites, il n'y avait eu, chez cette dame ni perte de sang à l'intérieur ni perforation de l'estomac. Ce sont là des faits matériels qui ne sauraient être contestés. Ajoutons que, jusqu'à la veille de sa mort, la veuve de P... avait été vue se livrant à ses occupations accoutumées et qu'elle avait pris des aliments comme une personne bien portante. Les premiers symptômes graves qu'elle a éprouvés dans la nuit qui a précédé sa mort, ont consisté en vomissements répétés et d'une extrême violence et en un affaiblissement rapide. Le médecin fort distingué qui l'a vue à ses derniers moments, M. le docteur Blachez, chef de clinique de la Faculté, constate qu'elle est pâle, fort agitée, baignée d'une sueur froide, se plaignant d'un mal de tête insupportable ; le pouls est irrégulier, intermittent, puis imperceptible ; les battements du cœur tumultueux, irréguliers, cessant par instants et bientôt presque supprimés. M. Blachez compare ces symptômes à ceux que l'on observe chez les gens qui succombent à une hémorrhagie interne brusque et abondante. Il ne faut pas perdre de vue que ce n'est là qu'une comparaison, et l'on reconnaîtra qu'elle est parfaitement juste et exprime bien le fait dominant, celui d'un affaiblissement de l'organe central de la circulation. M. Blachez, dans les moyens qu'il prescrit, ne se préoccupe que d'une chose, c'est de ranimer l'action du cœur.

Il est impossible de ne pas faire remarquer que ces faits offrent une ressemblance frappante avec ce qui s'est passé dans nos expériences sur les animaux soumis à l'absorption soit de l'extrait provenant des déjections de la veuve de P..., soit de la digitaline (2).

Jusqu'ici, nous sommes restés sur le terrain des faits parfaitement constatés, tant par l'autopsie cadavérique que par l'observation des symptômes éprouvés dans ses derniers moments par la veuve de P... A ces faits positifs est-il permis d'opposer des hypothèses, des allégations intéressées ou des renseignements incohérents qui tendraient à représenter cette dame comme atteinte depuis plusieurs mois d'une maladie qui l'aurait entraînée au tombeau ?

---

nard, appelé à l'audience de la cour d'assises, est venu confirmer, avec toute l'autorité de sa parole, les principaux effets de la digitaline sur l'organe central de la circulation, tels que nous les avions nous-mêmes constatés dans les expériences médico-légales qui précèdent : d'une part, la mort par cessation des battements du cœur ; et de l'autre, la rigidité cadavérique rapide et persistante des ventricules, rigidité tellement rapide qu'elle se montre chez les chiens presque immédiatement après la dernière diastole ventriculaire, et que même, suivant Pelikan, chez la grenouille, le ventricule du cœur s'arrête toujours en état de forte contraction. MM. les professeurs d'Alfort, Henri Bouley et Raynal, appelés également à reproduire devant la cour d'assises les résultats d'expériences déjà anciennes faites avec la digitale et consignées dans le *Mémoire sur la digitaline*, de Quevenne et Homolle (*Archives de physiologie*, de Bouchardat, 1854), ont signalé chez les chevaux des symptômes identiques avec ceux qu'ont présentés les chiens empoisonnés avec les extraits provenant, soit des matières recueillies sur le parquet, soit des organes de la veuve de P..., c'est-à-dire des battements du cœur d'abord tumultueux et précipités, plus tard graduellement ralentis jusqu'à la mort. La flaccidité du cœur constatée à l'autopsie chez les chevaux est un phénomène à peu près constant chez les herbivores, et peut tenir tant à la longue durée de l'empoisonnement, qui s'est prolongé plusieurs jours, qu'à l'époque tardive à laquelle les animaux ont été ouverts. Enfin, si nous rappelons que M. le docteur Homolle, l'un des inventeurs de la digitaline, a bien voulu nous communiquer le résultat d'expériences récentes dans lesquelles il note également la diminution rapide de fréquence des battements du cœur chez les grenouilles, sous la peau desquelles il a inséré de la digitaline, on reconnaîtra que toutes les données de la science la plus exacte et la plus récente concordent de la manière la plus frappante avec les expériences physiologiques que nous avons instituées pour rechercher les preuves de l'empoisonnement par la digitaline.

(1) M. le docteur T. Gallard, dans la relation fidèle et intelligente qu'il a donnée à l'*Union médicale* des débats de l'affaire la P... au point de vue médico-legal (1864, n°s du 9 mai et suivants), a bien voulu prendre la peine de répondre pour nous au reproche fort inattendu qui, paraît-il, nous aurait été adressé, non-seulement par l'habile défenseur de l'accusé, Me Lachaud, mais encore par des médecins, d'avoir fait entrer dans l'appréciation des faits soumis à notre expertise l'élément symptomatique. Nous remercions notre savant confrère et nous nous bornons à répéter, ainsi que nous l'avons fait devant le jury, que l'empoisonnement ne peut être constitué médicalement que par les symptômes, les lésions anatomiques et les données chimiques ou physiologiques. Ces trois éléments sont au même degré nécessaires, et nous nous refuserions à conclure là où nous serions privés de l'un des trois. Nous en appelons sur ce point à la réflexion de ceux mêmes qui seraient tentés d'adopter à la légère cette fausse doctrine, excusable dans une discussion de cour d'assises, mais indigne d'un savant et d'un véritable expert.

(2) On trouvera dans A. Taylor (*On poisons in relation to medical jurisprudence and medicine*, 2e édit. Londres, 1859, p. 833), la relation de cinq cas d'empoisonnement par la digitale qui offrent comme symptômes prédominants les vomissements abondants et incessants, l'irrégularité, la petitesse et le ralentissement considérable du pouls, des douleurs de tête très-vives, les défaillances et les sueurs froides. La mort dans deux de ces cas est survenue en vingt-deux heures. Qui ne serait frappé de telles analogies avec la maladie si violente et si rapidement fatale de Mme de P... ?

Une chute faite dans son escalier par la veuve de P... aurait été, d'après ses propres déclarations, le point de départ de la maladie.

« La chute, écrit-elle le 26 septembre, a été si affreuse, qu'une » personne qui était chez elle, et qui est allée chercher un médecin, » croyait ne plus la trouver vivante. Elle vomit et crache le sang à » pleins pots. Elle rend tout ce qu'elle prend, même l'eau. Elle est » tuée, brisée, et souffre nuit et jour. Elle est allée voir le docteur » Gaudinot, qui l'a trouvée très-malade. » Et le lendemain elle ajoute : « Je m'arrête accablée par les souffrances. Le mal que je res- » sens à l'intérieur, à l'endroit même où je suis tombée, est si vif que » je ne puis plus garder aucune position. » Enfin, plus tard, elle déclare que M. Nélaton « ne lui aurait laissé pour ainsi dire aucun » espoir. »

Il y a là plus que de l'exagération ; l'imagination de la veuve de P... dénature complétement les faits. La chute, si violente qu'elle ait pu être et si effrayante qu'elle ait pu paraître au premier abord, n'a eu, en réalité, aucune suite grave. Elle n'a déterminé ni fracture, ni commotion, ni déchirure ou contusion extérieure. Personne n'en a vu les traces, et l'intégrité des organes, constatée par l'autopsie la plus minutieuse, prouve qu'aucun d'eux n'a été lésé par cet accident. Personne, d'ailleurs, n'a partagé les craintes excessives de la veuve de P... M. le docteur Gaudinot, qui déclare n'avoir pas constaté par lui-même les prétendues contusions et ecchymoses soit sur l'estomac, soit sur le reste du corps, n'a pas jugé le cas bien sérieux, puisqu'il s'est contenté d'ordonner des cataplasmes, des bains, des lavements et un régime adoucissant, et qu'il est resté trois semaines ou un mois sans revoir la veuve de P... Lorsqu'il a parlé plus tard d'une perforation possible de l'estomac en présence des accidents mortels des derniers instants, il a commis une erreur, puisque l'estomac, examiné à l'autopsie, n'était pas perforé, mais une erreur très-facile à comprendre et parfaitement justifiée par le retour naturel qu'il a dû faire sur les anciens dires de la veuve de P..., touchant la violence de sa chute, et surtout par l'impossibilité où il était de soupçonner une cause de mort violente, un empoisonnement. M. Nélaton, se reportant à l'ordonnance qu'il avait donnée pour quelques troubles gastriques, a déclaré, comme il était facile de le prévoir, qu'il n'avait pu porter un pronostic aussi désespérant que celui que lui aurait prêté la veuve de P.... Quant à MM. les docteurs Velpeau, Desormeaux, Danet, Huet, ils se sont tous accordés sur ce point, et leurs prescriptions en font foi, qu'ils n'avaient pas cru à un trouble sérieux dans la santé de cette dame. Il ne faut pas oublier que plusieurs de ces honorables médecins l'examinaient au point de vue d'un contrat d'assurance, et qu'ainsi que le disait l'un d'eux, ils eussent refusé le certificat s'ils n'avaient pas constaté un parfait état de santé.

De telle sorte qu'il est impossible de ne pas rester convaincu que la veuve de P... n'a été atteinte de la maladie qui l'a emportée que la veille même de sa mort ; que jusque-là elle s'était bien portée et n'avait pas été sérieusement malade, et qu'enfin elle avait eu sans doute un intérêt à faire croire à un trouble sérieux dans sa santé, jusqu'elle avait exagéré les suites d'une chute qu'elle avait faite, et avait été sans motif réel consulter un grand nombre de médecins pour des maux très-mal définis.

Il est deux choses qu'en terminant sur ce point nous ferons remarquer : c'est, en premier lieu, que la veuve de P... était enceinte de deux mois environ, et que ce commencement de grossesse pouvait avoir produit chez elle quelques dérangements des fonctions digestives. C'est, en second lieu, qu'elle revient à plusieurs reprises sur l'usage qu'elle aurait fait, d'après des conseils extra-médicaux, de substances médicamenteuses très-actives, telles que l'acide prussique et la digitaline, comme si elle avait eu le pressentiment qu'elle succomberait avec tous les symptômes d'un empoisonnement par cette dernière substance.

VIII. — *Conclusions relativement aux faits qui précèdent.*

Du résumé des expériences et analyses auxquelles nous avons procédé, de l'exposé et de la discussion des faits qui précèdent, nous concluons que :

1° La veuve de P... est morte empoisonnée.

2° Le poison qui l'a tuée est de la nature de ceux qui, empruntés au règne végétal, peuvent ne pas laisser de traces caractéristiques dans les organes, ne pas être isolés par l'analyse chimique, mais révèlent leur présence par leurs effets, et sont décelés par l'action meurtrière qu'ils exercent sur les êtres vivants.

3° Nous avons, en effet, retiré, non-seulement des matières vomies par la veuve de P... sur le parquet de sa chambre, mais aussi des organes soumis à l'analyse, un principe toxique très-énergique, qui, expérimenté sur des animaux, a produit des effets analogues à ceux qu'a ressentis la veuve de P... et les a fait périr de la même manière.

4° Ces effets et cette action ont une grande ressemblance avec ceux de la digitaline, et, sans toutefois que nous puissions l'affirmer, de fortes présomptions nous portent à croire que c'est à un empoisonnement par la digitaline qu'a succombé la veuve de P....

5° Cette dame n'était nullement malade avant le jour qui a précédé sa mort ; les prétendues affections du cœur et de l'estomac pour lesquelles elle a tour à tour consulté divers médecins, aussi bien que les conséquences funestes qu'elle a attribuées à une chute sans gravité, sont autant de fables inventées par elle ou auxquelles elle s'est prêtée.

6° L'autopsie cadavérique a démontré de la façon la plus positive qu'elle n'était morte ni des suites de sa chute, ni d'une hémorrhagie interne, ni d'une gastro-entérite aiguë ou chronique, ni d'une perforation de l'estomac, ni d'aucune autre cause naturelle.

7° Parmi les objets très-nombreux et très-divers saisis au domicile de l'inculpé, nous avons signalé une quantité considérable de substances vénéneuses, dont la possession ne peut se justifier par les besoins de la pratique médicale, ni surtout par les usages de l'exercice ou même de l'enseignement homœopathiques.

8° Parmi ces poisons, nous avons insisté sur les doses considérables de digitaline achetées et en grande partie consommées déjà par l'inculpé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juillet. — Présidence de M. GRISOLLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Cassan sur les épidémies qui ont régné en 1863 dans l'arrondissement d'Alby [Tarn]. (Commission des épidémies.)

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans le département de Lot-et-Garonne. (Commission des épidémies.)

3° Des rapports sur les services des eaux minérales de Moltig (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Picou ; de Saint-Jean de Ceyrargue (Gard), par M. le docteur Auphan ; de Salies (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Nogaret ; et de Challes (Savoie), par M. le docteur Audouix. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur la part de la continence dans la production de la rage et sur un moyen de prévenir les désirs vénériens chez les chiens, par M. Auginard, vétérinaire à La Chapelle. (Commission des remèdes secrets.)

2° Un pli cacheté, par M. le docteur A. Corlieu. (Accepté.)

M. ROBINET offre à l'Académie, au nom de M. Homolle, une brochure où sont exposés : l'état de la science sur la digitaline, les propriétés de cette substance en dissolution dans le chloroforme ; la possibilité d'extraire à l'aide du chloroforme la digitaline des mélanges les plus complexes ; l'action de la digitaline à dose faible comme sédatif du cœur, son action à dose élevée comme poison du cœur, qu'elle paralyse par sidération.

LECTURES.

Des causes et de la nature des diverses déviations de la région cervicale chez le cheval. — M. GOUBEAUX lit sur ce sujet, à l'appui de sa candidature, un travail dont voici les conclusions :

1° Jusqu'à présent, aucun fait ne démontre que la luxation de l'une quelconque des cinq dernières vertèbres cervicales soit possible et ait été observée chez le cheval.

2° Les déviations de la région cervicale peuvent avoir lieu en deux sens différents : *a.* dans le sens latéral ; *b.* dans le sens vertical ou de haut en bas. Elles peuvent avoir lieu simultanément dans les deux sens ; elles sont toujours dues à des lésions diverses plus ou moins graves.

3° Dans les cas les plus simples, la déviation latérale est une paralysie locale qui est due à des lésions musculaires ou à des lésions des nerfs cervicaux.

4° Dans des cas plus compliqués, outre les lésions susindiquées, on rencontre des fractures des apophyses articulaires, de quelques vertèbres cervicales ; mais c'est encore ici une paralysie limitée à la région cervicale.

5° Lorsque la déviation cervicale a eu lieu dans les deux sens à la fois latéralement et de haut en bas, les lésions sont à la fois fonctionnelles (lésions des nerfs) et mécaniques. Rupture des disques intervertébraux et du ligament vertébral commun supérieur.

On observe d'abord des symptômes de paralysie locale et ensuite des symptômes de paralysie générale. Ces derniers sont dus d'abord au tiraillement qu'éprouve la moelle épinière et ensuite au ramollissement de la substance grise du même organe.

6° Dans tous les cas, ces déviations sont, quant à leur nature, ainsi que l'avait dit Vegetius, une véritable paralysie du cou.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre correspondant dans la section de chimie, physique et pharmacie.

L'Académie présente :

En 1re ligne, M. Favre, professeur à l'Académie des sciences de Marseille ;

En 2e ligne, M. Blondlot, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Nancy ;

En 3e ligne, M. E. Marchand, pharmacien à Fécamp.

Au premier tour de scrutin, sur 56 votants, ont obtenu :

MM. Favre.	35 voix.
Blondlot.	12 —
E. Marchand..	9 —

En conséquence, M. Favre est nommé membre correspondant.

RAPPORT.

Remèdes nouveaux. — M. BOUILLAUD lit un rapport officiel sur une brochure de M. le docteur Lamare-Picquot relative aux causes, aux prodromes et au traitement de l'apoplexie cérébrale.

M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre « que les opinions de M. Lamare-Picquot, soit sur la nature de l'apoplexie, soit sur la vertu préservative de l'acide arsénieux contre cette maladie, se trouvent en désaccord avec la saine observation, la saine théorie et la saine critique ; qu'il appartient d'ailleurs désormais au public médical d'en connaître, puisque ces opinions ont été livrées à l'impression. » (Adopté.)

Discussion sur la pustule maligne.

M. CLOQUET demande si parmi les faits donnés comme des exemples de pustule maligne spontanée, il en est qui ont été vus sur les parties couvertes.

M. GOSSELIN répond que quelques observations de ce genre ont été produites par MM. Devers et Gallard.

M. CLOQUET. Il faut, dit l'orateur, se défier du siége des pustules malignes sur les parties couvertes. J'ai vu un marchand ambulant qui avait une pustule maligne sur la région ombilicale, et en cherchant bien, Pelletan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dans le service duquel était le malade, s'est aperçu que ce marchand avait un large trou à sa chemise, de sorte que le ventre avait été une partie découverte. Dans un autre cas, j'ai vu une pustule maligne dans le flanc ; c'était au mois de juillet, et le malade avait dit qu'en allant au bain il s'était senti piqué par une mouche.

Des neuf cas de pustule maligne qu'il m'a été donné d'observer, deux seulement n'ont pas permis d'établir la contagion d'une manière évidente.

La pustule maligne a des caractères très-tranchés. Une cloche apparaît sur une auréole inflammatoire ; cette cloche ou vésicule s'agrandit, elle est remplie de sérosité qui donne l'aspect d'une coloration grisâtre. L'œdème survient ; une famille de pustules se développe autour de la première. Il est presque toujours possible de faire remonter le début du mal à un contact avec des viandes, des peaux ou des produits d'animaux.

Il y a des affections gangréneuses spontanées que l'on a sans doute confondues avec la pustule maligne, telles que les affections gangréneuses de la face chez les enfants. On a vu en Algérie des gangrènes spontanées, que l'on a appelées scorbut aigu, qui ont pu être considérées comme des pustules malignes; mais elles n'en ont pas les caractères.

Jusqu'ici, de tout ce que j'ai vu, il résulte pour moi que la pustule maligne est le produit d'une contagion.

M. PIORRY prend la parole pour exposer quelques faits tirés de la pathologie médicale, et qui se rapprochent de la pustule maligne. Il veut parler des eschares gangréneuses au sacrum chez les individus atteints de fièvre grave.

Le tableau que M. Cloquet vient de tracer de la pustule maligne représente exactement ce qui se passe dans les cas d'eschares gangréneuses. Des vésicules remplies de sérosité grisâtre ou noirâtre apparaissent sur la peau de la région sacrée; l'eschare gagne de proche en proche, en même temps que d'autres vésicules apparaissent. La gangrène fait en quatre ou cinq jours de rapides progrès, et les malades meurent en présentant tous les symptômes généraux d'une infection.

La pustule maligne est causée par une contagion d'un virus venu du dehors; les eschares au sacrum ont une origine semblable. Il n'est pas exact de dire que c'est l'infection générale de l'économie qui engendre ces gangrènes; ce sont les matières putrides rejetées par l'intestin qui contaminent la peau de la région sacrée, et il s'agit encore d'un virus appliqué sur la peau.

Il y a vingt-cinq ans que l'orateur a professé cette opinion; elle a été reproduite dans diverses thèses, entre autres celles de M. Blanchet.

Le traitement réellement efficace dans la pustule maligne, l'est aussi dans les eschares au sacrum; la cautérisation au fer rouge, entre les mains de M. Piorry, a arrêté plus d'une fois les eschares au sacrum. Mais il avait associé à ce traitement un moyen préservatif; par des lavements répétés il nettoyait l'intestin, et le désinfectait ainsi, de sorte que les évacuations perdaient leur caractère virulent.

A l'occasion des eschares au sacrum, l'orateur signale une variété curieuse de lésions de ce genre produites par la manière défectueuse de remuer les malades dans leur lit. On a vu des malades porter une fente longitudinale ulcérée sur la ligne médiane de la région sacrée entourée de tissu induré. M. Piorry a remarqué que cette plaie était le résultat de tiraillements exercés sur la peau en retournant les malades; le professeur a enseigné que pour éviter cet accident on devait saisir les malades pour les remuer par les parties où les os sont sous la peau; que la plaie devait être pansée avec de la charpie imbibée d'alcool ou de coaltar, et que si ces moyens ne réussissaient pas, on devrait avoir recours à la cautérisation au fer rouge.

M. RAYNAL pense qu'il y aurait de graves dangers pour l'hygiène publique à admettre sans preuve bien suffisante la spontanéité de la pustule maligne. Il ressort des recherches de l'orateur que, contrairement aux assertions de MM. Gallard et Devers, il y a eu des cas de charbon sur les animaux en 1860 dans les départements de la Charente et de la Charente-Inférieure; dans les Deux-Sèvres, il y a aussi des cas de charbon; le pays est marécageux, et c'est là une condition favorable au développement de la maladie.

Au point de vue de la contagion de la pustule maligne, il suffit de se rappeler ce qui se passe en Beauce et dans la Sologne. Un médecin de Châteauneuf a dit à l'orateur qu'il avait observé vingt-cinq cas par an, et que la contagion était toujours évidente.

Il ne croit pas, comme semble l'admettre M. Gosselin, que les animaux sains surmenés soient susceptibles de donner évidemment le charbon.

Il répondra au rapporteur que des expériences ont déjà été faites avec les dépouilles d'animaux morts du charbon ou d'autres maladies contagieuses. Ainsi les peaux d'animaux morts de la clavelée n'ont pas pu donner cette maladie à des animaux sains. Des expériences variées que l'orateur a faites avec feu Renaud, il est résulté du reste que les contagions de charbon avaient lieu quelquefois dans les pays où cette contagion est endémique. Il semble que le lieu où l'expérience est faite devient une cause occasionnelle.

M. Raynal se réserve de revenir sur tous ces points si une discussion s'engage.

M. GOSSELIN. Les propositions du rapport n'ont pas été attaquées; sauf quelques points de détail, tout le monde est d'accord.

Il faut bien se rappeler que le rapport se tenait dans la réserve. Tout en acceptant l'opinion ancienne comme vraie, tout en se rangeant avec Enaux et Chaussier du côté de la théorie de la contagion, il constatait que, comme l'ont établi MM. Devers et Gallard, on n'avait pas toujours pu remonter à la source de la contagion; il enregistrait 34 observations où il avait été impossible de démontrer le contact d'un virus avec la peau des individus atteints de pustule maligne, et le rapporteur était d'avis qu'il était nécessaire de soumettre désormais les faits à une observation rigoureuse.

La commission croit à la contagion, qu'elle soit produite par des animaux morts du charbon ou d'autres maladies; mais elle ne croit pas qu'il faille donner une solution définitive, et elle pense qu'il faut renouveler les expériences dont a parlé M. Raynal.

Pour répondre à M. Raynal, qui a attaqué la proposition établie dans le rapport au sujet de la transmission de la pustule maligne par le cadavre d'animaux sains, M. Gosselin ajoute qu'il n'avait été question que d'une opinion émise par M. Bourgeois (d'Etampes).

M. GIBERT s'étonne de ce que l'on signale des lacunes dans la science à propos d'une question que l'expérience journalière a jugée; quand depuis tant d'années la contagion de la pustule maligne par contact a été prouvée; la spontanéité ne doit être considérée que comme une hypothèse.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport:

Adresser des remercîments à MM. Devers et Gallard.

Renvoyer au comité de publication le travail de M. Gallard.

Déposer aux archives le mémoire de M. Devers. (Adopté).

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. HUGUIER présente un jeune homme opéré d'un polype naso-pharyngien par un procédé nouveau dont il a déjà entretenu l'Académie.

Il s'agissait d'un polype qui s'était prolongé en divers sens dans les cavités annexées aux fosses nasales et avait altéré la vue et l'odorat. M. Huguier a fait une incision verticale, allant de l'angle interne de l'œil jusqu'à la partie moyenne de la lèvre supérieure; puis il a agrandi transversalement la commissure. Le lambeau a été relevé; le maxillaire supérieur a été mis à découvert, scié au niveau du cornet inférieur; puis, cet os a été abaissé autour de la symphyse enharmonique des maxillaires sur la ligne médiane comme charnière. A travers l'ouverture ainsi pratiquée, le polype a été enlevé et détruit; ensuite la partie inférieure du maxillaire supérieur a été relevée et maintenue en place avec une gouttière en gutta-percha, soutenant toute l'arcade dentaire supérieure.

Toutes les fonctions qui avaient été gênées par la présence du polype ont reparu, la voûte palatine est intacte, et le malade parle bien.

M. Huguier croit ce procédé plus avantageux que l'ablation du maxillaire supérieur, qui laisse un grand vide dans la bouche et nécessite un appareil prothétique.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 2 juillet, ont été nommés présidents:

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Meurthe, à Nancy, M. Grandjean, vice-président actuel de la Société, professeur à l'Ecole de médecine;

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Morbihan, à Vannes, M. le docteur Carel, maire de Napoléonville.

— Par arrêté du 8 juillet, M. le ministre de l'instruction publique a institué une commission chargée de l'examen des questions relatives à l'exercice de la médecine et de la pharmacie, soulevées par les pétitions dont le Sénat a prononcé le renvoi au ministre de l'instruction publique.

Sont nommés membres de cette commission,

MM. Dumas, inspecteur général de l'enseignement supérieur;

Duvergier, conseiller d'Etat;

Lestiboudois, conseiller d'Etat;

Giraud, inspecteur général de l'enseignement supérieur;

Brongniart, inspecteur général de l'enseignement supérieur;

Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur;

Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris;

Regnault, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris;

Bussy, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris;

Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg;

Planchon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier;

Gintrac, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux;

Cazeneuve, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

— M. le docteur Dumas-Aubergier est nommé médecin inspecteur de l'établissement thermal de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme)

M. le docteur Treuille est nommé médecin inspecteur de l'établissement thermal d'Euzet (Gard).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lalanne père (d'Agen), qui a succombé le 9 de ce mois, à l'âge de 87 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des trichines, par Rud. VIRCHOW, traduit de l'allemand par E. ONIMUS, élève des hôpitaux de Paris. In-8° de 55 pages, avec 5 figures et une planche lithographiée. Prix: 2 fr.

Conférence publique sur l'hétérogénie ou génération spontanée, faite à la Faculté de médecine de Paris le 28 juin 1864, par le docteur JOLY (de Toulouse). In-8° de 40 pages. Prix: 50 c.

Ces deux ouvrages viennent de paraître à la librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Etude médicale sur les eaux minérales de Pierrefonds-les-Bains; application des eaux sulfureuses pulvérisées au traitement des maladies de poitrine, avec fig. intercalées dans le texte, par le docteur SALES-GIRONS, médecin inspecteur de ces eaux, etc. Un vol. in-18. Prix: 2 fr., *franco*. Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

De l'électricité considérée comme cause principale de l'action des eaux minérales sur l'organisme, par H. SCOUTETTEN, ex-médecin chef et premier professeur des hôpitaux militaires d'instruction de Strasbourg et de Metz. Un vol. in-8° de 420 pages. Prix: 6 fr. — J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Recueil de questions posées aux examens de médecine sur les accouchements, deuxième série. Un vol. Prix: 1 fr. 50 c. *franco*. Paris, 1864, chez Adrien Delahaye.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 86. — SAMEDI 23 JUILLET 1864. (37e ANNÉE.) N° 86. — SAMEDI 23 JUILLET 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'anaphrodisie arsenicale.

La médication arsenicale n'a plus à combattre les injustes préventions qui l'accueillirent à son début : mais par un revirement d'idées, très-fréquent même en matière de science, on a remplacé d'injustes défiances par une trop grande sécurité. Comme l'a très-bien fait remarquer M. Charcot dans un intéressant travail publié par lui dans le dernier numéro du *Bulletin de thérapeutique*, les préventions injustes qui naguère faisaient redouter outre mesure l'emploi prolongé des préparations arsenicales dans le traitement de certaines affections chroniques, se sont aujourd'hui en partie évanouies à la lumière de faits rigoureusement observés; mais il semble qu'elles aient fait place dans quelques esprits à un optimisme qui n'est point sans danger.

S'il est vrai que l'administration de l'arsenic puisse souvent être longtemps prolongée, pourvu que l'on procède avec méthode, sans qu'il en résulte pour le malade aucun inconvénient sérieux, cependant il n'en est pas moins vrai que dans un certain nombre de cas on peut voir survenir, alors même que le traitement n'est commencé que depuis peu de jours, des accidents plus ou moins graves.

Et comme le seul remède de ces accidents est de suspendre aussitôt la médication arsenicale, il importe que le médecin les connaisse bien dans leur forme et leur variété, pour qu'il ne soit point exposé à se méprendre sur leur véritable nature.

Parmi ces accidents, dont la plupart ont été dans ces derniers temps indiqués et décrits avec le plus grand soin, il en est un cependant qui mérite à tous égards d'être connu, et dont les auteurs ont presque tous méconnu l'existence : nous voulons parler de l'*anaphrodisie arsenicale*.

M. Charcot en a rapporté deux très-remarquables exemples, et il a fait suivre ces observations de remarques et de réflexions très-judicieuses sur lesquelles nous reviendrons avec détail.

Il n'est fait mention de l'*anaphrodisie arsenicale* dans aucun des livres de matière médicale et de thérapeutique les plus récents et les plus complets, la dernière édition du livre de MM. Trousseau et Pidoux, de Pereira (*The elements of materia medica*, 4e édit.) et d'Œsterlen (*Handbuch der Heilmittellehre*, Tubingue, 1858).

M. Rayer est le seul qui ait signalé et bien observé l'anaphrodisie : son observation remonte à près de quarante années, et elle est rapportée dans l'article ARSENIC du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (t. III, p. 372, § XIV).

« Indépendamment des altérations que les préparations arsenicales peuvent déterminer dans les organes digestifs..., indépendamment des tremblements et des paralysies des membres observés par plusieurs auteurs, le fait suivant et deux faits analogues dont j'ai eu connaissance, tendent à établir qu'elles peuvent déterminer quelquefois une véritable paralysie des parties génitales :

» J'ai soigné, à l'hôpital de la Charité, de la lèpre et d'une entérite chronique, un compositeur d'imprimerie âgé de vingt-trois ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, quoique de constitution assez faible et atteint depuis cinq ans d'une lèpre vulgaire, qui, d'abord bornée aux coudes et aux genoux, s'étendit les années suivantes à toutes les autres parties du corps. Les deux premières années, elle fut combattue par les bains simples, les bains sulfureux et d'autres préparations de soufre.

La troisième année, il fit divers remèdes et fut enfin soumis à l'action de la solution de Fowler, qu'il prit progressivement depuis 5 jusqu'à 20 gouttes pendant trois mois.

Peu de temps après avoir fait usage de ce remède, il éprouva des douleurs à l'estomac; les digestions devenant pénibles, il perdit ses forces, fut pris d'une diarrhée assez abondante, *et les organes de la génération furent frappés d'une véritable paralysie.* Elle a persisté pendant dix-huit mois, et le malade m'assure aujourd'hui que sa diarrhée est rappelée par le plus léger écart de régime. »

Si à cette observation on ajoute les deux faits recueillis par M. Charcot, on aura tout ce qui a été publié ou signalé à cet égard. C'est donc un sujet qui mérite de nouvelles recherches, et il suffit que l'attention des observateurs soit portée sur ce sujet pour qu'il ne coure plus risque de passer inaperçu.

Voici maintenant en résumé les observations de M. Charcot :

I. La première a pour sujet un homme de quarante-deux ans, qui, atteint dès l'âge de quinze ans d'un psoriasis à plaques confluentes étendu à presque toute la surface du corps, commença douze années après, c'est-à-dire vers l'âge de vingt-sept ans, à faire usage de préparations arsenicales, et chaque année sans interruption, pendant deux ou trois mois, il se soumit à cette médication en élevant progressivement les doses; à plusieurs reprises même la cure arsenicale fut répétée deux fois et plus dans le courant d'une même année.

Chaque fois l'affection cutanée s'amoindrissait : les plaques s'effaçaient, disparaissaient, mais constamment, au bout de quelques semaines ou de plusieurs mois, elles se reproduisaient et reprenaient bientôt leur ancien caractère.

Le malade était donc obligé de recourir à la médication arsenicale; il était arrivé ainsi à un tel degré de tolérance qu'il avait pu maintes fois élever les doses jusqu'à prendre 5 centigrammes d'acide arsénieux dans les vingt-quatre heures, et cela sans interruption pendant plusieurs semaines. Les seuls accidents qu'il éprouvait alors étaient un peu de ptyalisme et des troubles gastro-intestinaux; l'usage ainsi prolongé des préparations arsenicales avait à peine altéré sa santé. Seulement, vers 1851, la peau avait pris une coloration indélébile, d'un brun sale, surtout dans les points qui sont habituellement à l'abri du contact de la lumière.

En avril 1852, M. X... vint consulter M. Charcot, se plaignant à lui d'un symptôme qu'il éprouvait depuis environ trois mois, lequel l'affligeait beaucoup et avait fait naître chez lui une profonde mélancolie.

Les fonctions génésiques, qui autrefois s'exerçaient très-énergiquement, étaient sérieusement atteintes; les érections étaient devenues rares, imparfaites, et le coït à peu près impossible.

M. Charcot donna alors au malade le conseil de s'abstenir complétement, au moins pendant un espace de temps assez long, de l'usage de toute médication arsenicale. Il se conforma à cette prescription et recouvra, mais seulement après quatre ou cinq mois d'abstention, l'énergie première de ses fonctions sexuelles.

II. Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, traité au n° 17 du pavillon Gabriel par M. Charcot, qui remplaçait M. Hillairet pendant l'été de 1860. Vers l'âge de seize ans, ce malade fut pris de psoriasis : il eut recours d'abord à des frictions mercurielles, et ce n'est que cinq ou six ans après qu'il employa la médication arsenicale.

A partir de cette époque et pendant plus de dix années, il prenait pendant trois ou quatre mois chaque jour des pilules d'*arséniate de potasse*, dont il éleva progressivement la dose jusqu'à en prendre douze ou quinze par jour. Ceci résulte des déclarations du malade; on ne peut donc préciser au juste la dose d'acide arsénieux qu'il a dû prendre ainsi.

Sous l'influence de cette médication, les plaques de psoriasis s'effaçaient et disparaissaient même pour un temps, mais elles se reproduisaient bientôt après sans avoir été notablement modifiées par le médicament.

Vers la fin de cette période de dix années, pendant lesquelles le malade avait presque constamment eu recours aux arsénicaux, la peau présentait, surtout au voisinage des plaques, une coloration d'un brun noirâtre, analogue à celle dont il a été question dans l'observation précédente. En 1855, au lieu de pilules d'arséniate de potasse, le malade prit de la liqueur de Fowler à des doses fort élevées, qu'il supportait sans en éprouver d'inconvénients notables.

Cependant, vers le milieu de l'année 1858, le malade remarqua que l'énergie des fonctions sexuelles était considérablement amoindrie. Attribuant cela, et avec raison, à la médication arsenicale, il y renonça pendant plus d'un an, et alors l'anaphrodisie disparut peu à peu, mais en même temps l'affection cutanée reprit une plus grande intensité. M. X... reprit alors la solution de Fowler, et de nouveau l'état d'anaphrodisie se reproduisit, mais la maladie de peau fut à peine modifiée.

L'existence d'un affaiblissement plus ou moins prolongé des fonctions sexuelles se reproduisant dans le cours d'une médication arsenicale longtemps continuée, est un fait que les observations que nous venons de rapporter mettent hors de doute.

On voit, en effet, cet accident se reproduire dans le cours de la médication chez des hommes dans la force de l'âge, vigoureux, bien constitués, sans qu'il soit possible de reconnaître, en dehors de l'action prolongée du médicament, aucune circonstance capable d'expliquer le développement de cette anaphrodisie.

Dans deux cas, l'anaphrodisie a disparu plusieurs mois après la cessation du traitement; mais dans un de ces cas elle s'est bientôt reproduite à la suite de l'administration de nouvelles doses d'arsenic, et ainsi l'influence spéciale de cet agent sur la production de l'anaphrodisie est devenue des plus manifestes.

Cet accident, autant qu'on en peut juger par le petit nombre de faits recueillis jusqu'ici, ne se produisait que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, où le médicament est porté à des doses élevées et donné pendant un laps de temps qui dépasse de beaucoup les limites auxquelles on s'arrête dans la grande majorité des cas.

Cependant il importe de faire remarquer que l'anaphrodisie arsenicale deviendra moins rare lorsqu'elle aura suffisamment fixé l'attention des médecins et qu'elle n'échappera plus à leur examen; d'un autre côté, il ne faut pas admettre d'une façon absolue que l'anaphrodisie soit toujours un accident dû à l'*abus* de l'arsenic : car dans un cas cet accident s'est manifesté à la suite d'un traitement qui a duré moins de trois mois, et pendant lequel la dose de la solution de Fowler n'a jamais été portée au delà de *vingt gouttes* par jour.

En résumé, l'anaphrodisie est un des accidents possibles de la médication arsenicale, mais c'est un des accidents les plus tardifs. Dans le but de le prévenir, on peut avec Bardsley et MM. Hunt, faire décroître les doses à mesure que les premiers effets pathogénésiques se sont produits, ou bien avec Viellie et D. Hunt, suspendre pendant un temps plus ou moins long toute médication. On éviterait ainsi l'accumulation excessive du poison; mais il faut être prévenu que les accidents attribués à l'*arsenicisme chronique* peuvent apparaître au début du traitement, aux premières doses données, et, comme le fait observer très-judicieusement M. Charcot, en rapprochant ces accidents de ceux de l'empoisonnement par le plomb, les accidents de l'arsenicisme, tout aussi bien que l'encéphalopathie saturnine, peuvent arriver au début de l'intoxication et sans qu'aucun symptôme avant-coureur en eût pu faire prévoir la soudaine apparition.

Lipome pédiculé de la partie supérieure du bras. Ulcération; ablation.

Au n° 23 de la salle des hommes, à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton, un malade âgé de soixante-deux ans a été opéré d'un lipome pédiculé siégeant à la partie supérieure du bras, au niveau du tendon du grand pectoral. Cette tumeur datait de vingt-cinq ans.

Au moment où M. Nélaton a vu le malade, le lipome présentait les caractères suivants : Tumeur du volume d'une tête d'adulte tenant au bras par un pédicule de la grosseur d'un poignet d'adulte. Deux ulcérations de la largeur d'une pièce de cinq francs occupaient la face antérieure de la tumeur, elles laissaient échapper du pus bien lié, et l'on faisait sortir d'autant plus de ce liquide que l'on pressait plus fortement la tumeur entre les mains. Le fond des ulcérations était rempli par une grosse fongosité rouge, assez lisse, et sur laquelle il n'y avait pas de bourgeons charnus comme sur les plaies ordinaires.

Le professeur, après avoir considéré la longue durée du mal, après avoir examiné la consistance de la tumeur et celle du pédicule, qui semblait n'être constitué que par de la peau, se fondant sur l'éloignement de l'artère placée plus en dedans que le pédicule, diagnostiqua un lipome compliqué d'inflammations de la peau, et jugea l'ablation de la tumeur possible.

Le 11 juillet, M. Houel, qui remplace M. Nélaton, a opéré le malade; une incision ovalaire a été faite sur le pourtour du pédicule, puis, comme des veines donnaient du sang en abondance, le pédicule, au delà des limites de la tumeur, a été embrassé avec une chaîne à écraseur et séparé du tissu cellulaire sous-cutané où le lipome s'était développé. Aucune artère n'a dû être liée.

La plaie, sauf la partie inférieure qui a été laissée ouverte pour faciliter l'écoulement du pus, a été réunie par première intention.

La réunion n'a pas été complète, les surfaces sectionnées ont bourgeonné, et, sauf un petit abcès sous-cutané dans la paroi antérieure de l'aisselle, aucun accident n'a troublé la guérison. L'état général du malade est excellent, et dans une semaine il pourra quitter l'hôpital.

Ce fait est intéressant au point de vue de l'indication opératoire posée par M. Nélaton d'après des signes précis, tels que la minceur du pédicule et l'éloignement de l'artère principale du membre. D'autres points méritent l'attention : le développement considérable des veines sous-cutanées a un moment inspiré des craintes et nécessité l'application de l'écraseur. L'in-

flammation et l'ulcération de la peau n'ont pas une moins grande importance.

Voici dans quelles conditions cette lésion s'était produite.

Il y a environ trois semaines, le malade a été atteint d'une bronchite assez grave, qui a nécessité le repos au lit pendant huit jours. Pendant la première période de la maladie, la lipome est devenu douloureux, des plaques rouges se sont montrées et n'ont pas tardé, au dire du malade, à devenir jaunâtres et puis blanches. Le vieillard ajoute que les parties sont tombées et qu'un abcès s'est vidé. Autant que l'on en peut juger, il semble qu'il y a eu une inflammation circonscrite de la peau, qui s'est gangrenée et a découvert un abcès qui s'était formé dans le tissu cellulaire et avait fusé entre les lobes de la tumeur graisseuse. Cette dernière supposition a été vérifiée, du reste, par l'examen de la tumeur au moment de l'opération.

Le point important de cet accident est sans contredit la relation entre un état fébrile et la gangrène de la peau. Le fait actuel confirme une loi pathologique : la facilité de la production des inflammations locales dans les fièvres ou les maladies inflammatoires des viscères. La peau ayant pu résister pendant vingt-quatre ans à la compression exercée de dehors en dedans tout le temps que le malade se portait bien, c'est assurément à la maladie intercurrente qu'il faut accorder une part dans la production de l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire qui environnait le lipome.

Polypes naso-pharyngiens. Ostéoplastie du maxillaire supérieur.

Il s'agit ici du malade de M. Huguier auquel une opération remarquable a été faite (voir le Compte rendu de l'Académie du numéro du jeudi 21 juillet), c'est-à-dire l'ablation d'un polype naso-pharyngien ; la portion alvéolaire et palatine du maxillaire supérieur gauche ayant été séparée du reste de l'os et abaissée, avait été, on s'en souvient, remise en place après la destruction de la tumeur.

Aujourd'hui l'opéré a conservé la voûte palatine et l'arcade dentaire du côté gauche et peut parler et déglutir comme à l'état normal. Mais toute la portion du maxillaire replacé est mobile, toutes les dents sont cariées, sans doute à cause de la section inévitable de tous les nerfs dentaires, qui proviennent tous du nerf maxillaire supérieur; et le jeune homme ne peut manger de ce côté, où l'opération a été faite il y a plus de trois ans.

Voici la première fois que les chirurgiens voient le résultat des opérations ostéoplastiques. Il est bon de comparer ce résultat avec les opérations de la boutonnière palatine de Mane dont M. Nélaton a fait une opération réglée, et qui compte aujourd'hui des succès durables, et enfin avec l'ablation pure et simple du maxillaire supérieur telle que l'a proposée Gensoul et telle qu'elle est aujourd'hui journellement mise en pratique pour de très-gros polypes.

Les appareils prothétiques de M. Sterne, et surtout ceux de M. Préterre, ont rendu aux opérés par la méthode de M. Nélaton et par l'opération de Gensoul l'usage de toutes les fonctions de la bouche et des fosses nasales; la mastication même a été conservée.

Le malade de M. Huguier n'a plus la faculté de mastication, ses dents sont perdues. Il a, il est vrai, une voûte palatine naturelle. Pour que les fonctions soient aussi complètes que dans les autres procédés, il faudra au malade un appareil prothétique et des dents artificielles à la fois, pour maintenir l'os mobile et pour permettre la mastication. Comme ces applications sont possibles et que M. Huguier songe à mettre la prothèse en usage au moins momentanément, il n'y a qu'une objection à faire à la méthode : la nécessité d'une nouvelle opération si le mal récidive. Mais la réponse à cette objection est facile à deviner : puisque l'os est mobile, il sera très-facile de l'abaisser de nouveau, et l'on aura à faire une opération comme dans les parties molles.

Il est vrai que ce sera une nouvelle opération préliminaire, qui n'est pas obligée lorsqu'on s'est servi des autres procédés.

En résumé, ce procédé, difficile à bien exécuter et pour lequel la main habile de M. Huguier n'était pas de trop, n'a pas un avantage très-marqué sur l'ablation simple du maxillaire supérieur, puisque la portion d'os conservée reste en grande partie inutile et n'agit guère que comme un obturateur.

Une opération d'un genre voisin du procédé de M. Huguier a été faite il y a deux ans environ par M. Dezanneaux, médecin à Angers. Le fait a été communiqué à la Société de chirurgie. Nous en connaîtrons peut-être un jour les résultats, et nous aurons occasion d'entretenir de nouveau nos lecteurs à ce sujet.

Incision sous-cutanée de l'anthrax.

Au moment où M. A. Guérin a communiqué à l'Académie de médecine son procédé pour inciser l'anthrax, toute la presse avait compris qu'il s'agissait d'incisions sous-cutanées faites en ponctionnant la tumeur, en incisant des couches profondes du tissu cellulaire vers la peau, c'est-à-dire de dedans en dehors. M. Guérin, tout en admettant ce genre d'incision, préfère et a proposé avant tout l'incision sous-cutanée faite en insinuant le bistouri sous la peau et en coupant ainsi les tissus à partir de la face interne du tégument jusque dans les parties profondes, c'est-à-dire de dehors en dedans. Du reste, ce procédé est représenté par une figure dans la dernière édition des *Éléments de médecine opératoire* de M. A. Guérin.

DE LA CHROMIDROSE OU CHROMOCRINIE CUTANÉE.

Par M. le professeur Leroy de Méricourt.

Nous avons ouvert à plusieurs reprises les colonnes de la *Gazette des Hôpitaux* aux observations relatives à la sécrétion anormale par divers points de la peau, spécialement par les paupières, d'une matière colorante d'un bleu foncé, sécrétion qui a reçu divers noms, et surtout ceux de chromidrose ou chromocrinie cutanée.

M. Leroy de Méricourt vient de réunir dans un Mémoire publié d'abord dans les *Annales d'oculistique*, tout ce qui avait trait à cette question fort controversée, et dont il a été le véritable introducteur dans la science. Nous nous empressons de signaler l'apparition de ce travail aux médecins qui veulent s'éclairer sur tous les points que soulève l'admission de cette maladie nouvelle dans les cadres nosologiques.

On sait que la réalité de l'affection a été révoquée en doute, et que le scepticisme de quelques médecins s'est largement exercé sur la facilité avec laquelle on pouvait jusqu'à un certain point simuler ce genre de sécrétion cutanée. Aussi devenait-il indispensable de rassembler et de rapprocher tous les faits connus jusqu'à présent sur la chromidrose pour bien en analyser et critiquer les conditions, et c'est ce que M. de Méricourt fait avec la plus entière bonne foi dans son livre.

Un historique complet et détaillé met d'abord tout médecin en mesure de se prononcer sur la scrupuleuse attention avec laquelle plusieurs observateurs français ou anglais ont publié les cas qu'ils avaient rencontrés dans leur pratique. Quelques-unes des relations témoignent même de précautions si minutieuses, qu'il est impossible, après leur lecture, de conserver le moindre doute sur la certitude des phénomènes singuliers au sujet desquels les auteurs de ces observations eux-mêmes n'avaient pu se défendre au début d'une certaine incrédulité.

Les faits particuliers à M. Leroy de Méricourt sont d'ailleurs assez probants et confirmés deux fois par le témoignage de médecins aussi autorisés que MM. Larrey et Hardy, pour qu'il n'y ait plus de place à une négation. Ils ne permettent pas davantage le soupçon de simulation que l'irrégularité du retour de la sécrétion colorée chez quelques sujets avait paru pouvoir faire admettre, et que quelques médecins avaient de suite généralisé.

M. de Méricourt a complété cette partie fondamentale de son Mémoire par une étude nosologique de la chromidrose, étude qu'il s'est efforcé de tracer aussi bien qu'il était possible de le faire dans l'état actuel de la science, par l'analyse de tous les cas rassemblés jusqu'à ce jour. Un des articles les plus intéressants de cette portion du livre, est celui que l'auteur a consacré à l'énumération des moyens les plus certains d'arriver à un diagnostic précis et à l'abri de toute erreur. Nous croyons qu'en suivant les règles détaillées dans cet article, on évitera sûrement tout reproche dans la collection des observations nouvelles.

Deux notes du professeur Ch. Robin, intitulées *Examen microscopique et chimique des substances colorantes pouvant servir à simuler la chromidrose*, et *Observations physico-chimiques des échantillons de substance colorante*, recueillies par MM. Leroy de Méricourt et Masnin, ont été reproduites *in extenso* par l'auteur, ainsi qu'un travail du docteur Ordoñez sur la matière noire de la chromidrose ou sueur bleue. C'est dire assez l'esprit qui a dirigé le professeur de Brest dans la réunion, sous les yeux du lecteur, de toutes les pièces du procès qu'il plaide. Elles nous paraissent de nature à lever désormais tout obstacle à l'admission de l'existence de la chromidrose comme maladie spéciale.

Nous devons ajouter qu'un document important à consulter a été lu à la Société de médecine de Gand par le docteur Coppée, depuis la publication de M. de Méricourt. L'observation du médecin belge a été l'objet d'un rapport d'une commission composée de trois membres, qui ont pu, après s'être entourés de toutes les garanties désirables, assister sans désemparer à la réapparition de la sécrétion colorée. Les épreuves auxquelles cette commission a soumis le sujet, remplissent toutes les conditions du programme exigé par les plus incrédules.

Ernest Berchon,
chirurgien de 1re classe de la marine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 juillet 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine.

Régénération des os par le périoste.

M. Giraldès. Dans la dernière séance, j'ai rappelé, à propos de l'observation de M. Ollier, les expériences de M. Sédillot sur la régénération des os par le périoste et les différences qui existent dans les résultats obtenus par le chirurgien de Lyon et le chirurgien de Strasbourg. M. Sédillot a bien voulu m'écrire à ce sujet une lettre que je demande à la Société la permission de lui communiquer.

« Strasbourg, le 10 juillet 1864.

» Mon cher collègue,

» Je lis dans l'*Union médicale* du 9 courant quelques mots de vous sur les régénérations osseuses de la voûte palatine, et je tiens à bien préciser dans votre esprit les faits que j'ai invoqués.

» Langenbeck, Michel et beaucoup d'autres, ont soutenu la réalité de ces régénérations sur l'homme dans un temps très-court (Michel, un mois).

» J'ai élevé des doutes sur ces observations, en les appuyant sur deux ordres de preuves :

» 1° Une ouranoplastie périostée pratiquée sur un jeune garçon avec succès (fente congénitale du voile et de la voûte du palais, *Gazette hebdomadaire*), et après plusieurs mois, aucune ossification n'avait eu lieu.

» 2° Expériences sur de jeunes chiens, et après quarante et soixante jours, aucune trace d'ossification, quoique les périostes palato-nasals n'eussent pas suppuré et se fussent réunis immédiatement. »

DISCUSSION.

Amputation de la verge.

M. Chassaignac. Je crois que l'on a beaucoup exagéré la fréquence du rétrécissement à la suite de l'amputation de la verge, je crois aussi que l'on a exagéré son degré de résistance. J'ai fait plusieurs amputations de la verge, un seul malade m'est revenu avec un rétrécissement assez étroit qui a très-facilement cédé à la dilatation. C'est un malade que j'ai souvent occasion de revoir, je puis donc être très-affirmatif à son sujet. Je désire que mes collègues me donnent, à côté du procédé destiné à prévenir les rétrécissements, des faits qui indiquent bien ce que le chirurgien doit redouter à ce point de vue.

M. Broca. Chez le malade dont j'ai parlé dans la dernière séance, j'avais fait une première amputation, qui fut suivie de récidive six mois après. Ce qui m'engagea dans ma deuxième opération à fixer la muqueuse à la peau, c'est qu'à la suite de cette première amputation faite sans précautions particulières, le malade eut un rétrécissement très-prononcé. Je sais que l'on peut m'objecter la récidive pour expliquer le rétrécissement, aussi je ne veux pas donner ce fait comme preuve absolue. Je crois d'ailleurs qu'il faut tenir grand compte du siége de l'amputation; l'urèthre, coupé dans sa partie spongieuse, est soudé aux corps caverneux, et son extrémité libre doit avoir plus de chances d'être comprise dans une cicatrice résistante que lorsqu'on le coupe à la base de la verge, où sa muqueuse est plus lâche et libre d'adhérences avec des parties fibreuses.

M. Voillemier. Je crois comme M. Broca que l'on doit tenir compte du siége de l'amputation; je crois même que l'on doit tenir compte de la nature de l'affection pour laquelle l'amputation a été faite. Un homme placé dans le service de Lenoir avait eu la verge coupée par une morsure de cheval; notre regretté collègue n'avait eu en effet qu'à sectionner une languette cutanée, qui seule retenait la partie antérieure de la verge. Il survint un rétrécissement si étroit que Lenoir se décida à enlever une rondelle de la verge; nouveau rétrécissement. C'est alors que le malade me fut confié; cette fois je pratiquai l'incision inférieure et la suture de la muqueuse à la peau, la guérison fut obtenue sans rétrécissement.

M. Morel-Lavallée. Je suis très-disposé à penser que dans ce fait il faut chercher la cause du rétrécissement dans l'attrition des tissus. J'ai fait deux fois l'amputation de la verge au niveau des pubis, je n'ai pris aucune précaution contre le rétrécissement, mes malades ont complétement guéri, et la miction est demeurée parfaitement libre.

M. Velpeau. J'ai fait douze ou quinze fois l'amputation de la verge pour des lésions organiques, j'ai toujours amputé au-devant des bourses et n'ai suivi aucun procédé particulier. Je n'ai vu que deux fois survenir des rétrécissements.

Dans l'un des cas, il s'agissait d'un rétrécissement purement cicatriciel assez étroit; il céda aisément à la dilatation. Dans le deuxième, l'obstacle à la sortie de l'urine était dû à une sorte de bourrelet cutané, vicieusement attiré par la cicatrice; je pus très-aisément, par une petite opération, rendre libre l'orifice de l'urèthre. Je me crois donc en droit de conclure que le rétrécissement est bien rare à la suite de l'amputation de la verge, et que les procédés destinés à le prévenir sont peu utiles.

M. Demarquay. J'ai vu plusieurs rétrécissements consécutifs à l'opération dans le service de M. Ricord; j'ai toujours pris la précaution de fixer la muqueuse à la peau, et je n'ai jamais observé de rétrécissement chez mes opérés.

M. Richet. J'ai observé un cas très-remarquable de rétrécissement cicatriciel à la suite de l'amputation de la verge. Lorsque le malade voulait uriner, le canal se distendait et acquérait le volume du pouce; ce n'est qu'alors que l'urine commençait à s'échapper par un orifice très-étroit. J'avais incisé sans succès ce rétrécissement; aussi, très-frappé de ce fait malheureux, j'imaginai le procédé dont je vous ai parlé lorsque j'eus à amputer mon malade.

M. Bauchet. J'ai fait trois fois l'amputation de la verge; dans les trois cas, j'ai employé le procédé rappelé par M. Follin. J'ai suivi deux de ces malades : le premier a été opéré en 1859, le second en 1862; le canal est resté parfaitement libre dans les deux cas.

M. Voillemier. M. Morel a insisté sur les effets de la contusion pour expliquer le rétrécissement; je lui avais moi-même fait sa part; mais si son action ne me paraît pas douteuse lorsque se cicatrisa la plaie faite par le cheval, je ne vois plus ce qu'elle pouvait faire après que Lenoir eut enlevé une rondelle de la verge comprenant toute la cicatrice. Toujours est-il que les rétrécissements ne sont pas niables; aussi me semble-t-il très-rationnel de se servir d'un procédé qui a en outre l'avantage de recouvrir la surface de section.

M. Verneuil. S'il s'agissait d'un procédé difficile ou dangereux, je comprendrais que l'on discutât, mais rien n'est plus simple. Dans le seul cas où je l'ai employé, le malade est mort d'infection purulente; je ne puis donc pas parler de ses résultats. Cependant je crois que ce procédé a un avantage que l'on n'a pas encore signalé. On a beaucoup insisté sur la possibilité de perdre complétement l'orifice de section de l'urèthre, si bien que dans les jours qui suivent l'opération ou immédiatement après il avait été impossible de faire le cathétérisme. Ce procédé me semble devoir mettre sûrement à l'abri de semblable accident.

M. Chassaignac. Je crains que la discussion ne porte bientôt sur d'autres points que ceux qui lui ont donné naissance. Je tiens donc à rappeler que je n'ai pas combattu le procédé opératoire dont il est question; je le crois bon, mais je reste convaincu qu'on a exagéré la fréquence des rétrécissements consécutifs à l'opération. Nos collègues

ne nous en ont cité que bien peu d'exemples, et il en est, comme ceux de MM. Broca et Voillemier, dans lesquels la récidive et l'attrition des tissus ont joué un rôle qui efface celui que l'on pourrait attribuer à l'opération. Pour moi, l'amputation de la verge doit être pratiquée au moyen de l'écrasement linéaire; mais je serais fort disposé à terminer l'opération par la suture de la muqueuse.

M. DEMARQUAY. Lorsque l'on coupe la verge très en arrière, on est exposé à l'infiltration urineuse. Je crois que le procédé que je préconise avec plusieurs membres de cette Société est de nature à prévenir l'infiltration de l'urine, non-seulement en doublant les surfaces, mais en attirant en quelque sorte l'urèthre en avant. J'ai la conviction que, dans un cas où j'amputai au niveau de la racine de la verge, mon malade dut à cette opération d'échapper aux dangers de l'infiltration urineuse.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne suis pas ennemi de cette petite opération, mais je la crois inutile. M. Demarquay lui fait en vérité trop d'honneur lorsqu'il suppose que grâce à elle il a sauvé la vie d'un malade. Une sonde en caoutchouc vulcanisé s'opposerait bien plus sûrement à l'infiltration; rien n'est plus facile que de la maintenir et de la faire supporter.

M. VERNEUIL. L'observation de M. Morel me rappelle un souvenir. Je suis convaincu que le point de départ de l'infection purulente fut chez mon malade, une ulcération du canal pénétrant jusqu'au corps spongieux, et déterminée, à n'en pas douter, par la sonde. M. Morel me répondra : Servez-vous de la sonde en caoutchouc, vous n'aurez rien à craindre de semblable; mais l'on n'a pas toujours de sonde en caoutchouc, et l'on n'entreprend jamais d'opération sans un bistouri et un fil.

M. FOLLIN. Je ne vois pas à quoi peut servir une sonde en caoutchouc ou de toute autre nature. Les malades urinent facilement et largement; on parlait, il est vrai, tout à l'heure, de la possibilité de ne plus retrouver l'orifice de l'urèthre, mais c'est là un accident que je crois imaginaire et en tout cas de peu d'importance.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je persiste cependant à croire, jusqu'à preuve du contraire, que lorsqu'on sera menacé d'infiltration urineuse comme dans le cas de M. Demarquay, il y aura plus de sécurité pour le malade si on a mis une sonde en caoutchouc que si l'on a suturé sa muqueuse. Je dirai même qu'il y aura avantage à lui mettre au besoin la sonde élastique ordinaire, car M. Verneuil ne pourrait pas prouver que c'est par l'ulcération dont il nous a parlé que s'est faite l'infection purulente.

M. VERNEUIL. Je crains bien, cependant, que la sonde que j'ai fait porter à mon malade n'ait été au moins l'une des causes de sa mort. Je suis, d'autre part, disposé à croire à la possibilité de la perte de l'orifice uréthral dans la plaie, tous les auteurs ont beaucoup insisté sur cet accident; aussi ne puis-je pas hésiter à adopter pour tous les cas un procédé qui me met à l'abri de semblables éventualités.

M. DEMARQUAY. Il est très-difficile de maintenir une sonde dans la vessie quand la verge est coupée au ras du pubis, la sonde en caoutchouc en particulier : il suffit que la vessie soit contractile pour qu'elle soit chassée dans la portion membraneuse de l'urèthre. Vous augmentez d'autant les chances d'inflammation par la présence du corps étranger, et la sonde en caoutchouc n'a ici à se prévaloir de rien, car mieux que toute autre elle détermine des uréthrites intenses, je l'ai encore constaté ce matin. J'ajouterai, puisque ce point a été soulevé, que je crois à la possibilité de la perte de l'urèthre dans la plaie, bien que je ne puisse m'appuyer que sur des faits qui ne m'appartiennent pas, mais qui ont été vus par Béclard, Rennes, etc.

M. FOLLIN. M. Demarquay insiste sur la possibilité de la perte de l'urèthre dans la plaie; il cite à l'appui des faits bien connus, il est vrai, mais contestables; il s'agit d'ailleurs à la fois de démontrer la réalité de l'accident et son importance, il faudrait qu'il fût prouvé que le retrait de l'urèthre, s'il est vrai qu'il ait été observé, s'oppose à la miction, ce qui ne l'est en aucune façon.

M. CHASSAIGNAC. J'ai eu dernièrement dans mon service un homme que j'ai gardé trois mois en observation. Il avait été opéré par les caustiques, mais les corps caverneux restaient indurés et manifestement malades jusqu'à leur racine. J'opérai alors avec l'écraseur et j'abrasai aussi profondément que possible; j'agissais, en somme, au fond d'une sorte de godet : je n'ai jamais mis de sonde à demeure, cet homme a parfaitement uriné, et l'orifice de l'urèthre n'a jamais été perdu de vue.

M. VOILLEMIER. Il m'est arrivé une seule fois d'amputer très-profondément la verge pour un cancer. J'incisai même le scrotum pour m'éloigner le plus possible des limites du mal. Je ne puis dire que je n'ai pas perdu l'urèthre de vue, car je ne m'en suis en aucune façon inquiété, le malade urinait toujours très-facilement. Ce malheureux mourut six mois après de récidive. Je crois donc que quand on veut mettre quand même une sonde, on agit en pure perte; les opérés urinent librement, il faut s'abstenir.

COMMUNICATIONS.

Corps étranger dans l'urèthre.

M. MOREL-LAVALLÉE. S'il est quelquefois difficile de faire pénétrer une sonde dans l'urèthre, il peut être non moins difficile de l'en faire sortir. Il s'est présenté hier, dans mon service, un homme atteint de rétrécissement de l'urèthre, autrefois traité par la dilatation, et qui avait conservé la bonne habitude de se passer des sondes. Peu attentif sans doute, il laissa disparaître complètement dans le canal la sonde qu'il s'était introduite comme d'habitude, et après avoir attendu en vain toute une journée, il vint à l'hôpital le lendemain. Quelques tentatives avaient été faites hier à l'aide de pinces de trousse; mais bien que l'on sentît parfaitement l'extrémité de la sonde à la racine de la verge, au milieu des bourses, on ne put saisir le corps étranger. J'essayai moi-même avec ces instruments, mais inutilement. Sans vouloir recourir aux instruments spéciaux que mes internes s'étaient procurés, j'eus alors l'idée de me servir d'une petite manœuvre que je crois nouvelle, car je ne l'ai vue employer par personne, et je ne sache pas qu'elle soit décrite dans les livres. Je fixai solidement la sonde, que je saisis entre le pouce et l'index de la main gauche, un peu en arrière de son extrémité libre; puis de la main droite je me mis en devoir de refouler la portion antérieure de l'urèthre sur la sonde, de manière à le raccourcir et à l'accommoder en quelque sorte à la longueur de la partie saillante du corps étranger. A mesure que je plissais l'urèthre, je le saisissais entre le pouce et l'index de la main gauche, et le pinçais solidement sur la sonde. J'aurais pu, je crois, rendre ainsi visible à l'intérieur le corps étranger; mais le malade se plaignait fort d'avoir la peau pincée. Aussi, quand la fosse naviculaire eut été amenée au niveau de l'extrémité de la sonde, j'introduisis une pince, et saisis avec la plus grande facilité le bout de la sonde, que j'amenai tout entière au dehors. Cela fut d'autant plus facile qu'une de mes mains fixait le corps étranger, tandis que l'autre manœuvrait la pince. Le procédé est simple, inoffensif et facile à exécuter. Je le crois nouveau; aussi ai-je cru devoir vous le communiquer. Je ne voudrais pas le nommer le procédé du *passe-lacet*, quoique cette comparaison en donne une idée très-exacte.

M. VOILLEMIER. Le procédé dont parle M. Morel appartient, je crois, à tout le monde, et n'a certainement pas le mérite de la nouveauté. Si personne ne l'a décrit ou n'en parle, c'est qu'il faut peut-être quelque effort pour voir un procédé chirurgical dans une manœuvre aussi simple. Pour ma part, je l'ai vu employer et je l'ai mis en usage. La première fois, c'était dans le service de M. Cloquet, où j'étais interne. Je sondais un malade avec une de ces sondes formées de deux pièces réunies par une vis. Je veux retirer l'instrument; la moitié de ma sonde seulement est amenée au dehors. Fort contrarié, je m'empresse tout d'abord de fixer la sonde dans l'urèthre, et pour cela j'introduis le doigt dans le rectum et j'appelle un collègue à mon aide. Grâce à la manœuvre que vient de décrire M. Morel, l'extrémité de la sonde parut bientôt au méat et fut amenée au dehors. Une autre fois, j'ai opéré moi-même. Il s'agissait de deux boucles d'oreilles en forme de boule. L'une d'elles était restée dans l'urèthre; j'employai le procédé en question, et bientôt elle fut extraite. La seconde était dans la vessie; il fallut se servir d'un instrument à lithotritier.

M. MOREL LAVALLÉE. Je ne suis pas de l'avis de M. Voillemier, et je crois qu'une manœuvre chirurgicale quelle qu'elle soit, mérite d'être publiée quand elle est utile. Plus elle sera simple, mieux je la jugerai. J'ai eu l'occasion de consulter autrefois plusieurs de mes collègues; il s'agissait d'une aiguille enfoncée sous la peau au-dessous du coude. Tous me conseillent d'inciser. Peu satisfait de leur avis, j'imagine de pousser l'aiguille vers les téguments. Je réussis à faire saillir la pointe, et j'extrais le corps étranger. Voilà un bien petit procédé; mais tout petit qu'il soit, il a évité une incision à ma malade, et par cela même il mérite d'être connu.

M. DEMARQUAY. J'ai agi comme MM. Morel et Voillemier pour un porte-plume que s'était introduit dans l'urèthre un individu qui vint un jour dans mon cabinet. J'appelai un confrère, qui fixa le porte-plume en arrière; puis je fis glisser l'urèthre sur le corps étranger, et j'arrivai à l'extraire. Je dois dire cependant que ce ne fut pas sans peine, car la contractilité de l'urèthre me gêna beaucoup dans ma manœuvre.

M. VOILLEMIER. Je n'ai pas contesté l'utilité de la communication de M. Morel; je l'en remercie au contraire; je ne conteste même pas sa priorité. Je profiterai de son exemple pour communiquer aussi une manœuvre particulière que je dus mettre en œuvre un beau jour place Vendôme. C'était au printemps; un individu avait porté chez lui une jeune branche de l'un des marronniers des Tuileries, et, après avoir enlevé l'écorce, l'avait introduite dans l'urèthre. Je la trouvai faisant saillie à l'extérieur; mais il était impossible de l'extraire, retenue qu'elle était par de petites saillies qui accrochaient la muqueuse uréthrale. L'histoire de Marchettis et son procédé me revinrent bien en mémoire, mais je n'aurais pu glisser un tube entre le corps étranger et les parois de l'urèthre. Je pris alors le parti de couper la branche assez près de la verge, et de la briser sur place en introduisant à plusieurs reprises un stylet dans son centre. Je pus enlever ces fragments dont j'avais en quelque sorte fait des allumettes.

M. GIRALDÈS. Les corps étrangers de l'urèthre sont bien fréquemment observés chez les enfants, et le procédé de M. Morel se présente si bien à l'esprit de chacun, il est si bien dans la pratique commune, que je l'ai vu employer et que je l'ai mis en usage. C'est ainsi que j'ai pu dernièrement extraire un caillou de forme irrégulière profondément introduit dans l'urèthre.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce procédé est, je le crains bien, moins connu que ne le supposent mes collègues; je l'ignorais, et il n'est venu à l'esprit de personne dans le cas dont j'entretiens la Société. Je me félicite donc d'attirer sur lui l'attention; les malades y trouveront leur avantage. Je soumettrai encore à M. Voillemier l'observation suivante. Lorsque je ne puis trouver la lumière d'un rétrécissement, je pince le méat sur la bougie que j'ai amenée à son contact, et je commande au malade d'uriner. L'urèthre se distend, et il est rare que je ne puisse pas passer. Si M. Voillemier avait agi de la sorte, peut-être le corps étranger aurait-il été poussé au dehors par l'urine.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Résection du maxillaire supérieur.

M. RICHET. Je viens montrer à la Société la malade dont j'ai parlé dans la dernière séance. C'est dans le but de rendre mes collègues juges du peu de difformité que présente la malade que je la leur ai amenée. Je ne crois pas me tromper en disant que ce fait témoigne de l'inutilité de la conservation du périoste. Non-seulement la joue est bombée, et le lambeau génien parfaitement soutenu par les portions osseuses conservées, mais l'on peut voir qu'il est doublé d'une sorte de plan épais, de consistance fibreuse, qui va de l'os de la pommette à la portion du bord alvéolaire que j'ai conservé. Au point de vue de la récidive, la malade me paraît d'ailleurs être jusqu'à présent dans les meilleures conditions.

M. VERNEUIL. Rien ne peut égaler la beauté du résultat obtenu, et la sécurité est aussi grande que possible. Je ferai seulement remarquer que dans l'opération de M. Ollier l'enlèvement du périoste de la face antérieure du maxillaire a été simple et rapide.

M. DEMARQUAY. Je dois joindre mes félicitations à celles de mes collègues. Déjà j'étais convaincu que le chirurgien devait conserver du maxillaire tout ce qui était conservable, ce remarquable résultat me fortifie dans mes convictions.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibro-graisseuse de la grande lèvre droite.

M. DEMARQUAY montre une tumeur qu'il vient d'enlever et remet la note suivante :

Mlle D..., âgée de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, jouit d'une santé parfaite. Ses règles, toujours régulières et abondantes, sont accompagnées d'un grand malaise : douleurs de reins, vomissements.

Il y a cinq ans, elle fit une chute sur un vase de porcelaine, qui se brisa; les bords tranchants lui coupèrent la grande lèvre droite. C'est à cette blessure que la malade attribue le développement de la tumeur qui l'amène maintenant à la Maison de santé.

Quoi qu'il en soit, elle découvrit, il y a un an, sur la cicatrice une petite tumeur grosse comme une noisette, molle, un peu élastique, roulant sous le doigt, indolore. Cette tumeur augmenta peu à peu et arriva en janvier dernier au volume d'une noix. Maintenant (juillet 1864) elle a tout à fait l'apparence et les dimensions d'un scrotum; elle est suspendue au milieu de la grande lèvre, sans ligne de démarcation; la peau est flasque, normale, privée de poils, très-riche en follicules sébacés, qui donnent naissance à de nombreuses petites tannes. En la palpant, on sent quelques nodosités ou lobules, sensation qui rappelle celle du varicocèle.

La tumeur ballotte entre les fesses de la malade; elle est sujette à des variations de volume augmentant par la marche, les fatigues, et à chaque époque menstruelle; alors elle paraît se remplir de masses graisseuses inégales qui se dessinent et peuvent être vues aussi bien que palpées à travers les téguments. Quelquefois elle diminue par le retrait de son contenu, la peau devient alors flasque, ridée, et les parois opposées peuvent s'appliquer l'une contre l'autre.

Le 4 juillet, la tumeur est enlevée avec des ciseaux; les bords de la plaie sont réunis avec des points de suture.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 avril 1864. — Présidence de M. GUERSANT, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

De l'impuissance virile. — M. CORLIEU. L'impuissance virile est une affection qu'on rencontre parfois dans la pratique, et qui tient à des causes bien diverses, telles que lésions organiques, intoxication syphilitique, saturnine, iodique, spermatorrhée, émotions morales vives, contention d'esprit, excès ou continence, obésité, etc.

J'ai été consulté par un jeune homme de vingt-huit ans, fort, bien constitué, qui vint me demander si, devenu impuissant à la suite d'une impression très-vive, il pourrait redevenir encore apte au mariage.

Le cas est fort curieux, et c'est pour le médecin une grave affaire que d'avoir à se prononcer dans ces circonstances, où il s'agit quelquefois d'un avenir ou de questions d'intérêt fort sérieux pour les familles. Ce jeune homme me raconta que, surpris à l'âge de vingt-deux ans avec une jeune fille qu'il allait épouser, il devint, à partir de cette époque, inapte à remplir les devoirs conjugaux. Il avait des érections complètes, mais sans émission de semence, c'est-à-dire qu'il y avait chez lui ce que le docteur Roubaud a appelé *aspermatisme*.

L'aspermatisme est une des variétés de l'impuissance, encore peu étudiées et peu connues jusqu'à ce jour. L'aspermatisme diffère de l'érotomanie et du priapisme. C'est souvent le résultat d'un état spasmodique des conduits éjaculateurs. Or, chez le sujet en question, cet état spasmodique avait existé. Après quelques années d'un mariage stérile, les érections ne se firent plus; elles étaient incomplètes; mais alors il y avait émission de semence. C'est-à-dire qu'à l'impuissance par excès d'énergie, succéda l'impuissance par défaut d'énergie.

X... devint veuf, et c'est après quelques années de veuvage qu'il vint me consulter pour savoir s'il pouvait se remarier et s'il lui serait possible de retrouver les attributs de son sexe. J'appris qu'il avait eu une éruption cutanée que je ne pus déterminer, et ensuite un eczéma au scrotum. Je supposai tout gratuitement qu'il y avait peut-être une métastase dartreuse sur les conduits éjaculateurs; que cette métastase nuisait peut-être à l'érection; mais l'absence de spermatorrhée me fit éloigner ce diagnostic.

Je distinguai facilement deux périodes dans cette bizarre affection. Dans la première, l'impuissance était occasionnée par l'aspermatisme consécutif à l'excès d'énergie (suite d'impression morale); dans la seconde, l'impuissance était le résultat du défaut d'énergie. L'âge du sujet (vingt-huit ans), sa bonne constitution, me firent espérer que cet état malheureux n'était que passager, et je l'engageai à ne pas se considérer comme inapte désormais au mariage. Deux ans de continence et de veuvage avaient privé les muscles ischio et bulbo-caverneux de leur énergie contractile; il s'agissait donc de la leur rendre. Je conseillai au malade des lotions d'eau fraîche et salée aux lombes et au périnée, deux fois par jour; les pilules d'extrait alcoolique de noix vomique de 0,05, au nombre d'une, deux, trois chaque jour; l'usage du courant d'induction aux lombes, au périnée, et enfin les rapports sexuels, lui rappelant bien que la crainte d'être impuissant rend l'homme impuissant, et que probablement sa première entrevue serait caractérisée par un échec. L'électricité d'ailleurs est un moyen excellent, supérieur à tous ceux vantés jusqu'à ce jour, et qui, récemment encore, dans un cas analogue, a procuré une guérison complète dans les mains du docteur Hicquet, de Liége (*France médicale*, 1863), et cela après huit mois de traitement.

Peu à peu le jeune homme se rassura sur son état, se laissa convaincre que sa virilité n'était pas perdue, fit de la *gymnastique physiologique* en tentant quelques rapprochements sexuels, et enfin, après six ans d'impuissance, il se remaria; et s'il n'était pas un vigoureux mari, il le fut assez cependant pour devenir deux fois père et pour remplir convenablement le but du mariage.

De l'hydrorrhée. — M. ELLEAUME. L'hydrorrhée ou l'écoulement d'eau qui se fait par le col de l'utérus gravide n'est pas un accident très-rare. Les auteurs les plus anciens l'ont constaté. Mauriceau en cite plusieurs cas, et il n'est pas d'accoucheur qui n'en ait observé un certain nombre d'exemples.

L'hydrorrhée paraît être plus fréquente entre le troisième et le cinquième mois de la grossesse. De La Motte en cite un exemple chez une femme enceinte de sept mois, et qui étant à l'église perdit tout à coup une très-grande quantité d'eau. De La Motte, appelé en toute hâte, crut dans le premier moment avoir affaire à un commencement de travail, mais il ne tarda pas à acquérir la certitude qu'il y avait

là une hydropisie de la matrice ; il ne s'explique pas davantage sur la nature de cet accident.

Mme Bourgeois en cite un cas chez une femme enceinte de sept mois, et, tout en consignant ce fait, elle le déclare fort extraordinaire, et ajoute que sur plus de 2,000 femmes qu'elle a accouchées, elle n'a vu qu'un fait de ce genre.

Nous ne voulons entrer ici dans aucune recherche bibliographique, aussi allons-nous citer tout de suite l'observation de la malade que nous avons observée :

Mme Ch..., âgée de trente-deux ans, est enceinte pour la troisième fois. Les deux grossesses précédentes n'ont présenté rien de particulier, et l'accouchement s'est fait sans accident. Cette nouvelle grossesse se développait d'une manière normale, lorsque vers trois mois et demi cette dame est prise tout à coup, sans cause appréciable, de douleurs dans les reins, de coliques et d'un léger écoulement sanguinolent.

Appelé au bout de quelques heures, je trouve la malade tourmentée de l'idée d'une fausse couche, l'écoulement sanguin persiste sans cependant être considérable ; il survient des coliques qui se succèdent assez promptement.

Au toucher, je trouvai le col légèrement entr'ouvert ; du reste, la matrice paraît normalement développée et sans irrégularité de position. Croyant à l'imminence d'une fausse couche et voulant la prévenir s'il en était temps encore, je donnai 1 gr. 20 d'ergotine par pilules de 0,20 à prendre une toutes les heures.

Le lendemain au matin, j'apprends que vers la quatrième pilule le sang a cessé de couler, peu à peu les coliques ont disparu, et la malade a fini par s'endormir. Elle se trouve aussi bien que possible. Néanmoins, n'étant qu'à moitié rassuré, j'ordonne le repos absolu au lit. Au bout de quelques jours, les accidents ne se reproduisant pas, la malade se lève et reprend ses occupations.

A la fin de décembre, Mme Ch... se trouve entrer dans son cinquième mois de grossesse, lorsque le 26 décembre, à la suite d'une forte émotion, elle se sent inondée par un liquide transparent, à odeur spermatique et empesant légèrement le linge.

A la suite de cet accident, elle n'éprouve aucune douleur du côté du ventre. Mais depuis ce jour la malade ne cesse pas de perdre une certaine quantité d'eau tous les soirs. Dans la journée, elle ne perd absolument rien ; mais aussitôt qu'elle est au lit, il se fait un suintement tel qu'elle est obligée de se garnir. Ce suintement persiste ainsi jusqu'au 4 février, époque à laquelle elle est prise tout à coup de véritables douleurs d'accouchement.

Lorsque j'arrivai auprès de la malade, je trouvai le travail complétement commencé, le col dilaté comme une pièce de cinq francs. Lorsque la dilatation me parut convenable, je perçai la poche des eaux, et je ne tardai pas à recevoir un enfant mâle de six mois environ, et qui, malgré tous mes soins, mourut cinq minutes après sa naissance. La délivrance se fit sans grande difficulté.

L'examen du placenta a été fait avec un soin tout particulier, et malgré les recherches les plus attentives, je n'ai pu découvrir ni dans le placenta, ni dans les membranes, rien qui puisse expliquer l'écoulement aqueux.

La malade s'est rétablie promptement, et aujourd'hui elle est aussi bien que possible.

Ce fait présente plusieurs particularités sur lesquelles je désire attirer l'attention.

On a fait beaucoup de suppositions pour expliquer cet écoulement d'eau. Des accoucheurs (Boehmer, Rœderer et d'autres) ont pensé qu'il était dû à la rupture d'une hydatide logée dans le col ou même dans le corps de l'utérus. D'autres ont prétendu que ces eaux étaient contenues entre le chorion et l'amnios, et que l'écoulement se faisait par une déchirure du chorion. Mauriceau, Camper, Baudelocque, Capuron, ont écrit que ces eaux venaient de l'intérieur de l'amnios. Il est inutile de réfuter ici toutes ces opinions, et beaucoup d'autres plus étranges dont nous ne parlerons pas.

Les Allemands se sont beaucoup préoccupés de cet accident, et Nægelé en particulier s'est livré sur ce sujet à des recherches intéressantes. Il prétend, et c'est une opinion qui est généralement acceptée aujourd'hui, que le liquide s'accumule entre la surface interne de l'utérus et un point plus ou moins étendu des membranes décollées.

Il nous semble que le fait dont nous venons de parler vient parfaitement rendre compte de la nature de l'accident. Ainsi, nous voyons que vers trois mois et demi il est survenu des symptômes de fausse couche, et ici il ne nous paraît pas possible d'émettre un doute et de supposer que c'était la première manifestation d'un écoulement d'eau. La malade a eu tous les symptômes d'une fausse couche qui s'est promptement arrêtée. Mais il y a eu certainement un décollement des membranes et une sorte de poche limitée d'un côté par le fond de l'utérus, de l'autre par un point quelconque de l'œuf.

Or Burdach prétend qu'il s'opère à la surface interne de l'utérus une exhalation de liquides qui transsudent à travers les membranes, et arrivent dans la poche amniotique pour servir à la nutrition du fœtus. N'est-il pas facile d'expliquer alors l'accumulation du liquide dans la poche formée accidentellement à la suite des symptômes de fausse couche ? La poche, se dilatant, décolle de plus en plus les membranes jusqu'à ce que le liquide parvienne ainsi à l'orifice de l'utérus.

Les auteurs ne s'accordent pas sur les conséquences de cet accident. Les Allemands le considèrent comme n'ayant pas d'influence sur le développement de la grossesse ; les Français, au contraire, prétendent qu'il a souvent pour résultat de provoquer un accouchement avant terme, comme dans l'observation que nous citons. Nous n'avons pu relever un nombre suffisant de faits pour établir une moyenne ; mais on comprend facilement comment la grossesse ne pourra arriver à terme si le liquide a décollé une grande partie des membranes avant d'arriver à se faire jour au dehors. Si, au contraire, le décollement s'est fait dans le voisinage du col, il sera peu étendu, et la grossesse ne pourra en être troublée.

M. MATTEI. Le cas observé par M. Elleaume est en effet de nature à rentrer dans l'explication la plus généralement acceptée, c'est-à-dire l'accumulation du liquide entre la muqueuse utérine et l'œuf décollé sur ce point ; mais je ne partage pas la généralisation de cette explication, qu'il a faite avec la plupart des médecins de nos jours.

Les théories qu'on a données pour expliquer l'hydrorrhée de la grossesse sont très-nombreuses ; mais les unes sont de simples vues de l'esprit, je n'en parlerai pas ; les autres ont été démontrées par l'anatomie pathologique, et, sans infirmer la règle générale, n'en constituent pas moins des exceptions qu'il ne faut pas négliger. Une de ces exceptions a été démontrée par quelques faits observés, un par M. P. Dubois, un autre par M. Moreau, un autre enfin par je ne me rappelle plus quel médecin ; mais dans trois cas au moins, on a trouvé sur un point de l'œuf une fistule à bords parfaitement organisés et même renflés. Ces cas avaient offert de l'hydrorrhée.

Une autre de ces exceptions est réellement fournie par l'accumulation de sérosité dans l'espace amnio-chorial. Ainsi, il m'est arrivé d'ouvrir une première poche, de laquelle est sorti assez de liquide pour faire croire à l'ouverture de la poche amniotique ; mais quelques heures après il m'a fallu déchirer une seconde poche, de laquelle est sortie une quantité non moins considérable de liquide que la première. Une fois, il m'est même arrivé de trouver le premier liquide citrin et le second chargé de méconium, preuve évidente que les deux poches ne communiquaient pas ensemble. Dans ces cas, il ne fallait qu'une rupture de la première enveloppe pendant la grossesse pour constituer l'hydrorrhée. Ces faits m'ont même porté à examiner d'une manière générale la présence ou l'absence de l'espace amnio-chorial, que l'on dit se former vers le quatrième ou cinquième mois de la grossesse ; tandis que l'examen des délivres m'a fait voir que dans plus de la moitié des cas cet espace existe, même à terme, au moins dans une partie plus ou moins étendue.

Enfin, une troisième exception est celle de la grossesse dite à tort hydatique, et où existe une dégénérescence des villosités choriales, qui sont hypertrophiées.

Ces cas finissent par amener assez souvent des décollements de l'œuf, et des écoulements séreux en sont la conséquence ; seulement des débris de villosités choriales ne tardent pas à paraître et effacent le doute.

Le secrétaire annuel, E. QUANTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Bérenguier, chirurgien principal de la marine, est décédé samedi dernier, à l'hôpital principal de Toulon, d'un accès de fièvre pernicieuse algide.

M. Jules Roux, directeur du service de santé, a retracé, dans un discours des plus sympathiques, la vie de cet officier supérieur du service de santé de la marine, qui, après vingt-six ans de services effectifs, dont seize ans à la mer, cinq aux colonies et cinq dans les hôpitaux de la métropole, est venu succomber, à l'âge de cinquante ans, au moment où il allait, pour la quatrième fois, rapatrier les malades et les convalescents de nos colonies transatlantiques, sur la frégate l'*Amazone*.

Cette mort d'un homme justement estimé a causé une vive émotion dans le corps de santé de la marine.

— Un de nos honorables confrères de Paris, M. le docteur Pagès, vient de succomber aux suites d'une angine couenneuse, contractée en donnant ses soins à un client atteint de cette affection.

— Les *Archives de médecine navale* pour juillet (n° 7) viennent de paraître. Ce nouveau fascicule renferme les travaux originaux suivants :

I. *Contributions à la géographie médicale*, par M. Leroy de Méricourt;

II. *Coup d'œil d'ensemble sur la chimie physiologique des êtres vivants, et principalement de l'homme*, par M. Delavaud;

III. *Examen analytique des eaux des puits, sources et rivières de Port-de-France* (Nouvelle-Calédonie).

Le *Bulletin clinique des hôpitaux de la marine* donne la relation chirurgicale du combat naval entre le *Kerseage* et l'*Alabama*, par le docteur Dufour, premier chirurgien en chef à l'hôpital de Cherbourg.

Il est bon de signaler encore dans ce fascicule une étude sur le pied de Madura, empruntée à la littérature allemande. Une planche reproduit cette curiosité pathologique, que les auteurs ont désignée tour à tour sous les noms de pied tuberculeux, *ulcus grave*, dégénération endémique des os du pied, maladie ou fongus de l'Inde, etc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du rôle des phosphates dans l'organisme, et en particulier du phosphate de fer ; par le docteur C. L. SANDRAS. Broch. in-8°. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, chez L. Leclerc, libraire, 14, rue de l'Ecole de Médecine.

Traité de l'érysipèle, par M. le docteur A. DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux. Prix : 3 fr. 50. — Paris, chez A. Delahaye, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 87. — MARDI 26 JUILLET 1864.

(37e ANNÉE.)

N° 87. — MARDI 26 JUILLET 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL BEAUJON (M. Frémy). Phlébite spontanée de la saphène interne du membre inférieur gauche. — Notions élémentaires d'histoire naturelle sur les végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants. — Topique anesthésique et révulsif contre les douleurs musculaires. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 18 juillet. — FEUILLETON. De l'organicisme.

PARIS, LE 25 JUILLET 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Parmi les tumeurs que le chirurgien doit détruire, il en est peu qui offrent un champ d'action plus restreint que les polypes naso-pharyngiens. Difficulté d'exécution, accidents hémorrhagiques pendant la section, d'où suffocation et mouvements convulsifs, syncope; tout semble se réunir pour rendre plus délicate cette opération. Aussi que de modes de traitement!

Ligature, arrachement, écrasement linéaire, cautérisation avec le cautère actuel, galvano-caustique, cautère à gaz ou toute la série des caustiques potentiels : quelle énumération incomplète des moyens de destruction mis en œuvre!

Aujourd'hui M. Nélaton, se reportant à l'action destructive produite par le courant électrique continu dans le tissu qui entoure deux aiguilles mises en communication avec les pôles d'une pile, vient d'en faire l'application à l'homme. Cette opération avait été d'abord étudiée sur les animaux.

Nos lecteurs trouveront au compte rendu la relation de cette application de la méthode électrolytique à la destruction des tumeurs. Nous avons vu le malade, et la destruction était manifeste.

— Une seconde note de M. Laugier sur la suture du nerf médian et un travail de M. J. Lemaire sur les spores d'achorion trouvées dans l'air qui entoure les malades atteints de favus, ont été communiqués dans cette séance, mais nous ne pourrons placer aujourd'hui ces deux travaux sous les yeux de nos lecteurs. Le compte rendu de la nouvelle édition de l'*Organicisme* est venu primer ces communications, et nous devions cet acte de déférence à l'illustre maître qui a jeté tant d'éclat sur la Faculté de médecine de Paris.

Dr E. Renaud.

HOPITAL BEAUJON. — M. Frémy.

Phlébite spontanée de la saphène interne du membre inférieur gauche.

Observation recueillie par M. le Dr Martineau, interne du service.

D..., cordonnier, âgé de cinquante-six ans, entre le 25 février 1862 à l'hôpital Beaujon, salle Beaujon, service de M. le docteur Frémy.

Cet homme n'a jamais été malade dans son enfance; on ne trouve sur lui aucune trace d'affections soit constitutionnelles, soit diathésiques. Son père et sa mère, à sa connaissance, ont été toujours bien portants. A l'âge de vingt ans il tombe au sort; il reste soldat huit ans. Pendant toute cette période, qu'il passe en grande partie en Afrique, il n'a fait aucune maladie, si ce n'est qu'il a contracté deux blennorrhagies, ayant duré chacune environ trois semaines. Après ces blennorrhagies, il n'a pas eu de taches sur la peau, il n'a présenté aucun phénomène qui puisse rappeler l'idée d'une syphilis.

Ayant fini son temps de soldat, il revient en France, et à peine débarqué à Marseille, il est pris tout à coup, suivant son dire, d'une sciatique gauche qui le tient trois mois à l'hôpital. Le traitement a consisté en bains, douches de vapeur et applications répétées de vésicatoires. Depuis cette époque il n'a pas été malade, il n'a pas ressenti de douleurs dans le membre gauche.

Il y a deux mois environ, D... éprouve tout à coup une douleur à la partie postérieure du jarret gauche, douleur intermittente, revenant par accès, par lesquels elle se montre avec une grande acuité; malgré cela il continue son travail; mais peu à peu cette douleur s'est propagée vers la jambe, et un mois après ce début, D... s'aperçoit que sa jambe est enflée. En même temps il éprouve des élancements dans cette partie du membre, et il peut à peine travailler. Ces phénomènes, douleur et gonflement, durent quinze jours, puis disparaissent; toutefois la douleur persiste, mais elle est moins intense et ne l'empêche pas de se livrer à son travail.

Le 17 février, après une forte marche que D... avait été obligé de faire, la douleur reparaît avec une nouvelle acuité; et cette fois, au lieu de se propager vers la jambe, elle gagne la partie interne de la cuisse, remontant jusqu'à l'aine. Le lendemain, le gonflement se montre de nouveau. Celui-ci débute par le pied et gagne successivement le cou-de-pied, la jambe, la cuisse. En même temps le membre gauche est engourdi. Le malade nous dit qu'il reste trois jours sans sentir sa jambe, puis surviennent des fourmillements. Du reste sa santé, à part ces symptômes, reste bonne; il conserve son appétit; il ne croit pas avoir eu de la fièvre. Un médecin appelé fait appliquer deux vésicatoires à la partie postérieure de la cuisse. D..., voyant qu'il ne pouvait travailler, vient à l'hôpital, où il est admis le 25 février.

Le soir de son entrée, je trouve un homme fort, vigoureux, bien musclé, ayant toutes les apparences d'une vigoureuse santé. A le voir dans son lit, on ne dirait jamais qu'il est malade. Cependant il se plaint de souffrir parfois violemment dans le membre inférieur gauche. Celui-ci présente, en effet, un volume énorme; ce volume est au moins le double du membre droit. Les téguments sont tendus, durs, conservant à peine l'empreinte du doigt. D'un blanc pâle à la cuisse, ils présentent une coloration violacée sur la jambe, mais principalement sur le pied. Le gonflement porte sur tout le membre gauche, remontant en avant jusqu'au ligament de Fallope; en arrière il s'arrête au niveau du pli fessier. La pression n'est pas douloureuse à la cuisse et à la jambe, mais lorsqu'on vient à appuyer un peu fort l'extrémité du doigt sur la face dorsale du pied, le malade accuse une vive douleur. Du reste, la pression ne laisse point d'empreinte. La température de cette partie du membre est abaissée, elle présente 2 degrés de moins qu'à droite; la chaleur reparaît vers la partie moyenne de la jambe; à ce niveau elle est égale dans les deux membres. La sensibilité tactile ou générale est parfaitement conservée; les mouvements persistent, mais ils sont très-gênés par le gonflement du membre.

La palpation permet, à partir de la partie interne du genou gauche, de sentir un cordon dur, douloureux, se dirigeant le long de la face interne de la cuisse et s'arrêtant à deux travers de doigt du pli de l'aine; en dehors de ce cordon, par la pression, on sent les battements de l'artère fémorale. Tout le long de ce cordon, que l'on peut facilement circonscrire, la peau est rouge, chaude, presque érysipélateuse. Les ganglions inguinaux ne sont ni indurés ni douloureux. Au creux poplité, ce cordon est difficile à percevoir; il se perd insensiblement. Les battements de l'artère poplitée, de la tibiale postérieure et de la pédieuse ne peuvent être perçus à cause du gonflement.

La peau du corps est chaude, le pouls plein, fréquent, donnant 96 pulsations par minute; la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre assez épais; pas d'appétit; depuis trois jours, constipation; pas de céphalalgie ni douleurs dans d'autres parties du corps.

Le cœur présente son volume normal; les battements et les bruits s'entendent très-bien, ils ne sont couverts par aucun bruit anormal. Rien dans les autres organes; le foie et la rate ne sont pas développés plus qu'à l'ordinaire. Du reste, le malade n'a jamais eu de fièvre intermittente. De même, il ne présentait pas de varices du membre, ni ces vénosités de la peau, indice de varices profondes.

Le 26 février, M. Frémy constate les signes ci-dessus et diagnostique une phlébite de la saphène interne, phlébite spontanée. — Bains de vapeur; 50 grammes de sulfate de soude.

Le 27, purgation abondante, 6 selles. Nuit bonne; même état dans le membre gauche. L'état général est meilleur; pas de fièvre. Appétit. — Frictions d'onguent napolitain sur tout le membre. Cataplasmes.

Le 6 mars, la cuisse a diminué de volume; elle ne présente plus d'œdème. Le cordon formé par la saphène interne est moins dur, moins saillant; pourtant il est toujours un peu gros; on le sent facilement. A ce niveau, la pression n'est plus douloureuse; les téguments ne présentent plus de rougeur.

A la partie interne du genou, un peu postérieurement, on sent un cordon dur, volumineux comme une grosse plume d'oie, formé par la saphène interne. Ce cordon se prolonge, d'une part, vers la cuisse, où il se confond avec celui précédemment signalé; d'autre part, il s'étend vers la jambe, sur la face interne du tibia, où on le perd après un trajet de 5 à 8 centimètres. Ce cordon n'est douloureux qu'à une forte pression.

La jambe est toujours volumineuse; elle est deux fois plus grosse que la droite; les téguments conservent difficilement l'empreinte du doigt; leur coloration est un peu violacée. La température du membre gauche est la même que celle de droite.

Le pied est de même gonflé, dur; l'empreinte du doigt ne persiste pas; les téguments sont violacés; les doigts du pied, à leur face plantaire, sont froids, et leur température accuse 2 degrés de moins qu'à droite. La peau est livide, mais on n'observe ni phlyctènes ni coloration noirâtre. Depuis deux jours, le malade éprouve une vive douleur dans le genou, surtout à la partie interne; aussi est-il obligé de fléchir sa jambe; cette position le soulage; en même temps, il ressent parfois des fourmillements, des crampes dans le pied.

On sent parfaitement le battement de l'artère crurale au pli de l'aine et à la partie moyenne de la cuisse; de même, le doigt perçoit les battements de l'artère poplitée; mais à la jambe et au pied on ne peut les sentir, tant est volumineux le gonflement.

L'état général du malade est bon; il n'y a pas de fièvre; il a de l'appétit.

Traitement. — Repos au lit; deux portions. On continue les frictions avec l'onguent napolitain.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'organicisme; par M. le professeur ROSTAN, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, etc. Troisième édition, entièrement revue, précédée de réflexions sur l'incrédulité en matière de médecine (1).

M. Rostan vient de retoucher un livre sorti de sa plume il y a plus de quarante ans, le *Traité de l'organicisme*. Deux éditions avaient été épuisées, et avaient servi à répandre dans les esprits les plus saines convictions, même chez un bon nombre de ceux qui se l'avouaient le moins. La troisième édition dont il est aujourd'hui question a été revue, et les idées qui avaient été autrefois émises par le professeur, et qui sont encore vraies, ont été appuyées de nouveau par toutes les preuves dues aux meilleures découvertes des anatomo-pathologistes modernes. Une polémique sage et mesurée autant que virile, que ne désavouerait pas l'homme le plus énergique et le plus convenable, le talent le plus sûr de lui, montre tout ce que peut donner de force une conviction sincère.

Il est une méthode scientifique, dérivée de la méthode expérimentale de Bacon, qui tend à dominer les esprits. Le positivisme, qui a pour principe de remonter des faits connus aux faits inconnus, et qui n'est autre chose qu'une méthode analytique par excellence, a secondé puissamment les efforts des modernes dans l'examen des faits scientifiques de toute nature; et l'on peut dire que l'organicisme est une sorte d'application du positivisme aux sciences médicales. Sur ce point donc, l'organicisme est au nombre des éléments actuels du progrès.

Il y a dans l'organicisme la théorie de la maladie et une méthode médicale. Il repose sur ces axiomes, que le corps minéral a des propriétés physiques et chimiques; que le corps végétal a des propriétés physiques et chimiques, plus des propriétés végétatives; que le corps organisé animal a des propriétés physiques, chimiques et végétatives, plus des propriétés organiques. Depuis Aristote, le naturaliste, et Galien, à part les expressions, toutes les conceptions durables de l'antiquité étaient fondées sur ce *postulatum*, et sur l'utilité et la nécessité de l'anatomie pathologique en médecine.

M. Rostan a eu le mérite de formuler dans une série d'aphorismes les résultats obtenus par la méthode organicienne, c'est-à-dire les lois qu'il nous est actuellement donné de poser, grâce aux connaissances anatomo-pathologiques accumulées depuis vingt siècles.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les aphorismes principaux du livre, et dont M. Rostan a discuté tous les points avec une dialectique serrée et une entière bonne foi.

« La vie n'est pas un fait *principe*, elle est un fait résultat.

» La vie consiste dans l'aptitude des organes à agir; cette aptitude dépend de la disposition intime des organes, et la succession des actes de l'organisme est la manifestation la plus évidente de la vie.

» Les propriétés dites vitales ne sont que des propriétés organiques.

» Il n'est pas exact de dire que l'organisation exerce des actes qui ne ressemblent en rien aux phénomènes de la chimie et de la physique générale.

» Les fonctions ne sont que des organes en exercice.

» Les lésions organiques sont en rapport avec les symptômes et proportionnées avec eux.

» Une lésion ou une modification (plus ou moins passagère) d'organe est indispensable pour la production de quelques maladies fonctionnelles.

» Les lésions organiques, dans les névroses, sont au nombre de celles qui ne sont que passagères.

» Les lésions des organes peuvent n'être pas (*actuellement*) sensibles à nos moyens d'investigation.

» La lésion locale est la base principale du diagnostic; l'âge, le sexe, la constitution, la nature de la maladie, ses causes, complètent le diagnostic d'où se tirent les indications thérapeutiques, mais ne tiennent que le second rang.

» Les fluides (le sang et la lympbe), qui sont des effets d'organes ou des éléments d'organes, peuvent être malades.

» Des lésions morbides de fonctions isolées et indépendantes des organes ne sauraient exister. »

M. Rostan a dit que la maladie était une lésion organique. Passagère ou permanente, la lésion se révèle par des symptômes de voisinage ou des symptômes éloignés. D'accord en grande partie avec la doctrine de l'humorisme moderne et en partie avec celle du solidisme, l'organicisme ne rencontre qu'une opposition, celle du vitalisme. M. Rostan fait justement remarquer que la base des raisonnements du vitalisme est un paradoxe; car il n'est guère raisonnable de dire qu'il n'y a rien dans un organe lorsqu'on n'y trouve pas de lésion, surtout lorsque l'expérience démontre chaque jour que des maladies dites autrefois sans lésion, mieux étudiées maintenant, se présentent en relation avec des lésions organiques déterminées.

L'éminent professeur a montré encore que les influences du sujet sur lequel une maladie s'est développée, ne sont point considérées comme

(1) Paris, 1864. 1 vol. in-8°, chez Asselin.

Le 15, la douleur du genou a complétement disparu. La palpation a de la peine à trouver le cordon formé par la saphène à la cuisse et au creux poplité. Le gonflement, de même, n'existe plus. Aujourd'hui, le malade accuse une douleur vive, lancinante, à peu près vers le tiers inférieur de la jambe, près du bord externe du tibia. A partir de ce point, on retrouve l'œdème qui occupe de même le pied. Les téguments sont tendus, ne conservent pas l'empreinte du doigt; ils présentent une coloration un peu violacée, mais on n'observe pas de phlyctènes; la température, à ce niveau, présente deux degrés de moins qu'à droite.

L'état général du malade est toujours excellent; seulement, depuis deux jours, il est atteint d'une stomatite mercurielle peu intense. — Même traitement. De plus, julep gommeux avec chlorate de potasse, 5 grammes.

Le 23, tout gonflement a disparu; le membre gauche est revenu à son état normal. Le malade peut le mouvoir sans douleurs. On ne sent plus le cordon formé par la saphène. La stomatite est de même guérie.

Le 25, la guérison se maintenant, le malade demande sa sortie, qui lui est accordée.

La phlébite spontanée étant admise, il nous reste à en rechercher la cause; ou plutôt, étant admise une obstruction de la veine saphène externe, nous devons rechercher si cette obstruction est due à la coagulation spontanée de la fibrine du sang, ou bien si elle est due à une phlébite coagulante. Malgré les travaux importants qui ont été écrits sur cette matière depuis une trentaine d'années, la question n'a pas encore été très-bien résolue, et les auteurs sont loin d'être d'accord.

C'est principalement sur la première question, obstruction due à la coagulation spontanée de la fibrine du sang, que toutes les discussions ont eu lieu. En effet, il est hors de doute aujourd'hui que des obstructions vasculaires veineuses peuvent se faire en dehors de la phlébite.

Les auteurs anciens avaient déjà trouvé ce résultat. Ainsi Morgagni (lettre XXIV) rapporte deux cas où Schulze a vu une oblitération des veines due à des polypes. Van Swieten cite un cas de coagulation du sang dans la veine iliaque, suite de compression par le gros intestin. Plus tard, Corbin, Laënnec, signalèrent cette oblitération dans les différentes cachexies, sans toutefois signaler l'altération présentée par le sang dans ces différents cas.

Aujourd'hui, on reconnaît à la coagulation primitive deux conditions :

1° Une crase spéciale fibrineuse du sang;

2° Un obstacle apporté à la circulation, que cet obstacle soit le résultat de rapports anatomiques avec les aponévroses ou les ligaments; qu'il soit la conséquence d'une affluence considérable du liquide sanguin en un point déterminé, tel que creux axillaire poplité.

Mais à cette condition, à cette cause mécanique spéciale au siége de la veine, il faut joindre la première, c'est-à-dire une cause générale indispensable que l'on rencontre dans toutes les cachexies, la chlorose, l'état puerpéral, et qui dispose le sang à se coaguler. Cette cause, pour M. Trousseau et plusieurs auteurs avec lui, est la fibrination exagérée du liquide sanguin.

MM. Andral et Gavarret, MM. Becquerel et Rodier, ont mis en effet hors de doute que dans les cachexies il y a augmentation de la fibrine, sinon absolue, du moins relative; en outre, ces auteurs ont constaté qu'il y avait diminution des globules rouges et de la partie séreuse du sang. Aussi, en présence de cette fibrine en excès, les auteurs sont en droit de se demander si on ne doit pas lui attribuer la coagulation du sang, surtout si à cet état du sang on ajoute, comme nous l'avons dit, une cause mécanique quelconque. Dans certains cas, pourtant, les proportions physiologiques de la fibrine ne sont pas augmentées; elles sont au-dessous du chiffre normal, et cependant il existe encore une tendance marquée à la coagulation. La fibrine alors est dans un état particulier qui la prédispose à se précipiter dans les vaisseaux qu'elle parcourt; il est en effet admis que les substances albuminoïdes du sang n'existent pas toutes formées dans ce liquide, mais s'y trouvent à l'état de combinaison : c'est à ces dispositions spéciales qui favorisent les coagulations vasculaires, que Vogel a donné le nom générique d'*inopexie*. Virchow, enfin, a fait intervenir un nouvel élément, *élément fibrinogène*, ou substance susceptible de donner naissance à une nouvelle quantité de fibrine, lorsque dans le sang on a enlevé par le battage, par le tamisage, la fibrine. Quoiqu'on admette l'une de ces explications, ou bien toutes à la fois, il est de toute évidence aujourd'hui que le sang chez les cachectiques, les chlorotiques, a une grande tendance à se coaguler, surtout si cet à état spécial du sang viennent se surajouter des phlegmasies intercurrentes, ainsi qu'on le voit si souvent chez les tuberculeux, par exemple.

Dans certains cas spéciaux, comme la maladie de Bright, on a voulu faire jouer un rôle à l'altération du sang considérée au point de vue de sa composition chimique. C'est ainsi que Rayer, Leudet en France, Paget, Kidden en Angleterre, en présence des oblitérations vasculaires que l'on trouve si fréquemment, soit dans les veines des membres, soit dans les veines rénales, chez les individus atteints d'affections chroniques des reins, ont pensé que la présence d'urée dans le sang favorisait la production de ces dépôts fibrineux; dans ce cas, les matières irritantes agiraient à la manière des ferments sur le sang pour en déterminer le coagulation. Je n'ai pas ici à discuter cette manière de voir; je dirai seulement qu'aujourd'hui on rattache les coagulations qui se montrent dans la maladie de Bright à l'altération du sang portant principalement sur la fibrine, rapprochant ainsi cette maladie des cachexies que nous avons signalées.

Si je me suis étendu si longtemps sur les causes qui amènent la coagulation spontanée du sang dans les veines, c'est afin de montrer que chez notre malade aucune de ces causes ne peut être invoquée. En effet, notre malade était bien portant; on ne constatait chez lui l'existence d'aucune diathèse, soit tuberculeuse, soit cancéreuse. Sa constitution était robuste; il n'existait aucune cachexie qui pût faire soupçonner une diathèse qui ne se serait pas révélée à nos sens par des symptômes ou signes facilement appréciables; de telle sorte que nous nous croyons en droit de rejeter cette cause dans la production de l'oblitération observée chez X...

L'absence de tumeur sur le trajet de la veine fait rejeter immédiatement l'idée d'une compression.

Quant aux autres causes mécaniques, telles que ralentissement de la circulation par suite d'affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, nous avons vu que ces organes, explorés avec soin, ne nous ont pas présenté la moindre altération.

Toutes les causes de coagulation spontanée étant ainsi écartées, nous restons en présence d'une phlébite primitive comme cause de l'oblitération veineuse. M. Cruveilhier a démontré, en effet, que la phlébite avait pour effet la coagulation du sang aux parois du vaisseau, aussi lui a-t-il donné le nom de *phlébite oblitérante*. Mais cette phlébite étant admise, il nous reste à en rechercher la cause. Malheureusement, chez notre malade les renseignements à cet égard nous font pour ainsi dire complétement défaut. En effet, il nous dit qu'il a ressenti tout à coup une vive douleur à la partie postérieure du jarret. Il travaillait et se trouvait dans un état de santé parfait. Cette douleur avec l'œdème du membre disparaît au bout d'un mois, puis elle survient de nouveau, et cette fois c'est après une grande fatigue, le malade avait marché presque toute la journée.

Ainsi la cause nous échappe. Pourtant, si j'osais exprimer ici mon opinion, il me semble que dans la profession de cet homme nous trouvons un renseignement qui peut nous éclairer; en effet, il est cordonnier, c'est un travailleur, et, par suite, il reste longtemps assis, le membre presque constamment fléchi. En outre, il nous dit qu'il s'expose souvent aux courants d'air. Quoi de plus probable, dès lors, que chez lui il soit survenu une phlébite par suite d'un refroidissement?

L'influence du froid comme cause de phlébite est connue depuis longtemps, sinon en France, du moins en Angleterre; c'est ainsi que Graves attribue à cette cause une grande influence dans la production de la phlébite. Malheureusement cet auteur cherche une explication qui ne nous paraît guère admissible, surtout dans le cas qui nous occupe. En effet, il pense qu'il se produit d'abord une inflammation du tissu cellulaire, qui s'étend ensuite aux tissus voisins et gagne les veines. Théorie ingénieuse plutôt que réelle, car il me paraît difficile d'admettre, surtout quand toute la veine est prise, que le tissu cellulaire est enflammé dans tout le membre; en outre, cette inflammation devrait préexister pendant quelques jours à la phlébite, tandis qu'il n'en est rien. Enfin, en même temps que les veines s'enflamment, les lymphatiques deviennent aussi le siége d'une inflammation assez vive, et dans ce cas les ganglions placés à la racine du membre sont de même enflammés. Or, chez notre malade, nous n'avons constaté aucun de ces symptômes; aussi, en admettant comme cause de la phlébite l'influence du froid, nous pensons que la phlébite a été primitive et non consécutive à l'inflammation du tissu cellulaire.

M. le docteur Ball rapporte dans sa thèse inaugurale une observation où l'influence du froid comme cause de la phlébite primitive est de toute évidence.

Telles sont les quelques réflexions qui m'ont paru surtout intéressantes dans le cas qui nous occupe. La marche de la phlébite, la disparition de l'œdème à mesure que l'obstruction vasculaire cesse dans une portion de la veine, la durée et la terminaison heureuse que ce fait nous a présentées, ne doivent pas moins, il est vrai, attirer notre attention, la terminaison heureuse surtout. En effet, la phlébite peut se terminer de trois manières : par résolution complète, le vaisseau étant rendu à sa perméabilité première : c'est ce que nous voyons chez notre malade; par oblitération d'une certaine portion du vaisseau; et enfin par embolie. Cette dernière terminaison est considérée comme assez fréquente; aussi le pronostic avait-il été porté avec une grande réserve. Heureusement nous n'avons pas eu cette fâcheuse complication.

Quant au traitement, il a été d'une grande simplicité. On a fait garder au malade le repos le plus complet; ce qui, du reste, a été conseillé dans le but de prévenir l'embolie. Je signalerai seulement ce fait important, le traitement mercuriel combiné avec le chlorate de potasse. En effet, par suite de l'administration de ce médicament, la stomatite mercurielle qui s'était déclarée sous l'influence des frictions avec l'onguent napolitain s'est amendée au point que l'on a pu continuer sans cesser un seul jour le traitement mercuriel. Ce fait, du reste, n'est pas nouveau; il est consigné dans les travaux des auteurs qui ont étudié le chlorate de potasse.

NOTIONS ÉLÉMENTAIRES D'HISTOIRE NATURELLE

sur les végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants (1).

I. TAXONOMIE. — Les végétaux parasites sont tous des *cryptogames* et uniquement des *algues* et des *champignons*. Ils appartiennent aussi tous aux tribus inférieures de ces deux groupes, c'est-à-dire à celles dont l'organisation est la plus simple. (Voir dans l'ouvrage de M. Robin les divisions très-étendues des algues et des champignons).

II. PARTIE ANATOMIQUE. — Tous ces végétaux sont des plantes cellulaires. La plupart sont formées seulement de cellules disposées bout à bout : telles sont les *algues*. Il en est de même pour beaucoup de *champignons*, classe où se trouvent les plus simples des végétaux qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants, tels que certaines espèces voisines des *torulacés*.

(1) Ces notions, indispensables pour justifier et faire comprendre notre manière de voir sur la *pathologie animée*, sont extraites du livre de M. Ch. Robin, portant le même titre, et dont nous conseillons la lecture à ceux qui veulent étudier la question dans tous ses détails. (Dr De L.)

---

un accessoire par l'organicisme, et que les anatomo-pathologistes se préoccupent des origines des maladies. Il a accepté la relation entre une maladie de la muqueuse de l'estomac et de ses nerfs à leur origine ou à leur terminaison, et la production des maladies des autres viscères : avec M. Beau, l'on dit que la dyspepsie favorise le développement des maladies organiques; avec Galien, Pinel, Broussais et plusieurs de nos modernes, l'influence de l'embarras gastrique, du trouble de la circulation de la veine-porte, les congestions du foie et de la rate sur l'origine des maladies inflammatoires, est devenu un fait acquis. Galien a eu de nouveau raison, et Stahl même, malgré ses théories animistes, lorsqu'il avait transformé le mot de Galien, la *coction imparfaite des humeurs* dans les vaisseaux de l'estomac; lorsqu'il avait mis au jour son fameux mot : *vena porta, porta malorum*, subissait une de ces vérités qui s'imposent malgré les tendances les plus métaphysiques.

Etudiant aussi les conséquences des théories vitalistes et organiciennes, M. Rostan fait comprendre que la médecine vitaliste enseigne la médecine des symptômes, que l'empirisme est une conséquence de cette doctrine, tandis que l'organicisme conduit à la recherche d'une médication qui agisse sur l'organe malade ou sur un organe dont la lésion est le fait capital d'une série de lésions; tel est, par exemple, le traitement par l'iodure de potassium et les alcalins dans les caries et dans les tubercules pulmonaires développés chez les scrofuleux, chez ces malades où le sang est l'organe sur lequel il importe d'agir.

L'auteur rappelle à cette occasion combien était illusoire la thérapeutique préconisée au commencement de ce siècle contre la paralysie. Séduits par les opinions de Bichat, qui croyait à des propriétés vitales, les médecins avaient avec lui considéré la paralysie simplement comme la diminution ou l'abolition de la sensibilité et de la contractilité. Bichat avait dit : « Tout ce qui produit une vive excitation à l'extérieur, comme les vésicatoires, les frottements divers, etc., ranime les propriétés assoupies. » Et l'on avait électrisé les individus atteints de ramollissement cérébral et de ramollissement de la moëlle. Galien cependant avait déjà découvert que la source des paralysies avait souvent son point de départ dans les lésions de la moelle, et les cautérisations sur le rachis avaient longtemps joui d'une légitime faveur. Combien d'autres thérapeutiques, dirigées contre des altérations de fonctions, sont exposées aux mêmes critiques!

L'organicisme est combattu par le vitalisme; la première doctrine cherche des lésions où elle ne les a pas encore trouvées; l'autre se borne à constater que les symptômes ne sont pas toujours en rapport avec des altérations évidentes, et elle conclut à des lésions de fonctions. Elle prend pour armes toutes les découvertes qui restent à faire aux anatomo-pathologistes. Il y a cinquante ans, le vitalisme comptait au nombre de ses preuves les paralysies et les fièvres; à peine les anatomistes avaient-ils trouvé les lésions, que leurs adversaires se sont rejetés sur les névroses.

Malgré les expériences de M. Claude Bernard, qui ont montré que les lésions des nerfs du grand sympathique et de la moelle en étaient une des causes; le vitalisme persiste néanmoins, pendant que l'organicisme s'enrichit chaque jour d'un fait, et il finit par ne plus pouvoir opposer aux anatomo-pathologistes que les palpitations nerveuses, les névralgies, certaines convulsions idiopathiques, l'épilepsie, la chorée et l'hystérie. La folie même a été expliquée et échappe aux vitalistes. M. Baillarger a constaté une lésion, le ramollissement de la substance grise et sa facile séparation de la substance blanche.

Alors les vitalistes opposent aux organiciens l'influence du moral sur les maladies derrière laquelle le vitalisme se retranche. Le fait existe; il est vrai; mais il peut être interprété. Pour ne prendre qu'un exemple, nous savons qu'un individu attristé, frappé d'une grande douleur, perd l'appétit et le sommeil, mais, dans cet état, il n'est pas encore malade; il n'y a maladie que lorsque la dyspepsie s'est établie. De même qu'un homme qui se refroidit n'a pas encore une pneumonie; celle-ci n'existe qu'au moment où il y a cessation des fonctions des nerfs vaso-moteurs et congestion pulmonaire. Ces deux cas, qui représentent des types, peuvent servir à en expliquer beaucoup d'autres.

S'il était nécessaire de discuter, de nous livrer à une controverse scientifique en dehors des faits anatomiques, pour affirmer notre croyance personnelle dans l'organicisme, nous dirions que les empoisonnements sont une preuve bien puissante en faveur de cette théorie. Certains empoisonnements, comme les empoisonnements par le curare, par les gaz méphitiques, ne semblent pas laisser de traces. Le poison est absorbé, il donne la mort; il n'y a rien de rejeté au dehors, et il y a des lésions à peine marquées à l'autopsie. Le poison même peut échapper à l'analyse.

Faudra-t-il dire qu'il n'y a eu qu'une lésion de fonction, et y a-t-il des esprits qui se refuseront à croire qu'il y a une altération de l'organisme là où une substance étrangère a été introduite, est restée et a été assimilée à un ou plusieurs organes?

D'un autre côté, nous savons, en laissant de côté la cause, qu'il existe des troubles exclusivement fonctionnels qui donnent la mort : les asphyxies mécaniques. Un corps étranger est introduit dans les voies aériennes, la mort est presque subite, et on ne trouve à l'autopsie que quelques coagulations de sang dans le poumon et les vaisseaux. Ces lésions ne sont pas la maladie, elles en sont les conséquences. Cet argument, emprunté aux faits chirurgicaux, montre que la mort est due à la cessation de la fonction respiratoire. Les troubles fonctionnels admis par le vitalisme sont-ils aussi tranchés que ceux

Mais plusieurs espèces de champignons sont assez complexes et présentent des organes d'une structure compliquée. Ainsi, 1° les parties du système végétatif ; 2° celles du système reproducteur : voilà quels sont les deux points à examiner...

(Les *algues* se distinguent des *champignons*, en ce que les premières contiennent seules des vésicules colorées et de la chlorophylle...)

Algues. — Leur *système végétatif* ne consiste qu'en filaments simplement ramifiés, cylindriques ou articulés, de distance en distance, par des cellules disposées bout à bout et renfermant des granulations moléculaires. C'est par ces tubes entrelacés et par leur adhérence au mucus de l'animal que ces végétaux se trouvent fixés à lui sans aucun autre lien ni filament....

Le *système reproducteur* des algues se compose de *sporanges*, vésicules renfermant les *spores* ou germes qui y naissent et s'y développent, et de *spores* arrondies, ovoïdes, granuleuses à l'intérieur, faciles à reconnaître.....

Champignons. — Leur *système végétatif* se compose aussi de filaments simples ou ramifiés, mais généralement formés d'une seule cellule allongée. C'est ce qu'on appelle le *mycélium*, qui manque aux champignons unicellulaires et présente différents aspects, le filamenteux étant lâchement entre-croisé, le membraneux (achorion) à filaments plus rapprochés et confondus....

Le *système reproducteur* des champignons se compose de *spores* très-nombreuses et se reproduisant sans cesse, libres ou fixées sur un réceptacle variable ou bien renfermées aussi dans un *sporange* ou vésicule. Extrêmement petites, elles s'introduisent dans toutes les cavités naturelles des animaux, partout en un mot où pénètre la poussière dont elles font partie. La forme des spores est ovoïdale ou sphérique, quelquefois triangulaire ou fusiforme.

La consistance des spores libres est très-grande, favorise leur pénétration mécanique dans les tissus animaux, et n'arrête pas leur germination dans des conditions d'humidité favorables. Les spores flottent dans l'air agité, se déposent quand il est en repos; ingérées avec les aliments ou introduites à l'état de poussière, elles causent des accidents chez l'homme, en agissant d'une manière nuisible sur nos organes internes.

— La structure des spores est extrêmement simple. Toutes sont formées par une seule cellule dépourvue de noyau ; la paroi de cellulose en est très-mince, quoique parfois résistante; elle est tapissée d'une utricule azotée qui renferme un liquide tenant des granulations suspendues et douées quelquefois du mouvement *brownien* visible sous le microscope.

III. Partie de l'étude du milieu. — Les milieux favorables à leur existence, dans lesquels les cryptogames vivent chez les animaux, sont :

L'homme et les mammifères.

On observe sur la peau : le *tricophyton tonsurans* (au cuir chevelu) ; le *tricophyton ulcuum* (peau ulcérée) ; le *microsporon Andouini* (à la racine des poils) ; le *microsporon furfur* (à la peau); le *mucor mucedo* (de Linné); l'*achorion Schoenleinii* (au cuir chevelu et dans les follicules pileux); l'*aspergillii species* (dans le conduit auditif).

Les muqueuses sont le siège : du *cryptococcus cervisiæ* (aux intestins); du *leptotrix buccalis* (à la bouche) ; de *l'oscillaire* de l'intestin ; du *leptomitus prophilus* de la vessie ; du *leptomitus* du pharynx et de l'œsophage; du *leptomitus* de l'épiderme et de l'œil; du *leptomitus* de l'utérus et du mucus utérin ; de l'*oïdium albicans* du muguet ; du *champignon* du poumon; du *champignon* de l'écoulement nasal dans la morve.

L'étude du *milieu* comprend : 1° l'examen du *sol* ou de la partie qui fournit les principes immédiats de la nutrition ou qui reçoit ceux ayant déjà servi; 2° l'examen du *milieu gazeux*; 3° l'examen des influences des agents physiques.

A. Examen du sol ou milieu. — Il existe, parmi les couches superficielles du globe, une petite quantité de *substances organiques*, composés coagulables, non cristallisables, ne se formant que dans les corps vivants seuls : ces substances dissolvent à l'état liquide des sels minéraux qui pénètrent ainsi dans les êtres vivants: de même, les sels et l'eau rendent plus tard les mêmes substances solides à l'état liquide pour les éliminer du corps...

La présence de substances organiques déjà formées est nécessaire, chez les animaux, au développement des substances de même nature au moyen de matériaux cristallisables. Ces mêmes substances inorganiques ne sont pas moins nécessaires à la nutrition des végétaux avec le concours des matériaux d'origine animale, les uns et les autres étant indispensables.

Les champignons se développent surtout dans un sol riche de substances organiques *azotées*, même sur les animaux et sur les végétaux qui ont cessé de vivre ; mais les animaux vivants peuvent aussi former un sol ou terrain analogue auquel ce végétal emprunte nécessairement sa substance. Il y a dès lors un suintement de matières animales muqueuses ou demi-solides qui nourrissent l'insecte jusqu'au moment où leur exagération le fait mourir...

Partout où se ralentit l'activité vitale, il peut se développer des végétaux parasites dont les spores s'assimilent les tissus ou les humeurs. Les champignons croissent de même sur les plantes affaiblies, et de préférence sur leurs parties altérées ou moins actives. C'est ainsi que, dans la *teigne*, dès que les spores ont germé, l'*achorion* se fixe sur la peau, s'y multiplie et détermine un suintement qui sert à son accroissement rapide...

Le fait de l'inoculation donne également lieu à l'exsudation de liquides nutritifs pour les spores inoculées ; il démontre que les animaux inoculés ont en eux la disposition maladive. Ces nouveaux êtres vivants absorbent les molécules usées pour leur accroissement et leur nutrition propres. Il n'en est pas autrement chez les individus affaiblis par défaut d'alimentation, aliments de mauvaise nature ou digestions imparfaites, par respiration d'air impur, excès de boisson, etc...

A la surface des muqueuses, les végétaux ont pour sol soit des couches d'épithélium et un mucus acide, soit des productions pseudo-membraneuses. La nutrition y est continuelle ; la putréfaction de la matière s'opère à la surface des membranes. — Les champignons du *muguet* ont pour sol l'épithélium et le mucus des pseudo-membranes ; le même phénomène se passe entre les dents pour les détritus alimentaires.

Le *muguet* provient d'un léger degré d'acidité des humeurs. Des végétaux se produisent également sur des corps alcalins ou neutres : témoins les ulcérations de la trachée. Un certain degré d'acidité favorise aussi beaucoup le développement des champignons d'ordre inférieur...

B. Milieu gazeux. — L'acide carbonique de la bouche , des poumons, des intestins, est favorable à l'*algue* du ferment , tandis que beaucoup de *champignons* absorbent l'oxygène et rejettent l'acide carbonique. L'humidité de l'air et des cavités du corps n'est pas moins favorable aux uns qu'aux autres...

C. Influence des agents extérieurs. — Les conditions de température du corps et surtout des cavités naturelles, activent extrêmement le développement des algues et des champignons dont les spores se sont fixées chez les animaux...

La modification du milieu est indiquée comme but thérapeutique. On doit chercher à le rendre impropre à la nutrition des parasites, tout en éteignant le principe de vie dans la production végétale, par exemple, pour la *teigne*, dans la partie du champignon *intra*-pileuse, *intra*-cutanée. Le sublimé , l'acétate de cuivre, y parviennent facilement à la dose de 3 à 5 grammes pour 500 grammes d'eau ; il faut agir par centimètre carré, user d'eau de sureau tiède et, enfin, de lotions parasiticides.

La *mentagre* est surtout facile à guérir , parce qu'elle se limite à la face et que les poils affectés sont isolés, indépendants. Mais il en est tout autrement des teignes *faveuse* et *tondante*, attendu que la maladie attaque le cuir chevelu et s'y montre aussi tenace qu'elle l'est peu, quand elle germe sur le corps, où la guérison est pour ainsi dire immédiate.

IV. Partie physiologique. — Les seuls phénomènes que présentent les végétaux parasites sont ceux de *nutrition*, de *développement* et de *reproduction*, actes communs à toutes les plantes analogues.

1. *Nutrition*. — Comme dans les êtres simples, le mouvement d'assimilation est seul prononcé; la décomposition désassimilatrice est nulle ou à peu près. Quelques végétaux seulement produisent ou rejettent quelques gouttes huileuses à la surface de leurs spores.

2. *Développement*. — Il est très-rapide ; en peu de temps, le *mycélium* se multiplie et s'agrandit considérablement, de manière à recouvrir rapidement d'assez grandes surfaces, fait d'accord avec la prédominance marquée de l'assimilation....

3. *Reproduction*. — Elle a lieu avec une intensité et une rapidité en rapport avec celles de la nutrition et du développement. Les spores naissent en très-grande abondance et très-vite, d'où une multiplication aussi rapide des individus....

Puis a lieu la dispersion de ces spores et leur transport, rendu bien facile par le petit volume et la faible densité des sporidies. Les corpuscules reproducteurs font aussi partie constituante des particules invisibles de la poussière en suspension dans l'air que nous respirons et qui se dépose sur tous les corps en repos.

V. Action exercée par le végétal sur l'animal. — Le premier acte des spores déposées sur les tissus ou sur les organes est leur germination immédiate. Cette dernière est cependant quelquefois précédée d'un mouvement de pénétration dans les tissus, comme pour le *botrytis* chez les vers à soie.... La petitesse des spores est une des conditions de cette pénétration dans les cavités digestives, trachéennes ou pulmonaires. Quelquefois même elles s'introduisent, avant de germer, comme le *botrytis* encore, dans l'épaisseur même des tissus, au-dessous de l'enveloppe cutanée.

Les filaments du *mycélium* pénètrent certainement, de la surface des membranes où les spores ont germé, dans la profondeur du tissu de ces membranes mêmes et dans les tissus sous-jacents. C'est par suite de cette pénétration que l'animal faible est tué, — que les appareils peuvent, chez tous, cesser d'être aptes à remplir leurs fonctions. Cette pénétration est très-rapide, en raison de l'énergie assimilatrice du *mycélium* et de la rapidité de son développement.

Les insectes sont habituellement tués en un ou deux jours.

L'*achorion* de la teigne comprime le derme en déterminant la résorption et pénètre ainsi dans son épaisseur : c'est là ce qui empêche la suppuration, à part sur les bords. Dans les follicules pileux, les spores de petit volume se développent avec énergie, pénètrent profondément, déterminent soit une congestion, soit une inflammation des bulbes et, par suite, arrêtent le développement des poils, qui deviennent grêles ou cassants. Le *trichophyton* pénètre même dans la profondeur du canal médullaire des poils.

Mécanisme de la pénétration du mycélium dans les conditions de chaleur et d'humidité nécessaires à sa germination. — Toute cellule nouvelle, formée aux dépens d'une autre cellule, s'enfonce peu à peu dans les tissus, surtout quand les éléments de ces derniers, peu adhérents comme les couches épithéliales de la langue, des joues, etc., se laissent écarter par les filaments de l'*oïdium* du muguet. Si, au contraire, les tissus sont durs, les filaments du *mycélium* ne font que ramper à la surface et lui adhérer fortement par contact immédiat établi de molécule à molécule au fur et à mesure que ces filaments se développent.

C'est un fait général que tout corps, plus dur que la substance organisée qu'il touche, en détermine peu à peu la résorption du côté où la pression est plus forte, qu'elle résulte du propre poids de ce corps ou de ce que très-léger, même invisible , il est comprimé par le jeu de quelques organes. Il en est de même si, adhérent sur un point, ce corps se développe et grandit, molécule par molécule, avec une pression lente. C'est ainsi que les tubes du *mycélium* pénètrent et déterminent à la longue des accidents prononcés ou la mort.

Ce mécanisme est aussi celui de la pénétration des corps étrangers dans nos tissus, la résorption en ayant toujours lieu de molécule à molécule du côté de la pression. Il se forme alors de la matière organisée du côté opposé, molécule à molécule aussi , de sorte que , s'y enfonçant peu à peu , le corps étranger peut tomber dans une cavité close sans qu'elle ait jamais communiqué avec le dehors.

A la surface des muqueuses , l'épithélium oppose peu d'obstacle à la pénétration des corps. Il suffit , pour que celle-ci ait lieu , que le corps étranger soit plus dur que la substance des organes; mais il faut que ce corps pèse par son propre poids ou soit pressé par le jeu d'un organe, et surtout que cette pression ait une certaine durée. Il faut aussi qu'elle se prolonge , à la même place , le temps nécessaire pour que la substance pressée disparaisse par l'acte de désassimilation au niveau du corps étranger. C'est là, je le répète, un fait d'observation très-général que la disparition, la résorption de la substance organisée vivante, toutes les fois qu'on exerce sur elle une pression réelle plus ou moins grande suivant la nature de ses éléments, ou des tissus dont elle se compose.

La pénétration dont je viens de parler est un fait essentiellement différent de l'absorption.

On donne le nom d'absorption au passage d'un corps liquide ayant lieu molécule à molécule, du dehors au dedans, au travers d'une substance organisée, laquelle n'est pas ou presque pas modifiée.

On nomme, au contraire, pénétration le passage d'un corps solide ayant lieu tout d'une pièce au travers d'une substance organisée, laquelle disparaît molécule à molécule devant l'objet qui la traverse.

Ainsi , dans l'absorption , c'est le corps pénétrant à l'intérieur qui traverse la matière organisée molécule à molécule; dans la pénétration, c'est le corps traversé qui s'use et disparaît molécule à molécule devant celui qui pénètre. C'est pourquoi l'absorption seule exige l'état

---

de l'asphyxie mécanique et même que ceux des obstructions intestinales et du volvulus, et ces lésions ont-elles pu jamais être invoquées en faveur du vitalisme?

Mais ce n'est pas tout, l'histoire est là pour prouver quelle théorie le temps a sanctionnée. Les livres de Galien, qui ont été le fondement exclusif de la médecine pendant plus de onze cents ans, reposaient sur une théorie organicienne et anatomo-pathologiste. La maladie, disait Galien, est un dérangement de quelque partie du corps qui en trouble les fonctions ; les symptômes suivent la maladie comme l'ombre suit le corps. Dans le livre *De locis affectis*, le médecin de Pergame avait entrepris une œuvre d'anatomie pathologique.

Paracelse, Van Helmont, Lazare Rivière, arguant de ce que Galien n'avait pas découvert, profitant de tous les progrès accumulés autour des traditions galéniques pour les attaquer ; ont fait revivre avec des formules mystiques et bizarres les théories de l'ancienne école des pneumatistes, qui s'étaient éteintes sans éclat à Alexandrie. Van Helmont avait eu la gale, et, suivant les opinions médicales du temps, ce médecin avait été purgé, et sans succès. Il n'en fallut pas davantage pour que l'esprit du médecin hollandais créât une théorie des maladies fondée sur un principe complétement étranger à l'organicisme. La lettre des livres hippocratiques et galéniques fut atteinte, mais l'esprit resta. Paracelse, Van Helmont, Rivière, passèrent, laissant quelques découvertes qui durent de survivre à ce qu'elles étaient étrangères à leurs théories.

Si plus tard Stahl et Gaubius ont cherché à reproduire et à rendre plus métaphysique et plus scientifique l'archée de Van Helmont, la mumie de Paracelse, c'est qu'Hoffmann , Boerhaave et Morgagni rentraient avec le souvenir de Galien dans la théorie organicienne, l'anatomie pathologique, et venaient faire évanouir les aspirations vitalistes. Barthez, Bichat même, réveillèrent encore le vitalisme ; mais c'était pour le voir céder la place à l'humorisme moderne de Chomel, MM. Velpeau et Andral, alors que la renaissance du vitalisme était d'ailleurs étouffée aussi par le bruit que faisait le solidisme de Broussais, et par l'organicisme que M. Rostan venait d'établir en corps de doctrine. Il est resté de rares défenseurs de la doctrine animiste ou vitalisme, et ils l'ont reproduite sous le nom de philosophie transcendantale de la médecine. A comparer les œuvres vitalistes modernes avec les livres vitalistes de l'époque de la Renaissance et du dix-huitième siècle , on se sent presque attristé de voir leurs arguments diminuer d'âge en âge en raison des découvertes de l'organicisme ; et malgré la verve , le grand style et même la poésie des livres, on sent que rien ne saurait tenir lieu de preuves, qui sont la vraie éloquence de la science.

Certes, nous ne voulons pas ici imposer à qui que ce soit l'organicisme. Pour entreprendre cette tâche, il faudrait discuter certaines convictions ; la foi et les croyances se sont mêlées à la science , et il y a des sujets qu'il ne faut pas toucher. Nous ne voudrions pas oublier que la modération a été jusqu'ici le devoir et la profession de foi des organiciens. Seulement nous réclamons pour l'organicisme le bénéfice de cette réserve : on a dit que les organiciens étaient des matérialistes , des épithètes ont été ajoutées; nous ne répondrons pas que le vitalisme est le mysticisme scientifique. Pour toute réciprocité, qu'il soit seulement permis , même aux hommes qui ne croient pas avoir besoin de se préoccuper, *dans les sphères de la science*, de rechercher la cause première et la cause finale, de se livrer à l'examen des faits en toute liberté de conscience.

M Rostan a des élèves dans la génération qui nous a précédés et dans la nôtre. Ils se souviennent quels enseignements ils ont puisés près de lui ; ils ont accueilli avec joie la réapparition du livre sur l'organicisme, qu'au début de sa carrière médicale le maître a livré à l'Ecole de Paris pour confirmer ses tendances anatomo-pathologiques ; et l'on peut dire qu'une carrière qui compte un tel passé , et des luttes où il y avait plus de peines que de gloire , restera l'une des plus belles de notre époque. Dr Armand Desprès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Règne végétal, divisé en Traité de botanique générale , Flore médicale et usuelle , Horticulture botanique et pratique , Plantes agricoles et forestières , Histoire biographique et bibliographique de la botanique ; par MM. Dupuis, O. Reveil, Gérard, Herincq. Ce splendide ouvrage formera 17 beaux volumes, dont 9 volumes grand in-8° jésus de texte et 8 atlas petit in-4° de planches gravées sur acier. Les atlas renfermant, avec des textes descriptifs en regard, plus de 5,000 dessins de plantes ou de détails botaniques très-exactement et très-finement coloriés. L'ouvrage paraîtra à la fois en volumes et en atlas et par livraisons chacune de 16 pages au moins, grand in-8° jésus, et deux belles planches coloriées. Il formera de 200 à 210 livraisons au plus. Prix de la livraison : 4 fr. Les livraisons paraissent très-exactement, de dix en dix jours , à partir du 1er mai 1864 , jour où deux livraisons à la fois ont été mises en vente. Les onze premières livraisons sont en vente. — Paris , 1864, Th. Morgand , libraire-éditeur , rue Bonaparte, 5.

Traité de pathologie générale et de séméiologie, accompagné de planches d'anatomie pathologique générale ; par M. E. Bouchut , professeur agrégé de la Faculté de médecine , médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un volume grand in-8° de 1,020 pages. — Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

liquide, tandis que les solides ou les poussières ne s'introduisent dans les organes qu'au moyen de la pénétration.

Hypothèses sur les végétaux parasites comme cause d'épidémie. — Sous ce titre, M. Ch. Robin repousse les idées qui ont attribué à l'action des végétaux microscopiques certaines épidémies de causes inconnues affectant l'homme et les animaux. Il s'appuie lui-même pour combattre cette supposition sur ce que la présence de ces parasites n'avait pas encore été démontrée.

Cette rigueur et ce scepticisme nous paraissent également mal venus après les maladies de la vigne, des pommes de terre et des vers à soie, comme après les découvertes de M. Bazin sur les affections parasitaires de la peau, découvertes auxquelles M. Ch. Robin a participé lui-même. Ce n'est point là tenir compte des travaux si intéressants qui démontrent chaque jour la présence, dans un grand nombre de maladies, des parasites dénommés ci-dessus sous les noms de ceux-là mêmes qui les ont découverts.

En disant qu'une certaine modification des tissus a favorisé le développement de ces parasites, M. Ch. Robin restreint leur rôle; mais il ne supprime pas leur action manifeste, et rien ne prouve d'ailleurs qu'ils n'ont pas eux-mêmes modifié par incubation le terrain où ils viennent à se manifester.

Cet éminent professeur ne va point cependant jusqu'à admettre la génération spontanée. C'est déjà trop qu'il conteste la localisation primitive dans un seul appareil de certaines affections épidémiques, lesquelles n'agissent au delà qu'en troublant les fonctions organiques, et peuvent d'ailleurs s'étendre par la circulation, notamment si le sang fermente ou vient à se putréfier.

S'il en était autrement, les altérations de tissus et d'humeurs qui permettent le développement des spores auraient toujours une autre cause que l'on pourrait demander à voir aussi bien que les parasites.

La vérité est que ces parasites ont besoin pour se développer d'un terrain convenable. Tout porte à croire qu'il y a dans cette rencontre un ensemble d'influences assez difficiles à circonscrire et qui semblent d'ailleurs former un tout épidémique. Mais les effets de la présence continuelle d'un corps étranger et vivant sont impossibles à nier, quels qu'en soient l'origine, la nature ou l'ordre d'apparition.

Il n'est pas moins évident que le développement des parasites aux dépens de la substance organisée y produit, ou, si l'on veut, y suscite des réactions vitales et provoque des transformations qui entrent comme éléments principaux dans les maladies.

C'est là, du reste, une question capitale à débattre avec M. Ch. Robin, et nous la renvoyons à sa place, c'est-à-dire à l'appréciation de ses idées sur la nature et les effets des virus et des miasmes, au sujet desquels, nous l'avons dit ailleurs, nous différons complétement de manière de voir avec ce savant histologiste.

D[r] de La Plagne.

TOPIQUE ANESTHÉSIQUE ET RÉVULSIF

contre les douleurs musculaires.

Le *Bulletin médical du Dauphiné* indique la formule suivante comme ayant très-souvent réussi à son auteur dans les cas de douleurs musculaires.

Alcoolature de racines d'aconit . .	5	grammes.
Axonge.	10	—
Chloroforme	5	—
Chlorhydrate de morphine. . . .	1	—

Incorporez l'alcoolature dans l'axonge ; ajoutez le chloroforme et le sel de morphine eu mélangeant le tout dans un mortier de verre. Puis renfermez dans un flacon à large ouverture, bouché d'un bon liége.

On étend rapidement ce mélange avec les barbes d'une plume sur les muscles endoloris, et l'on recouvre d'une ouate doublée de taffetas ciré.

Le pansement doit être renouvelé toutes les heures et arrêté dès que le soulagement est obtenu.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 juillet 1864. — Présidence de M. Morin.

Note sur la destruction des tumeurs par la méthode électrolytique, par M. NÉLATON. (Extrait par l'auteur.)

Bien que la chirurgie possède un grand nombre de moyens destinés à détruire les tumeurs, il en est cependant quelques-unes dont le traitement présente des difficultés tellement sérieuses que des chirurgiens du plus grand mérite hésitent à les attaquer. Telles sont par exemple celles qui, profondément placées dans une cavité naturelle, intimement unies et adhérentes par une large base aux parois de cette cavité, difficilement accessibles à la main, aux instruments et même au regard, présentent en outre cette fâcheuse disposition d'être constituées par un tissu extrêmement vasculaire. Comme type de ces tumeurs, on peut citer les polypes naso-pharyngiens, dont il va être exclusivement question dans cette note.

Le tableau des difficultés opératoires présentées par ces tumeurs, l'histoire des méthodes et des procédés qui leur ont été opposés, sont présents à l'esprit de tous les chirurgiens. Chacun a vu trop souvent la tumeur, à peine touchée par l'instrument tranchant, verser du sang en abondance; celui-ci tombe dans le pharynx, s'introduit dans les voies aériennes, provoque la suffocation ; il est rejeté par la toux, par les efforts du vomissement, et au milieu de ces mouvements convulsifs, le chirurgien distingue à peine les parties sur lesquelles il doit agir. Que l'on y ajoute la syncope, si souvent observée en pareille circonstance, et l'on aura un tableau fidèle des conditions au milieu desquelles doit se débattre l'opérateur.

Après avoir reconnu l'impuissance de la ligature, de l'arrachement, de l'écrasement linéaire, de la cautérisation, soit avec le cautère actuel, la galvano-caustique, le cautère à gaz, soit avec les caustiques potentiels, chlorure de zinc, acide azotique monohydraté, etc., nous avons eu la pensée de recourir à un mode de destruction emprunté à l'électricité.

Depuis longtemps les médecins avaient remarqué que lorsqu'ils cherchaient à produire la contraction musculaire par un courant électrique en plaçant sur un membre deux aiguilles correspondant à chacun des pôles d'une pile, il se produisait autour des aiguilles une destruction de tissu très-limitée et considérée jusqu'ici comme sans importance. N'était-il pas possible d'étendre cette destruction en augmentant la force qui la produit? Ne pouvait-on point détruire une tumeur par la simple implantation de deux aiguilles dans sa masse? L'étude expérimentale et clinique de cette question est l'objet de la présente note.

Avec l'aide d'un de nos jeunes élèves, qui porte un nom vénéré dans cette enceinte, M. Arnould Thénard, et qui a bien voulu nous prêter le concours de son zèle et de son expérience des manipulations physiques, nous avons commencé par étudier, au moyen de nombreuses expériences sur les animaux vivants, la nature de ces destructions partielles de tissu que l'on observe autour des aiguilles de l'électro-puncture.

Le résultat sommaire de ces expériences peut être formulé ainsi qu'il suit : deux aiguilles de platine, mises en rapport avec les pôles d'un appareil de Bunsen, de neuf éléments, de 16 centimètres de hauteur sur 8 de diamètre, montés en tension, étant implantées dans la chair d'un animal vivant, on observe, après huit ou dix minutes d'action du courant et autour du trajet des aiguilles, les modifications suivantes : autour de l'aiguille positive, un cylindre induré de 12 à 15 millimètres de diamètre bien circonscrit ; autour de l'aiguille négative, au contraire, le tissu a éprouvé une sorte de ramollissement de même forme. Pendant la durée de l'expérience, l'élévation de la température est pour ainsi dire insensible, et le seul phénomène qui s'observe est l'apparition, autour du point d'implantation des électrodes, d'une mousse blanchâtre formée par des bulles de gaz d'une extrême finesse. Dans la masse du tissu modifié, on n'aperçoit plus ni vaisseaux ni signes d'organisation. Toute la partie comprise dans la sphère d'action des deux électrodes se trouve complétement modifiée, et cette modification peut se résumer ainsi : coagulation vers le pôle positif, tendance à la liquéfaction vers le pôle négatif.

Si on laisse vivre l'animal, cette modification offre bientôt le caractère physiologique que l'on pouvait prévoir : on voit se produire autour des points atteints par le courant tous les phénomènes qui accompagnent l'élimination d'une eschare. L'exemple le plus saillant et le plus concluant qu'on puisse fournir est celui de la langue d'un chien soumise à l'action dudit courant par implantation de deux électrodes à 4 centimètres de son extrémité ; il y eut d'abord production d'une eschare qui traversait la langue d'un bord à l'autre ; bientôt la partie de la langue située au delà de cette eschare se flétrit et tomba en gangrène. Il y eut donc dans ce cas deux modes de destruction différents : l'action électrolytique, puis une gangrène par interruption de la circulation.

Au point de vue doctrinal, cet exemple fournit l'histoire même du procédé que nous avons appliqué tout récemment à un cas de polype naso-pharyngien qui avait résisté à tous les modes de destruction tentés contre lui, et dont l'observation complète est reproduite dans notre note.

Cette tumeur, volumineuse, très-vasculaire, donnant lieu à des hémorrhagies au moindre contact, située profondément dans le pharynx et les fosses nasales, attaquée avec une vaine persévérance par les agents les plus énergiques, a été détruite en six séances par l'implantation de deux électrodes dans sa masse. Cette opération a été faite sans effusion de sang et n'a provoqué chez le sujet qu'une douleur facilement supportée.

Nous avons cru ne devoir envisager ce sujet qu'au point de vue exclusivement chirurgical. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer que le mode de destruction qui fait l'objet de cette note est essentiellement différent de celui qui est emprunté à la galvano-caustique. Il s'agit ici d'une action électro-chimique. Dans un mémoire très-savant, M. le docteur Ciniselli (de Crémone) a développé avec talent la théorie physico-chimique de ce moyen nouveau. Mais il ne nous paraît pas en avoir saisi les applications véritablement utiles.

On trouvera dans le mémoire dont je donne ici l'extrait, les règles et préceptes de l'application chirurgicale ; les limites dans lesquelles je dois me renfermer m'obligent à me borner à cette simple indication. (Commissaires : MM. Becquerel, Andral, Velpeau, Bernard.)

— M. le secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Mantegazza, un opuscule concernant des recherches sur la *congestion sanguine*, et en donne une idée en lisant les passages suivants de la lettre d'envoi :

« La langue de la grenouille congestionnée artificiellement par des irritations mécaniques et chimiques, peut augmenter du sixième de son poids, comme j'ai trouvé d'après plusieurs expériences très-soignées. En faisant des expériences sur les oreilles des lapins avec des instruments très-délicats, on peut constater que le degré de la température n'est pas en rapport avec la force de l'irritation, mais avec la quantité de sang qui entre dans l'organe congestionné, et que plus la température de l'oreille est élevée, moins grande est l'augmentation de chaleur par l'effet de la congestion. »

— M. le secrétaire perpétuel signale en outre un mémoire de M. Sandras, intitulé : *Du rôle des phosphates dans l'organisme et en particulier du phosphate de fer.*

On nous fait part de la mort de M. le docteur Henri Van Oordt. Ce très-honoré confrère, ancien élève de M. Ricord, médecin de l'ambassade des Pays-Bas, a succombé à l'âge de trente-sept ans, le 25 juin dernier, à la suite d'un érysipèle de la face contracté, dit-on, en donnant ses soins à une cliente atteinte de cette affection.

La thèse de M. Van Oordt, « Des tumeurs gommeuses », était une excellente monographie inspirée par les leçons de M. Ricord. Dans ces derniers temps, il avait rédigé pour l'ouvrage de Parent-Duchâtelet un chapitre important sur la prostitution en Hollande.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 88. — JEUDI 28 JUILLET 1864. (37e ANNEE.) N° 88. — JEUDI 28 JUILLET 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 JUILLET 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance de l'Académie a été consacrée à une nouvelle discussion sur la pustule maligne. Il n'y avait pas de discours écrit, et la discussion suivait des allures plus libres, ainsi que le disait M. Bouley. Les discussions de ce genre ne sont pas les moins utiles; le lecteur, en suivant la pensée des orateurs dans des arguments improvisés, se mêle à la discussion et ne perd rien à ce travail, aussi facile que profitable, et qui est pour ainsi dire de la conversation de savants.

Tous les orateurs ont fourni de bonnes raisons, et les meilleures sont sans contredit celles fondées sur l'expérience. MM. Velpeau, Ricord et Cloquet, par l'énumération des cas de pustule maligne qu'ils ont vus, par des analogies frappantes, ont affirmé de nouveau un fait capital, la vérification qu'ils ont faite sur les malades des opinions et assertions d'Enaux et Chaussier. De ce que, disaient-ils, un accident local caractérisé par une vésicule couvrant une eschare, par une induration jaunâtre se recouvrant de nouvelles vésicules et précédée de cuisson et de démangeaison, a été vu nombre de fois après le contact avec des débris d'animaux atteints de char[illegible] des piqûres de mouches qui s'étaient reposées sur les cadavres de ces animaux, on est autorisé à soupçonner une imperfection des recherches plutôt qu'une autre cause, lorsqu'on trouve cette lésion sans pouvoir démontrer son origine. M. Ricord a dit fort spirituellement qu'en acceptant une autre manière de raisonner, on arriverait à admettre un grand nombre de syphilis spontanées.

M. Gosselin n'était pas loin de cette opinion, il ne demandait que de nouvelles observations rigoureusement prises pour affirmer ou infirmer la contagion. Dans la séance d'hier, il était peut-être un peu plus opposé qu'à la séance précédente à la théorie exclusive de la contagion.

M. Bouillaud a bien fait ressortir le rapport nosologique de la pustule maligne avec les maladies spécifiques, la morve, la variole et la syphilis. Cette généralisation ne pouvait pas être mieux placée au milieu des assertions diverses des pathologistes. M. Bouley a réclamé pour la spontanéité de la morve; une courte polémique s'en est suivie et a été promptement arrêtée du commun accord des adversaires, qui n'ont point voulu forcer les comparaisons.

Nous ne parlerons pas des questions accessoires qui ont été agitées en passant, parce qu'elles ont été données comme des opinions personnelles. Telle est, par exemple, la contagion de l'érysipèle gangréneux simple du scrotum. Il a déjà été répété bien des fois que l'érysipèle était contagieux, et une observation réellement démonstrative est encore à produire.

Dr Armand Després.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. FANO.

De la sensibilité de la rétine envisagée sous le rapport de la netteté de la vision aux diverses distances.

Dans les recherches entreprises pour expliquer la vision nette à diverses distances, on n'a pas suffisamment tenu compte de la sensibilité de la rétine. On a comparé l'œil à un appareil d'optique, ce qui est exact; mais on a oublié que l'écran de cet appareil *organisé*, c'est-à-dire la rétine, diffère par ses propriétés de l'écran d'une chambre noire. Tout en admettant qu'il se passe dans l'œil des phénomènes qui dénotent des changements dans l'organe, pour la vision aux diverses distances, il est important de remarquer que plus la sensibilité de la rétine est développée, moins il est nécessaire de faire des efforts d'adaptation, parce que, alors même qu'il se produit des cercles de diffusion sur la rétine en raison de la situation de l'objet par rapport à l'œil, le *sensorium* fait abstraction de ces cercles, et ne tient compte que de la partie nette de l'image. Chacun sait qu'on voit mieux avec les deux yeux qu'avec un seul, parce que la sensation est doublée. Il est facile de se convaincre par les expériences suivantes qu'en augmentant la vivacité de la sensation, les cercles de diffusion cessent d'être perçus.

1° Si on fixe la flamme d'une bougie avec les deux yeux à la fois, on la voit nettement jusqu'à une distance de quelques mètres. Si on ferme alors l'un des yeux, et qu'on continue à fixer de l'autre œil la même flamme, celle-ci paraît entourée d'une surface lumineuse moins brillante que la flamme elle-même. A une plus grande distance encore, la flamme apparaît comme une étoile. Dans tous les cas, des verres *concaves* d'une force proportionnelle à la distance de la flamme feront reparaître celle-ci avec sa netteté primitive.

2° Si on fixe avec les deux yeux de grands caractères d'imprimerie, le n° 30, par exemple, de l'échelle de Snellen, on peut s'en rapprocher jusqu'à une certaine distance, jusqu'à 16 centimètres pour mes yeux, sans cesser de les voir nettement. Si, conservant la même position, on ferme l'un des yeux, on voit à l'instant même les barres noires de ces caractères bordées de lignes moins sombres, c'est-à-dire d'une espèce d'ombre.

Ce qui prouve bien que la faculté de distinguer les objets *nettement* à diverses distances est subordonnée à la sensibilité de la rétine, c'est que chez les sujets où cette sensibilité diminue la faculté d'accommodation perd elle-même son énergie. Parmi les faits de ce genre que j'ai recueillis, il en est un qui mérite d'être rapporté; il concerne un homme chez lequel une lésion traumatique de l'encéphale a été suivie d'une diminution notable de l'énergie visuelle et de la perte totale de la faculté de distinguer les objets éloignés.

OBS. — *Lésion traumatique de l'encéphale. Diminution de l'énergie visuelle et perte de la faculté dite d'accommodation aux distances.*

B..., âgé de [illegible] ans, mécanicien sur la ligne de l'Ouest, a toujours eu une vue excellente. Il pouvait distinguer, à 1 kilomètre de distance, les signaux des chemins de fer, aussi bien la nuit que le jour. Il y a un an (1860), étant monté sur le marchepied du tender de la locomotive qui parcourait à ce moment 52 kilomètres à l'heure, il a été jeté brusquement sur la voie, la face contre terre. Pendant quelques minutes, il reste sans connaissance. Revenu à lui, B... se relève et regagne le train qui s'était arrêté à 200 mètres plus loin. Il n'y eut pas de saignement, ni par le nez ni par les oreilles. Le blessé eut le courage de reprendre la direction du train qu'il conduisait, et fit encore 124 kilomètres pour arriver à destination. Le lendemain, il est contraint de se mettre au lit. Depuis cette époque, il a été atteint d'une hémiplégie à droite, hémiplégie qui a duré quatre mois, et dont il reste encore des traces, comme on le verra tout à l'heure. Au bout de ce temps, B... s'aperçoit qu'il ne peut plus lire des caractères d'imprimerie ordinaires, pendant plus de deux minutes, et qu'il a perdu la faculté de distinguer les objets éloignés. Le patient ajoute que depuis l'accident il a eu, tous les mois, une attaque d'épilepsie.

Le 2 novembre 1861 il se présente pour la première fois à ma clinique, où il est adressé par le docteur Gay-Bellile.

B... lit à la distance de 25 centimètres une seule ligne du n° 4 de Jæger. Rapproche-t-on ou éloigne-t-on le livre, on reconnaît qu'à 20 centimètres d'une part, à 33 centimètres de l'autre, la lecture des mêmes caractères est impossible. La faculté dite d'accommodation n'est donc que de 13 centimètres d'étendue.

Les yeux sont en apparence sains; les mouvements en sont normaux; les pupilles contractiles. Le côté droit du corps reste plus faible que le gauche, ce que l'on constate surtout en faisant serrer comparativement les doigts par chacune des mains du patient. Il y a une sensibilité à la pression de la région crânienne, principalement sur le trajet d'une ligne qui part de la réunion des deux moitiés du sourcil gauche et qui se porte directement en haut et en arrière.

A l'examen ophthalmoscopique, les milieux réfringents sont parfaitement transparents. La pupille optique est de couleur rosée. Il n'existe aucune altération appréciable ni de la rétine ni de la choroïde.

Le 5 janvier 1863, le patient se représente à ma clinique. Il ne peut plus lire qu'à partir du n° 9 de Jæger. Après avoir lu trois ou quatre mots de ce numéro, la vue se trouble. Il ne peut lire les numéros 9, 10, 11 de Jæger qu'à la distance de 45 centimètres. Dès qu'il éloigne ou qu'il rapproche le livre, la vue se brouille. Le n° 17 de Jæger est lu distinctement à 45 centimètres; à 32 centimètres, les mêmes caractères paraissent brouillés; à 50 centimètres, ils ne sont plus vus distinctement. B... se plaint aussi de voir une auréole composée des couleurs du spectre autour de la flamme d'une lampe, à quelque distance qu'il se place. Les pupilles sont parfaitement contractiles. Les muscles de l'œil ont conservé toute leur énergie contractile. A l'ophthalmoscope nous ne trouvons aucune lésion, ni des milieux réfringents, ni de la papille optique, ni de la rétine, ni de la choroïde. L'hémiplégie incomplète persiste à droite.

J'ajouterai une seule remarque : chez les sujets atteints d'amaurose cérébrale, on constate non-seulement une diminution dans l'acuité de la vision, mais encore une diminution dans l'étendue de la distance à laquelle ils voient nettement les objets. Les limites sont plus bornées, aussi bien quand on éloigne que quand on rapproche ces objets de l'œil.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. OLLIER.

De l'ostéoplastie appliquée à la restauration du nez.

(Observation recueillie par M. VIENNOIS.)

Depuis que M. Ollier a proposé, au nom de l'expérimentation sur les animaux, de se servir pour l'autoplastie de lambeaux cutanés ou muqueux doublés de périoste toutes les fois qu'on voudrait obtenir une charpente osseuse, certaines opérations qu'on avait à peu près abandonnées ont repris faveur et fournissent des résultats de plus en plus satisfaisants. La rhinoplastie et l'uranoplastie sont surtout celles qui ont le plus directement bénéficié des recherches du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Nous ne nous occuperons aujourd'hui que de la première; la seconde nous fournira bientôt matière à quelques développements.

L'*ostéoplastie périostique* est l'opération autoplastique qui a pour but la production du tissu osseux au moyen du périoste transplanté ou plutôt déplacé en même temps que les lambeaux cutanés et muqueux. Cette opération repose sur les faits physiologiques suivants :

En disséquant un lambeau de périoste, en le déplaçant et en le fixant dans la direction que l'on veut au milieu des tissus environnants, on obtient une production osseuse de la forme et de la dimension du périoste déplacé. Bien plus, si on détache complétement le périoste et qu'on le transporte dans des régions éloignées, de la jambe au front, par exemple, on obtient encore des os nouveaux. Les expériences de transplantation du périoste ont été faites des centaines de fois et ont donné des résultats tellement évidents, qu'il n'est plus possible de conserver le moindre doute à ce sujet. Le périoste de tous les os n'est pas également favorable à ces ossifications hétérotopiques. Le périoste du crâne ne fournit pas des ossifications aussi abondantes que le périoste du tibia; le périoste muqueux du nez et du voile du palais s'ossifie moins facilement encore, et souvent ce n'est qu'au bout d'un temps très-long.

Parmi les pièces très-nombreuses que M. Ollier possède dans sa collection, nous avons vu une ossification obtenue par le déplacement du périoste frontal sur le chat. Cette production osseuse a 25 millimetres de longueur, 3 à 5 millimètres de largeur et 2 millimètres d'épaisseur. Elle représente une masse osseuse considérable relativement au squelette de l'animal, jeune chat de cinq mois. Cette production osseuse a été obtenue au bout de deux mois et demi.

C'est en se basant sur ces expériences que M. Ollier proposa en 1858 de doubler de périoste les lambeaux cutanés ou muqueux pour les faire ossifier. Nous avons eu dans ces derniers temps l'occasion de voir un de ces opérés qui est resté quinze mois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui a été présenté à la Société de médecine et à celle des sciences médicales de cette ville, et dont voici succinctement l'histoire.

Il s'agissait d'un malade, Antonin J... âgé de vingt-deux ans et atteint depuis dix ans d'un lupus rongeant de la face. Après avoir été soumis à un traitement anti-scrofuleux prolongé, qui eut pour résultat de faire cicatriser toutes les ulcérations, ce malade entra à l'Hôtel-Dieu, service de M. Ollier, et fut opéré le 17 novembre 1862.

La peau de cette région avait été convertie en tissu cicatriciel dans la plus grande partie de son étendue. Les ailes du nez étaient détruites, ainsi que le lobule et la charpente cartilagineuse de cet organe. Il n'y avait plus de sous-cloison; la cloison était profondément ulcérée; une seule ouverture rétrécie par les cicatrices conduisait dans les fosses nasales. Les os propres du nez étaient intacts, mais ils étaient atrophiés, ou plutôt avaient subi un arrêt de développement; ils étaient bordés en bas par une zone étroite de cartilage qu'avait épargnée l'ulcération. Ce qui restait du nez avait une longueur de deux centimètres à partir de la racine. L'état des joues et de la lèvre, dont la peau se trouvait plus ou moins profondément altérée par le lupus, ne permettait pas au chirurgien d'emprunter un lambeau à ces parties. Le front seul était sain.

C'est sur cette dernière région que M. Ollier prit le lambeau cutané destiné à revêtir le nez nouveau. Pour cela, l'opérateur fit descendre d'un point central situé à cinq centimètres au-dessus de la ligne bisourcilière deux incisions divergentes, prolongées jusqu'au niveau du bord inférieur de l'ouverture nasale. Cette double incision délimitait ainsi un lambeau triangulaire à sommet supérieur, à base inférieure. C'est par la base représentant un double pilier que ce lambeau devait se nourrir. En disséquant la partie frontale du lambeau, M. Ollier comprit le périoste dans la dissection, c'est-à-dire qu'il dénuda l'os frontal, et eut ainsi un lambeau périostéo-cutané.

Arrivé au niveau des os propres du nez, le chirurgien procéda différemment. Après avoir disséqué la peau qui recouvrait l'os propre du nez à droite sans comprendre le périoste, il détacha avec un ciseau l'os propre du nez à gauche, en ayant soin de laisser la face antérieure adhérente à la peau. Le ciseau introduit entre les deux os propres du nez d'abord, puis entre l'os propre et le frontal, puis enfin dans l'interligne qui sépare cet os propre de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, détacha ce lambeau osseux avec assez de facilité. L'opérateur laissa alors cet os en bas, en ayant la précaution de détacher du côté droit avec un bistouri le liséré cartilagineux qui bordait encore les os propres du nez, lesquels avaient subi, je le répète, un arrêt de développement.

On eut ainsi un vaste lambeau triangulaire périostéo-cutané en haut et ostéo-cutané en bas, bordé au niveau de l'orifice du nez par un liséré chondro-cutané. Ce lambeau restait adhérent au reste du visage par le double pilier inférieur que j'ai déjà signalé.

Avant de l'abaisser complétement, le chirurgien songea à lui donner un support médian. Pour cela l'opérateur incisa avec de forts ciseaux la cloison, de manière à avoir un lambeau cartilagineux antéro-postérieur, qui, tenant par sa base antérieure au lambeau cutané, servirait de soutien à ce lambeau en s'appuyant par son autre extrémité sur le plancher des fosses nasales, ou plutôt sur une crête formée par la partie de la cloison que le lupus n'avait pas complétement rongée.

M. Ollier abaissa alors ce lambeau muni de son support. Il plaça bout à bout les deux os propres du nez, et pour les maintenir dans cette situation, il les fixa par un point de suture métallique, dont il laissa pendre les chefs à l'intérieur du nez. L'angle supérieur du lambeau frontal fut fixé au niveau de la racine du nez. Préalablement la plaie frontale, dont les bords avaient été mobilisés par quelques coups de bistouri, fut très-facilement réunie au moyen de trois épingles. Les bords du nez furent fixés aux bords correspondants des joues par des points de suture en fil de fer capillaire très-rapprochés, comme M. Ollier le pratique toujours en pareil cas.

On eut de cette manière un nez plus long que l'ancien de 4 centimètres, faisant une saillie de 2 centimètres sur la lèvre supérieure, un peu large à la pointe, il est vrai, mais ayant un profil régulier.

Les suites de l'opération furent très-simples. Au front, malgré la dénudation de l'os, il n'y eut pas de suppuration ; la réunion immédiate fut parfaite et définitive au troisième jour. Un érysipèle survenu au vingtième jour ne troubla nullement la cicatrisation et disparut du reste bientôt. Pour maintenir la forme du nez, on introduisait chaque jour dans la cavité des tubes formés par des fils de fer étamés roulés en spirale ; on fit même porter pendant un certain temps une cloison artificielle pour soutenir le nez jusqu'à ce qu'il eût acquis par lui-même assez de solidité. Au bout de cinq semaines il n'y avait plus de suppuration.

On pouvait alors sentir les deux os propres du nez fixés bout à bout. Trois mois après l'opération, l'intervalle laissé par l'ablation de l'un d'eux était comblé par un tissu très-dur, très-résistant, qui paraissait en voie de s'ossifier et s'est ossifié en effet, puisque j'ai pu à diverses reprises enfoncer de solides épingles en ce point jusque sur une substance dure et compacte qui ne s'est, à partir du septième mois, jamais laissé pénétrer. Le nez s'est un peu affaissé vers le septième mois, car le lambeau emprunté à la cloison a été en partie dévoré par le lupus, qui, après l'opération, avait récidivé sur ce point ; mais depuis lors il est resté fixe, et l'affection diathésique paraît définitivement guérie. Tel qu'il est, du reste, malgré cet affaissement de la pointe, l'opéré n'est pas à comparer avec ce qu'il était autrefois. Il a aujourd'hui un nez, et un nez solide, tandis qu'avec la meilleure volonté du monde on ne pouvait donner ce nom à la protubérance rudimentaire qui existait autrefois.

Cette observation semble démontrer une fois de plus l'utilité de combiner l'ostéoplastie osseuse ou directe avec l'ostéoplastie périostique ou indirecte (1) pour la restauration du nez. Elle nous paraît devoir être publiée :

1° Au point de vue de la réalité de la production osseuse ; trois mois après l'opération, on pouvait traverser avec une épingle les parties non encore ossifiées ; un an plus tard, la chose était devenue impossible ;

2° Au point de vue du procédé, qui a consisté surtout dans l'abaissement d'un lambeau triangulaire périostéo-cutané en haut, ostéo-cutané en bas, à base inférieure et à sommet frontal.

D'une manière générale, ce lambeau se compose de tout ce qui reste de l'ancien nez, et on se sert même des ouvertures, des débris du nez pour constituer la charpente des nouvelles narines. Tantôt on désarticule un os propre du nez pour l'ajouter bout à bout à son congénère, tantôt par un trait de scie on détache d'avant en arrière et de haut en bas un rebord osseux. Ces portions osseuses forment un support immédiat qui est consolidé au bout de quelques mois par l'ossification, ou tout au moins, dans les cas moins favorables, par le durcissement du périoste frontal, dont on a eu soin de doubler les parties supérieures du lambeau.

Le fait que nous avons rapporté nous a encore paru intéressant parce qu'il prouve que, malgré les conditions relativement mauvaises dans lesquelles se trouve le lambeau de périoste qui reste libre dans une partie de sa surface, l'ossification finit par l'envahir. Nous avons pu, du reste, le voir plus manifestement encore sur le périoste détaché d'un maxillaire, et dont on a pu suivre jour par jour l'endurcissement et l'ossification.

(1) M. Ollier a distingué deux espèces d'ostéoplastie : ostéoplastie osseuse ou directe, dans laquelle on se sert de lambeaux osseux; ostéoplastie périostique ou indirecte, dans laquelle on se sert de lambeaux de périoste pour avoir consécutivement du tissu osseux.

NOTE RELATIVE À LA GÉNÉRATION SPONTANÉE

et à la théorie nouvelle des oxydations organiques et de la pathogénie parasitaire ;

Par M. le Dr Chalvet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La conduite tenue par les membres de la commission chargée de rendre compte à l'Académie des sciences des expériences comparatives faites par M. Pasteur, d'une part, et MM. Pouchet, Joly et Musset, de l'autre, prouve une fois de plus le parti pris de cette assemblée en faveur des conclusions opposées à la spontéparité. J'avais, avant la dernière scène d'hostilité qui a eu pour théâtre le Muséum d'histoire naturelle, une preuve de l'opposition systématique des partisans de M. Pasteur pour les recherches contradictoires des travaux de ce chimiste éminent.

« En faveur de qui avez-vous conclu ? » me dit un illustre membre de l'Institut, au moment où j'allais me faire inscrire, l'an passé, pour lire la note qui va suivre. Je fus obligé d'avouer que j'étais contre M. Pasteur. « Alors, me fut-il répondu, vous êtes dans l'erreur ; j'ai la certitude que M. Pasteur ne se trompe pas. »

N'ayant pu lire ma note dans la même séance, je réfléchis à cette réponse, peu faite pour encourager un débutant, et je fis effacer mon nom de la liste des lectures le lundi suivant.

L'actualité de ces questions m'engage à venir me joindre, à tous risques et périls, aux adversaires des nouvelles théories déjà chancelantes.

Lorsque j'entrepris les recherches dont je tiens à consigner ici les conclusions, j'étais sincèrement dévoué à la cause de la panspermie. Aussi ce fut avec regret, mais poussé par une conviction profonde, que je cessai de partager les idées d'un savant dont j'admirais l'ensemble des travaux.

J'ai répété la plupart des expériences de M. Pasteur : les unes m'ont donné des résultats contraires à ceux qu'il annonce ; les autres, quoique confirmatives des faits annoncés par ce savant, ne m'ont pas semblé légitimer les conclusions qui en sont déduites.

A l'appui de la première assertion, je rappellerai l'expérience des ballons, qui communiquent avec l'air atmosphérique au moyen d'un tube long et sinueux, destiné à arrêter les germes. Je ne crains pas d'affirmer aujourd'hui, avec MM. les hétérogénistes (1), que dans cette expérience l'observation est en désaccord complet avec les affirmations du directeur de l'École normale de Paris. J'ai toujours constaté dans ces ballons l'existence d'infusoires classés dans les deux règnes vivants. Inutile de dire que je me suis conformé exactement dans ces recherches aux prescriptions de M. Pasteur.

Je sais bien que dans cette expérience la marche de la putréfaction et l'époque d'apparition des infusoires n'ont rien de régulier. Mais n'en est-il pas souvent ainsi dans les conditions ordinaires où s'accomplissent les fermentations ?

Ceux qui ont étudié jour par jour, en tenant compte de l'état de l'atmosphère et des époques de l'année, les phénomènes si complexes de la putréfaction, savent, toutes choses égales d'ailleurs, que rien n'est identique non-seulement dans sa marche, mais encore dans ses produits. J'ai bien des fois constaté dans des recherches d'un autre ordre, que l'odeur putride est très-variable pour les putréfactions d'une même substance, et que la lenteur ou la rapidité des oxydations organiques n'est pas liée à l'abord plus ou moins facile de germes d'infusoires dans les milieux putrescibles. Quelquefois même, comme le dit fort bien M. Pelouze fils (2), la putréfaction se fait sans l'intervention d'infusoires. J'obtiens facilement ce résultat en conservant du jus de viande à une température voisine de 70°. Il [illegible] en remplaçant graduellement l'eau évaporée.

A la température ordinaire, ces organismes inférieurs n'apparaissent, d'après mes expériences, que lorsque le milieu putrescible a été déjà préparé pour leur développement, leur éclosion et leur nutrition au moyen d'une première oxydation quelquefois très-laborieuse. Cette première oxydation tient sous sa dépendance le mouvement *lent* ou *rapide* de la putréfaction. Elle est rendue manifeste par deux phénomènes constants : une modification dans l'acidité ou dans l'alcalinité du milieu putrescible, et l'établissement de courants électriques sensibles au galvanomètre (3).

La nature de la réaction n'est pas toujours étrangère à celle des organismes qui se développent. On sait généralement, mais les exceptions sont nombreuses, que les microphytes recherchent les milieux acides, et que les microzoaires pullulent de préférence dans les milieux alcalins. Ce fait en lui-même n'a pas échappé à la sagacité de M. Pasteur.

« Il a souvent observé, dit-il, qu'une infusion qui se couvre d'abord d'infusoires est privée de mucédinées. » C'est pour ce savant le résultat d'une incompatibilité, d'une sorte d'égoïsme du premier occupant qui dévore tout l'oxygène !

Pour nous, un changement de population dans ces infusions a été souvent l'indice d'un changement de réaction. On voit, par exemple, des solutions albumineuses acidulées avec quelques gouttes d'acide acétique se peupler de spores et de mycélium, puis des vibrions apparaissent quand la putréfaction a produit un excès d'ammoniaque.

Il est vrai que les infusoires développés dans les infusions exposées au libre contact de l'air atmosphérique ne sont pas exclusivement de la même espèce que ceux qui se manifestent dans les macérations privées de germes, comme dans le ballon à tube sinueux de M. Pasteur ; mais qu'est-ce que cela signifie ? Tout au plus que parmi les infusoires des macérations, les uns naissent de germes disséminés dans l'espace (4), et les autres spontanément de la matière qui se décompose. A moins que l'on ne préfère rayer du nombre des êtres organisés les infusoires non ciliés et les microphytes qu'on voit naître dans les appareils de Schultz et de Schwann, modifiés par M. Pouchet, et de ne voir dans ces éléments à formes déterminées qu'une sorte de *cristallisation* de la matière organique agitée par un mouvement étranger à la vie.

(1) F. A. Pouch t, *Nouvelles expériences sur la génération spontanée*, 1863. — M. July et M. Musset, *Compte rendu de l'Académie des sciences*, 1863.

(2) Thèse, 1857.

(3) Le petit galvanomètre de M. Gaiffe m'a suffi dans toutes ces expériences.

(4) En jetant un coup d'œil sur les dessins de M. Pasteur, on voit que cet observateur décrit comme des germes des fragments de matière organique, qu'il confond volontiers la matière organique avec la matière organisée, et c'est là, selon nous, le point de départ d'une longue série d'erreurs. Bien plus, dans une des figures de la planche publiée dans les *Annales des sciences naturelles* pour représenter les infusoires qui président à la putréfaction des urines, on a dessiné *manifestement* de l'urate de soude.

Voyons maintenant ce qui se passe dans les ballons fermés hermétiquement sans renouvellement possible de l'air qu'ils renferment. Ces ballons sont privés de germes ; ils contiennent un liquide putrescible, de l'oxygène libre dans l'atmosphère superposée, et cependant il ne se produit pas d'organismes, et l'oxydation des matières putrescibles est arrêtée : donc la génération spontanée n'a pas lieu, et la putréfaction ne peut se produire sans le concours actif de petits êtres organisés et vivants (1). Ces faits sont conformes à l'observation et ne présentent rien d'illogique ; néanmoins on me pardonnera de ne pas accepter les conclusions qu'on en a tirées. En effet, la présence dans ces ballons d'une liqueur putrescible et d'une quantité variable d'oxygène, jointe à l'absence d'infusoires, ne prouve pas, comme l'affirme M. Pasteur, que les infusoires aient besoin de germes pour se multiplier, et que ces infusoires soient les agents actifs de la putréfaction capables de fixer physiologiquement l'oxygène sur la molécule organique privée de vie !

De l'air, de la chaleur et des liquides putrescibles suffisent certainement à la génération spontanée et à l'oxydation organique ; mais l'atmosphère gazeuse des ballons fermés à la lampe par M. Pasteur n'est pas de l'air. Dès les premiers instants du travail d'oxydation, ce n'est plus qu'un mélange principalement composé d'azote, d'oxygène et d'acide carbonique. Tout le monde sait qu'un tel mélange constitue une atmosphère conservatrice pour les matières organiques et un milieu asphyxiant pour les infusoires, excepté pour la variété que l'air tue, variété qui n'est admise que par M. Pasteur.

De plus, on a dit depuis longtemps, même à l'Académie des sciences, et le fait est exact, qu'il suffit que l'air ordinaire ait perdu quelques centièmes de son oxygène pour que l'affinité de ce dernier gaz à l'égard des matières oxydables diminue et cesse même complétement. Quand on renouvelle l'air dans ces appareils, la décomposition recommence, bien que tout soit disposé pour empêcher l'entrée des germes. Dans ces expériences, une température de 37° m'a semblé réveiller la putréfaction dans des conditions où elle avait cessé de se produire à celle de 15° à 20°.

Avant de connaître la disposition très-ingénieuse de l'appareil *respirateur* de M. Pouchet, je me servais pour cette expérience d'un flacon à deux tubulures. Je le remplissais aux trois quarts d'urine fraîche. Je faisais communiquer les tubes, lutés aux deux tubulures, à deux appareils de Liebig contenant de l'acide sulfurique concentré. Après avoir chauffé l'appareil avec les précautions d'usage, je faisais arriver continuellement des bulles d'air pur dans l'urine au moyen d'un vase aspirateur. Un échantillon de la même urine était conservé à côté de l'appareil dans une petite fiole que j'avais soin de tenir débouchée plusieurs heures par jour afin de renouveler l'air et de livrer accès aux germes. Si la théorie de M. Pasteur était vraie, il me semble que l'urine de la fiole, qui contient certainement un plus grand nombre d'espèces organisées que celle du flacon soumise à l'agitation par l'entrée de l'air, devrait se putréfier plus rapidement ; c'est le contraire que j'ai observé.

Pour apprécier le degré de décomposition des urines, j'ai d'abord tenu compte des changements opérés dans la réaction par la méthode [illegible]métrique. Puis par une série de tâtonnements, j'[illegible] temps plus ou moins long que devait durer l'[illegible] pour qu'il ne se formât plus d'acide carbonique dans ce liquide.

Les résultats ainsi obtenus, quoique très-variables, me portent à croire :

1° Que la rapidité de la putréfaction n'est pas liée à l'abord plus ou moins facile des germes d'infusoires ;

2° Que certains de ces infusoires naissent de l'acte même de la décomposition organique, tandis que d'autres qui semblent provenir de germes répandus dans l'espace, n'apparaissent dans les liqueurs putrescibles que lorsque les réactions des milieux qui se putréfient conviennent à leur développement.

Ainsi, l'interprétation la plus logique des faits ne permet pas de partager encore l'opinion de M. Pasteur sur le rôle des microphytes et des microzoaires qui fixeraient *physiologiquement* l'oxygène dans les putréfactions et les fermentations. Je pense avec la majorité des chimistes que dans ces phénomènes l'agent fixateur est l'électricité, produisant l'oxygène à l'état naissant dans tous les milieux où s'accomplit une décomposition organique. Les petits organismes auxquels l'éminent chimiste de l'École normale fait jouer un si grand rôle, ne semblent intervenir que comme des *agitateurs*, et peut-être sont-ils aussi de véritables molécules polarisatrices ; cela suffirait pour que leur présence activât considérablement l'oxydation organique.

Je ne citerai qu'une seule expérience sur la fermentation proprement dite, afin d'abréger cette simple note. J'ai enfermé de l'eau sucrée dans des tubes ouverts aux deux bouts et bouchés par des lièges que traverse un fil de cuivre bien décapé. Les extrémités des fils se rapprochent vers le milieu du liquide. Les neuf dixièmes seulement de la capacité des tubes sont occupés par la solution sucrée, il reste un dixième occupé par l'air.

Avant de placer le dernier bouchon, j'introduis dans les tubes une petite quantité de levûre de bière, je bouche de suite et je lute avec de la cire à cacheter. Tout se passe comme dans les expériences où M. Pasteur met tant de soin à détruire les germes (2).

A peine commencée, la fermentation s'éteint d'elle-même, les corpuscules de ferment tombent au fond du liquide, et environ deux mois et demi après l'institution de l'expérience (du 19 juin au 1er septembre 1863), les fils de cuivre avaient conservé leur brillant, preuve qu'il ne s'était pas produit d'acide dans la solution. Un de ces tubes fut débouché, et l'eau était sucrée comme le premier jour. Les fils d'un deuxième tube furent mis en communication avec les pôles d'un élément de Bunsen. Quelques heures après, on voyait des cristaux d'acétate de cuivre sur un fil plongé dans l'eau à côté des conducteurs. J'ai obtenu le même résultat avec l'eau faiblement alcoolisée, sans addition de ferment.

Dans cette expérience, l'électricité a donc accompli le travail des ferments. Il en a été de même pour d'autres tubes semblables dans lesquels la levûre de bière n'avait pas été introduite.

(1) M. Pasteur, *Annales des sciences naturelles*, *Compte rendu de l'Académie des sciences*.

(2) Lorsque la fermentation est en pleine activité, elle continue sans le concours de l'air atmosphérique, pourvu que la température soit suffisamment élevée. La fermentation des vins mis en bouteille, celle de la bière hermétiquement bouchée en est une preuve vulgaire. Dans ces cas, tout se passe comme dans l'action d'une pile électrique mise en activité ; elle fonctionne tant que durent les matières susceptibles de se combiner.

Comme il est constant qu'il existe des courants électriques dans toutes les matières qui subissent une fermentation quelconque, il me semble qu'on peut élever des doutes sérieux contre la théorie de l'oxydation organique par l'action vitale des ferments. L'expérience n'a-t-elle pas démontré que les courants électriques hâtent beaucoup la marche de la putréfaction, qu'ils produisent en un mot des oxydations organiques manifestes ?

J'insiste sur ces théories de M. Pasteur, parce que leur succès a ranimé le goût de la pathologie parasitaire. M. Davaine (1) a fait le premier pas dans cette direction.

En 1850, ce savant vit avec M. Rayer des bactéries dans le sang d'animaux qui avaient succombé au *sang de rate*. Ayant fait de nouvelles recherches dans le courant de l'été dernier, il a vu ces mêmes bactéries dans le sang d'animaux encore vivants. « Ces *bacterium*, dit l'éminent helminthologiste, sont des filaments libres, droits, roides, cylindriques, d'une longueur variable entre 4 et 12 millièmes de millimètre, d'une minceur extrême... Ils n'ont aucun mouvement spontané... Lorsque le sang se putréfie, ils s'infléchissent en divers sens et se divisent par segments... Ils disparaissent complétement lorsque le sang est tout à fait en putréfaction. »

Ce fait seul, ajoute M. Davaine, joint à leur présence dans le sang vivant, les distingue des autres infusoires.

On a dit depuis que c'était là le premier exemple bien constaté d'une maladie du sang due à la présence d'un infusoire.

Voici maintenant la théorie commode suggérée par les belles découvertes de M. Pasteur : « Comme ces animaux sont très-avides d'oxygène, ils en dépouillent le sang et empêchent ainsi les combustions nutritives. »

La vénération très-grande que j'ai pour les recherches de M. Davaine ne me permet pas d'avoir le moindre doute sur l'exactitude des faits qu'il a avancés. Je ne puis, du reste, avoir une opinion personnelle sur des expériences qu'il ne m'a pas encore été donné de reproduire à cause de la difficulté qu'on a pour se procurer du *sang de rate*. Aussi je ne serais pas revenu sur ces faits si l'on n'avait pas déjà cherché à faire des applications de la théorie que je viens de citer à quelques cas de pathologie humaine. Un auteur italien, M. Tigri, a fait jouer un grand rôle à ces infusoires dans l'histoire de la fièvre typhoïde. J'ai suffisamment vu et étudié ces prétendues *bactéries* du sang humain pour que j'ose donner ici mon opinion sur leur nature.

Je les ai observés dès 1860 à la dernière période du croup avec asphyxie, dont le sang offre si bien les caractères donnés par M. Rayer au liquide sanguin du *sang de rate*.

Depuis j'ai observé les mêmes corps cylindriques dans le sang frais de cadavres d'individus qui avaient succombé à des maladies avec dyspnée et une très-grande gêne de la circulation. Tel était dernièrement encore le cas d'un individu mort avec une gangrène sénile qui paraissait consécutive à une dégénérescence graisseuse des parois du cœur. On trouvait des légions de ces corps cylindriques, minces, roides, immobiles ou agités, selon les préparations, dans le sang extrait des caillots anciens stratifiés dans les cavités du cœur. Le sang pris dans quelques vaisseaux en contenait aussi.

J'ai vu la même chose dans le sang d'un lapin mort d'infection p[illegible] maladie.

Dans tous ces cas, les petits corps cylindriques ont disparu quand le sang s'est putréfié.

Je crois pouvoir affirmer que dans mes observations ces éléments cylindriques n'étaient que de petits cristaux formés sous l'influence d'un trouble de l'hématose, modifiés dans leur forme par le contact du liquide organique dans lequel ils apparaissent, et détruits au moment où la putréfaction engendre des vapeurs ammoniacales. Dans les observations de M. Davaine, ces petits corps résistent à l'acide sulfurique et à la solution concentrée de potasse caustique; à moins d'avoir affaire à des cristaux d'un sulfate ou de certaines substances grasses cristallisées, il faut bien admettre que les petits corps que j'ai étudiés n'ont rien de commun avec ceux décrits par M. Davaine.

En résumé, si les microphytes et les microzoaires développés dans les appareils des hétérogénistes sont de véritables individus formant le premier anneau de la double chaîne des êtres vivants, si ce ne sont pas de simples agglomérations de molécules organiques douées d'un mouvement et d'un accroissement spécial, étrangers à la vie, on peut affirmer que la génération spontanée est surabondamment démontrée. Là s'arrêtent, du reste, les assertions actuelles des partisans de l'hétérogénie. Les citations empruntées aux erreurs d'une autre époque par les adversaires de la spontéparité, le système de défense d'un dogme que pas un seul des hétérogénistes ne songe à attaquer, pas plus que les plaisanteries de quelques écrivains, ne parviendront à détourner de cette importante question les esprits sérieux qui cherchent la *vérité scientifique* dans les faits et nullement dans les principes.

Quant à l'oxydation organique, l'agent fixateur de l'oxygène nous paraît-être l'électricité, comme pour l'oxydation métallique. L'action *vitale* primitive d'organismes inférieurs dans ces oxydations est une hypothèse ingénieuse qu'aucune expérience bien faite ne justifie suffisamment.

Dans un autre ordre d'idées, je ne crois pas qu'avec les faits connus il soit possible d'admettre dans le sang d'animaux vivants l'existence d'infusoires pouvant caractériser une maladie générale, la fièvre typhoïde, par exemple (Tigri), à moins qu'une exception ne soit faite pour le sang de rate (Davaine), ce que je n'ai pas encore pu vérifier.

Je ne saurais trop engager nos confrères micrographes qui exercent dans les localités où s'observe cette maladie, à nous prêter leur concours pour résoudre ce facile problème. Pour ce qui est de la pathologie humaine, j'ai la preuve que les petits corps cylindriques que j'ai observés dans quelques cas de croup et dans le sang frais de quelques autopsies, ne sont que des cristaux qu'il est facile de ne pas confondre avec le vrai bacterium, bien que sa description rappelle sur un grand nombre de points celle qu'on a donnée du bacterium du sang vivant.

APHONIE GUÉRIE INSTANTANÉMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ.

Par M. le docteur Bonnejoy.

Le jeudi 19 mai 1864, se présente à ma consultation Mme F..., propriétaire à Monchy Saint-Eloy, près Creil, amenée par une de ses parentes qui habite Paris.

Cette dame est affectée, depuis environ quatorze mois, d'une aphonie caractérisée par une absence complète de résonnance de la voix; elle parle des lèvres seulement; en approchant l'oreille de sa bouche, on entend ce qu'elle dit comme lorsqu'on parle à voix très-basse; mais il est impossible de soutenir avec elle une conversation un peu longue, parce que, comme elle fait de très-grands efforts pour être comprise, elle est forcée par la fatigue des muscles thoraciques de s'arrêter bientôt.

La personne qui l'accompagne me donne sur ses antécédents des renseignements desquels il résulte que chez cette malade il n'y a jamais eu de symptômes de maladie des poumons, fait confirmé par l'examen direct; la gorge n'a non plus jamais été prise; il n'y a point eu d'enrouement ni d'inflammation de la région laryngée; aucune tumeur ne s'y rencontre quand on l'explore avec soin.

Mme F... a eu, à la suite de contrariétés, des attaques de nerfs, mais jamais elle n'a eu la sensation de la boule hystérique; elle présente en outre des signes de chlorose, quoique son visage soit animé et qu'il ait la teinte particulière à ceux qui vivent au grand air. Ainsi elle a souvent des maux de tête, des palpitations après les efforts un peu suivis; elle se fatigue facilement, elle a des éblouissements quand elle se baisse à terre, et a ressenti des points névralgiques sur le côté, accompagnés souvent de maux d'estomac. L'épigastre se gonfle quelquefois après les repas. Elle ressent des malaises dans les temps d'orage.

Il y a quatorze mois, sans symptômes précurseurs, elle se réveilla un matin avec une impossibilité absolue de parler à haute voix, dans le même état qu'aujourd'hui.

Au bout de quelques jours, un médecin de Creil, appelé auprès de la malade, ordonne une saignée, des vésicatoires et des bains de pieds; la voix revient au bout de trois jours, mais disparaît quelques jours après. Ce traitement a été répété quatre fois dans l'espace de quatorze mois, mais jamais il n'a donné de résultat durable. Son effet était lent (trois ou quatre jours) à venir, et ne durait que pendant une quinzaine de jours, mais avec des rechutes momentanées, toujours suivies, après ce laps de temps, de la perte définitive de la voix.

C'est alors que la dame F... vint à Paris pour chercher un remède à cette aphonie persistante, et qu'elle me fut amenée par sa parente.

Il était évident pour moi que j'avais affaire à un accident purement nerveux, à une paralysie des cordes vocales amenée par l'état chloro-hystérique de la malade, et que toute médication antiphlogistique était formellement contre-indiquée.

Je proposai donc l'application de l'électricité, ce qui fut accepté.

Prenant alors un des conducteurs de l'appareil d'induction que j'ai construit, et qui porte 1 décimètre carré sur 4 centimètres d'épaisseur, je le posai sur un côté du cou, puis je saisis l'autre conducteur avec la main gauche, et de la droite je touchai le côté correspondant de la région laryngée, après avoir mis l'appareil à la plus basse intensité.

[illegible] procédé de faire passer le courant par mes bras, chez les personnes dont je [illegible] pas la sensibilité électrique. J'y trouve l'avantage, d'abord de réduire encore l'intensité du courant par un moyen bien simple, ce qui est toujours utile quand on faradise des organes délicats; puis de sentir par moi-même quelle est l'intensité du courant que je fais passer dans la partie malade.

Au bout de cinq minutes environ, j'enlève les rhéophores pour constater l'effet produit; la malade répond à haute voix : « Je sens que je puis parler maintenant; je suis guérie. »

La personne qui accompagnait Mme F... fut tellement saisie de ce résultat si prompt, qu'elle se trouva presque mal. Moi-même j'en fus étonné; je n'attendais le retour de la parole qu'au bout de quatre ou cinq séances, comme dans les faits cités par M. Duchenne (de Boulogne), et mon diagnostic se trouva ainsi justifié.

Je continuai cependant la faradisation encore quelques minutes; et, selon l'exemple de M. Duchenne, je donnai à la malade encore dix séances pour consolider la guérison, pendant les quinze jours que je la vis depuis à Paris. Je conseillai en outre une médication reconstituante, ayant pour base le fer et le quinquina.

Mme F... est retournée à Monchy Saint-Eloy, et les nouvelles que j'en ai reçues depuis annoncent que l'aphonie n'est pas revenue et que les symptômes de chlorose ont disparu.

Cette observation vient s'ajouter aux deux cas que cite M. Duchenne; mais elle est surtout remarquable par la promptitude vraiment merveilleuse du résultat, contrastant avec l'impuissance, constatée pendant quatorze mois, de tous les moyens médicaux et même extra-médicaux employés par cette dame, sans qu'elle pût obtenir un résultat satisfaisant.

POTION ERGOTÉE

pour prévenir l'hémorrhagie postpuerpérale.

M. Godefroy (de Rennes) emploie très-avantageusement la potion suivante comme préservatif de l'hémorrhagie chez les nouvelles accouchées :

Extrait d'ergot de seigle ou de froment.	4	grammes.
Sirop d'écorce d'oranges.	25	—
Hydrolat de mélisse.	100	—

A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures.

Sous l'influence de cette préparation, qui est agréable, la matrice se contracte énergiquement, et toute crainte de perte s'évanouit.

Lorsque la femme est très-faible, ajoute la *Revue de thérapeutique*, ou qu'il y a eu un commencement de perte, M. Godefroy remplace le sirop d'écorce d'oranges par l'élixir de Garus.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juillet. — Présidence de M. Grisolle.

M. le ministre de l'instruction publique adresse trois mémoires sur la fièvre jaune, de M. le docteur H. Dumont, en mission au Mexique, et demande un rapport. (Renvoi à la commission de la fièvre jaune; M. Beau, rapporteur).

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans le département de Tarn-et-Garonne. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Quatre nouvelles observations de M. le docteur Collin (de Saint-Honoré), sur l'inoculation de l'oïdium de la vigne dans les plaies. (Renvoi à MM. Raynal, Bouchardat et Robin).

2° Un mémoire de M. J. Lecoq, chirurgien principal de la marine, sur les observations ozonoscopiques qu'il a faites pendant une campagne au Mexique. (Commissaires, MM. Vernois, Bouchardat et Béclard).

— M. Velpeau offre à l'Académie, au nom de M. Ollier, chirurgien de Lyon, une brochure contenant la relation de nouvelles expériences tendant à prouver que le périoste reproduit non-seulement la diaphyse des os, mais encore les épiphyses.

— M. Velpeau présente ensuite, de la part de M. le docteur Gilliforti, chirurgien interne à l'Asile des aliénés de Palerme, une histoire et la statistique de cet établissement depuis 1824.

— M. Bouchardat fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Calcedonio Tropea, un volume intitulé *Pathologie et thérapeutique médicale spéciale de l'inflammation des organes du système gastro-pulmonaire*.

M. Beau présente, au nom de M. le docteur Cohen (de Hambourg), un travail en allemand sur les mouvements et les bruits du cœur. L'auteur, dit le présentateur, admet que le choc du cœur a lieu pendant la diastole ventriculaire.

Discussion sur la pustule maligne.

M. le Président accorde un tour de faveur à M. Ricord, sur la pustule maligne.

M. Ricord. Avant de dire quelques mots sur la pustule maligne, je dirai d'abord qu'à mon avis la pustule maligne et le charbon sont deux maladies identiques dans leur principe. Deux ordres d'arguments ont été produits pour prouver la spontanéité de la pustule maligne, la difficulté de remonter à la source de la contagion, et le siége de pustules malignes sur des parties habituellement couvertes.

Pour ce qui est du premier argument, je dirai qu'il y a des contagions par contact et par infection, qui sont généralement admises, et où le fait de la transmission échappe. Ainsi, on voit des accidents syphilitiques qu'avec la plus entière bonne foi des malades croient être spontanés.

Pour ce qui est du siége des pustules malignes sur des parties découvertes, je rapporterai un fait qui m'a beaucoup frappé. Il s'agissait d'une de ces parties très-couvertes que l'on découvre cependant très-souvent. Une tumeur rouge, tendue, dure, d'aspect érysipélateux, avec induration jaunâtre au milieu de laquelle se trouvait une eschare circulaire, existait sur le scrotum d'un malade entré depuis un jour ou deux à l'hôpital du Midi. Songeant que le malade était tanneur, qu'il y avait eu au début de la démangeaison et des cuissons vives, j'ai diagnostiqué une pustule maligne; je pensai que le malade avait porté avec ses mains le virus charbonneux sur le scrotum.

Je dois ajouter que cette pustule maligne ou charbon érysipélateux s'est transmis à un malade voisin, voici comment : pour changer les linges du malade, on l'avait placé dans un lit voisin. Le malade de ce lit eut deux jours après une cuisson vive et des démangeaisons au scrotum; cette partie devint indurée, rouge, et une eschare se produisit.

Supposons, Messieurs, que le malade atteint le premier de pustule maligne ait couché dans un lit d'auberge et qu'un autre individu fût venu coucher plus tard dans le même lit, on n'aurait pas manqué de dire que la pustule maligne avait été spontanée chez le second.

M. Ricord ajoute qu'il n'y a pas de danger à admettre la spontanéité de la pustule maligne, si on admet toujours que dans la majorité des cas elle se produit par contagion. Bien que cette première hypothèse ne soit pas admissible, du moment que la cautérisation est admise, il n'y a rien à redouter pour l'hygiène et la thérapeutique.

M. Gosselin dit que la question telle qu'il l'a jugée dans son rapport lui paraît devoir être étudiée à nouveau.

M. Ricord, dit l'orateur, a émis trois hypothèses : la possibilité du contact des mains avec les matières charbonneuses, parce que le malade était tanneur; la transmission au scrotum, la transmission par la main; puis il faudrait établir qu'il s'agit d'une pustule maligne et non d'un érysipèle gangréneux. Pour ma part, je crois qu'il s'agissait d'un érysipèle gangréneux, et parce qu'il y a eu contagion je serais très-porté à le croire; j'ai vu des faits semblables; je n'ai pas cru devoir cautériser, et les malades ont guéri.

M. Ricord. M. Gosselin oppose une série d'hypothèses à ce qu'il appelle mes hypothèses. Je me bornerai à lui poser ces deux questions :

Admet-il que les pustules malignes se montrent de préférence chez les individus qui sont habituellement en rapport avec des substances provenant d'animaux charbonneux ? S'il l'admet, mon argumentation reste debout.

Admet-il qu'il est nécessaire qu'il y faille une inoculation ? Si telle est son opinion, je lui répondrai qu'avec tous nos prédécesseurs, nous admettons que le contact avec la peau suffit.

Je crois à l'identité de la pustule maligne et du charbon; j'ai la conviction que dans le cas observé par moi il s'agissait bien d'une pustule maligne ou d'un charbon gangréneux; les symptômes généraux s'étaient bien développés après la lésion du scrotum, et cela avait été pour moi une raison de rejeter le charbon spontané, admis par Fournier, où les accidents généraux apparaissent les premiers.

Je me résume en disant que les preuves physiologiques et historiques sont contraires à la proposition de la spontanéité de la pustule maligne.

M. Velpeau. Il semble que plus nous avançons moins l'on s'entend. Enaux et Chaussier avaient très-bien vu ce qu'ils ont décrit, et ce que Boyer a décrit, ensuite; les observations de MM. Bourgeois (d'Etampes), Reimbert (de Châteaudun), Maunoury et Salmon (de Chartres), Raphaël (de Provins), ont confirmé le dire d'Enaux et

(1) *Compte rendu de l'Académie des sciences*, juillet et août 1863.

Chaussier. Ces auteurs ont tous accepté la théorie de la contagion et nié la spontanéité de la pustule maligne, et voici qu'en face d'une théorie nouvelle on hésite, comme si nous-mêmes nous n'étions plus sûrs de notre diagnostic; le diagnostic, cette base fondamentale de la thérapeutique et qui a peut-être été négligée, prête ici à la controverse; des opinions diverses se produisent : comment veut-on que des hommes moins expérimentés que les membres de l'Académie, quoique l'on accorde une grande valeur à leurs travaux, puissent venir affirmer quelque chose? Les faits que cite M. Gallard n'ont pas été vus par lui. Ils sont donc attaquables aussi bien au point de vue des faits en eux-mêmes qu'au point de vue du diagnostic du médecin fait d'après des souvenirs. Il y a là des causes d'erreur. Bien plus, il n'y a pas de preuves.

En nous plaçant sur le terrain des comparaisons, ne voit-on pas des ophtalmies blennorrhagiques où la contagion nous semble impossible à saisir? Pour un fait négatif contre dix qui sont positifs, y a-t-il lieu de dire que l'ophtalmie blennorrhagique et la pustule maligne peuvent être spontanées?

Les assertions de MM. Gallard et Devers n'ont pas changé les convictions de M. Velpeau; il croit à la contagion de la pustule maligne, et sur ce point tous les chirurgiens doivent dire leur avis. S'il fallait encore admettre une pustule maligne spontanée, on verrait les médecins faire des cautérisations pour les moindres pustules développées sur un phlegmon; la thérapeutique de la pustule maligne serait appliquée intempestivement. Je formule ici, dit l'orateur, cette opinion, que quand bien même on n'aurait pas pu découvrir de mode de transmission plausible, toutes les fois qu'après une cuisson et des démangeaisons il existe une plaque gangréneuse sous une vésicule, croissant peu à peu au milieu d'une induration d'un rouge jaunâtre, qui se recouvre de nouvelles vésicules, et qui suit un contact avec le virus charbonneux, il y a une pustule maligne, et cette lésion réclame la cautérisation. Si cet état n'est pas la pustule maligne, état qu'Enaux et Chaussier ont décrit et que nous avons tous vu, la pustule maligne n'existe pas.

M. BRIQUET. Les faits médicaux, dit l'orateur, peuvent servir à éclaircir la question. La variole, qui est contagieuse par excellence, peut naître spontanément, c'est-à-dire sans que l'on puisse remonter à la contagion. On a nié la spontanéité, en se fondant sur ce que la variole étant venue d'Éthiopie, on ne l'avait observée que depuis les premiers siècles de notre ère. Chomel a fait observer que la variole se transmettait par la voie de l'air, même à de très-grandes distances, et que c'était dans ces conditions que la variole s'était produite, lorsqu'on ne pouvait pas remonter à la source de la contagion : la pustule maligne peut être dite spontanée d'une façon tout à fait analogue.

M. GIBERT. J'ai dit et je répète qu'Enaux et Chaussier ont vu la pustule maligne transmise par le contact avec des débris d'animaux charbonneux ou par des piqûres d'insectes : les auteurs qui les ont suivis ont vu les mêmes faits, et ils ont tous conclu à la contagion; cette expérience doit suffire et des hypothèses ne peuvent pas la renverser.

M. GOSSELIN. J'ai voulu dans le rapport dire que souvent on avait admis la contagion sur la foi d'Enaux et Chaussier, et que l'on ne cherche plus. Il serait à désirer, disions-nous avec la commission, que le diagnostic des pustules fût désormais bien posé, que l'on ne pût affirmer, sauf expériences nouvelles, que les peaux sèches, les crins, les laines donnent la pustule maligne.

M. VELPEAU ne peut laisser passer ce que vient de dire M. Gosselin. Les chirurgiens ont accepté la théorie d'Enaux et Chaussier parce qu'ils l'ont vérifiée, parce qu'ils ont trouvé des faits identiques à ceux que ces auteurs ont décrits, et il n'y avait pas de meilleures démonstrations et confirmations à la fois du fait et de la tradition. Les chirurgiens de notre époque n'ont pas cru seulement sur parole. M. Velpeau ajoute qu'il ne combat pas les tendances laborieuses, qu'une bonne monographie de la pustule maligne est et sera toujours une excellente étude, mais qu'il ne faudrait pas dire que la question est à refaire.

M. CLOQUET reprend en quelques mots sa précédente argumentation, il rappelle les faits qu'il a vus et conclut à la production de la pustule maligne par contagion directe ou par piqûre de mouche.

M. VELPEAU croit que tout le monde est d'accord, il y a cependant bien des nuances. Pour sa part, il ne peut concevoir la pustule maligne autrement que comme une maladie gagnée par contact.

M. GUIBOURT croit que la pustule maligne provient du virus charbonneux contenu dans des débris d'animaux; mais il croit aussi que les matières animales putréfiées peuvent donner la pustule maligne.

M. BOUILLAUD. La question soulevée aujourd'hui se rattache à une grande question, celle de l'origine des maladies spécifiques. Pour la pustule maligne comme pour la variole, comme pour la syphilis, comme pour la morve, quoi qu'en ait dit notre collègue M. Bouley, on a invoqué en vain la spontanéité, on n'a pas plus donné de preuves en faveur de la première proposition que l'on n'en a trouvé pour les dernières : toutes les fois qu'une maladie spécifique se produit, il y a derrière elle une cause spécifique.

M. GOSSELIN. L'objection principale que dans le rapport nous avions faite à la proposition de MM. Devers et Gallard, était qu'il pouvait y avoir une cause contagieuse aux pustules malignes dites spontanées par ces auteurs. Dans notre esprit, il était possible qu'il y eût une cause autre que le virus charbonneux, mais peut-être analogue; et c'est pour cela que, sans accepter la proposition de la spontanéité, nous disions qu'il fallait observer strictement désormais et savoir avec précision quelle était l'origine des pustules malignes vraies.

L'orateur dit avoir vu des faits où il était évident que la pustule maligne ne pouvait être provenue du contact avec des maladies charbonneuses; il a vu une pustule maligne chez un boulanger et une autre sur la domestique d'un marchand de vins. Enfin, il croit important de préciser l'origine de la pustule maligne, afin de savoir quelles sont celles qu'il faut cautériser.

M. RICORD. Si l'on reconnaît des caractères uniformes à la pustule maligne lorsqu'on l'a vue souvent provenir du contact de maladies charbonneuses, on est conduit à dire que quand on la rencontre avec les mêmes caractères, elle est due au virus charbonneux. M. Gosselin, dit M. Ricord, s'est demandé si mes observations étaient de vraies pustules malignes; les descriptions que j'en ai données ne me semblent pas laisser de doute, et je maintiens mon premier dire.

M. BOULEY. Quoique M. Bouillaud la taxe d'hérésie, je n'abandonne pas l'idée de l'agglomération des animaux et de leur mauvaise hygiène comme cause de morve spontanée; il en est de cette maladie comme du typhus dans les camps. La morve est spontanée dans les mauvaises écuries comme le typhus est spontané dans les camps, et ces deux maladies deviennent ensuite contagieuses. M. Guibourt a commis, à mon sens, une hérésie en disant que les matières putrides pouvaient donner la pustule maligne. Des inoculations ont été faites à Alfort. Ces matières putrides, injectées en grande quantité, produisent une gangrène septique; mais une petite plaie et l'inoculation simple ne produisent pas d'infection virulente. Le charbon et le sang de rate s'inoculent au mouton par de petites piqûres. Par des injections sous-cutanées de matières putrides on ne produit pas d'infection.

Dans le débat actuel, mon opinion est que la pustule maligne vient du charbon, et qu'il n'y a pas d'analogie entre la gangrène et la pustule maligne. On a beau inoculer de la gangrène, on ne produit pas de pustule maligne.

M. BOUILLAUD affirme que la morve vraie ne peut être produite par la pluie, le froid et la mauvaise hygiène des chevaux; il faut une cause spécifique à la morve. Il fait remarquer que la théorie de M. Bouley sur la production de la pustule maligne est en contradiction avec la théorie de la morve.

Le rapport entre la morve et le typhus est, dit M. Bouillaud, très-attaquable. Le typhus n'existe que dans le cas où un grand nombre d'individus sont entassés, mal vêtus et mal nourris, dans un milieu où ils sont pour eux-mêmes une cause d'infection; dispersez les individus, le mal cesse. La morve est loin de se présenter avec ces caractères de septicité exclusivement locale. On guérit les malades en les disséminant, et ils ne portent pas le typhus ailleurs. La morve infecte d'autres individus, et elle s'inocule.

M. BOULEY Le charbon naît spontanément, et plus tard il se transmet par contagion.

M. RICORD. Les observations que m'a opposées M. Gosselin ne sont pas concluantes. J'ai vu aussi un cas singulier où il était impossible, en apparence, de remonter au contact d'une pustule maligne. Un cordonnier demeurant à un cinquième étage, sortant rarement, a été atteint de pustule maligne; en cherchant bien, nous avons fini par trouver qu'il avait un ami vétérinaire avec lequel il allait de temps en temps.

LECTURE.

Action thérapeutique des sulfites. — M. le docteur MARIANO SEMMOLA, professeur de médecine clinique à l'hôpital des Incurables de Naples, lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° Les sulfites sont des substances capables d'arrêter les fermentations dans le sens chimique du mot.

2° Les sulfites n'ont aucune action physiologique sensible, et, pour pour cela, ils ne peuvent avoir aucune indication thérapeutique rationnelle.

3° Les phénomènes physiologiques d'oxydation continuent sans altération sensible sous l'action des sulfites. La quantité d'urée, d'acide carbonique et de vapeur d'eau expulsée dans les vingt-quatre heures reste sans aucune variation.

4° Les maladies qu'on a cru devoir attribuer à une fermentation morbide, comme le typhus, la scarlatine, la rougeole, les fièvres paludéennes, etc., ne sont nullement influencées par l'action des sulfites, et leurs formes graves restent également fatales.

5° La syphilis, la pustule maligne, l'infection purulente, etc., considérées aussi comme des fermentations morbides provoquées par des ferments fixes qui seraient inoculés, restent de même indifférentes à l'action des sulfites.

6° La fermentation appliquée à l'explication de toutes les maladies susmentionnées est une hypothèse déjà en opposition avec les données de la médecine clinique, et désormais condamnée complétement par les résultats négatifs de l'action des sulfites.

7° Les maladies contre lesquelles l'action des sulfites est incontestablement remarquable, sont les infections putrides ne provenant pas de cause spécifique ou virulente. Ainsi, le pus en putréfaction, les cacochylies intestinales, les urines altérées, etc., produisent des intoxications contre lesquelles les sulfites sont presque spécifiques. Ils paralysent l'action de la substance putride absorbée, et suppriment complétement les émanations putrides locales quand on a soin d'ajouter des applications locales du remède.

8° Les injections sulfitiques sont principalement très-actives et très-utiles dans les catarrhes purulents de la vessie et dans les cancers de la matrice à une certaine période, soit comme désinfectants, soit comme remèdes préventifs ou curatifs des intoxications nerveuses qui succèdent à la fermentation putride.

8° Les sulfites, en général, sont très-mal tolérés par le phthisique à la période de ramollissement. Il est donc préférable de ne s'en servir dans le but de combattre les symptômes d'infection putride que dans des cas exceptionnels. Le sulfite de chaux, considéré comme remède capable de favoriser la transformation crétacée du tubercule, est une des mille et une illusions thérapeutiques contre cette fatale maladie.

— La séance est levée à cinq heures.

La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance le jeudi 4 août. Voici son ordre du jour :

Déductions pratiques tirées de quelques lésions de l'iris comparables à celles de la choroïde, par M. Coursserant.

Accouchement prématuré artificiel, par M. Verrier.

Présentation d'un appareil pour le refroidissement des téguments, par M. Georges.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Les Eaux minérales considérées dans leurs rapports avec la chimie et la géologie, par M. LECOQ, professeur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand. Un beau volume grand in-8°. Prix : 8 fr. — Paris, 1864, J. Rothschild, éditeur, rue de Buci, 14.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des altérations anatomiques de la goutte.

I. De tout temps, l'idée de goutte a été associée dans l'esprit des médecins à celle de maladie rénale, ce qui tient à l'existence souvent observée des calculs rénaux chez les goutteux. Cette relation avait été indiquée par Arétée, Sydenham, Musgrave, Fesch, Hoffmann, Wepfer, Morgagni, etc. Au commencement de ce siècle, Scudamore a noté la coexistence de l'albuminurie et de la goutte, et il a observé en même temps une diminution notable de l'urée et des principes salins de l'urine.

La néphrite albumineuse a été spécialement observée chez les goutteux par Bright, Blackall, Anderson, etc. M. Rayer, après avoir résumé et analysé leurs observations, a décrit dans son *Traité des maladies des reins*, sous le nom de néphrite goutteuse, une altération du rein directement liée à la goutte et qui coexiste avec la gravelle unique; cette altération consiste dans un dépôt de petits grains jaunes ou rouges essentiellement composés d'acide urique, et qui sont fixés dans la substance corticale et tubuleuse du rein et dans les calices.

II. M. Castelnau, le premier, a signalé la seconde forme de dépôts uriques qu'on trouve dans le rein (*Arch. gén. de médecine*, 4e série, t. III, p. 285) : « Tous les cônes tubuleux qui n'étaient point envahis par la dégénérescence graisseuse renfermaient des dépôts de matière blanche comme de l'émail, en tout semblable à celle des articulations; cette matière est partout disposée en stries très-fines qui affectent la direction des tubes urinifères et semblent être contenues dans l'intérieur de ces tubes eux-mêmes. » Dans les réflexions dont il fait suivre son observation, M. de Castelnau signale la différence de la lésion qu'il a observée avec celle qui avait été décrite par M. Rayer. Ces dépôts d'urate de soude, absolument identiques à ceux qui se forment dans les articulations goutteuses, ont été observés plusieurs fois en Angleterre par Todd et Garrod principalement.

R. Bentley Todd, dans ses Leçons sur les maladies des reins, a décrit chez les goutteux une forme particulière de néphrite chronique qu'il appelle rein goutteux (*gouty kidney*). C'est une atrophie du rein avec épaississement de la capsule fibreuse; la surface du rein est rugueuse, granuleuse, et on reconnaît, en faisant une coupe de l'organe, que l'atrophie porte sur la substance corticale qui a disparu à peu près entièrement, à tel point que les pyramides arrivent presque jusqu'à la capsule fibreuse.

L'œdème qui accompagne cette forme de néphrite est rare et limité; l'urine est pâle et renferme une petite quantité d'albumine. Des débris de tubes urinifères, d'épithéliums, des cellules de pus, forment dans l'urine, quelques heures après l'émission, des dépôts blanchâtres et puriformes.

Cette forme de néphrite n'est point essentiellement caractéristique de la goutte. Quant aux dépôts d'urate de soude dans le rein, Todd les a notés deux fois, dans sa trente-huitième observation et dans une autre qui lui a été communiquée, mais il n'y a point attribué d'importance. Au contraire, Garrod (*On gout and rheumatic gout*, 2e édit., 1863, p. 236) a observé et bien décrit les dépôts d'urate de soude dans les reins goutteux. Il a rencontré sept ou huit cas où il a pu constater parfaitement cette lésion, consistant essentiellement dans des faisceaux de prismes aciculaires d'urate de soude, qui lui parurent siéger plutôt dans le tissu cellulaire que dans l'intérieur même des tubuli.

L'analyse chimique a fait manifestement reconnaître que l'on avait affaire à de l'urate de soude.

Il y a dans cette question des reins goutteux deux choses à distinguer : l'altération rénale qui coexiste avec les dépôts d'urate de soude, et le lieu précis des éléments du rein où siégent ces dépôts d'urate.

Garrod a le plus souvent observé les reins granuleux atrophiés; dans un cas cependant (obs. VIII) il trouva les lésions appartenant à la néphrite desquammative ou parenchymateuse (néphrite albumineuse de M. Rayer).

Dans un relevé fait par M. Dickinson, portant sur une pratique hospitalière de plus de dix années, ce médecin n'a jamais rencontré que des reins durs et granulés chez les goutteux.

III. MM. Charcot et Cornil, ayant pu observer récemment à l'infirmerie de la Salpêtrière une femme qui à l'autopsie présentait réunies la plupart des altérations anatomiques de la goutte, ont trouvé occasion de contrôler les faits avancés dans ces dernières années par les médecins que nous venons de citer.

Dans l'autopsie qu'ils ont faite, les deux reins présentaient des lésions fort différentes à droite et à gauche : le rein gauche contenait seul des dépôts d'urate de soude. Il était de grosseur à peu près normale, de consistance molle.

Sous la coupe, la substance corticale, épaisse et de coloration gris jaunâtre, montrait une injection assez vive des vaisseaux et des glomérules de Malpighi.

Sur des coupes minces de la substance corticale, on voyait au microscope, à un grossissement de 80 diamètres, que les tubes contournés étaient opaques. Cette opacité était due aux granulations protéiques et graisseuses contenues dans les cellules épithéliales des tubes, qui avaient eux-mêmes subi une assez grande augmentation de volume par l'hypertrophie et l'hypergénèse de leur contenu épithélial. Ce sont là les altérations anatomiques de la néphrite parenchymateuse, et il n'y a rien qu'on puisse comparer au *gouty kidney* de Todd.

Les dépôts blancs linéairement disposés se détachaient vivement sur la substance tubuleuse rouge et injectée; et quant au siége précis de ces cristaux, des examens microscopiques répétés ne laissèrent aucun doute sur ce fait, que « les cristaux superficiels étaient libres et situés hors des tubes droits; mais ces derniers étaient aussi remplis par un dépôt probablement amorphe, du même sel qui servait de point d'implantation aux aiguilles libres. »

Le rein droit offrait des altérations toutes différentes : il était petit, atrophié, du tiers de son volume primitif.

Sur une coupe de ce rein, les vaisseaux se présentèrent sous forme de lignes fibreuses dures et exsangues; la muqueuse du bassinet, épaissie, était infiltrée de graisse.

A cette première observation, MM. Charcot et Cornil eurent occasion d'en ajouter une seconde, qui leur permit de retrouver des lésions analogues et de vérifier en les complétant l'exactitude de leurs premières recherches.

En s'appuyant sur leurs observations et l'analyse des faits d'ailleurs peu nombreux qui ont trait au même sujet, MM. Charcot et Cornil ont conclu qu'il existe dans le rein deux sortes de dépôts appartenant en propre à la goutte : les dépôts uriques (néphrite goutteuse de M. Rayer) et les dépôts uratiques, qui sont caractéristiques de la goutte, et sont en tout point identiques à ceux qui se forment dans les articulations.

Chez un certain nombre de goutteux, l'albumine se montre dans l'urine irrégulièrement, en faible quantité, et coïncide parfois avec un œdème limité et peu considérable.

Ces symptômes correspondent à une altération anatomique des reins, consistant soit dans une forme chronique de la néphrite albumineuse (néphrite parenchymateuse), soit dans l'atrophie du parenchyme avec épaississement des cloisons fibreuses et des parois artérielles (néphrite interstitielle — *gouty kidney*). Mais ces lésions n'ont rien de spécial à la goutte. En un mot, un goutteux peut présenter soit une néphrite parenchymateuse, soit une néphrite interstitielle; mais ces deux formes de lésions anatomiques du rein ne se rencontrent point exclusivement dans la goutte et ne la caractérisent pas.

IV. Les altérations articulaires de la goutte ont été bien décrites par M. Cruveilhier, par Garrod (*Med. chir. Trans.*, vol. XXXI, p. 85), Bramson (*Arthrit. Erkrankung*, in *Zeitsch fur rationnel medic.*, t. III); Broca et Dufour, W. Budd (*Researches on gout*, in *Med. chir. Transactions*, 1855), etc. Ce dernier a fait un travail très-complet sur cette question. Suivant lui, la matière déposée dans les cartilages se présente sous deux formes, tantôt granuleuse et amorphe, d'autres fois parfaitement cristallisée. Sans avoir d'opinion bien arrêtée sur le siége précis de ces dépôts cristallisés d'urate, Budd dit que « dans quelques cas au moins, la cellule cartilagineuse est le foyer de chaque dépôt individuel, le centre autour duquel la cristallisation s'effectue. » Il ne présente cette opinion que sous toutes réserves, et ne regarde pas cette disposition comme la plus habituelle.

M. Charcot a présenté à la Société de biologie (*Comptes rendus des séances*, 1859, p. 129) les cartilages d'un goutteux. Il a vu « que les dépôts de matière tophacée et les amas de cristaux siégeaient toujours exclusivement dans l'épaisseur de la substance intermédiaire du cartilage. Jamais on ne les rencontrait dans l'intérieur des cellules. Celles-ci n'ont pas paru présenter d'altérations, alors même qu'elles étaient pour ainsi dire enveloppées plus ou moins complétement par un amas de matière tophacée. »

M. Garrod donne sur la disposition des cristaux dans les cartilages une description qui concorde pleinement avec celle de Budd, et il prouve, en outre, que l'inflammation goutteuse *est invariablement* accompagnée du dépôt d'un sel spécial

---

RECHERCHES

SUR LA BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

par M. A. FRANKLIN.

Il y a un livre que je m'attends à voir paraître tous les jours, c'est *l'Histoire de la médecine en France*, et ce livre ne paraît jamais. Il se fera cependant, je l'espère, dans un temps prochain, et certes il est facile de prédire à l'auteur un grand et légitime succès, s'il sait comprendre son œuvre et la rendre avec quelque talent. Je dis l'histoire de la médecine et non pas seulement l'histoire de la Faculté de médecine de Paris; car si celle-ci présente un très-grand intérêt, il y en a au moins autant à débrouiller les débuts de notre science depuis la chute de l'empire romain jusqu'à Charlemagne, et depuis le règne du grand empereur d'Occident jusqu'à la formation de l'Université. Que de choses à apprendre! que de faits curieux à noter! Combien les transformations successives de notre art seraient intéressantes à bien connaître! Quoi de plus instructif que de suivre la décadence de la médecine et sa résurrection; par qui et comment elle était exercée pendant la domination des barbares; qu'était la thérapeutique dans ce temps-là; comment Aristote, Hippocrate, Galien, etc., furent recueillis et étudiés dans les couvents, etc.; et tant d'autres choses qui formeraient la matière de plusieurs articles, si je n'avais pas en ce moment à traiter un point plus circonscrit et non moins intéressant!

Si je désire cette histoire de notre vieille médecine, ce n'est point qu'elle fasse absolument défaut; il existe sur la matière un assez grand nombre d'ouvrages pleins d'attrait, mais auxquels il manque toujours quelque chose et écrits d'ailleurs dans un temps où les sciences historiques et surtout la critique étaient loin d'être entendues et cultivées comme elles l'ont été de nos jours. Pour ne parler que des plus intéressants, nous citerons les *Curieuses recherches sur les escholes de médecine de Paris et de Montpellier*, par RIOLAN, ouvrage de polémique ardente et passionnée, plein de faits et de citations dont beaucoup ont besoin d'être contrôlées; livre curieux mais superficiel et écrit à la hâte, souvent sans ordre et sans critique; — *l'Essai historique sur la médecine en France* de CHOMEL, très-bien fait pour l'époque où il fut composé, mais où les preuves manquent souvent et où l'auteur nous donne trop facilement ses opinions pour des vérités démontrées; — les *Recherches critiques et historiques sur l'origine, sur les divers états et sur les progrès de la chirurgie en France*, par QUESNAY, véritable plaidoyer dont il faut souvent se méfier, mais enrichi d'un très-grand nombre de notes aussi curieuses qu'importantes; — enfin, pour clore le dernier siècle, *l'Éloge historique de la Faculté de médecine de Paris*, par HAZON. Ce petit ouvrage, sans contredit le mieux fait, le plus complet, le plus instructif de tous, est à chaque instant pillé et copié par beaucoup de gens qui ne s'en vantent pas. En lui donnant un peu plus de développement, en rectifiant quelques légères erreurs, en le complétant enfin, on en ferait, croyons-nous, une histoire de la médecine du plus haut intérêt, mais se rapportant un peu trop cependant à la Faculté de Paris.

De nos jours (1837) M. Sabatier (d'Orléans) a écrit un volume de *Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris*. Ce travail est divisé en deux parties : la première s'arrête à la Révolution de 89, ou plutôt à la loi du 18 août 1792; cette loi détruisit la Faculté, ainsi que toutes les corporations savantes, non pas pour les détruire uniquement, comme on se plaît à le dire tous les jours, soit par ignorance, soit par mauvaise foi, mais bien pour les réorganiser et les mettre en harmonie avec l'esprit nouveau et les nouvelles institutions; — la deuxième partie va de 1794 à 1834. Celle-ci est très-complète, mais la première est beaucoup trop brève et bien loin de répondre à nos désirs.

La véritable histoire de la Faculté de médecine se trouve éparse dans un grand nombre de pièces originales existant encore en grande partie dans la bibliothèque de l'Ecole; M. Alfred Franklin, qui vient d'esquisser l'histoire de celle-ci avec beaucoup de soin et de talent, aura, selon nous, rendu un véritable service et à la Faculté et à la plupart de ses lecteurs. Son livre, plus important qu'il n'est gros, est rempli de documents du plus haut intérêt, et enrichi surtout de notes un peu trop courtes peut-être, mais à coup sûr dignes de la plus grande attention. Les recherches de M. Franklin comportaient plus de développements; elles sont un peu sèches, qu'on nous passe cette expression; c'est trop souvent un simple catalogue, mais un catalo-

(urate de soude), qu'elle a par cela même un caractère spécifique, et diffère entièrement des autres affections articulaires.

Quant au siége des dépôts d'urate, deux nouvelles observations ont modifié les idées de M. Charcot, telles qu'il les avait exposées en 1859 devant la Société de biologie.

Les résultats donnés par l'observation microscopique, résultats parfaitement nets et plusieurs fois répétés, permettent d'affirmer que la matière amorphe (urate) s'est déposée aussi bien dans l'intérieur des cellules cartilagineuses qu'en dehors d'elles. Là comme dans le rein pour les tubes urinifères, le processus est identique : la matière amorphe contenue dans les cellules de cartilage d'une part, dans les tubes urinifères d'autre part, forme la base du dépôt et devient le centre d'où s'irradient des aiguilles cristallisées qui pénètrent entre les éléments anatomiques voisins, dans la substance intercellulaire.

Cette identité entre la nature chimique, le mode de formation et le siége précis où se déposent les faisceaux aciculaires d'urate de soude dans les articulations et dans les reins ; cette tendance à former dans les cellules du cartilage, dans les tubuli des amas de matière amorphe d'où s'irradient des aiguilles cristallisées mieux définies, caractérisent essentiellement les inflammations goutteuses, et viennent ajouter plus de précision et de netteté à la loi découverte par Garrod, que nous avons textuellement citée quelques lignes plus haut, et dans laquelle il n'est question que de la nature chimique des sédiments déposés, et point du siége précis où ces dépôts se forment.

Guérison spontanée des taches érectiles.

Un des modes de guérison des tumeurs érectiles peut s'observer en ce moment sur une jeune fille âgée de dix-sept ans et demi, couchée au n° 12 de la salle Saint-Jean, dans le service de M. Gosselin, et entrée dans les salles pour un gonflement douloureux de l'extrémité inférieure du fémur, sans doute une hyperostose ou une osteite hypertrophique, suivant la pensée du professeur, et pour laquelle la jeune fille est en traitement.

Des taches érectiles de la peau, violacées, existant depuis la naissance, occupaient la partie inférieure droite de la paroi abdominale, la région ombilicale, la région ischiatique et le genou.

La tache érectile principale, qui est dans la région iliaque de la paroi abdominale, a l'étendue de la paume de la main. Elle présente tous les degrés de transformation par lesquels ont dû passer les autres plaques érectiles.

A la périphérie, où la guérison de la tache érectile est complète, il existe de petites élevures de la peau grosses comme des grains de millet, blanches, dures, et tout à fait analogues à des végétations en voie de développement. Sur d'autres points, au milieu de portions molles, on sent des nodosités situées au-dessous de la peau, qui est adhérente en ces points et qui passe à un état voisin des petites élevures qui existent au pourtour de la tumeur ; on voit enfin en d'autres places des petits points noirâtres qui sont formés par de petites croûtes occupant le sommet d'élevures assez dures, du volume d'une tête d'épingle. La tache érectile n'est pas douloureuse, ni spontanément ni au toucher.

Voici comment les choses se sont passées depuis la naissance : jusqu'à l'âge de huit ans, la jeune fille a vu la tache érectile grandir ; des hémorrhagies fréquentes avaient lieu, et vers la huitième année il y avait tous les huit jours, au dire de la malade, une hémorrhagie peu abondante. Les points qui avaient saigné restaient durs et se recouvraient d'une croûte ; les hémorrhagies se reproduisaient sur d'autres parties de la tache.

A l'âge de quatorze ans, à peu près à l'époque de l'établissement de la menstruation, cette disposition aux hémorrhagies a diminué, les écoulements sanguins sont devenus beaucoup plus rares. Les croûtes qui existent en ce moment sont les vestiges d'un dernier suintement sanguin qui a eu lieu il y a plusieurs mois.

En résumé, il y a eu sur une tache érectile des ulcérations et des hémorrhagies qui probablement ont été suivies de coagulation partielle du sang dans les capillaires, et plus tard d'une oblitération définitive. Ce mode de guérison, en partie semblable à celui qu'on observe lorsqu'on traite les tumeurs érectiles par les injections coagulantes, a déjà été soupçonné par A. Bérard.

C'est un mode de guérison par coagulation du sang après une hémorrhagie, à ajouter aux modes de guérison par inflammation et suppuration (A. Bérard), par gangrène (Wardrop), par oblitération des vaisseaux qui alimentent la tumeur, et cessation de l'arrivée du sang dans la tumeur (Baffos, Moreau, Allier).

Cette dernière variété de guérison spontanée s'observe, on le sait, dans les tumeurs érectiles pédiculées. On cite comme des restes de tumeurs érectiles cutanées, des productions flasques, ridées, qui sont improprement désignées sous le nom de verrues. Il a été présenté cette année à la Société anatomique une tumeur pédiculée de la jambe, formée par un tissu réticulaire enfermé dans une peau saine et qui rappelait la structure du corps caverneux. M. Nélaton avait jugé que cette tumeur était une ancienne tumeur érectile où le sang avait cessé de pénétrer, et qui avait vécu par les vaisseaux de la peau restée saine.

Hématocèle rétro-utérine consécutive à une opération d'ovariotomie.

Depuis que, changeant le mode opératoire de l'ovariotomie, les chirurgiens anglais MM. Tyler Smith et S. Wells ont réduit dans l'abdomen le pédicule des tumeurs ovariques au lieu de le fixer dans la plaie, divers accidents ont été observés. Bien qu'ils n'aient pas dû faire renoncer à la pratique de la réduction du pédicule, il importe de les signaler. L'hématocèle rétro-utérine péritonéale vient d'être observée par M. S. Wells, après une ovariotomie où le procédé nouveau avait été mis en usage et soumis à un traitement chirurgical qui a complétement réussi. L'observation est rapportée dans le *Medical Times and Gazette* du 16 juillet.

Une jeune fille de dix-huit ans, réglée à treize ans, qui avait vu une tumeur apparaître au moment de l'établissement de la menstruation, amenée à M. S. Wells, se présentait avec une tumeur qui semblait jouir d'une grande mobilité dans la cavité abdominale. Le chirurgien a diagnostiqué un kyste de l'ovaire, et l'opération a été pratiquée le 13 juin sans que l'on eût eu recours à la ponction exploratrice. Pendant l'opération, faite suivant les règles accoutumées, on a trouvé trois kystes accolés au rectum, à l'épiploon et à la vessie ; les premières adhérences ont été déchirées avec la main, et il a fallu disséquer les adhérences avec la vessie. Le pédicule large a été lié et réduit dans le petit bassin, le fil a été coupé et la plaie refermée. Il s'était écoulé une très-petite quantité de sang.

Trois jours après l'opération, une douleur subite aiguë est apparue et a été calmée par suite d'une perte utérine qui ressemblait à une menstruation. Jusqu'au 22 juin, la malade allait bien. Mais à ce moment, après une nuit sans sommeil où des douleurs vives et le ballonnement du ventre étaient apparus, la malade semblait atteinte d'une fièvre typhoïde (*sic*) : la langue était sèche, les pupilles dilatées ; la face était tirée et la malade restait assoupie.

M. S. Wells a constaté par le toucher vaginal et rectal une tumeur fluctuante. Il a fait par le vagin une ponction qui a donné issue à 150 grammes environ de sérosité sanguinolente noirâtre et d'une odeur fétide. Un soulagement immédiat a eu lieu. Mais une diarrhée séreuse est survenue, le pouls oscillait entre 112 et 95 pulsations : l'état typhoïde continuait.

En présence de cet état, et considérant que le liquide avait cessé de couler et que la tumeur était encore fluctuante, M. Wells a fait une autre ponction qui a donné une plus grande quantité de sang altéré et qui contenait cette fois du pus. Passant alors le trocart de la dernière ouverture dans la première, il a introduit par la canule un tube en caoutchouc perforé dont les extrémités ont été liées à l'extérieur après que le trocart conducteur a été retiré.

Pendant plusieurs jours un écoulement abondant de liquides purulents et de sang altéré a eu lieu, et le rétablissement de la malade a fait des progrès rapides. Quelques aphthes ont apparu sur la langue et la diarrhée a continué pendant quelque temps ; mais le tube a été enlevé le 1er juillet et la malade est entrée en convalescence.

Ce fait montre que l'épanchement de sang consécutif à la réduction du pédicule des tumeurs ovariques n'échappe pas aux lois des épanchements sanguins dans le péritoine. Ils peuvent se résorber, M. Tyler Smith en a cité des exemples, mais ils peuvent aussi s'enkyster et suppurer en donnant lieu à un abcès enkysté du péritoine, ainsi que l'ancienne Académie de chirurgie l'avait déjà signalé. Enfin la ponction, le séton perforé, ont été ici d'une excellente application ; il y a là une indication qui, du reste, a déjà été posée pour l'hématocèle spontanée.

Des lésions de l'œsophage causées par les anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Dans une de nos précédentes *Revues cliniques*, nous avons publié une très-remarquable observation d'anévrysme de la crosse de l'aorte, lue par M. Moutard-Martin à la Société médicale des hôpitaux. Dans cette observation, l'œsophage était comprimé, *sans altération*. Il n'en est pas toujours ainsi. Souvent, en effet, l'œsophage est perforé. Ces cas de perforation sont assez nombreux. M. Millard (*Bull. de la Soc. anat.*, sect. II, t. VI, p. 424) en a réuni seize observations, et tout récemment M. Leudet a publié un très-remarquable travail sur cette question (*Gaz. méd.*, p. 25, 18 juin 1864).

Mondière (*Arch. gén. de méd.*, sect. II, t. III, p. 50), et après lui Lebert (*Traité d'anat. path.*, vol. I, p. 521), pensent que l'ulcération de l'œsophage se fait de dehors en dedans par une sorte d'usure sans travail inflammatoire. M. Leudet, se rangeant à l'opinion de M. Millard, pense que dans les anévrysmes de l'aorte s'ouvrant dans l'œsophage la perforation a lieu par gangrène.

Les observations qui existent dans la science peuvent se ranger sous les trois titres suivants, qui résument en quelques lignes le *modus faciendi* de cette lésion : *Anévrysmes de l'aorte causant la gangrène de l'œsophage* (Habershon, Gull) ; *anévrysmes causant une ulcération de l'œsophage qui ne communique pas avec le vaisseau sanguin* (Jackson, Leudet) ; *anévrysmes avec perforation complète de l'œsophage* (Popham, Fuller, Sœmmering, Mac Dowel, Walsh, Langstaff, Blizard, Millard, etc.).

HOTEL-DIEU DE RENNES. — M. Aubry.

Immobilité de la mâchoire survenue à la suite de la cicatrisation d'une large perte de substance des lèvres et de la face. Section de l'os par la méthode de Rizzoli : guérison constatée un an après l'opération.

Ch..., âgé de treize ans, de Guignen (Ille-et-Vilaine), est employé dans une ferme en qualité de berger. Dans le déclin d'une fièvre typhoïde, il fut atteint, en 1859, d'une gangrène des parois de la bouche. Quand la cicatrisation fut achevée, la mâchoire inférieure s'immobilisa.

Le 25 mai 1863, il entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes, pour y être traité de cette infirmité, et je le trouve dans l'état suivant : la santé générale est satisfaisante ; il y a peut-être un peu de maigreur et de petitesse de la taille.

La joue gauche et une portion des lèvres sont remplacées par une ouverture qui laisse voir les parties sous-jacentes ; cette ouverture est limitée en arrière, au niveau du bord antérieur de la branche de la mâchoire ; en haut, par une ligne horizontale menée au niveau de la base du nez, et en bas, par une ligne semblable dirigée au niveau du sillon mento-labial ; la lèvre supérieure manque dans ses deux tiers du côté gauche ; la sous-cloison est détruite ; il ne reste plus que la moitié de la lèvre inférieure.

Le pourtour de cette large perte de substance ne présente pas de brides fibreuses cicatricielles, mais bien un tissu rosé qui unit les parties restantes de la joue aux gencives et aux os maxillaires.

Toute la portion des arcades dentaires, visible à travers la perte de substance de la joue et des lèvres, a subi une déviation telle, qu'il

---

gue dressé par un homme de travail et plein d'une érudition du meilleur aloi. Véritable ouvrage de bénédictin, il aurait encore besoin d'être complété, et probablement le sera-t-il dans une seconde édition qui ne peut pas se faire attendre.

C'est une singulière histoire que celle de la bibliothèque de la Faculté, et qui, si on sait la lire, peut enseigner bien des choses, et nous apprendre à connaître une époque mieux que beaucoup de compilations historiques. Nous allons dresser son bilan avant la découverte de l'imprimerie ; ce ne sera pas bien long, et par cette énumération on pourra se faire une idée de ce que devait être la bibliothèque d'un simple médecin.

Voici celle de la Faculté sous Pierre Desvallées, élu doyen en 1395 :

Un *Abrégé des synonymes*, de Simon de Gênes ;
Un *Traité de la thériaque ;*
Une traduction du cinquième livre du *Colliget* d'Averrhoës ;
Un ancien *Commentaire* sur Avicenne ;
Le second et le troisième livre des *Canons* d'Avicenne ;
Les *Concordances* de Jean de Saint-Amand ;
Deux traités de Jean Mésué, les *Médicaments* et la *Pratique ;*
L'*Antidotaire clarifié*, de Nicolas Myrepse ;
Un grand volume contenant plusieurs traités de Galien ;
Les *Concordances* de Pierre de Saint-Flour ;
L'*Antidotarium* d'Albucasis ;
Le *Totum continens* de Rhasès.

Cette petite bibliothèque, importante pour l'époque, s'enrichit un peu plus tard de quelques autres manuscrits précieux : en 1410, d'un traité de Galien, *De utilitate partium ;* en 1446, d'un manuscrit d'Avicenne, avec les commentaires de Jacques Desparts et donné par Jean Lévêque. Desparts lui-même légua quelques manuscrits.

« M. Bourru, notre bibliothécaire, dit Hazon, a fait ajuster et relier proprement ces anciens manuscrits défigurés par la vétusté. » Bien défigurés, en effet, car quelques-uns étaient méconnaissables.

Curieuse et déplorable histoire que celle de ces livres volés, perdus, retrouvés et reperdus pour toujours probablement. C'est bien le cas de dire avec le grammairien : *Habent sua fata libelli !* Quel bonheur pour le bibliophile de tenir entre ses mains ces vieux et précieux manuscrits qui rappelleraient tant de souvenirs et que la Faculté ne confiait à personne, même aux rois de France, sans une caution bien sûre, sur lesquels elle-même empruntait quand elle était à bout de ressources, et qui servaient aux professeurs dans leurs leçons et leurs lectures !

Ces manuscrits ayant été volés en 1497, puis retrouvés, on les attacha avec des chaînes de fer, don d'un dateur généreux. Hazon dit que la Faculté possédait encore de son temps ces chaînes vénérées. Peu à peu cependant, chaînes et livres, tout disparut, et le hasard seul les fit retrouver vers le milieu du siècle dernier. « Dans un » grenier, dit M. Franklin, on retrouva vingt d'entre eux, mutilés » par les siècles, entamés par les souris et les vers... Mais le titre » manquait à plusieurs, et... il fallut, pour les désigner, en repro- » duire les premières ou les dernières lignes. » Que sont-ils enfin devenus ces livres qui valaient encore leur pesant d'or, et qu'on aurait dû conserver avec un saint respect ? Un Vandale les a-t-il détruits ou vendus ? sont-ils enfouis de nouveau dans la poussière d'un grenier ou dans les catacombes de certaines bibliothèques encore inexplorées ? Nul ne le sait ; mais je maudis de tout mon cœur le bibliothécaire négligent qui n'a pas su conserver le plus beau trésor de notre vieille Faculté.

Il faut bien le dire, hélas ! nos bibliothécaires, même ceux de nos jours, qui sont assurément de fort honnêtes hommes et des savants consciencieux, ne paraissent pas avoir un amour bien grand pour les livres eux-mêmes. Comment se fait-il qu'aucun d'eux n'ait encore entrepris l'histoire de cette bibliothèque confiée à ses soins, et que ce soit un étranger laborieux qui ait accompli la tâche qui leur incombait naturellement ? Comment se fait-il qu'ayant sous la main une mine inexplorée et d'une richesse incalculable, nous voulons parler des *Commentaires*, aucun d'eux n'ait songé à l'exploiter avec méthode et intelligence pour en faire jouir le public médical ?

Ces *Commentaires* forment assurément la partie la plus importante, comme renseignements intimes, de la bibliothèque de la Faculté, et M. Franklin a eu la plus heureuse idée quand il en a publié des fragments. Ils forment une des parties les plus intéressantes et les plus curieuses de son petit ouvrage, et lui assureraient à eux seuls un légitime succès, si tout le livre n'était pas plein d'intérêt.

Ces commentaires, qui vont de l'année 1395 à l'année 1786, forment, dit M. Franklin, « vingt-quatre registres. Les six premiers » sont de format petit in-folio ; les autres, à partir du tome VII, de- » viennent subitement grand in-folio : tous sont reliés en parchemin ;

reste entre elles un espace elliptique, dont la partie la plus large répond à une ligne verticale qui serait abaissée de la première molaire supérieure gauche à la première molaire inférieure du même côté; cet espace mesure 3 centimètres. A l'angle postérieur, la troisième molaire supérieure est en contact avec la troisième molaire inférieure. A travers cette ouverture elliptique, circonscrite par les arcades dentaires, on aperçoit le bord et une portion de la face supérieure de la langue; c'est par cette ouverture que les aliments sont introduits; ils se composent principalement de soupe, de bouillie et de viande hachée.

Dans leur partie droite, les arcades dentaires se touchent.

La mâchoire inférieure se meut à peine; au niveau des incisives, elle s'abaisse tout au plus de 3 millimètres, et ses mouvements ne permettent pas la mastication; une certaine quantité de salive s'écoule involontairement. La prononciation est difficile; on parvient cependant, avec un peu d'attention et en faisant répéter les mots, à comprendre les réponses.

En présence de ces désordres, je pensai avoir à remplir deux indications: 1° mobiliser la mâchoire; 2° fermer par un procédé autoplastique la perte de substance des parties molles. Chacune de ces indications me parut réclamer une opération distincte et séparée; je ne m'occupai donc que de rétablir les mouvements de la mâchoire, sauf à procéder plus tard à la réparation de la joue.

Guidé par la lecture du remarquable travail inséré, en 1860, par M. Verneuil, dans les *Archives de médecine*, et par la connaissance des faits consignés dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, je me décidai à recourir à la section simple du corps de la mâchoire, sans perte de substance, en d'autres termes, au lieu d'imiter Esmarck, je procédai comme Rizzoli, m'efforçant, par des pansements appropriés, de maintenir les deux fragments écartés, convaincu que j'étais que ces précautions consécutives à l'opération constituent la principale condition de réussite.

Manuel opératoire, 8 juin 1863:

1° A la jonction du tissu cicatriciel et de la gencive, une incision légèrement courbe, à concavité supérieure, est conduite depuis l'incisive latérale gauche jusqu'à la troisième molaire; il en résulte un petit lambeau, qui est disséqué de haut en bas jusqu'au-dessous du bord inférieur du corps de la mâchoire.

2° Section de cet os au niveau de l'espace qui sépare les deux premières molaires. Pour cela, l'une des branches d'une forte pince ostéotome, coudée suivant ses bords, est engagée derrière l'os et poussée à travers le plancher de la bouche; puis, par une pression énergique, les lames sont rapprochées l'une de l'autre, et une section verticale assez nette partage le corps de la mâchoire en deux parties: l'une postérieure, qui continue de rester immobile; l'autre antérieure, mobilisable.

L'artère dentaire fournissant du sang, une boulette de cire est écrasée sur l'orifice osseux du canal dentaire; pas de ligatures.

3° Mobilisation du fragment antérieur ou droit: Saisissant le maxillaire inférieur au niveau du menton, je l'écarte du maxillaire supérieur et je parviens à l'abaisser de 3 centimètres, au niveau des incisives qui se touchaient avant l'opération. Je fus alors frappé d'une chose, c'est que la section de l'os n'avait pas complètement rendu libre la portion droite de la mâchoire; j'éprouvais une résistance notable à abaisser cette portion, comme si elle était retenue par les muscles élévateurs ou par une ankylose incomplète de l'articulation temporo-maxillaire du côté droit. Après avoir effectué quelques mouvements pour vaincre cette résistance, je plaçai entre les deux surfaces de la section un bourdonnet de charpie assez épais pour les isoler entièrement l'une de l'autre.

4° Je me bornai pour tout pansement à couvrir la plaie de linge fenêtré enduit de cérat, de charpie et d'une fronde. Des bouillons et du lait furent administrés dans la journée, et le soir on fit prendre 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le 9, un coin de bois est engagé entre les petites molaires du côté droit.

Le 10, pas d'accidents; pansements journaliers; interposition de charpie entre les fragments; on communique des mouvements à la mâchoire. — Continuation de l'emploi du coin de bois pendant quelques heures chaque jour.

Le 11, la plaie des parties molles est grisâtre, fétide. On en touche les bords avec un pinceau de charpie imbibé de coaltar saponiné. Les jours suivants la plaie prend un meilleur aspect; les mouvements communiqués à la mâchoire et ceux que l'opéré exécute spontanément sont beaucoup moins douloureux. On a soin, à chaque pansement, de passer une spatule entre les surfaces osseuses, mais l'on ne place plus de charpie entre elles que tous les deux jours.

Du 15 au 25 juillet, l'alimentation est augmentée; la mastication devient assez bonne pour permettre à l'opéré de manger du pain et de la viande. On continue chaque matin à communiquer des mouvements à la mâchoire; on passe la spatule entre les surfaces osseuses, et tous les deux jours on y laisse un bourdonnet de charpie. Malgré ces précautions, on remarque dès le 20 juillet que des bourgeons charnus se sont étalés, unis d'un côté à l'autre, dans l'angle inférieur de la section osseuse, et le 25 juillet, quand le malade quitta l'hôpital, il existait dans la moitié inférieure de l'intervalle des deux fragments une sorte de pont de tissu cicatriciel rosé, muqueux, établissant entre eux une continuité incomplète; dans la moitié supérieure, au contraire, il y a simplement contiguïté entre les surfaces.

Je me proposais de diviser la bride muqueuse cicatricielle, et j'aurais vivement désiré continuer plus longtemps les manœuvres destinées à maintenir la pseudarthrose; mais je dus céder aux instances du malade. Il sortit donc le 25 juillet avec la recommandation de faire de fréquents mouvements de la mâchoire, et de continuer à placer un coin de bois entre les arcades dentaires.

J'ai revu le jeune Ch... au mois de janvier 1864, sept mois après l'opération; quoiqu'il soit péniblement affecté de la perte de substance de la joue, il témoigne énergiquement la satisfaction qu'il éprouve de pouvoir se livrer à la mastication avec facilité; entre les molaires, qui se touchaient avant l'opération, on peut introduire le bout du doigt.

En étudiant les mouvements de la mâchoire, je suis frappé d'une chose: outre le mouvement d'arc de cercle décrit par cet os, mouvement qui est d'autant plus étendu qu'on l'examine plus loin du centre de mouvement, on voit que la portion du maxillaire *qui est libre décrit un mouvement de torsion par suite duquel les molaires s'écartent.* Je ne puis donner une meilleure idée de ce mouvement qu'en le comparant à cet abaissement des côtes dans la respiration que Gerdy a comparé au mécanisme de l'anse d'un seau.

L'étendue des mouvements de la mâchoire est donc suffisante pour la mastication.

La plaie des parties molles s'est bouchée par cicatrisation par troisième intention, et la salive ne coule pas plus qu'avant l'opération.

Quant à la section de l'os, voici ce qui s'est passé: une bride d'un tissu fibro-muqueux, longue de 12 ou 15 millimètres, réunit les deux bouts de l'os, mais elle ne s'oppose pas aux mouvements de la partie droite; disons cependant que les mouvements de torsion en anse de seau ajoutent encore à l'étendue de ceux qui se passent dans la pseudarthrose.

Craignant que la bride fibro-muqueuse unissant les deux fragments ne vînt à s'ossifier, je n'ai pas voulu tenter encore la réparation de la joue, afin de conserver la possibilité de sectionner la bride si cela devient nécessaire.

État de l'opéré le 8 juin 1864. — Voici ce que m'écrit à cette date M. Aubrée, officier de santé à Guignen:

« J'ai vu votre opéré dimanche dernier, et j'ai constaté que:

1° Les mouvements de la mâchoire s'exécutent facilement et même beaucoup mieux que dans les premiers temps de l'opération;

2° On peut introduire facilement le doigt indicateur entre les deuxièmes molaires du côté droit;

3° L'opéré mange du pain et de la viande comme le premier venu;

4° Malgré une perte de salive assez notable (qui existait avant l'opération), l'enfant se porte très-bien, et témoigne son contentement d'avoir été opéré.

Obs. II. — Immobilité de la mâchoire; section du corps de l'os par la méthode de Rizzoli. Mort survenue cinq semaines après, par une cause étrangère à l'opération (scarlatine, anasarque).

Le 17 janvier 1864, entrait dans le service de la clinique chirurgicale de l'École de médecine de Rennes, la nommée G..., âgée de vingt-six ans, journalière habitant la campagne.

Dix ans auparavant, à la suite d'une fièvre typhoïde, elle fut atteinte d'une gangrène de la joue gauche, qui a eu pour double conséquence une vaste perte de substance du visage et l'immobilité de la mâchoire inférieure. On a vainement essayé de lutter contre cette rétraction, par l'interposition de coins de bois entre les arcades dentaires.

Lors de l'entrée de la malade, nous constatons les faits suivants: embonpoint ordinaire, rien dans l'état extérieur n'annonce l'insuffisance de la nutrition; cependant la mastication se fait très-incomplétement, avec lenteur et une gêne extrême. La prononciation est très-imparfaite, de temps à autre la salive s'écoule; la jeune fille désire vivement, en raison de ces faits, être soumise à une opération propre à mobiliser la mâchoire.

La perte de substance de la joue et des lèvres a beaucoup d'analogie avec celle que nous avons observée sur le premier opéré. Elle comprend la moitié gauche des deux lèvres, s'étend en arrière jusqu'au masséter, qui semble en partie remplacé par du tissu cicatriciel. Les parties molles qui entourent l'ouverture sont unies aux os maxillaires, de telle sorte que les gencives et les dents correspondantes sont à nu.

Rapports des arcades dentaires. — Ces rapports diffèrent suivant qu'on les étudie:

1° Depuis les incisives latérales gauches jusqu'à l'angle postérieur de la perte de substance;

2° Au niveau des incisives;

3° Au niveau des molaires droites.

a. Dans le premier point, la canine inférieure et les deux premières molaires sont placées sur le même plan vertical que les dents correspondantes de la mâchoire supérieure: ces dents s'engrènent comme les dents d'une scie; les inférieures sont reçues entre les supérieures, et les supérieures entre les inférieures.

b. Au niveau des incisives, la disposition n'est plus la même: les dents inférieures sont sur un plan postérieur par rapport aux incisives d'en haut; en outre, le bord libre des premières dépasse de 4 ou 5 millimètres en hauteur le bord libre des secondes: il y a chevauchement.

c. Au niveau des molaires droites, il existe entre les deuxième et troisième molaires supérieures et les mêmes dents de la mâchoire inférieure, un vide où le petit doigt peut presque s'engager. Ce vide semble résulter de l'usure des deux dents inférieures; du moins la couronne de ces dents; est-elle beaucoup moins haute qu'à l'état normal; cet espace, qui permet l'introduction des aliments et des boissons, peut se rétrécir légèrement par suite des quelques mouvements qu'a conservés la mâchoire. Au reste, la malade ne fournit aucun renseignement satisfaisant pour expliquer cette disposition grâce à laquelle la préhension des aliments et leur trituration incomplète peuvent s'effectuer.

Je crus devoir, comme pour le jeune Ch..., me borner d'abord à tenter le rétablissement des mouvements de la mâchoire, sauf à voir plus tard s'il serait possible de fermer la perte de substance de la joue. Encouragé par ma première opération, j'adoptai la méthode de Rizzoli, que j'exécutai le 29 janvier 1864, de la manière suivante:

1° Incision horizontale du tissu cicatriciel depuis l'incisive latérale gauche jusqu'à la troisième molaire;

2° Incision verticale divisant les tissus jusqu'à l'os et formant avec la première incision la figure d'un T;

3° Dissection des deux lombeaux et mise à nu du corps de la mâchoire, au-dessous de l'intervalle qui sépare les deux premières molaires;

4° Une des lames d'une forte pince ostéotome est engagée en arrière du maxillaire inférieur et traverse le plancher de la bouche en rasant l'os; puis j'essaye de sectionner la mâchoire. Celle-ci opposant une résistance insurmontable, je suis forcé de renoncer au moyen qui m'avait réussi chez mon premier opéré, pour recourir à l'emploi d'une petite scie ordinaire, avec laquelle je pratique la section de dehors en dedans, jusqu'aux deux tiers de l'épaisseur de l'os. J'achève la division avec la pince ostéotome;

5° Abaissement du fragment mentonnier. Comme dans le cas précédent, je constate que ce mouvement ne s'opère pas sans une résistance assez notable. Pas d'écoulement de sang nécessitant l'intervention du chirurgien.

Le pansement est dirigé d'après les mêmes principes que dans la première opération; c'est-à-dire que je me garde bien de réunir les bords de la plaie; un tampon de charpie est soigneusement introduit entre les surfaces osseuses pour les maintenir écartées; un linge troué, de la charpie, une fronde, complètent le pansement.

Chaque jour je communique des mouvements aux fragments, et je change la charpie qui sert à les séparer; il ne survient rien de particulier, il y a peu de douleur; la malade est alimentée avec des potages et de la bouillie.

Le 6 février, des bourgeons charnus recouvrent les surfaces osseuses; *à l'aide d'un bistouri boutonné, j'en pratique l'abrasion sur chacun des fragments*, et je remarque que cette opération provoque de la douleur sur le fragment postérieur, tandis qu'elle est indolore sur le fragment antérieur, phénomène qui s'explique par la section du nerf mentonnier.

Même mode de pansement jusqu'au 22 février; à cette date, je rugine de nouveau les bourgeons charnus qui se sont reformés sur les surfaces osseuses.

Le 25, la malade accuse un frisson, du malaise, de la perte d'appétit et de la douleur à la gorge.

Le 27, même état. De plus, la peau de la région sous-maxillaire et du cou est le siége d'une rougeur assez vive qu'on est tenté de trouver semblable à celle de la scarlatine. On néglige d'examiner la peau des autres parties du corps; et comme il n'existe pas à ce moment

---

» et jusqu'au tome XVIII chaque volume est muni de fermoirs très-» simples en cuivre. » Il faut absolument que nous connaissions ce signalement, car ce sont là nos parchemins, nos titres de noblesse, et il est bon que chacun puisse les retrouver s'ils étaient perdus ou volés, accident, grâce au ciel, presque impossible aujourd'hui.

Malheureusement une partie l'a été déjà une fois, et il a fallu un jubilé et la crainte des peines éternelles pour faire restituer à la Faculté deux de ces précieux registres; c'était sous le décanat de Gui Patin, en ce temps-là heureux par excellence. Il est très-heureux et très-fier, lui qui en comprend toute la valeur, de faire rentrer ce trésor dans la bibliothèque de la Faculté. Toutefois, les registres restitués ne vont que jusqu'à l'année 1395; il en existait d'autres antérieurs à cette date, qui sont définitivement perdus. Heureusement que Pajon découvrit un jour dans la sacristie de l'Ecole un vieux coffre plein de manuscrits gothiques. Pajon les mit en ordre, les fit copier, les copia lui-même, et il se trouva, selon Hazon, que « ce trésor contient des titres, des statuts, des règlements, des procès-verbaux, des pièces originales et complètes de procès depuis 1311 jusqu'en 1395, année des premiers registres dont nous sommes en possession. » La tradition se trouve donc rétablie jusqu'en 1311; au delà, nous n'avons plus rien que le livre du recteur de l'Académie, qu'on appelait le *livre bleu*.

Les Commentaires, toujours rédigés à peu près sur le même modèle, forment le procès-verbal de tout ce qui se faisait d'important sous chaque doyen; les divisions sont les mêmes et les titres de chapitres identiques. — Le premier chapitre est consacré au procès-verbal de la séance tenue pour la nomination du doyen. — Puis venaient les noms, prénoms, et plus tard les titres de chaque docteur de la Faculté. — Un chapitre est consacré aux *thèses quodlibitaires;* un autre, aux *thèses cardinales;* un troisième, aux *quæstiones pastillariæ;* un quatrième à la *Vespérie*. Les thèses *médico-chirurgicales* viennent ensuite, et seulement à partir de la fin du dix-huitième siècle. — Un nouveau chapitre est consacré aux *leçons publiques, orationes publicæ*. — Puis vient la nécrologie des docteurs; les démonstrations anatomiques; les actes de l'Académie de Paris; les examens des chirurgiens, ceux des maîtresses sages-femmes, des pharmaciens, et la visite des officines. Le Commentaire se termine par un chapitre consacré aux recettes et aux dépenses de la Faculté.

Cet énoncé est plus que suffisant pour montrer tout l'intérêt qu'ont ces précieux documents. M. Franklin cite tout au long le premier de ces Commentaires, rédigé en 1395 par le doyen Pierre Desvallées (*Petrus de Vallibus*). Nous ne pouvons pas analyser cette pièce aussi curieuse qu'instructive, que l'on ne saurait lire sans une certaine émotion, et qui fait bien vivement regretter que les plus importants de ces Commentaires n'aient pas encore été publiés. Ah! si ce que nous en disons pouvait tenter quelque médecin ou quelque étudiant laborieux, nous pouvons lui garantir que la *Gazette des Hôpitaux* serait trop heureuse de lui ouvrir ses colonnes. Ces Commentaires, les premiers surtout, sont difficiles à lire, mais avec quelques semaines d'apprentissage et d'études, un homme intelligent en viendrait aisément à bout.

Jusqu'ici nous n'avons en quelque sorte qu'effleuré l'histoire de la bibliothèque de la Faculté; cette histoire, nous ne pouvons la refaire tout entière, le lecteur doit aller la chercher dans l'ouvrage de M. Franklin. Disons cependant quelques mots de sa création. Les manuscrits célèbres avaient disparu, l'école était complétement privée d'ouvrages sur la science, et le P. Jacob pouvait écrire à la date de 1642: « Il n'en reste à présent que la mémoire dans les auteurs. »

Vers la fin du dix-septième siècle, l'abbé Bourdelot, qui fut médecin du grand Condé, légua sa bibliothèque (elle était fort importante) à son neveu Pierre Bonnet-Bourdelot, à la condition de la laisser à son tour à l'École de médecine. En 1691, ce dernier en fit don à la Faculté, et exigea qu'elle serait ouverte au public un jour de la semaine. Qui le croirait? La Faculté refusa d'abord ce legs précieux, sous le prétexte qu'elle ne pouvait pas fournir aux dépenses qu'entraînerait son installation. Bourdelot offrit alors deux mille livres de ses deniers, et la Faculté accepta argent et livres, avec force remerciments. Que devint cette riche bibliothèque? On ne le sait pas bien, mais ce que l'on sait trop bien, c'est que quelques années après il n'en restait plus trace.

Dr MONTANIER.

De l'organicisme, par M. le professeur ROSTAN. Troisième édition, revue et augmentée. In-8°. Prix: 5 fr. 50. — Paris, 1864, chez Asselin, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

d'épidémie de scarlatine à l'hôpital, on considère ces accidents comme étant dus à un état érysipélateux. On suspend l'interposition de charpie entre les fragments. Des cataplasmes sont appliqués sur la région malade.

Le 4 mars, la rougeur du cou a disparu ; mais l'opérée est oppressée, les paupières paraissent légèrement bouffies. On examine les membres, et l'on reconnaît une anasarque aiguë. Le pouls est fréquent (110 pulsations) ; râle sous-crépitant à la base des deux poumons. Par l'acide nitrique, on constate dans les urines la présence d'une grande quantité d'albumine.

Le 5, l'œdème a augmenté ; les traits sont profondément altérés ; la dyspnée est extrême, l'asphyxie imminente. La mort arrive le 7 mars.

Autopsie trente-quatre heures après la mort.

Tout le corps est le siége d'un gonflement considérable. L'œdème me paraît offrir un caractère singulier : le doigt laisse à peine son empreinte. Les tissus infiltrés sont plus denses, plus résistants que dans l'anasarque qui accompagnerait une maladie du cœur ou une néphrite albumineuse. Le péritoine, les plèvres, le péricarde et les synoviales des genoux, renferment une notable quantité de sérosité citrine. Les poumons renferment aussi beaucoup de sérosité spumeuse ; leurs lobes inférieurs présentent, en outre, les caractères de l'hépatisation rouge. Dans le crâne, les cavités séreuses contiennent une petite quantité de sérosité.

D'après la marche de cette anasarque, survenue quelques jours après une rougeur de la peau du cou qui fit d'abord naître l'idée d'une scarlatine, je ne doute pas que la mort inopinée de cette malade ne soit étrangère à l'opération qu'elle a subie, et qu'il ne faille l'attribuer à une affection scarlatineuse intercurrente.

Si cette observation ne peut servir à établir la possibilité de maintenir indéfiniment la mobilité de la mâchoire à la suite de la section de cet os, elle prouve du moins, contrairement à l'opinion émise par M. Huguier au sein de la Société de chirurgie (séance du 18 février 1863), qu'il est facile de maintenir un corps étranger entre les fragments.

J'ajouterai que pendant les cinq semaines qui ont suivi l'opération la malade a conservé la mobilité de la mâchoire, et qu'à partir du quinzième jour environ, elle commençait à exercer d'une manière satisfaisante la mastication et la prononciation.

Comme chez le premier opéré, j'ai noté ici le mouvement en anse de seau.

Il n'est peut-être pas hors de propos de rappeler que chez la fille G..., pour maintenir l'indépendance des surfaces osseuses, je ne me suis pas borné à leur interposer de la charpie et à communiquer des mouvements à la mâchoire, mais qu'à deux reprises différentes j'ai détruit les bourgeons charnus qui se développaient sur elles. Je crois donc utile d'engager les chirurgiens à diriger tous leurs efforts contre cette réunion fibro-muqueuse qui tend à s'établir entre les fragments, mais qui cependant n'a pas jusqu'à présent compromis le résultat de l'opération chez mon premier malade.

Si je ne me trompe, on ne connaissait pas encore un seul cas de réussite par l'opération d'Esmarch, ni par celle de Rizzoli, entre les mains des chirurgiens français, et mon observation du jeune Ch... serait la première de ce genre, puisque les *Comptes rendus* des séances de la Société de chirurgie ont fait connaître l'insuccès des tentatives faites par MM. Bauchet, Marjolin, Deguise et Boinet ; et si j'ai été plus heureux que mes honorables collègues, c'est que la lecture attentive de leurs observations et des savantes discussions auxquelles elles ont donné lieu, m'avait convaincu de la nécessité de chercher surtout à combattre la soudure par les manœuvres diverses auxquelles j'ai eu recours.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 juillet 1864. — Présidence de M. Richet.

A propos du procès-verbal, M. Dolbeau fait les observations suivantes :

J'ai écouté avec le plus vif intérêt tout ce qui a été dit dans la dernière séance sur les accidents consécutifs à l'amputation de la verge.

En suivant cette discussion, j'ai été frappé de la contradiction des résultats qu'elle a fournis et des enseignements que nous donnent les livres classiques sur ce sujet. Tout d'abord j'ai remarqué, non sans quelque étonnement, qu'à l'exception du malade de M. Follin, aucun des amputés de la verge cités par nos collègues n'a été atteint de récidive, quoique l'opération ait été pratiquée pour des cancers et que les malades aient été revus assez longtemps après l'extirpation du mal ; le cancer de la verge serait-il moins sujet à récidiver que celui des autres régions du corps ?

Jamais on n'a pris de précaution particulière, et toujours l'ouverture uréthrale a pu être retrouvée facilement, contrairement encore à ce qui est dit dans la plupart des ouvrages de chirurgie.

Enfin ces mêmes ouvrages parlent longuement de l'influence de cette mutilation sur le moral des opérés. Aucun des malades signalés ici n'a présenté la moindre tendance à la mélancolie suicide.

J'ajouterai maintenant, relativement à la malade présentée par M. Richet, que je ne comprends pas bien dans ce cas l'incision courbe partant de la commissure labiale. Il me semble qu'on aurait pu chercher à éviter la difformité à laquelle elle donne lieu.

Quant à la guérison complète, je conserve quelques doutes à cause de l'existence d'un mamelon, du volume de l'extrémité du pouce, d'apparence suspecte, qu'on aperçoit à la base du crâne.

M. Richet. Pour ce qui est du mode opératoire, je dirai tout de suite que cette malade ayant déjà subi trois opérations suivies de récidive, ce qui m'a surtout préoccupé, c'est le désir d'enlever le mal dans sa totalité ; c'est pour cette raison que je n'ai pas hésité à sacrifier l'élégance à la sécurité, dans un cas où l'ostéochondrome était tellement volumineux qu'il avait produit une double exophthalmie. Avec le temps, d'ailleurs, la difformité restante s'atténuera beaucoup.

Quant au mamelon dont parle M. Dolbeau, il est tout au plus comme l'extrémité du petit doigt, et il ne m'inspire pas les mêmes craintes qu'à lui, attendu que j'en ai enlevé un petit morceau qui, examiné au microscope, n'a présenté d'autres éléments que ceux du tissu cicatriciel. Je suis donc disposé à regarder ce mamelon comme un simple bourrelet de cicatrice qu'on pourra toujours surveiller facilement à travers l'ouverture laissée par l'opération.

M. Dolbeau remercie M. Richet des nouveaux détails qu'il vient de donner, et ajoute qu'il existe dans les archives de la science deux autres observations analogues à la sienne : l'une appartient à Muller et la pièce est déposée dans un des musées de Londres ; l'autre a été signalée par M. Hirschfeld dans les *Comptes rendus de la Société de biologie*.

M. Deguise. A l'appui des remarques faites par M. Dolbeau sur les conséquences de l'amputation de la verge, je dirai qu'on a singulièrement exagéré la fréquence de la monomanie suicide dans ces cas, car depuis vingt et un ans que je suis attaché à la maison de Charenton, je n'ai pas vu un seul amputé de la verge entrer dans cet hospice pour cause de mélancolie suicide.

COMMUNICATION.

M. Verneuil, au nom de M. Aubry (de Rennes), communique les deux observations suivantes. (*Voir* plus haut.)

M. Verneuil, après avoir donné lecture de ces deux obrervations, s'efforce de faire ressortir l'intérêt particulier qu'elles lui semblent présenter à cause des modifications que M. Aubry a fait subir aux procédés d'Esmarck et de Rizzoli. Ces modifications consistent surtout dans la non-réunion des parties molles, qu'il laisse isolées pour ne les réunir que plus tard, alors qu'après avoir fait la section de l'os et avoir empêché les fragments de se souder de nouveau, il a assuré la mobilité de la mâchoire inférieure. Ainsi donc, la réussite est possible à la condition de ne pas réunir les lèvres de la plaie superficielle.

M. Boinet. A propos des observations intéressantes que vient de nous adresser M. Aubry, je dirai que la petite fille présentée par moi il y a un an, va toujours très-bien. Je compte la remettre prochainement sous les yeux de la Société.

— M. Broca présente au nom de M. Goyrand (d'Aix), une pièce pathologique qui, sans être très-rare, offre cependant un certain intérêt, à cause de la forme singulière qu'affecte la production accidentelle. Il s'agit de deux cornes développées sur un cancroïde de la lèvre inférieure. Le malade à qui elles ont été enlevées, le 11 juillet 1864, était un homme âgé de cinquante-six ans.

Deux opinions, ajoute M. Broca, se sont produites au sujet de l'origine de ce genre de tumeur. Dans l'une, on pensait qu'elles se développaient primitivement sous forme de production cornée, dégénérant ensuite en épithélioma. Dans l'autre, on croit que de la surface d'un épithélioma s'élèvent consécutivement une ou plusieurs cornes de volume variable, ainsi que l'a indiqué Ledran.

Dans le cas envoyé par notre collègue, il est difficile de se prononcer sur le mode d'origine des tumeurs cornées, qui sont au nombre de deux : l'une en forme d'ergot de coq, l'autre recourbée autour de la première, à la manière d'une corne de bélier, toutes deux reposant par leurs bases sur un épithélioma qui avait pour siége le bord libre de la lèvre inférieure et une petite partie de la face cutanée de cet organe. Une incision en V a enlevé la totalité du mal.

M. Broca rappelle, en terminant, une observation analogue présentée, il y a une dizaine d'années, à la Société de chirurgie, par M. Huguier. Il s'agissait dans ce cas d'une tumeur épithéliale sur laquelle l'épiderme desséché avait pris la forme d'une corne.

L'un des secrétaires, Dr Guyon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 25 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, pour faits de guerre au Mexique :

Au grade d'officier : M. Le Coq, chirurgien principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Comte et Juvénal, chirurgiens de 1re classe de la marine ; M. Berville, chirurgien de 2e classe de la marine.

— Par arrêté ministériel du 17 juillet, M. le docteur Lunier, directeur médecin en chef de l'asile des aliénés de Blois, a été nommé inspecteur général du service des aliénés, en remplacement de M. le docteur Anselme, décédé.

— Aujourd'hui vendredi, ont été rendus les derniers devoirs à un honorable praticien de Paris, M. le docteur Palmier.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi, 3 août, à huit heures précises du soir, à l'Hôtel de ville. Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société ;

2° Rapport de la folie avec les progrès de la civilisation, par M. le docteur Girault ;

3° Quelques réflexions pratiques sur l'extraction de la cataracte, par M. le docteur Courrserant ;

4° Communications diverses, par MM. Mattei, Moretin, Moura.

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive, par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris ; suivi d'un *Traité d'embryologie*, par M. A. Verneuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. 2e édition revue et augmentée, avec 200 figures intercalées dans le texte. Un volume grand in-18 de 946 pages. Prix : 12 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er AOUT 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Calme profond au palais Mazarin.

A l'exception de M. Duchenne (de Boulogne), aucun représentant de la médecine n'a osé braver la séance des jours caniculaires.

La présentation de M. Duchenne a reposé un instant la Compagnie. Notre très-savant confrère a tiré de ses cartons des planches d'abord photographiées puis obtenues par le procédé autographique imaginé par M. le colonel James. Ces planches, dont la netteté, l'exactitude et la finesse de détail semblent défier la main humaine, reproduisaient des détails microscopiques relatifs au système nerveux, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique. — Dr E. Renaud.

HOPITAL COCHIN. — M. WOILLEZ.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires.

Pneumonie : phénomènes insolites de percussion ; son tympanique ; bruit de pot fêlé.

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui de deux malades atteints de pneumonie, présentant des particularités insolites de percussion qui méritent toute votre attention ; car vous pourriez les interpréter d'une façon toute différente de celle qui leur convient.

L'un de ces malades, qui était au n° 6 de la salle Saint-Jean, est mort tout récemment. C'était un carrier âgé de quarante-deux ans, d'une forte constitution, et qui n'a séjourné que quarante-huit heures à l'hôpital. Il a succombé au huitième jour d'une pneumonie grave du lobe inférieur du poumon gauche ; et à l'autopsie nous avons trouvé ce lobe inférieur complétement hépatisé, tandis que le lobe supérieur était seulement congestionné. Le poumon droit, envahi également par une congestion sanguine prononcée, était d'ailleurs sain.

Ce malade présentait pendant la vie deux signes sur lesquels j'appelle votre attention.

Du côté gauche de la poitrine, où le poumon était hépatisé dans sa moitié inférieure, il existait sous la clavicule un son manifestement exagéré à la percussion. Il était surtout prononcé lorsqu'on le comparait à la sonorité sous-claviculaire droite, qui était normale. Cette exagération d'intensité du son sous la clavicule gauche avait de plus un timbre de pot fêlé franchement accusé, et que l'on percevait nettement toutes les fois que l'on percutait d'une manière brusque.

Par une coïncidence remarquable, nous avons sous les yeux un second malade également atteint d'une pneumonie, pneumonie qui siége également à la base, mais au poumon droit, et qui nous offre les mêmes phénomènes : un bruit de pot fêlé sous-claviculaire, avec exagération d'intensité du son de percussion dans le même point.

Je ne vous expose pas en détail l'observation du premier malade, dont j'aurai à parler longuement ailleurs.

Voici en abrégé celle du second, qui occupe le lit n° 7 de la salle Saint-Jean.

P..., âgé de dix-huit ans et demi, journalier, employé à piler du plâtre, a été admis le 11 avril. Il avait dû quitter depuis un mois la profession de couvreur qu'il exerçait auparavant, parce qu'il était sujet à des vertiges qui l'ont fait tomber deux fois du toit où il travaillait, sans autres blessures qu'une entorse.

Il dit n'avoir jamais été malade antérieurement à sa maladie actuelle. Mais il a été depuis un an soumis à de grandes privations. Il a toussé tout l'hiver, sans toutefois être sujet à s'enrhumer fréquemment, quoiqu'il ait perdu, selon toute apparence, son père, sa mère et une sœur de phthisie pulmonaire. C'est du moins ce qui paraît résulter de son interrogatoire.

Sans cause appréciable, il a été pris, le matin du 9 avril, de frissons suivis de chaleur, de céphalalgie et d'une douleur du côté droit de la poitrine, avec toux, oppression et crachats devenus sanguinolents dans la journée. Il se vit forcé de quitter ses occupations et d'entrer à l'hôpital deux jours après.

A son admission, il avait le teint animé, la respiration haute et fréquente (42 inspirations par minute), la peau chaude ; le pouls était à 108, médiocrement développé. En même temps il y avait de l'anorexie, de la soif ; la langue était blanche, la bouche amère.

Le côté droit de la poitrine était le siége d'une douleur périmammaire qui augmentait pendant les grandes inspirations et par la toux. La dyspnée était manifeste, la toux dure, brève, pénible, et le fond du crachoir présentait des crachats d'un jaune rougeâtre safrané, visqueux, adhérents et en partie aérés.

La percussion, douloureuse en avant des deux côtés, donnait un son mat à la base du côté droit en avant, à partir du mamelon, ainsi qu'en dessous et en arrière du niveau de sa moitié inférieure. A cette matité se joignaient, en avant et en arrière, les signes d'une pneumonie franche : souffle tubaire intense, comme métallique, mélangé de râle crépitant sec à la fin de chaque inspiration, bronchophonie très-prononcée, vibrations thoraciques un peu plus accusées qu'à gauche.

De plus, sur la clavicule droite, du côté de la pneumonie, on notait les signes suivants : le son de percussion y était manifestement exagéré d'intensité, comparativement au côté gauche. En même temps la percussion produisait par intervalles un bruit de pot fêlé manifeste, et il était facile de constater qu'il se montrait seulement vers la fin des inspirations, qu'il était plus marqué lorsqu'on appliquait le doigt percuté dans le sens et au niveau des espaces intercostaux, et enfin qu'il était nul lorsque la respiration était retenue pendant l'occlusion de la glotte. Le bruit respiratoire était très-faible.

Ces phénomènes ont disparu deux jours après par suite de l'envahissement de l'hépatisation de la base vers le sommet, où le son est devenu obscur, puis mat sous la clavicule droite, avec disparition complète du bruit de pot fêlé.

Pour bien étudier les deux particularités que la percussion produisait chez nos deux malades de Saint-Jean, c'est-à-dire l'exagération d'intensité du son sous-claviculaire et le bruit de pot fêlé, il est nécessaire d'examiner à part les deux phénomènes.

Je vous ferai remarquer d'abord que l'exagération d'intensité du son de percussion est semblable ici à celle que MM. Notta et Skoda ont signalée dans la pleurésie. Sans admettre avec le médecin de Vienne qu'il s'agisse d'une sonorité spéciale caractéristique, si l'on n'a égard qu'à son caractère principal, l'exagération d'intensité du son, ce son doit être considéré comme une variété de son tympanique ou plutôt de *tympanisme*. C'est, en effet, une qualité générale des sons de percussion et non une sonorité particulière.

Dans la pneumonie, le tympanisme sous-claviculaire a été observé d'abord en Angleterre par Hudson, Graves et Williams, et ce phénomène a été pris d'abord pour un signe de pneumothorax accidentel et passager qui se produirait dans certaines pneumonies. Cette explication ne fut pas généralement acceptée ; mais le fait de l'exagération tympanique du son au niveau de la portion saine d'un poumon atteint de pneumonie partielle ne pouvait plus être contesté lorsque Skoda eut signalé le même phénomène au sommet du poumon dans les cas d'épanchement pleurétique.

De part et d'autre, en effet, qu'il y ait pneumonie ou épanchement pleurétique, les conditions organiques sont les mêmes. La partie saine du poumon au niveau de laquelle on obtient un son tympanique par la percussion est condensée par le refoulement qu'elle subit. D'une part, c'est le lobe inférieur du poumon hépatisé et augmenté de volume qui refoule le lobe supérieur ; d'autre part, c'est le liquide épanché dans la plèvre, surtout dans les parties déclives, qui refoule le poumon vers le sommet de la cavité thoracique.

Dans mon Mémoire sur le son tympanique de la poitrine (*Archives générales de médecine*, septembre 1856), j'ai rappelé des faits de ce genre, et j'ai signalé de plus le tympanisme comme se rencontrant quelquefois aussi dans la pneumonie, non-seulement au niveau de la partie saine du poumon voisine de la partie hépatisée, mais aussi au niveau même de la lésion pneumonique. Les faits que j'ai rapportés dans ce Mémoire démontrent la vérité de l'assertion trop laconique de Skoda, à sa-

---

RECHERCHES SUR LA BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

par M. A. FRANKLIN (1).

Heureusement qu'en l'année 1733 un savant, Picoti de Belestre, fit à son tour don de ses livres à la Faculté ; le doyen H. Théodore Baron en prit possession au nom de l'École. Un inventaire en fut dressé avec soin. Ce fut là l'origine de la riche et importante bibliothèque que nous possédons aujourd'hui. A la même époque, la veuve d'Amelot de Beaulieu légua cent cinquante volumes très importants, et Philippe Hecquet, ancien doyen, donna treize cents volumes tirés de sa propre bibliothèque. Comme on le voit, c'était là un fonds très-important et qui s'est encore enrichi plus tard de divers dons particuliers ; Helvétius, entre autres, offrit tous ceux de ses ouvrages qui ne se trouvaient pas à l'Ecole de médecine.

En 1789, la bibliothèque de la Faculté renfermait environ 15,000 volumes, et lorsqu'en 1794, reconstituée sous le nom d'Ecole de santé, elle fut installée dans les anciens bâtiments de l'Ecole de chirurgie, on réunit ensemble l'ancienne bibliothèque de la Faculté, celle de l'Ecole de chirurgie et celle de la Société royale de médecine.

Si quelques volumes de ces diverses collections ont encore disparu, on est sûr au moins de ne plus voir détruire les riches trésors et les matériaux importants qui sont aujourd'hui à la disposition du public médical.

Voici la liste des anciens bibliothécaires de la Faculté depuis 1746 ; tous n'ont pas également bien mérité de la science, mais leurs noms doivent cependant être tirés de l'oubli, car plusieurs d'entre eux furent de vrais savants et des hommes extrêmement laborieux :

Jean-Louis-Livin Baudo de la Cloye, 1746 à 1749.
Charles Payen, 1749 à 1751.
Michel-Procope Couteaux, 1751 à 1753.
Louis-René Marteau, 1753 à 1757.
Denis-Claude Doulcet, 1757 à 1759.
Alexandre-Louis Dienert, 1759 à 1761.
Henri-Jacques Macquart, 1761 à 1763.
Hugues Capet, 1763 à 1764.
David Vasse, 1764 à 1765.
Gervaise, 1765 à 1768.
Hugues Gauthier, 1768 à 1770.
Edmond-Claude Bourru, 1771 à 1775.
Jean Roy, 1775 à 1780.
Roussel de Vauzenne, 1780 à 1781.
Leclerc, 1781 à 1783.
Dubertrand, 1783 à 1785.
Delaplanche, 1783 à .....

M. Franklin termine son curieux ouvrage par la liste des manuscrits que possède aujourd'hui la bibliothèque de la Faculté, liste assez courte, hélas ! peu importante, incomplète d'ailleurs, et qui fait encore plus regretter la perte des anciens manuscrits.

Nous ne pouvons qu'adresser de bien sincères compliments à M. Franklin ; mais nous ne saurions en adresser aux divers bibliothécaires qui depuis longues années se sont succédé à la Faculté, et qui ne nous paraissent pas avoir pour leurs livres tout l'amour qu'ils méritent. Nous ne comprenons pas qu'aucun d'eux n'ait été tenté d'écrire une histoire de la Faculté de Paris ; qu'il ne s'en soit pas trouvé un seul ayant assez l'amour de notre *bonne mère* pour sortir de l'oubli ces Commentaires dont nous avons parlé, et dont un extrait a été fait par Bertrand et se trouve à la Faculté.

Hazon, je crois, regrette dans son discours que le catalogue de notre bibliothèque ne fût pas déjà imprimé de son temps. N'est-ce pas une action coupable que ce catalogue ne soit pas encore dressé et publié, et qu'aucun de nous ne sache au juste quels sont les livres qu'il a à sa disposition ? Il est bien permis de demander si nous aurons un jour ce catalogue, et s'il ne faudra pas qu'un travailleur étranger, M. Franklin ou tout autre, nous fasse connaître l'inventaire de cette bibliothèque que nous ne connaissons que par des catalogues manuscrits qu'on n'a pas toujours le temps d'aller consulter.

Ces catalogues ont été faits maintes fois par Bourru en particulier ; de la Cloye en avait aussi dressé un ; et par un singulier hasard ou une coupable négligence, ce catalogue, qui n'a sa place qu'à la Faculté, se trouve conservé à la bibliothèque Mazarine. D'autres bibliothèques publiques possèdent aussi des manuscrits plus ou moins importants qui appartiennent de droit à la Faculté (un manuscrit de Jacques d'Amboise, par exemple, sur les leçons d'Akakia et de Perdulcis à la Bibliothèque impériale), nous ne pensons pas qu'il fût impossible de les faire rentrer au bercail, mais il faudrait s'en occuper.

En attendant, remercions M. Franklin de ce qu'il a fait pour nous, et qu'il nous permette de le féliciter sur la forme et sur le fond de son travail. Dr H. MONTANIER.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

voir : que le poumon engorgé ou enflammé rend quelquefois un son clair à la percussion.

Quelles sont les conditions physiques de ce phénomène? C'est ce qu'il a été jusqu'à présent difficile de déterminer. Tout ce que je puis dire, c'est que l'engorgement du poumon en pareil cas est moindre que lorsqu'il y a matité. Pour mon compte, j'ai plusieurs fois constaté le tympanisme au niveau de la lésion pneumonique, mais seulement au début et à la période de résolution de la maladie, la matité s'étant montrée dans la période intermédiaire.

Avenbrugger et Laënnec ont signalé l'exagération d'intensité du son de percussion par rapport à l'état normal. Laënnec l'a indiqué comme signe exclusif du pneumothorax et de l'emphysème pulmonaire. Pour lui comme pour la plupart des observateurs qui l'ont suivi, ces deux conditions, l'air accumulé dans la plèvre ou distendant des vésicules dilatées en grand nombre, étaient les seules qui pouvaient expliquer le son tympanique. L'exagération de la quantité d'air contenue dans la partie de la poitrine qui donne lieu au son tympanique serait donc la seule cause du phénomène. C'est cette manière de voir qui avait conduit les observateurs anglais à admettre l'existence d'un pneumothorax accidentel dans certaines pneumonies. Mais ce principe de l'exagération de la quantité d'air sous-jacente, considérée comme nécessaire à la production du tympanisme, est erroné comme explication générale et absolue du phénomène. Il n'y a pas eu erreur de fait, car on a bien constaté la coïncidence du pneumothorax et de l'emphysème pulmonaire avec l'exagération d'intensité du son; mais l'induction qu'on en a tirée comme principe est fausse. Les faits plus complétement étudiés nous forcent à admettre que le poumon peut rendre à la percussion un son exagéré d'intensité, qu'il soit raréfié par l'emphysème ou condensé dans une certaine mesure.

NOTE SUR LA SUTURE DU NERF MÉDIAN.

Par M. Laugier.

(Communiqué à l'Académie des sciences, séance du 18 juillet 1864.)

L'attention bienveillante que l'Académie des sciences a bien voulu prêter à la lecture que j'ai eu l'honneur de lui faire sur la suture du nerf médian, et l'assentiment flatteur que j'ai reçu de la part de deux de ses membres les plus éminents, me font une loi de lui faire connaître les suites de cette opération.

L'expérience physiologique dont j'ai donné les résultats immédiats est entrée, si je puis le dire, dans une nouvelle phase un peu moins favorable que la première, mais non moins féconde en faits nouveaux et même inattendus.

Le fil qui réunissait les deux bouts du nerf coupé s'est détaché dans la soirée du samedi 25 juin, douzième jour depuis l'opération, après avoir coupé les parties comprises. La section du nerf par le fil était prévue : il n'y avait aucun moyen de s'y opposer, son moment seul était incertain.

Qu'arriverait-il après la chute de ce fil? Il n'y avait qu'à attendre et à observer. Jusque-là tout s'était maintenu dans les conditions premières. La sensibilité et les mouvements des doigts avaient persisté sans perte aucune. En serait-il de même quand le fil aurait cessé de prêter aux extrémités du nerf le même point d'appui? La section du nerf donnerait-elle lieu à quelque accident traumatique?

Tous les physiologistes et les chirurgiens savent bien que leurs recherches sont sujettes aux lois de l'organisme, et qu'il faut subir ces lois sans pouvoir s'y soustraire. L'intervention de ces lois n'est pas toujours défavorable, mais elle peut troubler les phénomènes au moins d'une manière temporaire. Sous ce rapport, les effets immédiats de l'opération peuvent être distingués des effets consécutifs. Ces derniers sont en partie du domaine de la pathologie. Au reste, ce trouble apporté dans l'expérience a aussi son côté important; il est lui-même une nouvelle expérience instituée par l'organisme, et dont celui-ci a seul la clef jusqu'à ce que l'observation en ait tiré la conclusion.

Voici ce qui s'est produit ici :

A dater de la chute du fil de suture, une inflammation manifeste s'est montrée dans le nerf au niveau de la plaie; elle a été signalée par des douleurs lancinantes le long des doigts d'abord paralysés, sur le trajet des branches nerveuses collatérales qui naissent du médian; mais ce phénomène a eu lieu d'une manière inégale. Le pouce, le médius, l'index en étaient le siége, l'annulaire en a été exempt. En même temps s'est produit dans les doigts douloureux de l'engourdissement et peu à peu une perte notable de la sensibilité tactile à leur face palmaire, mais cela encore d'une manière inégale. Ainsi l'anesthésie cutanée était à peu près complète au niveau des deux dernières phalanges de l'index, à toute l'étendue de la face palmaire du pouce et du médius, mais le sentiment a persisté à la face antérieure de la première phalange de l'index, à toute la moitié externe de la paume de la main, enfin au côté externe du doigt annulaire, où il n'avait pas subi la moindre altération. Mais peut-être, pour sa persistance en ce dernier point, voudra-t-on arguer d'un rameau anastomotique constant envoyé par le nerf cubital, bien qu'il soit peu probable qu'il pût lui seul il puisse suppléer à la sixième branche collatérale du nerf médian. Encore faudrait-il qu'il eût conservé la sensibilité de la face interne du doigt médius, à moins qu'on ne suppose que ses filets sont exclusivement destinés au doigt annulaire, circonstance tout à fait inconnue et que le fait que j'étudie est peut-être destiné à mettre en relief.

Quoi qu'il en soit, après cinq ou six jours, les vives douleurs dues à la névrite se sont calmées, et depuis ne se sont fait sentir que par intervalles et en quelques points de la longueur des doigts; mais à dater de leur apparition, comme je l'ai dit, la sensibilité est devenue très-altérée; parfois elle était nulle à l'attouchement du doigt ou des barbes d'une plume, parfois seulement incertaine. Le blessé rapportait la sensation perçue à une autre partie du doigt touché, ou même à un doigt voisin.

La sensibilité reviendra-t-elle à mesure que l'inflammation s'éteindra?

Telle était la question que je me posais il y a quelques jours. Déjà il y avait des apparences manifestes de retour; ainsi les sensations tactiles avaient reparu à la face antérieure de la première phalange du pouce, au-devant de la seconde et même de la troisième phalange de l'index; à la pulpe de ce même doigt le blessé reconnaissait l'état d'un corps lisse ou rugueux; il distinguait les aspérités d'une lime douce et même les sensations du froid et du chaud; mais il y avait une singulière mobilité dans son appréciation du contact, et c'était une étude curieuse que ces variations comparées aux sensations nettes et précises des douze premiers jours à partir de la suture du nerf jusqu'à la chute du fil.

Mais aujourd'hui la question du retour complet de la sensibilité tactile n'est plus douteuse. A la visite de vendredi dernier 15 juillet, les sensations ont été beaucoup plus précises, à la grande satisfaction du blessé; on observait encore parfois de l'hésitation dans la désignation du point touché des doigts anesthésiques; mais au médius même, qui avait le plus perdu de sa sensibilité, les sensations tactiles étaient le plus souvent perçues avec précision.

Quant aux mouvements du pouce, les seuls qui aient trait au rétablissement des fonctions par la suture au point où elle a été pratiquée, ils sont restés intacts, ils ont pris même plus de développement qu'ils n'en avaient les premiers jours après l'opération. Le malade, depuis plus de trois semaines, ne fait pas seulement le mouvement d'opposition, mais la circumduction dans laquelle le muscle petit abducteur animé par le médian joue nécessairement son rôle.

Au dixième jour, la contractilité électrique, qui après les lésions traumatiques des nerfs moteurs s'éteint vers le septième ou huitième jour, a été constatée publiquement par M. Duchenne (de Boulogne), dont les travaux et l'expérience de ce genre de recherches sont bien connus de l'Académie. Comment ne pas admettre que cette persistance est due à la continuité d'action du nerf rétablie par sa suture?

Que de faits singuliers deviennent évidents dans cette expérience physiologique de la suture d'un nerf mixte! Le médian, à peine de la grosseur d'une plume de corbeau, dans le point où il a été coupé et réuni, a donc pu être partiellement enflammé de telle sorte qu'un certain nombre de ses tubes sensitifs soient restés exempts d'inflammation, comme ici ceux qui se rendent à la face externe de l'annulaire. D'autre part, sur le trajet d'autres tubes sensitifs, nous avons constaté des paralysies partielles de la sensibilité tactile bornées à la face antérieure de deux phalanges d'un même doigt, fait favorable à cette opinion de quelques anatomistes, que la sensibilité tactile d'un doigt, par exemple, peut résulter de houppes nerveuses indépendantes, ayant chacune une fibre tige particulière, et comme on le verrait ici, susceptible d'être affectée isolément.

Comment se fait-il aussi qu'à la suite de la suture du médian nerf mixte, les tubes sensitifs seuls aient subi l'atteinte de l'inflammation, tandis que les tubes moteurs, ainsi que les mouvements auxquels ils président, sont restés entiers? Leur isolement non contesté permet-il de croire qu'un nombre quelconque de ces derniers tubes, les moteurs, ait été enflammé quand les mouvements n'ont fait aucune perte?

L'Académie m'excusera de donner sur ces divers points plutôt des aperçus que des solutions.

J'ai eu pour but, dans cette seconde note, de faire connaître plus à fond les suites de l'opération pratiquée, d'appeler l'attention sur une complication sérieuse et peut-être inévitable de la suture, l'inflammation du nerf; enfin de faire remarquer que les pertes partielles de la sensibilité déjà recouvrée par l'opération n'infirment pas, au point de vue physiologique, les premiers résultats, c'est-à-dire la possibilité du rétablissement presque immédiat des fonctions d'un nerf coupé, pourvu que les bouts soient ramenés et maintenus au contact suivant la tranche de section, et qu'au point de vue chirurgical, si la sensibilité n'avait pas été entièrement rétablie, les mouvements de la main qui dépendent du nerf médian, retrouvés après l'opération, n'en ont pas moins persisté et sont restés acquis au blessé.

Ce fait, même avec les modifications qu'il a subies, diffère donc des faits connus jusqu'ici, et n'a d'analogue que celui de M. Nélaton. Beaucoup de médecins très-compétents l'ont vu et trouvé incontestable. Toutefois, l'étonnement qu'il a causé lui a valu des contradicteurs, comme il était naturel de s'y attendre; mais ils sont loin d'être d'accord. Les uns, je ne crois pas qu'ils soient nombreux, frappés des altérations de la sensibilité produites par l'inflammation du nerf, et sans tenir compte du retour des mouvements, se sont montrés peu disposés à reconnaître ce qui leur avait paru tenir du miracle; mais dans les sciences d'observation, les faits ne semblent miraculeux que lorsqu'ils se présentent pour la première fois, et la seule réponse à faire, je crois, c'est la présentation du malade devant la commission nommée par l'Académie.

D'autres, après avoir bien observé le blessé, n'ont pas contesté le retour de la sensibilité et du mouvement après la suture, mais ils en voudraient, sans l'avoir trouvée cependant, une autre explication. Ils ne font pas attention que le rétablissement si rapide des fonctions du nerf prouve d'une manière péremptoire l'intervention efficace de l'opération; que l'altération même de la sensibilité par la névrite est encore une démonstration du rôle joué par la suture, et que pour admettre ici une autre origine du retour du sentiment et du mouvement, il faudrait renoncer à ce qu'on sait de positif sur l'usage et la destination pour ainsi dire individuelle de chaque nerf. Je ne fais allusion à ces doutes sur l'authenticité ou la véritable explication de mon observation, que parce qu'ils se sont fait jour dans des actes publics ou dans la presse. Au reste, c'est à l'Académie qu'il appartient d'apprécier et de juger.

DÉCOUVERTE DES SPORES DE L'ACHORION

dans l'air qui entoure les malades atteints de favus.

Par M. le docteur J. Lemaire.

(Lu à l'Académie des sciences, séance du 18 juillet).

M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a prouvé dans ces dernières années que l'*achorion Schœnleinii* est la cause du *favus*, et qu'il suffit de détruire ce champignon pour guérir rapidement la maladie. M. Bazin admet pour le *favus*, comme pour les autres teignes, quatre modes de transmission, savoir : le contact immédiat et médiat, l'inoculation et la propagation par l'air. Les trois premiers modes de transmission ont été démontrés par la clinique et par des expériences; mais le quatrième mode n'était pas démontré, ce n'était qu'une hypothèse....

Connaissant les expériences qui m'ont permis de constater l'existence de spores dans les gaz qui se dégagent des matières en putréfaction, M. Bazin demanda si je ne pourrais pas, à l'aide des mêmes moyens, démontrer dans l'air la présence de spores de l'*achorion*. Je répondis affirmativement, et je fis mes recherches de la manière suivante :

Un malade âgé de seize ans, atteint de *favus* depuis sept ans, avait tout le cuir chevelu envahi par le mal. Il n'avait suivi aucun traitement. Je plaçai ce malade à l'extrémité du casier d'un bureau, de manière que sa tête dépassât la planche qui termine supérieurement ce casier. Je plaçai à 50 centimètres de la tête deux vases allongés remplis de glace et reposant sur une petite cuvette. Alors un courant d'air fut établi de manière à transporter la poussière favique vers les vases. Je fis agiter les cheveux et les croûtes en les faisant gratter par le malade, et l'air emporta à une assez grande distance des parcelles de matière favique visibles à l'œil nu dans lesquelles le microscope me permit de constater l'existence de l'*achorion*.

Ce premier résultat avait déjà son intérêt, mais celui que j'attendais des vases remplis de glace devait en avoir un autre plus important, et mon attente ne fut pas trompée. En effet, le courant d'air qui passait sur la tête du malade venait frapper ces réfrigérants, y déposait l'eau qu'il tenait en suspension, et cette eau découlant le long des parois se réunissait dans la cuvette. C'est dans ce liquide que j'ai trouvé un grand nombre de spores isolées.

Il est difficile de préciser la distance à laquelle ces spores peuvent être transportées, mais on ne saurait douter qu'elles ne puissent l'être fort loin.

L'expérience a été répétée une fois devant M. le docteur Deffis, et une autre fois en présence de M. Bazin, de son interne et d'une douzaine d'élèves. Tous ont constaté dans une seule goutte de liquide l'existence d'une trentaine de spores isolées. Une autre expérience, faite dans des conditions beaucoup moins favorables, a été aussi couronnée de succès.

Ainsi, nul doute, les spores de l'*achorion* sont charriées par l'air atmosphérique. L'hypothèse de M. Bazin est aujourd'hui un fait démontré.

Je prie l'Académie de vouloir bien remarquer que c'est la première fois que l'on démontre dans l'air la présence d'êtres vivants capables de reproduire la maladie contagieuse qui leur a donné naissance.

HÉMORRHAGIE UTÉRINE APRÈS LA DÉLIVRANCE.

Par M. le docteur Duchenne (de Pavilly).

Une observation du docteur Fleury (de Langon), publiée le 14 juillet dernier, ayant pour titre *Hémorrhagie utérine après la délivrance*, nous en rappelle une autre de même nature de M. le docteur Mazei du 4 octobre 1862.

Dans l'observation du docteur Fleury, les affusions d'eau froide, le seigle ergoté, l'enlèvement des caillots n'auraient produit aucun résultat, la compression de l'aorte aurait seule arrêté l'hémorrhagie.

Dans celle de M. Mazei, les mêmes moyens auraient été employés, sauf la compression, et la malade aurait succombé à l'hémorrhagie; puis, répondant à une demande de ce dernier, vous ajoutez... *fait concluant en faveur de la compression de l'aorte.*

Permettez-moi d'entrer dans la question.

J'ai rencontré pendant l'année 1862-1863, 11 cas d'hémorrhagie utérine; 8 ont cédé à la position suivante : le siége au bord du lit, la tête presque à terre, la malade soutenue par des aides. Il me resterait donc 3 observations d'hémorrhagies graves à vous soumettre; mais pour ne pas fatiguer vos lecteurs, je ne m'étendrai *in extenso* que sur la dernière.

Je me contenterai de dire que pour la première malade, tous les moyens connus furent employés, sauf la compression de l'aorte.... Mort.

Pour la deuxième, mêmes moyens; en plus, compression de l'aorte; arrêt de l'hémorrhagie.... Mort le quatrième jour à la suite d'une pneumonie aiguë.

Quant à la troisième malade, en voici l'observation complète :

La nommée O..., femme d'un cultivateur d'Hugleville, âgée de trente-huit ans, bien portante, mère de sept enfans, me fit appeler le 17 juin 1863, à six heures du matin, pour l'accoucher, me faisant prévenir qu'elle avait des pertes après chaque délivrance (1).

Je me rendis chez la malade, muni de 6 grammes de seigle ergoté, en six paquets. La nuit s'était passée dans les douleurs; celles-ci continuèrent faiblement, inégalement toute la journée, s'exaspérèrent le soir, et enfin l'accouchement fut terminé vers dix heures. Immédiatement, expulsion du placenta, hémorrhagie externe et interne.

Dans nos campagnes, les femmes accouchent étendues sur un long sac rempli de paille, le siége sur le fond du sac, les jambes demi-fléchies, les pieds arrêtés par un meuble... L'autre extrémité du sac est relevée par une chaise renversée, les pieds en l'air; on obtient ainsi un plan incliné.

J'enlevai immédiatement la chaise, la position devint horizontale pour le tronc, inclinée pour la tête et les épaules, qui dépassaient le sac. — Seigle ergoté, 1 gramme; affusions d'eau froide par surprise, frictions, portes et fenêtres ouvertes.

L'hémorrhagie continue, l'utérus s'emplit, forme tumeur jusqu'à la hauteur de l'ombilic; contraction nulle, puis cessation de la perte.

Au bout de dix minutes, nouveau paquet de seigle ergoté; frictions, affusion, bon état.

L'indication formelle, la recommandation expresse de tous les auteurs n'est-elle pas celle-ci : vider l'utérus, titiller le fond de l'organe, frictionner l'abdomen?

(1) Dans les 7 premiers accouchements, malgré la gravité des pertes, rien n'avait été fait.

J'obéis donc à l'indication et vidai l'utérus; contractions nulles, l'hémorrhagie reparaît (seigle ergoté, 1 gramme, affusions, *compression de l'aorte*). L'utérus s'emplit, remonte comme précédemment jusqu'à l'ombilic; les caillots se forment, cessation de l'hémorrhagie. On cesse la compression.

Apres un quart d'heure de repos, 4 grammes de seigle. Quelques minutes après, nouvelle extraction des caillots *avec la précaution préalable de comprimer l'aorte*, compression difficile à cause de la dilatation utérine, et pénible pour la femme. (Eau froide, frictions *ut supra.*) Contractions nulles, réapparition des accidents, mais cette fois avec accompagnement des symptômes les plus graves; pouls insensible, sueur froide, face cadavéreuse, éructations, lipothymies; pour la troisième fois la perte s'arrête, l'utérus plein et remonté à l'ombilic. Cessation de la compression.

Les aides (*voisins*) n'en pouvaient plus. Moralement et physiquement épuisé, les genoux dans le sang depuis une heure, je profitai de ce nouveau répit pour remettre un peu mes idées; j'avoue humblement le besoin que j'en avais.

Mais que faire? Il me restait 2 grammes de seigle, effet nul. Fallait-il de nouveau compter sur la compression? Evidemment non.

Devais-je une troisième fois vider l'utérus? L'indication restait toujours la même, mais avec l'affreuse perspective que si l'hémorrhagie se renouvelait, et c'était probable, tout était perdu.

Une idée surgit, idée tout à fait contraire à la théorie et à la pratique, mais fondée sur ceci : que trois fois l'hémorrhagie s'était arrêtée quand l'utérus avait été rempli, que les caillots réunis avaient fait l'office de bouchon, et que ce bouchon continuant parfaitement son emploi, il n'y avait aucun danger à attendre.

Vingt minutes s'étaient écoulées sans nouveaux accidents, la femme prenait du vin, du bouillon, le pouls était un peu relevé; mon parti étant pris et ne pouvant la laisser dans une mare de sang, je la transportai sans secousses sur son lit, préparé *ad hoc*, c'est-à-dire la tête en bas, le tronc exhaussé, après lui avoir fait prendre en une seule fois les 2 derniers grammes d'ergot.

Il était minuit; sous l'influence de la plus grave responsabilité et ne voulant confier à personne une surveillance de chaque instant, je restai près du lit, la main sur le pouls, frictionnant l'utérus, portant une attention continuelle au linge qui garnissait le lit, faisant prendre vin et bouillon. Le restant de la nuit fut très-calme, sans sommeil, mais sans la plus petite douleur.

Vers quatre heures du matin, la malade croit sentir une légère colique; j'en profite pour frictionner de nouveau; l'utérus revient légèrement, mais manifestement sur lui-même; expulsion d'un caillot. Je continue les frictions sans désemparer; coliques rapprochées, un peu plus vives; les caillots ramollis commencent à se détacher plus facilement; les contractions sont de plus en plus sensibles, et enfin vers sept heures, après une nuit entière d'émotions, j'ai le bonheur de sentir l'utérus complétement vide et parfaitement revenu sur lui-même (1).

En résumé :

1° L'ergot de seigle peut n'avoir aucune action;

2° La compression de l'aorte peut être nulle;

3° L'expulsion des caillots renouvelle l'hémorrhagie quand la contraction n'a pas lieu;

4° L'emploi des trois moyens réunis peut manquer son effet.

Comme M. le docteur Mazei, je dis : Que faire en pareille circonstance?

Dans le cas précité, j'ai agi en parfaite connaissance de cause et contre la théorie et contre la pratique; ai-je eu tort, ayant inutilement épuisé toutes les ressources connues? Selon moi, j'ai bien fait, puisque j'ai réussi.

(1) Au moment des contractions, je regrettais de ne plus avoir de seigle ergoté sous la main; mais après l'emploi de 6 grammes, eût-il été prudent de le continuer?

QUELQUES MOTS

sur la réunion des plaies par première intention,

Par M. le Dr COURSSERANT.

(Note lue à la Société de médecine pratique.)

1° L'utilité de maintenir exactement en contact et de placer dans le plus grand relâchement possible les surfaces entre lesquelles on désire voir s'établir la réunion par première intention n'étant contestée par personne, il s'ensuit que les tissus se trouveront placés dans les conditions les plus favorables pour une prompte réunion, si, dans le but de seconder l'action essentiellement passive des divers modes de contention ordinairement employés, le chirurgien, pendant quinze, trente, quarante-cinq minutes environ, a recours à l'intervention active et intelligente de ses doigts.

2° Cette attention minutieuse dans le pansement ne doit jamais être omise toutes les fois qu'il s'agit de pratiquer soit à la face, soit au front, soit dans la région des paupières, une de ces opérations délicates dans lesquelles la précision mathématique est d'autant plus nécessaire que la difformité pour laquelle intervient le chirurgien ne peut manquer d'être plus prononcée si la réunion par première intention vient à faire défaut.

M. Coursserant cite plusieurs observations dans lesquelles le pansement exécuté d'après les données précédentes a paru exercer l'influence la plus heureuse sur la marche ultérieure de la guérison.

3° Enfin, si l'on fait attention à la manière dont se comporte le lambeau antérieur dans la kératotomie supérieure, on arrivera à cette conséquence que, pour maintenir en contact les lèvres de la plaie kératique, nul moyen contentif ne saurait agir avec autant d'efficacité que les doigts, qui, à travers la paupière supérieure (à demi baissée et le malade regardant en bas), peuvent par une compression douce, légère, essentiellement variable, maintenir dans une juxtaposition presque absolue les surfaces entre lesquelles il est si avantageux de voir s'établir une prompte réunion. Ce n'est que quand cette dernière est déjà assez intimement assurée (ce qui exige un temps variant de 15 à 45 minutes), qu'il est rationnel de procéder au pansement définitif et permanent destiné à maintenir les paupières fermées.

POTION CONTRE LA DIARRHÉE.

Par M. DELIOUX (de Savignac).

Au moment où les tendances diarrhéiques commencent à se dessiner, il n'est pas inutile de rappeler aux praticiens que l'association des astringents et des opiacés doit souvent prendre le pas sur le sous-nitrate de bismuth.

Dans les cas de diarrhée grave, on se trouvera bien de l'usage d'une potion ainsi formulée :

Extrait de ratanhia.	2 à 4 grammes.
Laudanum de Sydenham. . .	1 —
Hydrolat de cannelle.	30 —
Eau gommée et sucrée. . . .	200 —

Préparer sans filtrer.

Dans les cas légers, on pourra réduire les doses de la manière suivante :

Sirop de ratanhia.	30 grammes.
Laudanum de Sydenham. . .	50 centigr.
Hydrolat de cannelle.	20 grammes.
Eau simple.	150 —

Le sirop de ratanhia contient 1 gramme d'extrait par 30 grammes.

Ces potions sont d'un goût agréable, et plaisent généralement aux malades.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 12 mai 1864. — Présidence de M. GUERSANT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

ÉLECTION.

M. BEYRAN fait un rapport sur un travail manuscrit de M. le docteur Souffron, de Mussidan (Dordogne), qui sollicite le titre de membre correspondant. Sur les conclusions favorables du rapporteur, M. Souffron a été élu membre correspondant à l'unanimité.

M. MATTEI lit un travail sur l'hydrorrhée.

(Sera publié prochainement.)

M. COURSSERANT communique un travail intitulé : *Quelques mots sur la réunion des plaies par première intention.*

(Voir plus haut.)

Du délire à la suite de l'opération de la cataracte. Effets des mydriatiques dans les adhérences iritiques.

M. MAGNE. Le délire que l'on observe parfois à la suite des opérations de cataracte a été différemment interprété. Les uns lui reconnaissent pour cause l'obscurité prolongée dans laquelle se trouvent placés les opérés; d'autres ont pensé que ce délire dépendait d'un état nostalgique, et l'an dernier les journaux de médecine ayant de nouveau abordé cette question, je crus devoir intervenir avec une expérience de plus de vingt années, et je formulai ainsi mon opinion sur ce sujet :

Le délire qui se manifeste quelquefois chez les opérés de cataracte ne tient pas à l'obscurité prolongée à laquelle sont condamnés les opérés, autrement on le constaterait — et on ne l'a jamais constaté chez les cataractés des deux yeux, qui ne subissent quelquefois l'opération que quelques années après la cécité complète. On constaterait ce même délire chez les amaurotiques, les glaucomateux, etc.

Ce délire ne peut non plus être expliqué par la nostalgie; en effet, on l'a observé chez des malades opérés à Paris et qui n'avaient jamais quitté Paris. A ce sujet je citais un vieillard de plus de quatre-vingts ans, né à Paris, opéré par moi à Paris, et dont le délire consistait à demander incessamment qu'on le reconduisît dans sa chambre qu'il n'avait jamais quittée....

Pour moi, le délire consécutif à l'opération de la cataracte tient à la diète trop sévère; je ne serais pas éloigné de lui trouver une certaine analogie avec le vertigo à *stomacho læso*. Ce qui me confirme dans cette pensée, c'est que depuis plus de dix ans que j'emploie la glace, immédiatement après l'opération, dans le but de prévenir le traumatisme, et que cette absence de traumatisme me permet de nourrir mes malades, je n'ai observé que deux fois le délire en question.

La première fois, c'était chez le vieillard dont je viens de vous entretenir; il n'était pas à la diète, mais j'appris qu'il avait l'habitude, avant l'opération, et cela depuis longues années, d'ingurgiter chaque jour de 25 à 30 petits verres de cassis; ce régime avait été subitement interrompu; dès que j'eus connaissance du fait, je conseillai l'usage journalier de 2 verres à bordeaux de vin de quinquina au malaga; le délire disparut comme par enchantement.

Chez l'autre malade, le délire m'a semblé aussi intimement lié au défaut d'alimentation.

L'observation relative à cette opérée me paraissant très-intéressante sous plus d'un rapport, je tiens à entrer dans quelques détails à son sujet, après quoi je terminerai par la question principale : celle du délire.

Vous vous rappelez qu'il y a quatre ans, je vous ai rapporté l'opération de cataracte que j'avais pratiquée par réclinaison chez le père de la célèbre T.... Il avait été opéré d'un œil à Milan; l'opération avait été suivie d'iritis, une pseudo-membrane avait oblitéré en partie la marge pupillaire.

Appelé à opérer l'autre œil, chaque fois que j'y introduisais soit une goutte de solution d'atropine, soit une goutte d'extrait aqueux de belladone, il survenait une violente conjonctivite oculo-palpébrale et une inflammation érythémateuse des paupières. On avait changé le pharmacien; on avait même employé de l'atropine venant de Berlin : le médicament avait beau venir de loin, le résultat était le même.

Je pratiquai l'opération; six jours après : iritis, traces de pseudo-membranes et inflammation érysipélateuse des paupières; l'épiderme avait disparu comme si l'on eût appliqué un vésicatoire. Le seizième jour, l'œil était débandé, M. T... se promenait, et le trente et unième jour, il assistait sans fatigue, à l'Opéra, à la représentation de la *Sylphide*, son ouvrage.

Il avait alors quatre-vingt-quatre ans; il en a quatre-vingt-huit aujourd'hui, et je l'ai revu hier; il arrivait d'Italie; il s'était rendu à Berlin, de Berlin à Paris, seul, et il repartait le soir même pour le lac de Côme : un tout petit débris de fausse membrane rappelle l'ancienne iritis; du reste, la pupille est libre et la vue excellente.

Par un de ces singuliers, je pourrais dire fortunés hasards de la pratique, au mois de janvier dernier j'ai été appelé à opérer la mère de la célèbre C... dans des circonstances presque identiques. Comme M. T..., Mme C... avait été opérée d'un œil; un débris capsulaire adhérent à l'iris avait subsisté malgré l'habileté de l'opérateur.

La vision était presque nulle; l'autre œil était cataracté. Là aussi, chaque fois qu'une goutte d'atropine était instillée, se déclarait une violente conjonctivite oculo-palpébrale. Je pratiquai la réclinaison du cristallin; la capsule étant adhérente à l'iris, je dus renoncer à la détacher; mais, à l'aide d'incisions répétées, je pratiquai une trouée dans la capsule : une véritable *pupille artificielle capsulaire*.

Comme chez M. T..., j'observai une iritis traumatique et un érythème des paupières; l'épiderme se renouvela entièrement. Un traitement antiphlogistique triompha de ces accidents, et un mois après l'opération la malade avait retrouvé la faculté visuelle avec une pupille taillée dans la capsule, au centre de cette capsule qui double l'iris.

Si je n'avais pu me rendre compte, il y a quatre ans, de ce que je considérais comme une espèce d'idiosyncrasie déterminée par les instillations d'atropine, il n'en est pas de même aujourd'hui; voici l'explication que m'a fournie l'observation :

La conjonctivite oculaire, déterminée par l'instillation dans l'œil de gouttes d'atropine ou de belladone, se présente chaque fois qu'il existe des adhérences de la cataracte avec l'iris; cette inflammation passagère cesse dès que l'action de l'atropine est épuisée; elle est due au retrait forcé de ce diaphragme. De là des indications thérapeutiques que chacun comprendra.

Je reviens au délire consécutif à l'opération de la cataracte, objet principal de ma communication. Ce délire s'est manifesté chez Mme C... quelques jours après l'opération; il a été assez grave pour que j'aie cru devoir appeler à mon aide mon savant ami M. le docteur Cerise.

De quelle nature était ce délire? La malade avait été frappée subitement par un immense chagrin de famille; mais la consolation aussi avait été immédiate, et cependant les phénomènes cérébraux ont persisté pendant huit jours. La cause du délire ici encore tenait au défaut d'alimentation. Dans la soirée qui suivit l'opération, la malade fut prise de vomissements, qui résistèrent à l'ingestion répétée de la glace pilée, à la potion de Rivière, etc. Il survint un tel dégoût des aliments que l'eau sucrée même était refusée; la langue était rouge, dépouillée de son épithélium; le ventre ballonné et douloureux. Dès que l'alimentation put être reprise, le délire cessa.

Je persiste donc à penser que le délire consécutif à l'opération de la cataracte est intimement lié à la diète trop longtemps prolongée.

M. LEGRAND DU SAULLE. J'ai écouté avec la plus grande attention l'intéressante communication que vient de nous faire M. Magne; je n'ai rien à dire sur la partie purement ophthalmologique, mais je désirerais que la Société voulût bien me permettre d'entrer dans quelques développements relativement à cette variété de *délire* qui, chez les deux malades traités par notre honorable collègue, a suivi l'opération de la cataracte.

D'après ma manière de voir, les malades dont il vient d'être question n'ont éprouvé qu'un véritable phénomène sympathique ou réflexe, et l'on sait que ce phénomène trahit la part prise par le cerveau à la souffrance d'un organe plus ou moins éloigné. Ces malades ont eu, en un mot, cette forme de délire qui succède fréquemment à une violence extérieure, et qui est reconnaissable au manque absolu de fièvre : on l'a indifféremment appelée *délire nerveux*, *délire des opérés* ou *délire traumatique*.

Ce délire éclate en général tout à coup dès les premiers jours, et dans quelques cas très-rares, dès les premières heures qui suivent la formation de la plaie, la blessure, l'opération ou la tentative de suicide. Il débute volontiers par du contentement, une gaieté peu ordinaire et de la loquacité; le malade a l'œil vif, la parole brève et les mouvements brusques; puis il est bientôt en proie à des désordres intellectuels tels qu'il confond les lieux, les personnes et les choses, et que par l'invraisemblance et l'incohérence de ses discours il éveille et alarme la sollicitude de sa famille, de son médecin et des assistants. Une chose est à noter, c'est que dans ce cas les idées délirantes sont en harmonie avec l'âge, la profession, les goûts, les habitudes et les passions des individus; rien n'est discordant, extravagant, et si je peux m'exprimer ainsi, le délire est *raisonnable*, le délire est *intelligent*.

L'ensemble de ces phénomènes va souvent en s'aggravant : la loquacité devient alors incessante, la face s'anime et se colore, et le sommeil, qui dans la première phase de ce délire avait été extrêmement irrégulier et troublé, est complétement nul. Le malade s'excite, s'agite, prononce des paroles menaçantes, effrayantes, et présente souvent une anesthésie cutanée qui dépasse toute prévision : il arrache ses pansements, ses bandages et ses appareils chirurgicaux, et, *sans témoigner la plus petite douleur*, il marche avec une jambe fracturée et s'appuie sur des membres brisés. A-t-il une ou plusieurs fractures de côtes, il chante et s'agite néanmoins. Vient-il d'être opéré d'une hernie étranglée, il introduit le doigt dans la plaie et déroule l'intestin! Le pouls, malgré tout cela, est resté calme et normal, la fièvre ne s'est point allumée, les fonctions excrémentitielles s'accomplissent à merveille, mais l'appétit reste nul. Au bout de quelques jours, l'accès de délire se termine par la guérison le plus souvent, mais quelquefois aussi par la mort.

Lorsque le malade va guérir, il devient tranquille; puis, harassé de fatigue, il s'endort profondément. Son sommeil peut se prolonger dans ces conditions-là pendant dix, douze ou quinze heures. A son réveil, il est faible d'abord, sa raison reparaît, l'appétit renaît, et tout rentre dans l'ordre. Le médecin, au contraire, intervient-il *post mortem* et pratique-t-il l'autopsie, il ne trouve ni dans l'appareil cérébro-spinal ni ailleurs des altérations anatomiques capables d'expliquer la mort.

Les hommes, et parmi eux les gens nerveux, pusillanimes, poltrons, qui se sont armés de courage pour subir l'opération ou pour attenter à leurs jours, sont beaucoup plus exposés que les femmes à ce délire traumatique. L'honorable M. Guersant pourra nous dire s'il l'a observé chez les enfants, mais *a priori* je crois qu'il se montre très-rarement chez eux.

On ne saurait prendre ce délire pour un début de méningite, car il n'y a point de fièvre, ni pour un accès de delirium tremens, car l'étiologie alcoolique manque. Il ne faut d'ailleurs point perdre de vue un seul instant le traumatisme antécédent. J'ai vu mourir dans l'espace de trois jours, il y a quelques années, un médecin français âgé de soixante-cinq ans, arrivant de Rio-Janeiro, où il avait rempli pendant longtemps une mission de confiance auprès de l'empereur du Brésil, et qui, à l'occasion d'une affection chronique des voies urinaires, avait été sondé par un très-habile chirurgien des hôpitaux. Il fut pris de délire nerveux et succomba sans qu'il y ait eu frisson, chaleur et sueur, et sans que le pouls ait dépassé 70 pulsations à la minute.

Je suis, en résumé, porté à croire que les malades opérés par M. Magne ont été atteints de ce même délire, et j'avoue ne pas comprendre très-bien comment on a pu caractériser ce phénomène du nom de *délire nostalgique*. Si je n'avais pas déjà abusé de l'attention et de la bienveillance de la Société, je tracerais une rapide esquisse symptomatologique du délire des nostalgiques, et l'on verrait qu'il n'y a pas lieu de le mettre en cause ici.

Les malades de M. Magne ont-ils éprouvé cette variété de délire que l'on observe à la suite d'une diète prolongée, de l'inanition? Eh bien, je ne le crois pas encore. Ils étaient âgés, cela est vrai, mais ils n'avaient point été, en somme, soumis pendant assez longtemps à l'étiologie déprimante de l'alimentation restreinte, pour pouvoir présenter déjà du *délire anémique*. Je viens d'en voir un cas fort remarquable tout récemment.

M. le docteur Galtier-Boissière m'a mandé auprès d'un acteur atteint d'une très-grave affection des voies respiratoires et d'une dyspepsie très-intense, qui à la suite d'une inanition prolongée venait d'éprouver du délire, des hallucinations et surtout des illusions des sens. Le malade raconte « qu'il se déboublait suivant une ligne verticale, que la moitié gauche de son individu parlait à la moitié droite, etc. » Je prescrivis des aliments, et les accidents cessèrent.

Dupuytren combattait, si j'ai bonne mémoire, le délire nerveux par des lavements renfermant 5 ou 6 gouttes de laudanum. Ce traitement peut être adopté à coup sûr avec avantage; mais je recommande, en pareil cas, l'eau de laurier-cerise dans une tasse de lait, ou bien les lavements avec du musc...... M. Magne m'interrompt, et me dit qu'il a donné du musc à l'intérieur. Il a bien fait, et je ne peux qu'approuver sa thérapeutique.

M. GUERSANT. Je n'ai jamais observé ce délire chez les enfants après l'opération de la cataracte. Quant aux adultes, je leur applique le traitement de Dupuytren, auquel j'ajoute quelquefois des emplâtres calmants sur les tempes.

M. COURSSERANT ne pense pas que le délire, dans les circonstances mentionnées par M. Magne, puisse dépendre de la diète; car, à tort ou à raison (question laissée tout à fait en ce moment en dehors du débat), la grande majorité des praticiens soumettent à la diète les opérés de cataracte, et néanmoins le délire se manifeste très-rarement. Il me semble difficile d'admettre les conclusions qui sont tirées des observations dont la Société vient d'entendre la lecture.

M. MAGNE. Je m'attendais à voir intervenir dans cette discussion la parole autorisée de M. Legrand du Saulle; mais je regrette de lui dire qu'il ne m'a pas convaincu. Je connais le délire traumatique, et je ne pense pas qu'on puisse l'invoquer dans les cas dont j'ai parlé. Quand le délire s'est manifesté chez mes opérés, la plaie était cicatrisée depuis plusieurs jours. Mes malades, sans jouir d'un sommeil régulier, ne présentaient pas d'insomnie; le pouls n'était point normal, il variait de 120 à 140 pulsations, et les phénomènes cérébraux ne cessèrent qu'quand l'alimentation redevint normale. Je persiste donc à admettre que le délire qui survient très-rarement à la suite des opérations de cataracte, est lié à la privation des aliments, à moins qu'une explication plus rationnelle ne me soit donnée. En tout cas, je suis charmé d'être d'accord avec M. Legrand du Saulle sur ces deux points : 1° que ce délire ne dépend pas d'une espèce de nostalgie; 2° qu'il ne peut être rattaché à l'obscurité prolongée dans laquelle sont tenus les opérés, opinions qui avaient été exprimées l'an dernier dans la presse médicale, et que j'ai cru devoir combattre.

Je réponds maintenant à l'argumentation de mon honorable collègue M. Coursserant. Mes opérés de cataracte ne sont jamais condamnés à la position horizontale; je ne change rien à leurs habitudes; ils se couchent à l'heure accoutumée; je ne les mets pas à la diète, et je n'ai jamais vu que la peur de l'opération fût pour quelque chose dans le délire consécutif.

Ce délire, excessivement rare, a été attribué à la cécité prolongée et à la nostalgie; je nie ces deux causes, et j'attribue ce genre de délire à la diète, jusqu'à ce qu'il me soit démontré que je suis dans l'erreur.

Rétention d'urine dans le prépuce. — M. BEYRAN. Cette rétention d'urine peut, comme celle des autres points des voies urinaires, être complète ou incomplète. Chez l'adulte, cet accident résulte ordinairement du rétrécissement accidentel ou inflammatoire d'un prépuce naturellement long et étroit; ou bien il est occasionné par le développement d'un calcul dans la cavité préputiale. Mais c'est surtout chez les nouveau-nés qu'on rencontre la rétention d'urine dans le prépuce; elle dépend presque toujours d'un vice de conformation congénitale, le plus particulièrement d'une imperforation ou d'une extrême étroitesse de l'ouverture préputiale.

Quoi qu'il en soit, la rétention d'urine dans le prépuce est à tout âge un accident sérieux qui peut avoir les conséquences les plus graves si l'on n'y remédie promptement. En effet, l'urine s'accumule de plus en plus dans la cavité du prépuce, et forme quelquefois une tumeur si volumineuse que le pénis et le scrotum ne se distinguent plus. Cette tumeur est ronde, pleine, lisse, élastique et transparente comme dans l'hydrocèle.

J'ai observé un certain nombre de cas de ce genre de rétention d'urine, dont le plus récent est le suivant :

Un enfant de deux ans, demeurant boulevard Sébastopol, avait depuis sa naissance le prépuce tellement long et étroit qu'il ne pouvait uriner qu'avec grande difficulté. A chaque miction le prépuce se gonflait, et une fois l'urine accumulée dans sa cavité, ce liquide n'en sortait que lentement et goutte à goutte, de manière qu'après la miction l'on était obligé de comprimer le prépuce pour le vider.

Depuis six mois la difficulté d'uriner devenait de plus en plus grande, lorsqu'au mois de novembre dernier l'enfant fut pris d'une véritable rétention. Depuis vingt-quatre heures il n'avait pas rendu une seule goutte d'urine lorsque je fus appelé.

La verge formait une tumeur élastique et transparente qui se confondait avec les bourses. Le petit malade souffrait beaucoup, il avait de la dyspnée, des nausées, de l'agitation et de la fièvre. En présence de ces accidents, je n'avais pas à hésiter pour rétablir immédiatement le cours de l'urine. En conséquence, j'insinuai un bistouri à lame très-étroite dans le pertuis du prépuce, et j'incisai cette membrane jusqu'à son insertion derrière le gland. Il s'échappa aussitôt toute l'urine accumulée, et l'enfant se trouva guéri de son infirmité. Inutile d'ajouter que tous les symptômes généraux ont également disparu avec les accidents locaux.

Il est évident que sans cette petite opération qui a permis l'évacuation immédiate de l'urine, il serait survenu des accidents extrêmement graves auxquels le petit malade n'aurait pas tardé à succomber. En effet, par la rétention prolongée de l'urine dans le prépuce, ce liquide est refoulé en arrière dans la vessie, dans les uretères et même dans les reins, de sorte que la mort peut alors survenir à la suite d'une rupture de la vessie, de la résorption urineuse et de la fièvre urique. Quelquefois cependant l'urine se fraye un passage fistuleux; mais c'est là encore une terminaison qui n'est pas sans danger pour la vie du malade.

Je pense que toutes les fois qu'on a affaire à une rétention d'urine dans le prépuce, on doit se hâter de donner issue à ce liquide, soit en agrandissant l'ouverture préputiale, soit en incisant le prépuce jusqu'à son insertion.

Le vice-secrétaire annuel, Dr DUPUY.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la séance du 13 juillet dernier de la Société de chirurgie, M. Morel-Lavallée a dit : « Je crois qu'une manœuvre chirurgicale, quelle qu'elle soit, mérite d'être publiée quand elle est utile », et à ce sujet il raconte le procédé qu'il employa pour extraire une aiguille enfoncée sous la peau au-dessous du coude. Il m'est arrivé, il y a quelque temps, d'employer un procédé analogue pour extraire un hameçon qu'un enfant s'était implanté dans la main gauche en pêchant à la ligne.

Lorsque j'étais externe dans le service de Dupuytren, je l'avais vu, dans un cas pareil, faire une incision pour retirer le corps étranger. Je me disposais à imiter mon illustre maître, lorsqu'un des assistants, étranger à notre profession, dit sans y être invité qu'il fallait pousser l'hameçon de manière à en faire sortir le crochet, et couper ce crochet avec des tenailles. Je m'emparai aussitôt de cette idée si simple, qui n'était pas venue à l'esprit de Dupuytren, sans faire connaître, je l'avoue, aux assistants que j'en avais eu une autre assurément moins bonne. J'épargnai ainsi au patient une opération douloureuse et une plaie pour le moins inutile.

Agréez, etc.

BURGUET,
docteur-médecin à Ladignac (Haute-Vienne).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets des 25 et 26 juillet 1864, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Ferraton et Navarre, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : M. Bagnols, médecin-major de 2e classe, et M. Blin, vétérinaire en 2e.

— Nous sommes heureux d'annoncer que deux de nos plus honorables confrères viennent d'être l'objet de récompenses honorifiques.

M. le docteur Caffes a été promu au grade de commandeur de l'ordre de Charles III d'Espagne.

M. le docteur Cros a été nommé chevalier de l'ordre de la Rose du Brésil.

— Par arrêté ministériel du 17 juillet 1864 :

M. le docteur Vedic est nommé directeur médecin en chef de l'asile des aliénés de Blois;

M. le docteur Seraine est nommé médecin directeur de l'asile des aliénés de Lafond;

M. le docteur Binet est nommé médecin directeur de l'asile des aliénés de Napoléon-Vendée.

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Leudet fils est nommé directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Rouen, en remplacement de M. le docteur Leudet père, démissionnaire.

— M. le docteur Vingtrinier a été nommé vice-président du Comité central de vaccine du département de la Seine-Inférieure, et président du bureau permanent de la correspondance dudit Comité.

M. le docteur Merry-Delabort a été nommé membre et secrétaire adjoint du même Comité central de vaccine. Cet honorable confrère est, en outre, nommé médecin adjoint des prisons de Rouen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Desbois, une des célébrités de la médecine rouennaise, décédé à Rouen le 15 juin dernier, à l'âge de soixante-cinq ans.

M. le docteur Liépard (de Fécamp), M. le docteur Moyse (de Saint-Benoît du Sault), et M. Guédras, officier de santé à Yerville, viennent également de succomber. Ce dernier était âgé de soixante-sept ans.

— La Société des sciences médicales du département de l'Yonne tiendra sa séance trimestrielle le jeudi 4 août, sous la présidence de M. le docteur Bally, membre de l'Académie impériale de médecine.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 91. — JEUDI 4 AOUT 1864. (37e ANNÉE.) N° 91. — JEUDI 4 AOUT 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 AOUT 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

M. J. Guérin, qui samedi dernier trempait sa plume de journaliste dans le fiel le plus amer pour juger la récente communication de M. Nélaton à l'Institut, a dans ses paroles d'académicien mérité des critiques qui pourraient prêter à une contre-partie de sa discussion de priorité sur le fait présenté à l'Académie des sciences. Si sensible que soit l'élève au mal que l'on dit du maître, comme le lecteur ne gagnerait rien à des représailles même légitimes, nous resterons ce qu'il convient d'être dans un compte rendu académique. Nous dirons que la pustule maligne ébauchée est une comparaison forcée avec la morve ébauchée. Pour être logique, il eût fallu dire que la pustule maligne, sans accidents généraux, est un charbon ébauché, comme certains chancres mal indurés sans infection sont des véroles ébauchées. La question posée comme l'a fait M. J. Guérin, conduirait à une autre comparaison, celle de la pustule maligne ébauchée avec un chancre ébauché ; mais personne ne conçoit le chancre ébauché, ce n'est pas même le chancre mou vrai qui remplirait ce rôle.

Un accident local est ou n'est pas. La pustule maligne ébauchée telle que la comprend M. Guérin, n'est pas une pustule maligne, comme le chancre mou vrai n'est pas un chancre infectant.

Mais si cette partie de l'argumentation de M. J. Guérin laisse prise à la critique, dans les autres parties du discours un fait de la plus haute importance est mis en lumière : l'état des conditions individuelles des sujets soumis à la contagion. Cet aperçu nouveau pour la pustule maligne est d'une utilité pratique réelle. Jusqu'ici on ne s'est pas demandé pourquoi un seul boucher dans un abattoir aura une pustule maligne, alors que ses camarades qui ont touché les animaux comme lui, échappent à la contagion : il est cependant évident qu'il doit y avoir quelque raison, et si une pustule maligne ébauchée devait être admise, ce serait dans les variations de l'état de santé des individus soumis à la contagion que l'on en trouverait la principale cause. Cette influence du terrain, pour ainsi dire, sur lequel germe un virus, a d'ailleurs été on ne peut mieux étudiée par M. Ricord pour la syphilis. Alors on pourrait dire que de même que l'individu entièrement sain, en rapport avec un sujet syphilitique, n'aura qu'un chancre mou, de même un individu entièrement sain, en rapport avec le virus charbonneux, contracterait une pustule maligne ébauchée, un érythème gangréneux local simple.

Du reste, les raisons philosophiques dont s'est servi M. J. Guérin pour juger la spontanéité du charbon chez les animaux, répondaient aux convictions générales : l'inutilité de l'orthodoxie métaphysique dans les questions scientifiques, et la génération spontanée de maladies virulentes chez les animaux, semblent devoir être généralement admises.

La correspondance comprenait une note de M. Duchenne (de Boulogne) et des planches microscopiques photographiées représentant les lésions du système nerveux. Notre collaborateur le docteur Renaud a donné à cet égard son appréciation dans le Compte rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences. Il est juste d'ajouter que le succès de M. Duchenne (de Boulogne) est l'œuvre de patientes et laborieuses tentatives, auxquelles on ne saurait trop applaudir.

Le lecteur trouvera plus loin les conclusions d'un travail de M. le docteur Parise (de Lille), sur une nouvelle cause de dystocie. Ce mémoire a été renvoyé à une commission composée de MM. Depaul et Devilliers ; nous aurons occasion de revenir sur ce sujet. — Dr Armand Després.

L'Empereur a écrit la lettre suivante au maréchal Vaillant, ministre de sa maison et des beaux-arts :

« Vichy, le 31 juillet 1864.

» Mon cher maréchal, je viens vous faire part d'une réflexion qui m'est survenue pendant le repos dont je jouis ici. Deux grands établissements doivent être reconstruits à Paris, avec une destination bien différente : l'Opéra et l'Hôtel-Dieu. Le premier est déjà commencé ; le second ne l'est pas encore. Quoique exécutés, l'Opéra aux frais de l'Etat, l'Hôtel-Dieu aux frais des hospices et de la ville de Paris, tous deux ne seront pas moins pour la capitale des monuments remarquables ; mais comme ils répondent à des intérêts très-différents, je ne voudrais pas que l'un surtout parût plus protégé que l'autre.

» Les dépenses de l'Académie impériale de musique dépasseront malheureusement les prévisions, et il faut éviter le reproche d'avoir employé des millions pour un théâtre, quand la première pierre de l'hôpital le plus populaire de Paris n'a pas encore été posée. Engagez donc, je vous prie, le préfet de la Seine à faire commencer bientôt les travaux de l'Hôtel-Dieu, et veuillez faire diriger ceux de l'Opéra de manière à ne les terminer qu'en même temps. Cette combinaison, je le reconnais, n'a aucun avantage pratique ; mais, au point de vue moral, j'attache un grand prix à ce que le monument consacré au plaisir ne s'élève pas avant l'asile de la souffrance.

» Recevez, mon cher général, l'assurance de ma sincère amitié.

» NAPOLÉON. »

Le préfet de la Seine sera dans un temps peu éloigné en mesure de se conformer aux vues généreuses de l'Empereur exprimées dans la lettre que Sa Majesté a adressée au maréchal Vaillant.

Depuis plusieurs années déjà l'administration de l'Assistance publique poursuit sans relâche l'étude et la réalisation successive des diverses parties du projet très-complexe recommandé à toute sa sollicitude, suivant les intentions de Sa Majesté. Mais les souvenirs qui se rattachent à l'Hôtel-Dieu, et les nécessités du service central qui en est inséparable, ne permettaient pas de songer à le déplacer ; d'un autre côté, l'obligation de dégager les abords de la métropole, restaurée splendidement, rendait fort difficile le problème d'une reconstruction dans la Cité. Enfin il fallait aussi tenir compte des voies et moyens.

On a dû tout d'abord assurer la réinstallation des parties de l'antique hôpital qui périclitaient. Afin de replacer les services en péril dans le voisinage immédiat de ceux auxquels ils se rattachent naturellement, l'administration de l'Assistance publique s'est vue dans l'obligation de quitter le bâtiment Montyon, qui lui servait de chef-lieu sur la place Notre-Dame, et de construire tout un édifice sur la place de l'Hôtel-de-Ville. En même temps, on procédait aux premières études du nouvel hôpital.

Mais les questions agitées dans ces dernières années au sujet même de l'installation et de l'hygiène des hôpitaux sont venues imposer à l'administration le devoir d'une circonspection extrême dans une affaire aussi grave que la reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris, et personne ne s'étonnera qu'après une enquête qu'elle a étendue à toute l'Europe, elle ait revu plusieurs fois ses projets, afin d'y introduire toutes les améliorations possibles.

Il fallait aussi réaliser les combinaisons qui devaient procurer à l'administration de l'Assistance publique une partie des ressources importantes que nécessitait cette grande opération.

Plusieurs des hospices, trop rapprochés du centre de Paris, étaient devenus insuffisants et ne pouvaient être agrandis. La plus-value considérable acquise aux terrains qu'ils occupaient dans des quartiers recherchés a permis de les déplacer, d'en accroître l'importance, tout en rendant fructueuse cette mesure utile. C'est ainsi que Sainte-Périne a été transférée à Auteuil, les Ménages et l'hospice Devillas à Issy, et qu'avant peu les deux hospices d'Incurables seront rétablis à Ivry.

Ces opérations, qui, avec la reconstruction des bâtiments de l'administration centrale de l'Assistance publique, comportent une dépense de plus de 18 millions, sont presque accomplies. Elles auront doublé le nombre des lits d'hospice dont disposait naguère encore l'Assistance publique, et lui auront fourni en même temps les moyens de reconstruire l'Hôtel-Dieu.

Ainsi les préliminaires si compliqués de cette reconstruction touchent à leur fin ; l'administration hospitalière, en réalisant une grande réforme pour plusieurs de ses plus importants établissements, aura du même coup créé des ressources indispensables pour donner à la ville de Paris, selon les desseins de l'Empereur, un nouvel Hôtel-Dieu digne, par son installation, du rang que cet hôpital occupe dans l'histoire de la Cité et de la réputation qu'il a conquise dans le monde savant. (*Moniteur*).

HOPITAL COCHIN. — M. WOILLEZ.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires.

Pneumonie : phénomènes insolites de percussion ; son tympanique ; bruit de pot fêlé (1).

Nos deux malades nous ont présenté, outre le son tympanique, un bruit de pot fêlé parfaitement caractérisé. Comment comprendre et interpréter cette modification du bruit de percussion ?

Ce bruit de pot fêlé a des caractères distincts. Il rappelle bien, comme son nom l'indique, le bruit sec, bref et dur que l'on obtient en percutant un vase qui a une fêlure, et ce son a un timbre spécial qu'on ne saurait confondre avec aucun autre. C'est, selon moi, la seule sonorité anormale de percussion tho-

(1) Voir le numéro précédent.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, par M. le docteur MOURA. Ouvrage orné de planches explicatives (1).

Le *Traité de laryngoscopie et de rhinoscopie* de M. le docteur Moura est un livre dû à un esprit consciencieux, qui a fait d'un sujet encore nouveau une étude pratique sérieuse.

Une partie historique précède les chapitres qui ont trait à l'arsenal laryngoscopique. L'auteur montre par quelles séries d'efforts l'on est parvenu à mettre en usage d'une façon véritablement utile les miroirs primitifs, celui de Liston en particulier. Il rend hommage aux premiers succès de MM. Turck et Czermack, qui ont été, pendant leur voyage en France, les instigateurs des recherches propres de l'auteur, que la thèse de M. Fauvel a reproduites en 1861.

M. Moura se prononce en faveur de l'éclairage par la lumière solaire de préférence à la lumière artificielle pour éclairer le larynx. Sur ce point, rien n'est plus juste ; nous avons vu dans une chambre noire que M. Cusco avait établie à l'hôpital du Midi, tous les avantages de ce mode d'éclairage. Mais, comme le fait remarquer l'auteur, il est difficile d'avoir une chambre noire toujours à sa disposition, et on est alors obligé d'avoir recours à la lumière artificielle. L'auteur nous apprend ensuite que pour éclairer la cavité pharyngienne, les réflecteurs tenus dans la bouche ou supportés par des lunettes ou un bandeau frontal, ne sont pas aussi avantageux qu'un réflecteur fixe ; qu'un verre grossissant augmente l'intensité de la lumière et possède par ce fait une supériorité réelle. L'idée de Kristeller à cet égard a été mise à profit par M. Moura, qui a fait fabriquer non plus comme ce dernier auteur un tube contenant une lentille et adapté à un réflecteur, mais bien un simple écran pourvu d'une lentille et placé devant une lampe, et sans réflecteur : c'est là le pharyngospe de M. Moura. Il est portatif, se fixe sur un support devant une lampe, ou s'attache à celle-ci par un système d'articulations métalliques. L'observateur n'a pas à se préoccuper de l'éclairage.

Pour examiner le larynx, l'auteur donne la préférence aux miroirs de verre étamé ou argenté, coudé suivant un angle obtus de 120 à 130 degrés.

Toutes les précautions, toutes les nécessités de l'application de la laryngoscopie ont été discutées avec méthode, et l'on trouve dans ces pages deux préceptes que les praticiens ne sauraient trop avoir présents à l'esprit : les manœuvres préparatoires pour habituer les malades à l'abaissement de la langue et au contact des instruments ; l'avantage qu'il y a à maintenir la pointe de la langue entourée d'un linge avec les doigts, et l'infidélité des appareils mécaniques comparés à la main du chirurgien.

La rhinoscopie, qui est traitée à la fin du livre, se compose, on le sait, des temps suivants : abaissement de la langue attirée au dehors ; élévation du voile du palais amené en avant avec une érigne mousse, et placement du miroir laryngoscopique. Ce chapitre est exposé avec netteté, et des planches explicatives ajoutent à la facilité de l'étude du nouveau moyen d'exploration des fosses nasales.

M. Moura a évité les exagérations habituelles des auteurs de laryngoscopie. Sans la nier absolument, il ne croit pas à la possibilité de voir avec un laryngoscope la bifurcation des bronches ou la cavité du conduit œsophagien ; il s'est attaché de préférence à bien exposer les faits positifs. En passant par la France, la laryngoscopie, comme beaucoup d'autres idées étrangères, a gagné quelque chose.

Le *Traité de laryngoscopie* est terminé par une série d'observations qui appartiennent à l'auteur. Ces observations sont bien prises, elles ont un intérêt réel, et servent à poser les indications de l'application de la laryngoscopie. Elles vérifient la bonté des enseignements pratiques, à la portée de tous, que donne l'auteur dans la première partie de l'ouvrage.

(1) Paris, in-8°, 1864. Chez A. Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Étude sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie, par M. R. Herrera VEGAS, ouvrage orné de planches (1).

M. Herrera Vegas a choisi l'ovariotomie pour sujet de sa thèse inaugurale ; il vient de faire à cette occasion un travail annuel qui avait été commencé par M. Worms l'année précédente. Tous les do-

(1) Paris, 1864, in-4°. Chez L. Leclerc, place de l'École de médecine, 3.

racique qui présente un timbre qu'on ne saurait rapporter aux seules modifications d'intensité ou de tonalité que l'on trouve dans toutes les autres variétés de sons de percussion. Je crois, en effet, avoir établi dans mon travail sur les bruits de percussion (*Arch. générales de médecine*, 1855) que, dans toute sonorité anormale de ce genre, l'intensité augmentée ou diminuée et la tonalité aiguë ou grave sont les caractères qui ont seuls une réelle importance. Le bruit de pot fêlé est presque toujours aigu, ce qui démontre son caractère sec, dur et bref, et il coïncidait avec une exagération manifeste d'intensité chez nos deux malades de la salle Saint-Jean; mais en outre de ces deux caractères, il offrait, je le répète, un timbre particulier, caractéristique.

Pour que le bruit de pot fêlé se produise, il faut des conditions spéciales, qui sont à rechercher dans les organes sous-jacents au point percuté, et dans la manière dont on pratique la percussion thoracique.

Pour percevoir ce bruit au niveau de la poitrine, il faut qu'il y ait sous le doigt, au delà des parois thoraciques, un espace contenant de l'air, et que les parois humides de cet espace se rapprochent brusquement et se touchent par suite du déplacement de l'air interposé entre elles. Il est par suite de nécessité absolue que les parois thoraciques percutées soient assez souples ou élastiques pour que leur dépression rapide soit suffisante au moment de la percussion, afin que le contact momentané des parois opposées ait lieu. Aussi est-ce surtout chez les jeunes sujets, dont les parois thoraciques ont le plus de souplesse, que l'on constate facilement le bruit de pot fêlé. Cette condition du jeune âge n'est pas toutefois absolue, car un des malades dont je m'occupe est un adulte âgé de quarante-deux ans.

La percussion doit en outre être pratiquée dans des conditions convenables pour que le bruit anormal se produise. Ainsi, une première condition indispensable, c'est que le choc du doigt qui percute soit brusque. Une seconde condition non moins nécessaire, c'est que le doigt sur lequel on percute doit être assez fortement pressé sur les parois thoraciques au moment du choc de percussion; sans quoi, si le malade est en sueur, le brusque rapprochement du doigt et de la surface humide de la poitrine produira un bruit superficiel analogue au bruit de pot fêlé, et qui pourrait, faute d'une attention suffisante, être rapporté aux organes intra-thoraciques.

Une autre cause d'erreur depuis longtemps signalée et qu'il faut toujours rechercher, c'est la présence, dans le voisinage du point percuté, d'objets métalliques, tels que colliers, médailles ou bijoux. Leur ébranlement au moment de la percussion peut simuler aussi le bruit du pot fêlé.

Enfin, quelquefois en percutant le malade, au lieu de produire le bruit de pot fêlé à chaque percussion brusque, on ne l'obtient que d'une manière interrompue, c'est-à-dire à un certain moment, tandis qu'il fait défaut dans un autre. En pareil cas on remarquera, comme je vous l'ai démontré au lit du malade n° 7, que c'est *au moment de l'expiration* que la percussion donne le bruit anormal. Cette coïncidence s'explique très-bien: les parois des cavités aériennes ne sont suffisamment rapprochées, pour que le bruit s'effectue, que pendant l'expiration, tandis qu'elles sont trop écartées pendant l'inspiration pour que la percussion suffise à les rapprocher convenablement.

C'est aussi parce que les parois des vides aériens sont plus facilement rapprochées quand on percute au niveau des espaces intercostaux, que chez le malade en question j'obtenais plus facilement le bruit de pot fêlé en percutant dans l'intervalle des côtes plutôt que sur les côtes elles-mêmes.

Les conditions dans lesquelles se produit le bruit de pot fêlé sont beaucoup plus nombreuses que ne le pensait Laënnec, qui le premier a signalé ce phénomène, et seulement au niveau de certaines cavernes tuberculeuses. Cette sonorité anormale peut en effet se produire non seulement au niveau d'une lésion pulmonaire, mais encore au niveau du tissu pulmonaire sain. C'est à ces deux points de vue qu'il faut examiner la question.

D'abord toute cavité intra-pulmonaire anormale contenant de l'air avec une certaine quantité de liquide, peut donner lieu à la production du bruit de pot fêlé, si pendant la percussion il y a rapprochement subit des parois jusqu'au contact. Les cavernes tuberculeuses sont les cavités pathologiques au niveau desquelles se montre ordinairement le bruit de pot fêlé quand elles sont dans les conditions que je vous rappelais tout à l'heure.

Il est à remarquer que les cavernes occupent le plus souvent le sommet des poumons, et que c'est précisément dans les régions sous-claviculaires que les parois thoraciques ont une élasticité plus grande qui favorise précisément la production du bruit anormal. Il serait possible que d'autres cavités accidentelles, telles que des dilatations bronchiques ou des cavernes résultant de la gangrène pulmonaire, pussent donner lieu à la production du bruit de pot fêlé lorsque ces lésions occupent le sommet des poumons; c'est d'ailleurs une simple hypothèse que je mets en avant par simple analogie. Un fait plus positif, c'est que j'ai obtenu le bruit de pot fêlé sous-claviculaire chez un homme atteint de simple emphysème pulmonaire. Ici il n'y a pas de cavité anormale proprement dite; aussi, pour l'explication du phénomène de percussion, faut-il rapprocher ce fait de ceux dont je vais vous entretenir.

Parmi les sujets chez lesquels on constate le bruit de pot fêlé, ceux dont le tissu pulmonaire est parfaitement sain sont les plus curieux à étudier. C'est ce qui arrive dans certains cas de pleurésie avec épanchement lorsque le poumon est simplement refoulé en haut et immédiatement en rapport en avant sous la clavicule avec les parois thoraciques. Skoda et Stokes, en signalant l'existence du bruit de pot fêlé dans la pleurésie, ont démontré, ainsi que les observateurs qui ont trouvé le même phénomène dans d'autres conditions (mais encore avec l'intégrité anatomique de l'organe), qu'une caverne tuberculeuse n'est pas la condition nécessaire du bruit de pot fêlé, comme on le croyait avec Laënnec.

Chez nos malades, le bruit de pot fêlé se produisait sous la clavicule, du côté où la base correspondante du poumon était affectée de pneumonie. Ici comme dans la pleurésie, le lobe supérieur du poumon où se manifestait le phénomène était refoulé, comme je vous l'ai fait remarquer à propos du son tympanique. Il en résultait que les parois des vides aériens de ce lobe se trouvant plus rapprochées les unes des autres que dans l'état normal, cette circonstance favorisait nécessairement le contact brusque, rapide de ces parois par la percussion. De plus, la flaccidité du tissu pulmonaire, qui n'était plus soumis à l'extension hallérienne, rendait plus facile la production du phénomène. C'est aussi ce qui avait lieu dans l'emphysème pulmonaire, affection dans laquelle le poumon devient très-volumineux.

Cette explication du bruit de pot fêlé lorsqu'il n'existe aucune cavité accidentelle dans le poumon me paraît être la vraie; car l'autopsie de notre malade du n° 6 de la salle Saint-Jean vous a démontré que, à part la congestion, l'intégrité du lobe supérieur du poumon où siégeait le bruit de pot fêlé pendant la vie était complète; de plus ce lobe ne s'est nullement rétracté à l'ouverture du thorax, ce qui prouve qu'il n'était pas soumis à l'extension hallérienne normale. Chez les jeunes enfants, dont les poumons sont naturellement très-volumineux et les parois thoraciques très-souples, la percussion peut produire quelquefois aussi le bruit de pot fêlé lorsque le poumon est sain. C'est du moins ce que j'ai constaté aux Enfants-Assistés, sur un enfant qui pleurait tandis que je percutais sa poitrine en arrière. Ce fait, que j'ai rappelé déjà dans mon *Dictionnaire de diagnostic* à propos du bruit de pot fêlé, me semble confirmer l'explication que je vous ai donnée tout à l'heure de ce phénomène.

Quant à la coïncidence sur chacun de nos malades des deux signes de percussion dont je viens de vous entretenir, elle s'explique par la condition dans laquelle se trouvait le lobe pulmonaire où ces deux signes se produisaient, c'est-à-dire par le refoulement de son tissu; cela se comprend après ce que je viens de vous dire de la production de l'un et de l'autre signe.

HOPITAL LARIBOISIERE. — M. Cusco.

Oblitération immédiate de l'artère humérale produite par une contusion violente.

Lorsqu'un corps contondant agit avec une grande violence sur une artère, soit médiatement, soit immédiatement quand il y a plaie profonde, les chirurgiens s'accordent à admettre qu'il peut survenir un rétrécissement ou une oblitération du vaisseau, ou bien encore au bout de quelque temps un anévrysme. Dans son *Traité de pathologie externe*, à l'article CONTUSION DES ARTÈRES, M. Follin s'exprime ainsi: « Les signes de l'oblitération des artères se manifestent quelquefois peu de temps après l'accident; Erichsen (*The science and art of Surgery*, 1853) rapporte l'observation d'un homme qui fut admis à l'hôpital avec une plaie contuse de l'aisselle produite par une chute sur des rails de chemin de fer. Pendant deux jours aucun changement n'eut lieu dans la circulation du bras, mais au bout de ce temps les pulsations cessèrent dans l'artère radiale. » Dans l'observation suivante, on verra que ce n'est pas au bout de deux jours que l'oblitération s'est produite, mais qu'elle a été au contraire immédiate, et cependant la petite plaie contuse, existant au point de l'oblitération, intéressait à peine la couche profonde du derme.

G. B. H..., âgé de vingt-quatre ans, homme d'équipe au chemin de fer de l'Est, a le bras pris, le 17 août 1863, vers deux heures du matin, entre deux tampons de wagons. Ses camarades l'amènent à trois heures à l'hôpital Lariboisière, et il est admis dans le service de M. Cusco, salle Saint-Napoléon, n° 4. Examiné aussitôt après son arrivée, il présente à la partie interne et supérieure du bras gauche, sur le bord interne du biceps, une plaie contuse ovalaire de la largeur d'une pièce d'un franc, et intéressant à peine la couche profonde du derme. A la partie externe du même bras, sur un plan un peu inférieur, on trouve une autre plaie allongée verticalement, mais qui s'accompagne vers son angle inférieur d'un décollement des téguments dans une étendue de 2 à 3 centimètres; plusieurs excoriations vont en s'irradiant à partir des plaies.

L'écoulement sanguin a été peu abondant et s'est arrêté facilement au moyen d'un pansement provisoire avec l'agaric. L'humérus est intact.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est le refroidissement du membre, dont la sensibilité est en même temps obtuse. Les battements ont disparu dans les artères radiale et cubitale. Il en est de même pour l'humérale au-dessous de la petite plaie; plus haut, on sent parfaitement les battements de l'artère axillaire. — Des compresses mouillées sont simplement appliquées sur les plaies.

Le lendemain, vers le soir, la chaleur a déjà reparu dans le membre blessé; en vue d'une réaction inflammatoire trop grande, le malade est soumis à l'irrigation continue, du 19 au 25 août.

A cette époque, les plaies commencent déjà à se recouvrir de bourgeons charnus. — Pansement simple avec linge cératé et charpie.

Les battements artériels ne sont toujours pas perçus.

Dans les derniers jours du mois d'août, un érysipèle contracté dans la salle vient retarder momentanément les progrès de la cicatrisation. Il cède en quelques jours sous l'influence des onctions mercurielles, et, le 10 septembre, les plaies étant presque entièrement cicatrisées, le malade part pour Vincennes, ne se plaignant que d'un peu d'engourdissement dans les doigts et de faiblesse musculaire dans le bras. L'absence des battements artériels persiste.

Le malade est revenu nous voir le 16 octobre, comme nous l'y avions engagé. Son état de santé est parfait; il a seulement un peu de faiblesse dans les mouvements du bras. Dans l'artère radiale seule, on perçoit quelques faibles battements qui ne résultent évidemment que de la circulation collatérale.

Quelle a été dans ce cas la cause de l'oblitération? Dans l'observation d'Erichsen, signalée plus haut, M. Follin admet soit une artérite, soit une rupture des membranes internes et la formation d'un caillot obturateur. L'artérite consécutive à la contusion doit être mise hors de cause dans le cas dont il s'agit, par rapport à la rapidité de l'oblitération.

Il n'en est pas de même de la rupture des membranes internes; on remarquera que l'artère brachiale a été lésée précisément dans le point où l'on exerce la compression de ce vaisseau dans les opérations: le plan osseux que lui fournit l'humérus en cet endroit n'a pas peu contribué à augmenter la violence de la contusion.

L'oblitération me paraît donc devoir être attribuée à la rupture des membranes internes et à la coagulation du sang au-dessus de l'obstacle ainsi formé.

En résumé, cette observation m'a paru intéressante par la rapidité avec laquelle une artère aussi volumineuse que l'humérale a pu s'oblitérer sous l'influence d'une contusion violente dont

---

cuments, observations d'opérations pratiquées en France, leçons, discussions des sociétés savantes publiées dans les recueils périodiques, rien n'a été oublié pour ce qui avait trait à l'opération de l'ovariotomie. Ce travail se recommande donc par la richesse des matériaux qu'on y trouve accumulés; les statistiques multipliées font surtout remarquer la thèse de M. Herrera.

Les observations qu'il a choisies pour montrer les variations des détails opératoires des accidents consécutifs à l'opération sont empruntées, en général, aux recueils périodiques, mais il en est d'autres qui sont inédites.

Parmi toutes ces observations, il en est une qui a fixé notre attention parce qu'elle confirme en partie les avantages d'une pratique que la Société obstétricale de Londres avait jugée bonne il y a quelques mois.

Le *North-American med. chir. Rev.*, 1858, a publié une observation d'ovariotomie pratiquée avec succès, où le pédicule de la tumeur avait été divisé avec l'écraseur linéaire et réduit ensuite dans la cavité abdominale; la malade, guérie, s'était levée le quatorzième jour après l'opération.

Il ne s'agit plus de dire avec M. B. Hicks que la perfection de l'ovariotomie serait la section du pédicule avec l'écraseur et sa réduction. Il y a au moins un exemple de guérison par ce procédé. Tout ce que l'on peut ajouter, c'est que la ligature simple du pédicule de la tumeur et la réduction exposent à des hémorrhagies, témoin le fait publié dans une de nos récentes Revues cliniques, et que l'écrasement linéaire semble mettre à l'abri de cet accident.

Suivant les preuves données par M. Herrera, et elles paraissent concluantes, c'est Macdowel (du Kentucky) qui a fait la première ovariotomie en 1809. L'historique du mémoire est au reste très-intéressant, et l'on voit peu à peu s'établir à la fois le désir de tenter quelque chose contre des maladies incurables, et l'ardeur apportée au perfectionnement d'une opération qui passe à juste titre pour une des plus dangereuses.

Le Mémoire de M. Herrera est un travail très-utile à consulter, et qu'il faut ranger à côté de ceux de MM. Chereau et Worms, qui ont pour but, comme M. Herrera, de soutenir l'attention des chirurgiens sur une thérapeutique difficile que tous n'ont pas acceptée, et que plusieurs sont disposés à rejeter.

Dr Armand DESPRÉS,
Chirurgien du Bureau central.

Institutions d'Hippocrate, ou Exposé philosophique des principes traditionnels de la médecine, etc., par M. le Dr Édouard AUBER (1).

Sous le rapport dogmatique, il y a en médecine un mouvement de flux et de reflux continuel qui rapporte et remporte les mêmes idées, les mêmes principes, après leur avoir fait subir une modification souvent presque insignifiante.

En philosophie comme en médecine, il a toujours existé et il existera toujours deux écoles bien distinctes: l'une admettant que la vie est une propriété des organes, l'autre reconnaissant que les organes ne seraient rien sans la vie qui les anime.

Nous n'avons pas à discuter ici la suprématie de telle ou telle école. Le point de départ est à peu près le même: on s'est mal entendu sur le sens donné au mot *vie*, qui signifie à la fois *cause* et *effet*.

Ceux qui acceptent la première interprétation sont les *vitalistes*, les autres sont les *organiciens*.

On n'appartient pas indifféremment à l'une ou à l'autre de ces écoles. On est poussé vers celle-ci ou vers celle-là par ses aptitudes, par ses goûts, par son idiosyncrasie.

Toutes les fois que ces deux grandes questions de philosophie médicale reparaissent à l'ordre du jour, elles donnent toujours lieu à de brillants tournois oratoires, qui, soit à l'Académie, soit dans la presse, émerveillent le monde médical. Parmi tous les champions qui sont entrés dans la lice, on ne compte ni morts ni transfuges, mais..... quelques *blessés* peut-être.

C'est qu'en philosophie comme en religion, on ne brûle pas facilement ce qu'on a adoré, pour adorer ce qu'on a brûlé. On ne voit pas tous les jours un homme comme M. Ricord abandonner la doctrine qu'il avait professée toute sa vie, *urbi et orbi*, pour se rendre à l'évidence des faits. Je n'en veux d'autre preuve que ce qui vient de se passer à l'Académie, où toute l'éloquence de MM. Bouillaud, Gavarret et Barth, n'a jamais pu convaincre M. Beau ni le ramener à l'opinion générale.

Il semble qu'aujourd'hui le goût des études philosophiques veuille

(1) Un vol. in-8° de 491 pages. Chez Germer Baillière, 1864.

l'action même n'a été que médiate, et c'est ce qui m'a engagé à la publier.

HYDRORRHÉE DANS LA GROSSESSE.

Par M. le docteur Mattei.

(Lu à la Société de médecine pratique.)

Je viens d'observer dans ma pratique deux cas d'hydrorrhée qui viennent à l'appui de ce que j'ai dit dans la dernière séance.

Le premier fait est relatif à une multipare dont la grossesse approchait du terme, lorsque, sans cause appréciable comme sans souffrance, la malade a perdu des eaux.

Je constate qu'il n'y a pas de contractions utérines, et que malgré l'hydrorrhée il reste encore de l'eau dans l'œuf. Je me borne à prescrire le repos.

L'écoulement a duré pendant quatre jours sans discontinuer, mais faiblement, ce qui pouvait faire croire à la simple ouverture d'un sac situé en dehors de l'œuf; mais il n'en était pas ainsi.

Au bout de quatre jours, le travail se déclare et n'offre rien de particulier, si ce n'est que j'ai pu constater l'intégrité des membranes vis-à-vis le col, membranes qu'il m'a fallu déchirer avec l'ongle. Cette déchirure a été suivie de l'issue de peu de liquide, quoique l'utérus en contînt encore, ce qui tenait à l'application exacte de la tête contre l'ouverture. Quelques minutes après la sortie d'un enfant bien portant, j'ai tiré sur le cordon d'une manière douce, et j'ai extrait le délivre. Cet organe devait me donner la solution de l'hydrorrhée.

En effet, je constate une ouverture large au travers de laquelle a passé l'enfant, ouverture qui est sur le point de l'œuf tout à fait opposé au placenta. De plus, je constate une seconde ouverture ayant un demi-centimètre de diamètre, laquelle est située presque sur le bord du placenta. C'est assurément à travers cette ouverture que l'écoulement avait eu lieu.

Les eaux avaient dû décoller d'abord l'œuf sur une certaine étendue, et une fois sorties en abondance l'écoulement avait continué, mais faiblement, par suite de l'application de l'ouverture de l'œuf contre la muqueuse utérine. Il n'y avait pas de partie amnio-choriale. Si l'accouchement n'a pas suivi la rupture le jour même, il n'a pas tardé plus de quatre jours. Ceci déjà ferait présumer une ouverture du sac amniotique, mais à l'anatomie pathologique seule on pouvait demander l'explication du fait.

La seconde observation m'a été fournie par une autre multipare chez laquelle diverses grossesses se sont succédé sans qu'elle ait pu amener un enfant vivant. Ayant été chargé des soins de la dernière grossesse, j'ai évité toutes les causes de congestion utérine, j'ai donné dans les premiers mois de l'iodure de potassium ioduré, et déjà à cinq mois la malade, ainsi que le fœtus, paraissaient aller on ne peut mieux.

A six mois et demi, sans cause appréciable, arrive un écoulement de sérosité suivi bientôt d'un écoulement sanguin. Si le col n'eût été encore long et fermé, j'aurais dit qu'il s'agissait du travail de l'accouchement. Voyant que l'enfant ne pouvait guère vivre en naissant si tôt, j'ai combattu la menace du travail par le repos absolu, les sinapismes aux bras et les demi-lavements laudanisés. L'œuf ici contenait peu de liquide, ce qui aurait fait supposer une ouverture des membranes, mais comme l'enfant était vivant, je ne m'en suis pas préoccupé.

Les malaises, la douleur des reins et le sang ont disparu. Il n'est resté que l'hydrorrhée, et encore l'écoulement était faible, parfois même nul, quoique la malade restât levée.

Cet état a duré dix-huit jours, et le travail a fini par se déclarer, pour continuer, malgré l'emploi des moyens précédents. Je me suis abstenu de rompre la poche, que j'ai constatée intacte jusqu'à ce que la tête fût arrivée au détroit inférieur et qu'elle eût franchi le col.

Nous avons eu un enfant vivant qui a respiré, crié, et même bien avalé la tisane qu'on lui a mise dans la bouche.

Après avoir délivré la femme, j'ai examiné les membranes avec soin, et cette fois je ne trouve dans l'œuf qu'une seule ouverture. La poche amnio-choriale existe, mais elle est si petite que l'espace situé entre le chorion et l'amnios est trop circonscrit pour expliquer l'hydrorrhée. Il faut ici admettre la réunion de la sérosité entre la muqueuse utérine et l'œuf décollé. Le temps qui s'est passé entre le premier écoulement séreux et l'accouchement m'avait du reste porté à dire d'avance que l'œuf était resté intact malgré l'hydrorrhée.

Le petit enfant, que j'ai entouré de tous les soins possibles, a paru d'abord bien venir, il prenait même le sein de sa mère; mais il n'a pas tardé à s'affaisser. Non-seulement il ne tirait plus le sein, il n'avait plus la force d'avaler, et au bout de quatre jours on le croyait mort. Ayant été appelé, je trouve en effet cet enfant froid, ne respirant que rarement, et il était curieux de voir combien le sternum était enfoncé.

J'ai excité cet enfant à respirer par des frictions sur la poitrine et par l'administration d'un bain chaud légèrement sinapisé; enfin, je lui ai fait passer dans l'estomac, avec une sonde élastique, du lait de la mère. Toutes les deux ou trois heures, on lui administrait ainsi quelques cuillerées de lait, et il était singulier de voir comment cet enfant avait repris. Les selles, qui étaient arrêtées, reparurent; la peau et la chaleur reprirent l'état primitif. L'enfant vécut encore quatre jours; mais il s'affaissa de nouveau et mourut huit jours après la naissance.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 août. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur Sucquet, médecin sanitaire à Beyrouth, contenant des renseignements sur le bouton d'Alep. (Commissaire, M. Gibert.)

Un rapport de M. le docteur Lacaze (de Montauban) sur une épidémie de variole. (Commission de vaccine.)

Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements de Tarn-et-Garonne et des Basses-Alpes. (Commission des épidémies.)

Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Taillade, et de Pietrapola (Corse), par M. le docteur Perelli. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une note de M. le docteur Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône), sur la question de savoir quel est le moment précis où le vaccin devient préservateur.

Un mémoire de M. le docteur Chilhaud (de Mesnil-Esnard) sur une expérience de vaccination. (Commission de vaccine.)

Un mémoire sur deux cas de hernie crurale, par M. le docteur Meugy, de Rethel. (Commissaire, MM. Malgaigne et Gosselin.)

Une note de M. le docteur Berthier, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bourg, sur la guérison du ptyalisme des aliénés.

— M. Devilliers présente au nom de M. Tuefferd fils (de Montbéliard) un mémoire sur la contagion en général, mémoire qui a été couronné à la Société de médecine de Lyon.

— M. Larrey présente :

1° Au nom de M. Kœberlé, une note sur les opérations d'ovariotomie qu'il a pratiquées dans ces dernières années;

2° Un mémoire de M. le docteur Coccud, médecin de l'armée, sur l'issue de l'épiploon compliquant les plaies pénétrantes de l'abdomen;

3° Un mémoire de M. le docteur Crouilbois, médecin militaire, sur une épidémie de fièvre jaune à la Vera-Cruz;

4° Un travail de M. le docteur Marmy, médecin militaire, sur les blessures par armes à feu au point de vue chirurgical et médico-légal.

— M. Piorry fait hommage à l'Académie de son livre récent, intitulé *De la médecine du bon sens ou de l'emploi des petits moyens en thérapeutique.*

Les moyens que je recommande, dit l'honorable professeur, sont des moyens simples, hygiéniques, préférables à la médecine des poisons. Ces moyens sont fondés sur l'étude de l'anatomie et de la physiologie.

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de la note suivante :

Photo-autographie ou autographie des figures photo-microscopiques du système nerveux. (Spécimen présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, par M. le docteur Duchenne, de Boulogne.)

L'Académie se rappelle que dans l'une de ses précédentes séances, je lui ai présenté une première série de figures photo-microscopiques du système nerveux, comparativement à l'état normal et à l'état pathologique, et que ces figures étaient d'une parfaite exactitude.

Malheureusement, les clichés sur verre ne pouvant pas donner en général plus de 3 à 400 épreuves ou étant trop fragiles, et le tirage de ces petites figures coûtant pour chacune d'elles au moins de 15 à 20 centimes, la publication de mes recherches photo-microscopiques offre de grandes difficultés.

Dans le désir de vulgariser la photo-microscopie du système nerveux, qui me paraît devoir porter la conviction dans tous les esprits sur la réalité de l'anatomie microscopique et étendre peut-être les limites de cette science, je me suis appliqué à reporter sur la pierre lithographique mes figures photo-microscopiques déjà photographiées.

Les spécimens dont j'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie montrent, si on les compare aux préparations microscopiques originales, qu'elles sont rendues avec une exactitude et une finesse de détails que la main de l'homme ne saurait égaler.

Le prix du tirage de chaque planche, composée de six figures, ne montera pas à plus de 6 centimes; et puis ces figures ne sont pas altérables comme celles qui sont produites par le tirage photographique.

Il serait inopportun d'exposer ici dans tous leurs détails les manipulations à l'aide desquelles j'ai reproduit les images photo-microscopiques du système nerveux. Mais je dois déclarer que j'ai employé d'abord un procédé photo-autographique qui a quelque analogie avec celui qui a été imaginé en Angleterre par M. le colonel James.

Ce procédé a été appliqué en France par M. le capitaine Bau, attaché à l'état-major du ministère de la guerre, à de magnifiques reproductions galvanoplastiques de la carte de France et aux plans stratégiques. Il a bien voulu m'en apprendre la manipulation, qu'il a modifiée et appropriée heureusement à une étude de l'anatomie microscopique, après bien des essais et des tâtonnements. Grâce à l'obligeance de cet officier distingué, il m'a été possible d'exécuter moi-même les planches que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie.

RAPPORT.

Fièvre jaune. — M. Beau, au nom de la commission de la fièvre jaune, lit un rapport officiel sur les travaux de M. le docteur Henri Dumont, qui avait été envoyé en mission au Mexique pour étudier la fièvre jaune.

Ce travail, dit M. Beau, renferme trois mémoires : le premier contient 408 conclusions ayant trait à la topographie médicale, les constitutions médicales et les maladies régnantes du Mexique.

Le second consiste en une étude symptomatologique et étiologique de la fièvre jaune. Il renferme 75 conclusions.

Le troisième renferme 136 conclusions qui établissent les rapports entre les lésions anatomiques révélées par les caractères chimiques et microscopiques et les symptômes de la fièvre jaune.

M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre que M. H. Dumont a bien rempli sa mission.

LECTURE.

Nouvelle cause de dystocie. — Grossesse utéro-interstitielle. — M. Parise, professeur de clinique externe à l'Ecole de médecine de Lille, lit une observation non suivie d'autopsie où il a été facile néanmoins d'établir que chez une femme qui accouchait d'un second enfant l'utérus était divisé par une cloison anormale. Cette disposition a été vérifiée par M. Depaul, appelé en consultation.

Voici les conclusions :

1° Un fœtus bien conformé peut se développer à la fois dans l'utérus et dans l'épaisseur de ses parois de manière à constituer une grossesse utéro-interstitielle;

2° Cette disposition peut s'opposer à l'accouchement naturel, et constitue une nouvelle cause de dystocie à ajouter à celles déjà trop nombreuses que l'on connaît;

3° Elle peut retarder le développement des contractions utérines et prolonger au delà de son terme naturel la durée de la gestation;

4° Elle peut être diagnostiquée assez à temps pour que le chirurgien puisse y porter remède, et sauver non-seulement la mère, mais aussi l'enfant;

5° On devra la soupçonner aux symptômes suivants : tumeur volumineuse, arrondie, occupant le fond du vagin, formée aux dépens d'une des lèvres du col, et dans l'intérieur de laquelle on sent des portions fœtales; orifice utérin situé très-haut sur un côté de la tumeur, qu'il embrasse en manière de croissant;

6° Elle peut être prise pour une tumeur pathologique, hypertrophique ou autre, d'une des lèvres du col, laquelle présente les mêmes symptômes, moins la présence des parties dures fœtales dans son intérieur;

7° Mais il est plus facile de la confondre avec une grossesse interstitielle coïncidant avec une grossesse utérine, dans ce cas les symptômes devant être exactement les mêmes;

8° Le moyen le plus certain d'assurer le diagnostic consiste à introduire la main gauche, si la tumeur fœtale est à gauche, *et vice versa*, à glisser cette main entre la tumeur et le fœtus, et à la porter assez haut pour constater que le fœtus tout entier est contenu dans l'utérus et qu'aucune de ses parties n'est logée dans la tumeur;

9° La grossesse utéro-interstitielle étant reconnue, rien n'est plus simple que de faire disparaître l'obstacle qu'elle apporte à l'accouchement : il faut introduire la main, accrocher avec le bout des doigts le bord supérieur de la cloison qui sépare les deux cavités, porter sur

---

reprendre en France. Les médecins comprennent que dans la science il y a autre chose que des faits, mais une manière de les interpréter : ils comprennent que si la médecine est un art, elle est aussi une science, et actuellement nous paraissons assister à une résurrection de la philosophie médicale. Il y a dix-huit mois, M. Bouchut nous donnait un livre sur la *Vie et ses attributs*; voici qu'un homme que nous avons tous connu, admiré, aimé comme un parfait clinicien, vient de publier la troisième édition de son *Organicisme;* voici enfin qu'un partisan dévoué du vitalisme pur d'Hippocrate, M. le docteur Ed. Auber, vient de condenser sous une forme de pathologie générale les œuvres d'Hippocrate, sous le titre d'*Institutions.* Il a voulu protester contre ces paroles de Bordeu et de Magendie : « Qui donc de nos jours lit Hippocrate ? »

Assurément, lire Hippocrate dans la splendide édition de M. Littré n'est pas chose commune ni facile. C'est une lecture bien longue et peu en rapport avec les loisirs des praticiens, avec les études des élèves. M. Ed. Auber a voulu faire des œuvres d'Hippocrate une sorte de bréviaire médical. Il a conservé les idées, les paroles du maître; mais il les a passées à une sorte de tamis. Son livre, dit-il, « n'a pas seulement pour objet d'exposer les dogmes de la médecine hippocratique et de montrer la chaîne qui les unit dans la série des siècles; son but essentiel est de ramener ces dogmes à l'unité de principes, de faire voir dans cette unité la source philosophique de la science et de l'art, et de ranimer ainsi l'esprit des saines croyances. » Notre confrère, du fond de sa retraite, élève la voix pour protester hautement contre ces paroles prononcées par le secrétaire perpétuel de l'Académie : « La médecine en est encore (en 1863) à chercher sa voie au milieu de la multitude de ses théories et des tâtonnements de son expérience. »

Après la notice historique et critique sur les œuvres d'Hippocrate, M. Ed. Auber établit, d'après le médecin de Cos, les principes de la science et de l'art : c'est sa philosophie médicale. Il s'occupe ensuite de la maladie en général, — des causes des maladies, — du diagnostic et de la manière d'interroger les malades, du pronostic et de la séméiologie.

Dans la troisième partie, il expose tout ce qui est relatif à l'hygiène, au régime, à l'alimentation, à la thérapeutique et à la diététique du malade.

Celui qui n'aurait jamais lu Hippocrate croirait presque avoir devant les yeux un traité de pathologie générale de date assez récente, car M. Ed. Auber a eu le soin de taire une partie des idées qui n'ont plus cours aujourd'hui.

Il est impossible de faire l'analyse d'un livre qui lui-même est une analyse. Ce qu'a voulu M. Ed. Auber, c'est populariser entre les mains des jeunes générations médicales le livre d'Hippocrate, le Code des principes de la médecine; ce qu'il a voulu, c'est coordonner les vérités fondamentales de la science de guérir; c'est, en un mot, en faire une Bible médicale.

M. Ed. Auber ne s'en est pas tenu là. Il a fait un examen critique des doctrines qui se partagent le monde médical et le divisent en naturistes, en vitalistes, en organiciens. Nous voyons successivement passer Hippocrate, Galien, Duret, Baillou, Sennert, Rivière, Sydenham, Van Helmont, etc., jusqu'à l'apparition de Barthez, le véritable fondateur de la philosophie médicale, le continuateur du naturisme hippocratique, qu'il appela *vitalisme,* et qui eut pour principaux sectateurs, à Montpellier, Lordat et Golfin, et à Paris, Cayol, modifié par M. Sales-Girons.

Ici, M. Ed. Auber proteste hautement contre l'organicisme qui règne à la Faculté de Paris, et dont l'un des plus illustres représentants est le professeur Rostan. Il combat avec toute l'éloquence d'un homme profondément convaincu de l'excellence et de la supériorité de sa cause, et enfin il termine son ouvrage par un *Essai sur la constitution scientifique de la médecine.*

Nous n'avons pas de profession de foi à faire ici; nous n'avons pas à attaquer ni à défendre la doctrine hippocratique. Nous n'avions qu'à résumer et à faire connaître le livre de M. Ed. Auber, laissant à chacun la libre appréciation de cet ouvrage, qui sera jugé différemment selon l'Ecole devant laquelle il comparaîtra. Mais, quoi qu'il en soit, nous ne devons pas moins remercier notre confrère de nous avoir extrait en quelques centaines de pages tout ce qu'on doit savoir sur Hippocrate, ses œuvres et sa doctrine. Il a, pour ainsi dire, rempli un devoir sacré de piété filiale, et son travail rendra désormais la lecture d'Hippocrate accessible à tous.

Dr A. Corlieu.

L'aliéné devant la philosophie, la morale et la société, par Albert Lemoine, professeur de philosophie au lycée Bonaparte. Un vol. in-8°. Prix : 7 fr. — Paris, Didier et Cie, Librairie académique.

ce bord un bistouri boutonné droit ou convexe fixé sur un long manche, et inciser la cloison de haut en bas et dans une étendue suffisante pour pouvoir dégager facilement la portion du fœtus logée dans la poche interstitielle ;

10° Cette petite opération, véritable hystérotomie externe, pratiquée à temps, peut sauver la vie de la mère et celle de l'enfant. (Commissaires : MM. Depaul et Devilliers.)

Discussion sur la pustule maligne.

M. J. GUÉRIN. L'orateur dit que la pustule maligne touche à la question générale des maladies virulentes. A la question du principe de la virulence, M. Bouillaud, dit-il, a bien pris la formule en face d'opinions divergentes. On a semblé admettre à la pustule maligne des origines variables, la spontanéité même a été invoquée. Ces dernières idées, sans être formulées d'une manière absolue, étaient cependant admises sous forme de réserve, le sentiment général étant favorable à la spontanéité de la pustule maligne.

Jusqu'ici on a considéré la pustule maligne comme une maladie unique, sans se préoccuper de la possibilité de pustules malignes ébauchées. Il en est de cette maladie comme de la morve et de la rage : on a déjà admis la morve et la rage ébauchées, on admettra la pustule maligne ébauchée. En vertu d'analogies, d'identités, on arrivera à faire rentrer la pustule maligne dans la loi du code scientifique de la virulence, si l'on peut ainsi dire.

Quelle que soit la forme de la pustule maligne, tout le monde s'accorde généralement sur son mode de développement, la contagion. Mais l'Académie s'est bornée pour prouver son opinion à invoquer des affirmations et des négations. M. Gibert en particulier a traité d'hypotbèse la génération spontanée de la pustule maligne. Cela n'est pas assez, il faut fournir des preuves, et tout prouve que la pustule maligne est le fait d'une inoculation.

Suivant ici le mode de démonstration étiologique que j'ai déjà employé pour la morve et la rage, je démontrerai que la pustule maligne est inoculée et qu'elle ne peut être spontanée, qu'elle porte tous les caractères de la spécificité.

Un premier caractère étiologique se tire des professions : ce sont les bouchers, les bergers et les fermiers qui sont le plus souvent atteints de la pustule maligne. Ce rapport si évident entre le séjour avec les animaux et la maladie, autorise à admettre les recherches et les suppositions de M. Ricord à l'égard de ses malades. C'est une opinion vulgaire dans le département d'Eure-et-Loir, c'est la tradition.

La localisation primitive de la maladie est un second caractère étiologique de la plus grande importance. On voit naître une pustule isolée, que les individus grattent sans se préoccuper d'autre chose, n'étant pas malades d'ailleurs. Dans les maladies virulentes et spontanées, il y a une période d'incubation et des prodromes, et rien de ce genre n'existe dans le cas de pustule maligne. Celle-ci est inoffensive au début : l'incubation de la pustule maligne est un accident local, ou plutôt l'incubation du charbon qui suit la pustule maligne, a son incubation dans le fait même de la pustule. On retrouve dans l'inoculation du virus charbonneux les manifestations qui caractérisent l'inoculation du chancre. C'est la même marche. Les accidents généraux de la vérole n'arrivent que quand le chancre a suivi son évolution.

Le traitement de la pustule maligne offre un troisième ordre de preuves. On guérit la pustule maligne en la cautérisant comme les autres plaies où un virus a été déposé, et l'infection ne se produit pas.

On a parlé ailleurs qu'ici de pustules malignes secondaires ; elles ne sont pas le fait d'une intoxication, elles résultent du transport du virus, comme on voit, par exemple, l'adénite inguinale suivre le chancre de la verge.

Toutes les preuves invoquées ici sont des preuves négatives qui renversent la tbéorie de la spontanéité. Voyons maintenant quelle est la nature de la pustule maligne.

On dit en Beauce que la pustule maligne vient du sang de rate du mouton, de la maladie de sang de la vache, du charbon du cheval. C'est une tradition, et la société d'Indre-et-Loire a fait des expériences confirmatives. Cela est spécieux, rien ne prouve que ces trois maladies produisent une même lésion par leur inoculation. On a inoculé le mal à des lapins : ils sont morts, mais les lésions qu'on observait sur ces animaux étaient des lésions d'empoisonnement par des matières septiques. D'autre part, quand on inocule la sérosité d'une pustule maligne, on ne produit aucun accident. Il faut pour produire une véritable pustule maligne, inoculer la pustule maligne entière. Tout cela est peu clair et ne prouve pas absolument l'identité des trois maladies du mouton, de la vache et du cheval, qui produisent sur l'homme la pustule maligne par inoculation.

Il est une question qui perd chaque jour du terrain : le charbon spontané. On ne croit qu'aux accidents généraux de la pustule maligne, bien que l'Académie de Dijon ait couronné le mémoire de Thomassin et Fournier, qui concluaient en faveur du charbon spontané. Personne ne l'admet aujourd'hui. Et il serait bon de rechercher quels rapports il y a entre la maladie charbonneuse et la pustule maligne, et si la pustule maligne est toujours une.

Depuis Enaux et Chaussier, les praticiens admettent les propositions qu'ont formulées ces auteurs à la fin du siècle dernier ; mais cette description est idéale, et elle est aussi attaquable que la morve considérée comme une entité morbide toujours une. Il y a des séries de formes dans la pustule maligne qui n'échappent pas à la loi des maladies ébauchées, et qui tiennent à *l'intensité d'action du virus et à la disposition des sujets contaminés*. Théoriquement, cela est d'une absolue vérité.

Les médecins disent avoir rencontré des formes de pustule qui ne ressemblaient en rien au type décrit d'après Enaux et Chaussier ; ils avaient admis des *pseudo-pustules malignes*, des *pustules non inoculables*, des *formes amoindries* de la pustule maligne. Les observations de ce genre sont nombreuses.

M. J. Guérin lit à ce moment un passage d'un article de M. Moutet, agrégé à l'Ecole de Montpellier, qui a vu et emprunté à M. le docteur Manena des faits de fausses pustules malignes dépendant d'un virus altéré et se produisant sur les cuisses et pendant l'hiver. L'orateur trouve là une preuve indiquant que le virus était atténué par ce fait même que la maladie se produisait en hiver, alors que les conditions de développement des pustules malignes n'étaient point les mêmes qu'en été, où on la voit habituellement se développer. Les fausses pustules malignes de M. Moutet sont donc des pustules ébauchées.

Ceci posé, ajoute l'orateur, il est possible de faire un cadre à la maladie. La science pratique, envisageant les faits, admet une pustule maligne vraie et une pustule maligne ébauchée, et elle conduira à une thérapeutique rationnelle, employant, d'une part, des moyens énergiques pour la pustule vraie, qui est mortelle, et d'autre part, des moyens plus doux pour la pustule maligne ébauchée.

La pustule maligne est-elle une maladie spécifique ? L'assentiment général est pour l'affirmative, depuis Enaux et Chaussier jusqu'à M. Raimbert. MM. Bouley, Reynal et Bouillaud se sont rangés à cette opinion, et l'ont bien défendue. Qu'il y ait contact avec des matières charbonneuses ou transport par des mouches, les pustules malignes ont un caractère spécifique ; dans leur forme la plus complète, rien n'est plus évident, et elles ressemblent aux autres affections spécifiques qui se transmettent par contagion.

L'orateur, en terminant, dit qu'il veut s'expliquer sur le différend entre MM. Bouillaud et Bouley. Il y a, dit-il, des générations spontanées de maladies spécifiques. M. Bouley croit que des animaux surmenés, mal nourris, peuvent contracter une maladie spécifique transmissible ; c'est là une génération spontanée, une genèse de maladie spécifique d'emblée. M. Bouillaud ne croit pas qu'il y ait de maladie spécifique sans intoxication par un virus, et il parlait de la transmission de la pustule maligne à l'bomme. Il ne voulait pas non plus que de mauvaises conditions hygiéniques fussent susceptibles de produire la morve.

L'orthodoxie repousse les générations spontanées, dit M. J. Guérin. Mon orthodoxie est logique. Je ne crois pas que toutes les maladies ont été créées d'un seul coup. Le charbon des animaux naît spontanément, et il engendre ensuite la pustule maligne.

La génération spontanée du charbon sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques a lieu ainsi, parce que des causes auxiliaires viennent se joindre aux dispositions des animaux et favorisent l'éclosion de la maladie. Il n'y a aucune impossibilité à ce que les choses se passent ainsi. L'organisme, à mon sens, est capable d'engendrer des virus, ceux de la morve et du charbon en particulier. Ce dernier est pour moi une maladie virulente spontanée, une sorte de fermentation pouvant se montrer en vertu d'une aptitude particulière, et grâce à des influences extérieures défavorables.

Une opinion singulière a été émise ici. On a dit que toutes les matières animales en putréfaction pouvaient donner la pustule maligne. M. Guibourt a dit que les peaux en putréfaction pouvaient avoir cette propriété ; cela est, permettez l'expression, rétrograde : c'est nier la nature charbonneuse de la pustule maligne. Je veux m'arrêter un instant sur ce point.

Tous les empoisonnements par des matières putrides produisent des lésions dont les principales sont des épanchements de sang dans les viscères, des congestions passives et des décompositions putrides des organes vasculaires. Mais faut-il dire que toutes les maladies qui sont accusées par ces lésions sont dues à un même virus ? De ce que l'on a dit que ces maladies étaient produites sur les animaux après des inoculations de substances putrides, de ce que la pustule maligne les engendre, faut-il dire que les virus originels sont semblables ? Non, certes. La brucine, la strychnine, la morphine, produisent sur l'homme et les animaux des effets analogues, et nous ne disons pas que c'est un même poison, parce que la chimie nous a permis d'en préciser la nature.

Le jour où l'anatomie pathologique permettra de soumettre les lésions engendrées par les virus à une analyse aussi rigoureuse que l'analyse chimique, on verra que certains poisons agissent par combinaison, par échange de principes, par action catalytique, et alors on pourra préciser la nature du virus. On trouvera peut-être la preuve que les corps atteints de maladies virulentes conservent après la mort quelque chose de leur état complexe qui constituait l'état virulent, que l'économie morte conserve encore un cachet que ses débris mêmes peuvent porter partout.

M. BOULEY est inscrit pour parler dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous sommes heureux d'annoncer que la maladie dont M. le docteur Morel-Lavallée a été atteint subitement n'a pas eu de suites graves, et qu'il est entré en convalescence.

— Une place d'interne est vacante à l'asile des aliénés de Saint-Yon, à Rouen. Les conditions exigées sont : d'être âgé de vingt et un ans au moins, et d'avoir dix inscriptions de doctorat. Les demandes devront être adressées à M. le directeur de l'asile, qui soumettra les titres des candidats à l'approbation de M. le préfet.

— M. le docteur Bertolus a succombé à Lyon, le 22 juillet dernier. M. Perroud, président de la *Société des sciences médicales*, dont faisait partie M. Bertolus, a prononcé sur sa tombe un discours où, après les regrets donnés au savant helminthologue, il a su rappeler de la manière la plus délicate les qualités intimes de ce regretté confrère.

Traité de la stérilité chez la femme, considérée particulièrement sous le rapport de ses causes et de son traitement, suivi de nombreuses observations de guérison ; par M. le docteur H. D. MAHEUX. Un vol. grand in-18 de 216 pages. Prix ; 2 fr. 50. — Paris, chez G. Baillière.

Paris. — Typographie d Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 92. — SAMEDI 6 AOUT 1864. (37e ANNÉE.) Nº 92. — SAMEDI 6 AOUT 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

M. Gallard, dans son rapport sur les maladies régnantes pendant le mois de juin dernier, insiste sur ce fait très-remarquable, que pendant ce mois les maladies aiguës se sont montrées en très-petit nombre, et ont eu en général peu de gravité.

I. Parmi le petit nombre de maladies aiguës observées dans le mois de juin, on voit prédominer, tout comme dans le courant du mois dernier, les phlegmasies des voies respiratoires, et avec elles les rhumatismes articulaires aigus.

C'est un fait important à noter, et qui peut facilement s'expliquer si on se rappelle à quelles brusques variations de température nous avons été exposés, bien que la saison dans laquelle nous nous trouvons soit ordinairement exempte de ces variations.

Les angines tonsillaires et les bronchites ont été notées fréquemment, mais elles n'ont rien offert de particulier.

On en peut dire autant des pneumonies, qui, bien qu'assez fréquentes, se sont fait surtout remarquer par leur excessive bénignité. Presque tous les médecins qui ont envoyé des renseignements à la commission insistent sur ce fait.

Il n'en est plus de même des pleurésies, qui, sans être d'une extrême gravité, ont cependant présenté une résistance insolite aux divers traitements dirigés contre elles.

« Elles s'accompagnent, fait remarquer M. Fremy, d'un épanchement en général considérable, dont les vésicatoires et même la thoracentèse ont peine à triompher. »

Les renseignements qui ont été fournis à la commission ont surtout appelé son attention sur la prédilection toute spéciale des pleurésies qui se sont montrées pendant le mois de juin pour le côté gauche de la poitrine. C'est une particularité qu'on ne sait comment expliquer, mais qui est incontestable, car elle est signalée à l'hôpital Lariboisière par M. Tardieu et par M. Bucquoy, qui fait en ce moment l'intérim de M. Pidoux ; à l'hôpital Beaujon, par M. Fremy ; à l'hôpital des Enfants malades, par M. Blache. Les trois cas de pleurésie que soigna M. Bucquoy furent assez bénins, si on en excepte un seul :

« Dans un cas, écrit-il à la commission, le malade présenta un épanchement assez considérable, lequel siégeait du côté gauche ; le cœur était fortement déplacé ; il y avait matité absolue dans toute la hauteur de la poitrine ; pas ou peu de fièvre ; très-peu de dyspnée, il est vrai, mais état absolument stationnaire de l'épanchement, malgré tous les moyens employés pour le combattre : *l'indication de la thoracentèse était formelle.* Le malade s'y est refusé obstinément. Aujourd'hui l'épanchement diminue sensiblement, et le malade guérira certainement. »

De cette guérison inespérée dans un cas d'épanchement pleurétique *excessif*, me permettra-t-on de rapprocher un cas de mort subite observé à Saint-Antoine par M. Goupil, « chez un homme atteint de pneumonie droite au deuxième degré, et dont l'état semblait peu grave. A l'autopsie, embolie dans l'artère pulmonaire, paraissant détachée d'un caillot intriqué dans l'auricule droite. »

II. Les rhumatismes articulaires, qui dans l'ordre de fréquence viennent immédiatement après les phlegmasies des voies respiratoires, ont été remarquables par l'absence de complications. Deux seulement ont été signalées à la commission, et toutes deux ont été observées à l'hôpital Beaujon, où M. Fremy a vu une endocardite sur quatre cas de rhumatisme articulaire soignés par lui, et où M. Moutard-Martin a perdu, par suite de complications cérébrales, un des deux seuls cas de rhumatisme qu'il ait reçus pendant le mois.

Plusieurs de nos collègues insistent sur le peu d'acuité de ces rhumatismes (MM. Fremy, Empis, etc.). A l'hôpital Lariboisière, on a surtout remarqué leur fréquence. On a noté six cas de rhumatisme dans chacun des deux services qui ont adressé des renseignements à la commission, dans le service de M. Tardieu, où ils se sont montrés avec une extrême ténacité ; dans le service de M. Pidoux, suppléé par M. Bucquoy, où ils se sont montrés franchement aigus. Le sulfate de quinine, donné à la dose de 19,50 cent. par jour, et par paquets de 0,10 à 0,20 cent., a eu assez facilement raison de la réaction fébrile, d'abord vive et qui s'est apaisée, tandis que les douleurs et le gonflement ont persisté pendant un temps assez long.

En résumé, la maladie, dans son ensemble, a présenté une ténacité analogue à celle des pleurésies observées dans d'autres services, et les observations de M. Bucquoy viennent confirmer en tous points les renseignements fournis à la commission par M. Tardieu.

III. Les érysipèles se sont montrés, pendant tout le mois, nombreux et graves. Le relevé général de l'ensemble des hôpitaux nous donne 78 guérisons et 13 décès d'érysipèle pendant le mois de juin. Parmi les hôpitaux les plus maltraités par cette cruelle maladie, on doit citer en première ligne l'hôpital Saint-Louis, qui a fourni le chiffre de 5 décès sur 8 guérisons seulement. Ces relevés ne s'appliquent qu'aux services de médecine ; mais comme il est fort intéressant d'étudier parallèlement avec l'érysipèle spontané l'érysipèle traumatique, M. Gallard a recueilli des renseignements fort précieux sur l'état sanitaire des services de chirurgie du même hôpital pendant le mois de juin : sur 15 cas d'érysipèle, dont 10 ont été observés sur des hommes et 5 sur des femmes, 3 cas seulement se sont terminés par la mort, et sur ces 3 morts, on compte 2 femmes et 1 homme.

A la Charité, M. Nathalis Guillot a reçu dans son service 4 malades atteints d'érysipèle, dont 1 seul est mort. D'autres cas moins graves, liés la plupart à des embarras gastriques, ont été signalés à l'hôpital Lariboisière, par M. Tardieu et par M. Bucquoy ; à la Pitié, par M. Empis ; à Beaujon, par M. Moutard-Martin, et à l'hôpital des Enfants malades, par M. Blache.

IV. La variole, qui sur les relevés généraux ne figure plus que pour 72 guérisons et 8 décès, a diminué partout, sauf peut-être à Lariboisière, dans le service de M. Bucquoy, car il en a observé 6 cas, une seule ayant été contractée dans la salle par un individu vacciné et convalescent de pneumonie.

M. Tardieu n'a observé que 2 varioloïdes, toutes deux contractées dans les salles au commencement du mois et survenues peu de jours après le départ de 2 varioleux, qui sont restés dans les salles pendant le mois précédent.

A l'Hôtel-Dieu, M. Horteloup classe ses varioles, au point de vue de leur fréquence, au quatrième rang parmi les maladies qu'il a observées. Il est, en ce point, parfaitement d'accord avec la commission.

A la Pitié, M. Empis a constaté leur petit nombre et leur peu de gravité ; à la Charité, M. Nathalis-Guillot n'a vu que 2 varioloïdes importées du dehors ; à Saint-Antoine, M. Goupil en a observé 3 dans les mêmes conditions. Dans les hôpitaux d'enfants, elles ont été également rares, ainsi qu'il résulte des renseignements fournis par MM. Bergeron, à Sainte-Eugénie ; par MM. Blache et Bouvier, aux Enfants malades.

La commission des maladies régnantes, bien avant que la question eût été mise à l'ordre du jour de la Société et officiellement étudiée par les soins de l'administration, s'était tout spécialement préoccupée de rechercher quel rôle joue la contagion développée à l'intérieur des salles d'hôpital sur la propagation des maladies contagieuses et particulièrement des fièvres éruptives. Elle ne pouvait donc manquer de faire ressortir une particularité très-intéressante signalée à l'attention de la Société par M. Moutard-Martin : « J'appellerai, écrit-il à la commission, votre attention sur un fait qui n'est probablement que le résultat d'une coïncidence, mais qui mérite que la question suivante soit posée : *La scarlatine prédispose-t-elle à la variole pendant la période de convalescence?* Le fait qui me suggère ces réflexions est le suivant : Depuis le mois de février, j'ai reçu dans mon service *quatre* malades atteints de scarlatine, trois hommes et une femme. — Sur ces quatre malades, *trois* ont été atteints pendant leur convalescence de variole confluente, et un d'entre eux est mort. Un seul n'avait pas été vacciné avant son entrée à l'hôpital : je l'ai fait vacciner en pleine éruption de scarlatine. La vaccine suivit sa marche ordinaire, les pustules se développèrent normalement, et elles étaient presque complétement desséchées lorsque le malade fut pris de variole confluente. Il a guéri. »

Ce fait général, que les fièvres éruptives prédisposent spécialement, pendant leur convalescence, à l'invasion de la variole, a été signalé et mis hors de doute par un grand nombre d'observateurs. (Voy. Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants*, 2e édit., t. III, p. 86.)

Mais dans la question plus spéciale posée par M. Moutard-Martin, et qu'il livre tout entière à l'attention de ses collègues, il s'agit seulement de savoir si, *pendant la période de convalescence, la scarlatine prédispose au plus haut degré que toute autre fièvre éruptive à l'invasion de la variole.*

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de pathologie interne, par MM. J. BÉHIER et A. HARDY. Tome deuxième, contenant : *Les inflammations du tube digestif et des appareils respiratoire, circulatoire et nerveux* (1).

C'est avec une vive curiosité que nous avons ouvert ce livre. Après avoir puisé dans la première édition les éléments de notre éducation médicale, nous voulions savoir si les travaux modernes et de récentes théories avaient influé de même sur les opinions de nos maîtres et sur notre jeune érudition.

L'opinion médicale est depuis longtemps fixée sur la valeur de l'ouvrage de MM. Béhier et Hardy. Les trois premiers volumes de la première édition ont largement servi à l'éducation médicale des générations d'étudiants qui se sont succédé depuis bientôt vingt ans, et chacune d'elles a ratifié le jugement de ses aînées. Toutes n'ont exprimé qu'une crainte, celle de ne pas voir se terminer un ouvrage que la netteté et la fidélité des descriptions avaient placé parmi les classiques les plus utiles. Cette crainte va disparaître, et nous pensons que maintenant que les premiers volumes se trouvent de nouveau représenter l'état actuel de la science, les auteurs seront désireux de terminer assez vite pour que la tâche accomplie ne vieillisse pas incomplète. Ils devront d'ailleurs trouver dans leur succès toujours croissant un puissant encouragement.

Nous n'avons donc pas à apprécier dans son ensemble un ouvrage si bien connu, mais nous devons dire que MM. Béhier et Hardy ont été bien plus sévères pour eux-mêmes que la critique. Celle-ci avait toujours unanimement reconnu le mérite d'un ouvrage aussi difficile à faire. Les élèves et les médecins avaient ratifié cet arrêt. Les auteurs, eux, ne se sont pas trouvés satisfaits de leur œuvre, et ils ont remanié presque tous les chapitres, en ont fait quelques-uns complétement nouveaux, ainsi les stomatites pseudo-membraneuses, ulcéro-membraneuses, l'angine granuleuse chronique, herpétique ; ils ont fait subir à d'autres parties de tels changements qu'elles sont presque nouvelles, l'hépatite, la dyssenterie, la bronchite, par exemple.

MM. Béhier et Hardy ont pour quelques-uns de ces articles largement utilisé les travaux allemands, ainsi ceux de Frerichs pour les maladies du foie ; ils ont fait rentrer la cirrhose dans les inflammations chroniques, la retirant de cet assemblage vague dans lequel on réunit sous ce titre, *maladies propres à quelques organes*, les affections singulières par leur siége ou de nature ignorée. Ils ont eu parfaitement raison ; par ses causes, par la marche de ses lésions, la cirrhose appartient aux inflammations chroniques : c'est sur le foie peut-être qu'on peut le mieux étudier la tendance du tissu cicatriciel vers une rétraction que l'on n'avait guère envisagée qu'au point de vue chirurgical.

C'est également avec une vive satisfaction que nous avons lu les articles *Bronchite* et *Dyssenterie ;* malgré les éloges que ces deux articles avaient mérités à leurs auteurs de la part d'Aran (*Arch.*, t. XXIV, 1850), ils ont été refaits et y ont gagné une grande netteté.

Qu'il nous soit permis d'ajouter un mot.

Une des qualités de tout ouvrage classique, c'est de n'accepter aucune hypothèse avant qu'elle soit appuyée sur des faits qui la constituent presque inattaquable. MM. Béhier et Hardy ont sous ce rapport largement accepté les conditions de ce genre d'ouvrage, et ils ont, en les indiquant, en les discutant rapidement, rejeté presque tous les résultats des travaux de l'école de Berlin. « Il nous semblerait fâcheux, disent-ils, qu'on acceptât avec une telle facilité les assertions de certains auteurs, peut-être surtout parce qu'elles viennent d'un peu loin, et sous le couvert de noms d'ailleurs très-recommandables. » Nous ne nions pas qu'un certain entraînement vers la nouveauté n'ait servi à la vulgarisation de ces travaux ; mais nous craignons que MM. Béhier et Hardy n'aient été bien sévères. A ces travaux, ce qui manque, ce ne sont pas les faits, dès maintenant bien établis, mais c'est d'être repris par un appréciateur sévère qui les coordonne et les résume en dehors de tout engouement théorique.

Nous pensons que sans s'exposer à entraîner les élèves dans de fausses voies, on pouvait soumettre les théories cellulaires de l'inflammation, des thromboses, des embolies, etc., à une discussion plus complète. Cette réserve une fois faite, disons que l'ouvrage est riche en matériaux ; ceux-ci sont assez habilement présentés pour que les travailleurs y trouvent ce que l'on cherche toujours dans ces ouvrages, l'état actuel de la science sur chaque question, avec l'opinion personnelle de l'auteur, son cachet définitif alors que sa réputation depuis longtemps établie donne juste confiance au lecteur.

Dr BROUARDEL.

(1) Deuxième édition, considérablement augmentée. Un très-fort volume in-8o de 1,200 pages, divisé en deux parties. Prix : 12 fr., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — A Paris, chez P. Asselin, libraire.

Par décret du 24 juillet, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'honneur : MM. Torrent (Claude), ancien médecin des hospices de Thiers ; Courseyre (Claude), médecin des hospices de Thiers.

V. Il n'y a eu pendant tout le mois qu'un petit nombre de scarlatines (20 guérisons et 2 morts pour l'ensemble des hôpitaux); mais les rougeoles ont été plus fréquentes et plus graves (56 guérisons et 8 morts). Quant à leur distribution dans les divers hôpitaux, à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Bergeron, dans son service, n'a observé qu'un seul cas de rougeole; mais à l'hôpital des Enfants malades, M. Bouvier et M. Blache en ont eu chacun 9 cas à soigner, et sur ces 18 cas de rougeole, 4 ont été contractées dans les salles. Ces rougeoles s'accompagnèrent de catarrhe bronchique intense, et dans certains cas de bronchite capillaire et même de pneumonie.

Outre les 9 cas de rougeole qu'il a eu à traiter, M. Blache a reçu dans son service 10 enfants souffrant des suites de cette maladie : sur ce nombre, 5 sont morts de tubercules pulmonaires.

VI. Quelques cas de coqueluche avec bronchite intense ont été observés dans le service de M. Blache; M. Bouvier n'en a eu que deux cas dans son service, mais un d'eux a été manifestement contracté à l'intérieur de l'hôpital.

VII. Dans les hôpitaux d'adultes, il n'a été observé qu'un seul cas d'angine couenneuse par M. Tardieu, dans son service à l'hôpital Lariboisière.

Dans les hôpitaux d'enfants, et en particulier à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Bergeron, quoique n'ayant eu qu'un seul cas de croup guéri sans opération, prévoit une recrudescence dans cette maladie et l'attribue à l'abaissement de température survenu à la fin du mois.

A l'hôpital des Enfants, M. Bouvier a eu sur 7 cas de croup opérés, 3 succès. M. Blache a opéré 2 cas d'angine couenneuse qui ont guéri, et 4 cas de croup; un enfant a guéri sans opération; les autres ont été trachéotomisés, et deux d'entre eux sont en bonne voie de guérison.

M. Blache, à cette occasion, a chargé son interne de faire un relevé statistique de tous les cas de croup observés à l'hôpital des Enfants malades depuis le commencement de la présente année.

Ce tableau statistique vient très-heureusement compléter les précédents rapports mensuels dus au zèle et à l'habileté de M. Lailler et plus tard de M. Gallard.

Voici ce tableau statistique, disposé avec beaucoup d'ordre et de clarté par M. René Blache, interne à l'hôpital des Enfants :

CROUPS OPÉRÉS.

	Filles.	Garçons.	Total.
Janvier	8	5	13
Février	2	10	12
Mars	6	7	13
Avril	11	5	16
Mai	5	8	13
Juin	5	11	16
Récapitulation	37	46	83

CROUPS GUÉRIS.

	Filles.	Garçons.	Total.
Janvier	2	1	3
Février	1	2	3
Mars	2	5	7
Avril	4	2	6
Mai	1	1	2
Juin	2	3	5
Récapitulation	12	14	26

Les plus jeunes de ces opérés avaient 17, 18 et 21 mois; ils sont tous morts. Sur 8 enfants âgés de 1 an et demi à 11 ans, 2 seulement sont morts, et encore parmi ces enfants, un, le plus jeune de cette série, avait à peine 18 mois.

VIII. Il reste à parler des affections intestinales. Ordinairement dans cette saison elles prédominent; cette année, les conditions météorologiques ont beaucoup varié, et les mêmes raisons qui rendent compte de la fréquence insolite en cette saison des phlegmasies des voies respiratoires et des rhumatismes franchement aigus, explique parfaitement la rareté relative des affections intestinales; ceci est dit surtout à propos des fièvres typhoïdes, car d'autres affections intestinales, embarras gastriques, diarrhées, ictères, se sont montrés avec plus ou moins de fréquence et à peu près dans tous les services.

Généralement ces affections ont été plus communes dans le commencement du mois, car dans les derniers jours elles ont fait place aux angines, aux bronchites, aux pneumonies, etc. Il faut cependant faire exception pour le service de M. Potain, aux Ménages, où les affections thoraciques et rhumatismales ont été surtout fréquentes pendant la première moitié du mois.

Un seul cas de dyssenterie a été signalé dans le service de M. Blache, et dans ce service aussi bien que dans celui de M. Bouvier, on a noté un assez grand nombre de diarrhées secondaires survenues surtout à la suite de la rougeole.

Les fièvres typhoïdes sont assez rares : elles ne viennent qu'en cinquième ligne dans le relevé statistique de M. Horteloup. Partout elles ont été bénignes : à la Charité, où M. Nathalis Guillot a vu guérir les deux seuls cas qui se soient présentés à son observation; à Sainte-Eugénie, où M. Bergeron n'en a vu qu'une seule sans gravité; à l'hôpital des Enfants, où M. Blache en a eu trois cas bénins et M. Bouvier un seul à forme adynamique et qui s'est terminé par la mort à la suite d'une hémorrhagie intestinale.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Goupil a eu un décès sur trois malades; à l'hôpital Lariboisière, M. Bucquoy n'a reçu qu'une seule fièvre typhoïde très-légère; mais dans le même hôpital, M. Tardieu a eu dans son service deux malades plus gravement atteints, tous deux ayant une fièvre adynamique; un d'entre eux est mort quatre jours après son entrée et au vingtième jour de sa maladie. Il est vrai de dire que ces deux malades sont arrivés dans le service de M. Tardieu dans les derniers jours du mois.

Le service de M. Fremy à l'hôpital Beaujon est parmi tous ceux qui ont fourni des renseignements à la commission, le seul dans lequel les fièvres typhoïdes se soient montrées à la fois fréquentes et graves. Tandis que dans le même hôpital M. Moutard-Martin ne recevait pendant tout le mois que quatre malades atteints de fièvre typhoïde et qui sont tous quatre en parfaite convalescence, M. Fremy en recevait six dont deux moururent. Sur ces malades, M. Fremy a constaté une prédominance marquée des symptômes abdominaux, avec tendance à l'adynamie et éruption abondante de taches rosées lenticulaires. Cette particularité avait déjà été signalée le mois dernier par M. Empis.

IX. Les accidents cérébraux ont paru diminuer de fréquence : sur le relevé général des hôpitaux on ne compte que 17 décès par suite d'affection cérébrale (2 congestions, 9 hémorrhagies, 6 ramollissements), tandis que pendant le mois de mai on a noté 24 décès (1 congestion, 11 hémorrhagies, 12 ramollissements).

A l'hôpital des Ménages, M. Potain a observé pendant le mois de juin une influence analogue à celle qui avait été notée par M. Gallard pour les malades du quartier Popincourt pendant le mois précédent.

Pendant les quinze premiers jours, les affections thoraciques avaient prédominé; à la fois elles ont diminué tout d'un coup, malgré l'abaissement et les variations de la température, et on a vu se multiplier en grand nombre les accidents cérébraux; en très-peu de temps on a observé trois cas d'hémorrhagie cérébrale, un cas d'hémorrhagie méningée, un de ramollissement à marche aiguë, et de plus un grand nombre de vieillards, atteints d'affection cérébrale chronique, ont éprouvé pendant le même temps une aggravation évidente dans leur état. La commission regrette de n'avoir pu recueillir les renseignements qui eussent pu lui apprendre si les choses se sont passées à Bicêtre et à la Salpêtrière de la même manière qu'à l'hospice des Ménages et précédemment à l'hôpital des Incurables.

Tétanos causé par un abcès ganglionnaire ouvert spontanément.

Dans notre dernière revue sur les maladies régnantes, nous avons parlé d'un cas de tétanos observé dans le service de M. Denonvilliers, à l'hôpital de la Charité.

Voici les détails qui nous ont été donnés par M. L. Thomas, interne du service.

Un garçon âgé de vingt-deux ans, exerçant la profession de tailleur, est entré le 7 juillet à l'hôpital, portant une tumeur ganglionnaire ulcérée et des engorgements ganglionnaires au cou. Il y a un mois, une des adénites chroniques qui siégeaient sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, à peu près au niveau de la partie moyenne de ce muscle, s'était transformée en un abcès froid et s'était ouverte seule. Le malade avait seulement appliqué d'abord des cataplasmes, puis des linges enduits de cérat.

La veille de son entrée, le malade avait senti de la roideur dans la mâchoire, et cet état était allé en augmentant, au point que l'écartement des mâchoires était impossible le 7 juillet. Ce même jour, le malade se plaignait de douleurs violentes à la nuque; on sentait tous les muscles du cou et tous les muscles masticateurs contractés et durs. La plaie du cou était constituée par une ouverture irrégulière, à bords decollés et violacés, et elle était située sur un point correspondant au trajet des branches superficielles du plexus cervical, c'est-à-dire des branches antérieures et postérieures des rameaux sus-claviculaire et sus-acromial.

Le 8 juillet, les douleurs s'étaient étendues de la nuque à l'épaule; la tête était renversée en arrière, et le malade éprouvait une constriction du pharynx qui l'empêchait d'avaler sa salive. Il souffrait beaucoup d'une anxiété fatigante qui le privait de tout repos; des douleurs vives existaient aux tempes et sur le masséter; la face et le cou étaient violacés; une sueur froide couvrait le corps, et depuis l'entrée du malade, il n'y avait eu ni selles ni vomissements; le pouls était fréquent. Ce jeune homme prenait du bouillon, et dès son entrée il avait été soumis au traitement par les bains de vapeur; il lui en avait été administré deux chaque jour; toutes les deux heures, M. Denonvilliers avait fait administrer 4 gouttes de laudanum dans une cuillerée de bouillon. Ce même narcotique avait été aussi donné en lavements. Dans la crainte que le malade ne s'asphyxie en buvant ou en vomissant, un coin de bois peu épais avait été introduit entre les dents par M. Thomas.

Le 9 juillet, le malade se congestionnant de plus en plus et la contracture envahissant les muscles respirateurs, la mort est survenue.

A l'autopsie, on n'a trouvé que de la congestion cérébrale de la substance blanche, une injection passive ou asphyxique des méninges, et de la congestion de la moelle.

Il ne s'agissait pas dans ce cas de contractures limitées, d'un trismus simple, comme ceux qu'on observe chez les enfants, il y avait un tétanos franc, non traumatique; il n'était même pas possible d'invoquer une incision d'abcès, puisque celui-ci s'était ouvert seul. Seulement, comme la lésion siégeait sur le trajet des nerfs du sentiment, il est possible d'admettre une névrite ou une dénudation d'un nerf par le pus, et une lésion consécutive de celui-ci capable d'engendrer le tétanos. Mais c'est là une simple hypothèse, et nous devons nous borner à cette interprétation. Le fait en lui-même est significatif : on avait affaire à un tétanos consécutif à une plaie en suppuration.

On connaît un tétanos traumatique et un tétanos spontané; on les a attribués l'un et l'autre à l'action du froid, ou à l'action alternative du chaud et du froid. Les caractères étiologiques prédisposants sont les mêmes dans le tétanos traumatique, le tétanos spontané; et le tétanos consécutif à une plaie en suppuration ne fait pas exception.

Le malade du service de M. Denonvilliers a été atteint au commencement de juillet, à une époque où les variations de la température étaient très-grandes, et le jeune homme a dit qu'il s'était couché sur la terre. Cette dernière assertion du malade, si importante qu'elle puisse être, ne doit pas être cependant posée comme certaine; le malade ne disait pas qu'il fût demeuré longtemps dans cette position. Mais il reste l'exposition aux brusques variations de la température, et cela suffit.

D'un autre côté, les nerfs étaient, au voisinage de la plaie, dans un foyer de suppuration et exposés à l'air comme dans les plaies récentes, comme dans celles qui ont été suivies de tétanos. Sur ce point donc, le tétanos des plaies en suppuration se rapproche du tétanos traumatique.

Dans les faits antérieurs, il y a des exemples de tétanos qu'on pourrait rapprocher du tétanos dans les plaies en suppuration : ce sont d'abord les faits de tétanos après l'accouchement cités par Pitre Aubinais (1), quoiqu'ils aient été contestés et quoiqu'on les ait mis sur le compte de l'éclampsie puerpérale; ce sont encore les cas de tétanos tardif se produisant plus de quinze jours après les opérations. Au total donc, le cas qui vient d'être rapporté serait un tétanos intermédiaire entre le tétanos traumatique et le tétanos spontané.

EMPHYSÈME OBSTÉTRICAL.

Emphysème du cou, de la face et de la partie supérieure de la poitrine,

produit par de violents efforts d'expulsion pendant le travail de l'accouchement, dans un cas de rigidité de l'orifice utérin; terminaison heureuse pour la mère et l'enfant; absence de lochies.

(Observation communiquée à la Société médicale du IV[e] arrondissement).

Par M. le docteur Jules de Soyre.

L'air, violemment comprimé dans l'appareil respiratoire pendant les efforts d'expulsion que fait la femme pour accoucher, peut, dans des *cas extrêmement rares*, occasionner la rupture des conduits aériens et déterminer un emphysème plus ou moins considérable.

En général les traités d'accouchement ne font pas mention de cet accident, si j'en excepte cependant ceux de Dugès et d'Hatin. Cette sorte d'emphysème n'a pas encore été observée à l'hôpital des Cliniques, bien qu'il y ait eu un chiffre de 23,521 accouchements faits du 1[er] décembre 1834 au 1[er] août 1864.

La science possède une observation de cette lésion, très-intéressante dans toute son étendue, rapportée par M. Jules Cloquet dans un mémoire qui a paru en 1820 et porte ce titre : *De l'influence des efforts sur les organes renfermés dans la cavité thoracique.* (Ce mémoire existe à la bibliothèque de la Faculté de médecine; voir *Mélanges*, t. CCCCXLIV, mémoire 3, observation 4[e], p. 34.)

Voici le résumé de cette observation, sur laquelle M. le professseur Jules Cloquet a eu l'obligeance de me donner récemment quelques détails complémentaires :

Le 7 août 1813, M. Jules Cloquet assistait une dame primipare âgée de vingt-trois ans, dont le travail se faisait péniblement. « La » tête de l'enfant, dit M. Jules Cloquet, s'engagea dans la première » position et y demeura plus de quatre heures, pendant lequel temps » les conjonctives se couvrirent d'ecchymoses. Pendant une très- » forte douleur, accompagnée d'une violente contraction de toutes » les puissances expiratoires et de cris perçants, j'aperçus une tu- » meur qui se manifestait entre les deux muscles sterno-mastoïdiens, » immédiatement derrière l'extrémité supérieure du sternum. Bientôt » cette tumeur, évidemment emphysémateuse, crépitante, s'étendit » le long de ces muscles jusqu'à la région parotidienne; le gonfle- » ment gagna la joue, les paupières, et en moins d'un quart d'heure, » le cou et la face se trouvèrent au niveau et gonflés d'une manière » vraiment effrayante; la jeune femme se trouvait dans un danger » imminent de suffoquer. »

M. Jules Cloquet fit mander Desormeaux et Laënnec, mais lorsqu'ils arrivèrent l'accouchement s'était terminé par l'expulsion d'un enfant très-fort, dont la tête était énorme, ecchymosée dans toute sa partie supérieure. Il était évidemment apoplectique et ne donna aucun signe de vie, malgré les soins qui lui furent prodigués.

En présence de l'emphysème considérable qui existait, on décida de faire une incision de 4 lignes (1 centimètre) à la partie supérieure du sternum; cette incision donna issue à un peu de sang et à quelques bulles d'air. L'emphysème ne diminuant pas sensiblement, M. Jules Cloquet pratiqua deux jours après une seconde incision, cette fois d'un pouce (2 centimètres 1/2) d'étendue, dans le même endroit; l'air s'échappa en grande quantité, et la tuméfaction diminua de jour en jour; cependant, dix-sept jours après l'accouchement, le tissu cellulaire faisait encore entendre de la crépitation quand on appuyait sur la peau au-dessus des clavicules; la malade ne put marcher que trois mois après son accouchement, à cause des vives douleurs qu'elle éprouvait dans la symphyse pubienne et dans les articulations sacro-iliaques; elle s'est parfaitement rétablie, et a eu deux enfants depuis cette époque.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie*, 1847.

D'après les renseignements récents pris auprès de M. le professeur Jules Cloquet, je puis ajouter que cette dame avait un rétrécissement du bassin ; que l'enfant avait été expulsé avec un pariétal enfoncé, et que l'énorme emphysème s'étendait jusque sur la poitrine entière et sur la partie supérieure des bras. La rupture de la trachée a eu lieu un peu au-dessus de la bifurcation des bronches.

M. le professeur Jules Cloquet n'a jamais observé que ce seul cas. Il n'a pas eu connaissance de fait semblable, et il m'a engagé à publier l'observation qui suit et qui m'est personnelle.

Mme H..., âgée de vingt-trois ans, primipare, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, a été réglée à l'âge de seize ans, et sa santé habituelle est excellente.

Mariée en mars 1863, la dernière apparition des règles eut lieu au mois de juin, et une grossesse des plus heureuses suivit son cours normal. Il survint une légère bouffissure du visage, mais pas d'infiltration des membres inférieurs. Mme H... devait accoucher en mars 1864, et c'est ce qui eut lieu en effet.

Le 26 mars, après avoir ressenti quelques légères douleurs, Mme H... me fit appeler. Le toucher, pratiqué à deux heures du soir, me permit de constater un orifice utérin assez entr'ouvert pour reconnaître une présentation du sommet. Cette partie fœtale, très-élevée, reposait au-dessus des pubis. Les membranes étaient entières, et ne se tendaient que faiblement pendant les contractions utérines. Vers minuit, les contractions utérines avaient acquis un peu plus d'énergie ; la poche des eaux s'appliquait sur l'orifice de l'utérus, dilaté de 2 centimètres 1/2 de diamètre, et dont les bords étaient lisses, minces et tendus comme chez toutes les primipares.

Le 27 mars, à dix heures et demie du matin, la poche amniotique faisait une forte saillie dans le vagin ; la dilatation utérine était de 8 centimètres 1/2. J'étais certain de la présentation par le toucher de la veille ; car la trop grande quantité de liquide amniotique interposé entre la tête de l'enfant et les membranes, me rendait impossible une constatation nouvelle. Je rompis la poche des eaux avec l'espérance que la tête, en descendant, viendrait s'appliquer sur l'orifice et favoriserait le complément de la dilatation ; mais il n'en fut pas ainsi. Après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux, la tête resta élevée et l'orifice de l'utérus revint sur lui-même, présentant des bords épais avec une dilatation transverse de 8 centimètres et une antéro-postérieure de 3 centimètres. Le travail devint languissant, surtout lorsque la malade était couchée. A plusieurs reprises je la fis lever et marcher, pour solliciter des contractions utérines.

A cinq heures du soir, la tumeur œdémateuse de la tête s'étant formée, la dilatation circulaire redevint ce qu'elle était avant la rupture des membranes, c'est-à-dire de 8 centimètres 1/2 de diamètre.

La station debout provoquait d'énergiques contractions utérines que Mme H... exprimait par des cris effroyables, mais le calme reparaissait dès qu'elle se mettait au lit.

A dix heures du soir, l'orifice de l'utérus avait 9 centimètres de dilatation ; ses bords, extrêmement tendus, offraient une grande résistance. J'engageai Mme H... à se lever et à employer la force qu'elle mettait à crier à faire des efforts d'expulsion en fermant la bouche. Elle suivit mon conseil, et la partie fœtale, enveloppée de l'utérus, s'engagea de plus en plus dans l'excavation pelvienne en pressant sur le rectum dont elle produisit la déplétion.

A dix heures trois quarts du soir, la tumeur œdémateuse de la tête du fœtus n'était plus qu'à 4 centimètres de la vulve ; mais l'orifice utérin, toujours dilaté de 9 centimètres, formait un cercle rigide comme si c'eût été de l'osier. Je voulus vaincre cet obstacle en déterminant une rupture sous-épithéliale d'une fibre du col de l'utérus, procédé que M. le professeur Paul Dubois a souvent employé avec succès pour amener la cessation de la rigidité de cet orifice. Pendant les contractions utérines et les efforts que faisait Mme H..., je cherchais à repousser le bourrelet de 2 centimètres que présentait l'orifice de l'utérus, avec deux doigts qui agissaient par le procédé (qu'on me pardonne l'expression) que le tonnelier met en œuvre pour la pose des cerceaux.

Je n'obtenais pas de modification sensible, lorsqu'à la suite d'une forte contaction utérine et d'énergiques efforts, Mme H... me prévint (je rapporte ses paroles) *qu'un vaisseau allait se rompre au côté droit du cou;* et elle m'indiquait la partie antérieure et médiane du sterno-mastoïdien. Je n'attachai pas d'abord d'importance à ce qu'elle me disait ; mais à la contraction utérine suivante, je remarquai une légère tuméfaction de la joue droite, qui devint de plus en plus volumineuse à mesure que les contractions utérines et les efforts se répétaient. Par la pression, je sentais la crépitation emphysémateuse de la joue et je déterminais le gonflement de la paupière droite, qui fut bientôt envahie complétement par l'emphysème. La joue droite était de 5 centimètres plus saillante que la joue gauche ; mais l'emphysème ne se bornait pas là. La racine du nez, la joue gauche, les régions parotidiennes offraient de la crépitation ; le cou avait augmenté de volume; la crépitation se percevait le long des muscles sterno-mastoïdiens, sur toute la partie antérieure du cou, et sur la partie latérale jusqu'aux acromions; sur les clavicules et sur la poitrine jusqu'à 8 centimètres au-dessous de ces os. L'emphysème était plus considérable à droite qu'à gauche. Le front, la région postérieure du cou n'étaient pas emphysématisés.

Mme H... n'éprouvait aucune gêne de la respiration, mais la déglutition devint pénible.

J'étais décidé à faire une incision sur l'orifice de l'utérus et à terminer l'accouchement par une application de forceps. Mais en présence d'un accident aussi rare, je jugeai utile de m'adjoindre M. le docteur Jacquemin, dont la longue expérience pratique pouvait m'être si précieuse. Mme H... fut remise au lit, avec recommandation de ne plus faire d'efforts.

Lorsque M. Jacquemin fut auprès de notre malade, je pratiquai le toucher afin d'indiquer les dernières modifications survenues, et à ma grande satisfaction je trouvai la dilatation presque complète. Le pourtour de l'orifice n'avait plus qu'un demi-centimètre, et sous l'influence d'une contraction utérine modérée la dilatation se compléta sous mon doigt. La tumeur œdémateuse de la tête de l'enfant entr'ouvrit la vulve, et les contractions se succédant, la tête s'engagea de plus en plus et ne tarda pas à être expulsée. Le cordon formait écharpe, en partant de son insertion ombilicale pour passer sur l'épaule, puis sur le dos de l'enfant. Je coupai le cordon, et je reçus l'enfant; il était alors onze heures trois quarts du soir. Le placenta suivit de près l'accouchement. Le cordon avait une longueur normale.

Le petit garçon qui venait de naître rendait du méconium, signe évident de souffrance ; il était faible, mais il fut promptement ranimé. La tumeur œdémateuse de sa tête était volumineuse et étranglée à sa base par un sillon qui correspondait au diamètre de l'orifice rigide.

Aucun traitement n'a été employé pour combattre l'emphysème. Le jour qui suivit l'accouchement, 28 mars, la paupière droite était moins tuméfiée, mais elle était ecchymosée. La face avait diminué de volume et la déglutition était moins gênée. Dans la journée, à la suite d'une vive émotion, l'emphysème augmenta légèrement. De jour en jour la crépitation devint moins sensible, et disparut complétement le septième jour.

Après son accouchement, Mme H... eut une suppression complète des lochies ; son ventre n'était pas douloureux. Je lui prescrivis des cataplasmes sur l'abdomen ; un petit écoulement lochial parut momentanément, et de nouveau les draps de siége restèrent complétement secs jusqu'au parfait rétablissement de la santé de Mme H... Il n'y eut aussi du côté des seins aucune turgescence appréciable.

On a vu des femmes n'avoir pas de lochies, dit Desormeaux (*Dict. en* 30 *volumes*, t. IX, p. 193) ; mais malgré ces exemples très-rares, l'absence de cette excrétion ne doit pas moins inspirer des craintes, car c'est le plus souvent à quelque maladie grave déclarée ou imminente qu'on doit l'attribuer.

Mme H... n'a pas été malade pendant ses couches, et elle continue à jouir d'une excellente santé.

Pour expliquer la production de l'emphysème qui fait l'objet de cette observation, il faut admettre une prédisposition particulière à la rupture des conduits aériens, car on voit journellement des primipares lutter avec énergie contre les obstacles que présentent l'étroitesse des parties molles ou osseuses de leur bassin, ou contre l'exagération physiologique ou pathologique du volume de l'enfant, ou contre une présentation défavorable de celui-ci, sans que ces efforts violents occasionnent d'emphysème.

DE L'EMPLOI D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ AUTOPLASTIQUE

ou à lambeaux dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Observations cliniques par le docteur Duboué (de Pau).

Ce travail, qui sert de complément à un premier mémoire présenté il y a quelques mois à la Société de chirurgie, a pour but d'établir sur quelques observations récemment recueillies la supériorité du procédé autoplastique ou à lambeaux que l'auteur avait déjà proposé de substituer au procédé américain. Ce procédé à lambeaux utilise une notable portion de tissus sacrifiés par les chirurgiens américains et consiste à dédoubler les lèvres opposées de la fistule, tantôt en avant et en arrière, tantôt sur les parties latérales suivant les cas, et à unir les surfaces saignantes étalées à l'aide d'une suture enchevillée de forme toute particulière.

Loin d'employer, en effet, des tiges rigides ou autres pour maintenir le rapprochement des tissus, l'auteur se sert de petits boutons semi-ovoïdes, percés de deux trous à leurs surfaces plane et convexe, et à travers lesquels on fait passer les fils métalliques, que l'on tord deux à deux ou à trois à trois, suivant le nombre de boutons, de chaque côté de la suture. Cette simple modification permet de porter la striction au degré nécessaire sans exposer les lambeaux à se gangrener par une compression trop forte. Aussi la suture peut-elle être laissée longtemps en place sans le moindre inconvénient sérieux, et l'auteur, d'après quelques faits qu'il cite ou qu'il a observés, recommande de la maintenir à demeure pendant quinze jours au moins, et généralement durant une moyenne de temps qui s'élève de dix-huit à vingt jours.

Dans un des cas qu'il rapporte et où des circonstances spéciales pouvaient en faire redouter le séjour prolongé, mais pourtant nécessaire à ses yeux, il n'a pu enlever les fils qu'au bout de quatre semaines révolues, sans qu'il en soit résulté la moindre conséquence fâcheuse.

Le seul inconvénient que puisse produire le séjour prolongé de ces boutons, consiste à donner lieu à des ulcérations plus ou moins profondes, mais qui ne peuvent jamais aller jusqu'à amener la perforation de la cloison vésico-vaginale.

M. Duboué, se guidant, en effet, sur le mode d'action de la suture, donne de ce fait une démonstration qu'il croit rigoureusement vraie, et fait voir que, par la disposition même des tissus avivés et des fils, ceux-ci ont une tendance de plus en plus marquée à diviser les lambeaux de la base au sommet. D'où il résulte que, dans les cas où le tiraillement serait même excessif, les boutons doivent se porter de plus en plus vers la cavité vaginale et s'éloigner de la vessie. Dans la nouvelle position que doivent ainsi acquérir les boutons, ils doivent encore exercer un rapprochement exact d'une notable portion des lambeaux, et par suite assurer de nouvelles chances de guérison, là où des adhérences rompues ne sauraient de nouveau s'établir par le procédé américain.

Les fils devant traverser, dans ce nouveau mode de suture, les angles opposés formés par les lambeaux et les tissus avivés sous-jacents, M. Trélat, dans un rapport auquel avait donné lieu le premier travail, avait attribué au choix d'un pareil trajet des fils un danger qui aurait été en effet bien redoutable s'il n'avait pu se produire, celui d'exposer les surfaces saignantes à s'écarter l'une de l'autre du côté de la cavité vésicale, et de permettre ainsi à l'urine de s'infiltrer entre les tissus cruentés. Mais M. Duboué, qui, malgré certaines modifications plus apparentes que réelles, n'imprime aux fils qu'un trajet exactement semblable à celui déjà suivi par le procédé américain, démontre l'impossibilité d'un semblable danger en s'appuyant sur la tendance qu'ont les tissus profondément avivés à se porter à la rencontre l'un de l'autre, en vertu de leur propre élasticité. Et un peu plus loin, il fait voir que M. Collis (de Dublin), qui avait de son côté imaginé le même procédé, invoque un argument identique, lorsqu'il dit : « On peut voir (c'est le chirurgien de Dublin qui parle), après » le rapprochement des surfaces avivées à l'aide de la suture enche» villée, que les tissus font relief du côté du vagin, entre les deux » bouts de sonde. Or, il doit en être de même du côté de la vessie, » où les tissus profonds produisent un relief plus considérable, faisant » l'office d'une soupape qui s'oppose à l'issue de l'urine et même au » contact de l'urine avec la plaie. Il y a plus : si les chairs comprimées » entre les deux bouts de sonde viennent à se gangrener, les lam» beaux qui font saillie du côté de la vessie se trouvant à l'abri d'une » pression semblable, échappent ainsi à toute menace de gangrène » et contractent adhérence avant les autres lambeaux, adhérence qui » se maintient, ceux-ci eussent-ils déjà cédé. »

Dans un court aperçu historique, M. Duboué signale enfin, tant dans l'unique observation de Gerdy que dans le mémoire de M. Collis, les raisons souvent identiques invoquées par ces chirurgiens en faveur du nouveau procédé à lambeaux, raisons qui l'avaient déjà frappé de son côté. Le seul changement qui distingue son procédé de celui qu'ils ont eux-mêmes employé, consiste, à part le mode déjà indiqué de suture enchevillée, à combiner l'avivement proprement dit à quelques millimètres au delà des points extrêmes de la ligne de réunion avec le décollement de la cloison vésico-vaginale sur toute la longueur de la fistule.

Tout en appelant la plus sérieuse attention sur un procédé qui lui paraît devoir doubler les chances de succès dans les cas difficiles, M. Duboué expose en terminant les résultats comparatifs qu'il a obtenus jusqu'à ce jour par l'emploi successif de ces deux procédés, et donne ces résultats que nous reproduisons ici comme conclusions de son travail :

I. Sur quatre femmes opérées par le *procédé américain ordinaire*, deux ont guéri d'emblée, et deux ont été très-améliorées :

A. Des deux malades guéries, l'une avait une fistule de très-petite dimension, et la seconde une fistule moyenne assez profondément située, mais pourtant très-accessible.

B. Sur les deux cas de succès partiel, j'avais affaire, dans l'une, à une fistule large et d'un accès difficile, et il n'est resté que deux petits pertuis ; et dans l'autre cas, il s'agissait d'une fistule très-large, mais favorablement située.

Dans ce dernier cas, la malade a subi trois opérations, dont la première a produit une grande amélioration, la seconde un résultat à peine appréciable, et la troisième pas le moindre.

Ces quatre malades ont donc subi six opérations, dont deux ont réussi, ce qui fait *un tiers de succès complets, eu égard au nombre total d'opérations.*

II. Sur trois femmes opérées par le *procédé à lambeaux*, deux ont guéri d'emblée, et la troisième a été très-améliorée.

A. Chez les deux malades guéries, conditions des plus défavorables. La première était la même femme déjà opérée trois fois par le procédé américain, et chez laquelle les deux dernières opérations pratiquées d'après les mêmes principes n'avaient presque rien produit. La seconde avait une fistule large et profondément située, et de toutes celles que j'ai observées la plus difficilement accessible.

B. La troisième malade, que j'ai dû opérer deux fois, avait une fistule de moyenne dimension et d'un abord à peine difficile, quoique profondément située.

Après la première opération, diminution de moitié de l'ouverture anormale, malgré les mauvaises conditions de santé de la malade et quelques autres circonstances défavorables.

Après la seconde opération, amélioration nouvelle, mais persistance d'un petit pertuis à la suite d'une rupture purement accidentelle de deux des fils métalliques.

Ces trois malades ont donc subi quatre opérations, dont deux ont réussi, ce qui fait la *moitié de succès, eu égard au nombre total d'opérations.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 juillet 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La lettre suivante a été adressée par M. Ollier à la Société :

Lyon, 26 juillet 1864.

Monsieur le président,

J'applaudis, comme tous nos collègues, au beau succès que vous avez obtenu sur la malade à qui vous avez enlevé le maxillaire supérieur pour l'extirpation d'une tumeur de la cavité naso-pharyngienne. Vous avez pratiqué une opération qui n'a laissé que peu de traces; la forme régulière du visage a été maintenue, et comme pour obtenir ce résultat vous n'avez pas conservé le périoste, vous en concluez que la conservation du périoste, que je préconise en pareil cas, est une complication opératoire inutile.

Permettez-moi de vous soumettre à ce sujet quelques réflexions qui légitimeront à vos yeux, je l'espère, mon procédé.

Si j'attache une importance réelle à la reproduction d'un arc osseux pour remplacer la partie externe du maxillaire, ce n'est pas uniquement en vue des suites immédiates de l'opération, c'est surtout au point de vue de ses suites éloignées. En conservant la portion incisive du maxillaire et l'os de la pommette, on doit avoir pendant six semaines à deux mois un résultat à peu près égal, qu'on ait conservé le périoste ou qu'on l'ait sacrifié. Mais plus tard les os laissés sans soutien se rapprochent en vertu de ce retrait concentrique que subissent toutes les cavités artificielles creusées dans nos tissus. C'est alors que la difformité commence et se prononce de plus en plus jusqu'à ce que l'os, resté suspendu comme une moitié de voûte, rencontre un point d'appui, une résistance qui arrête ce mouvement d'enfoncement ou de retrait. Fournissez lui, au contraire, un arc-boutant solide au moment où cette inclinaison va se produire, et vous préviendrez tout déploiement ultérieur.

C'est là, Monsieur le président, le but que je veux atteindre, et que j'espère avoir atteint chez mon malade, en faisant ossifier le périoste de la face externe du maxillaire. L'arc osseux de nouvelle formation a empêché l'os malaire de s'avancer vers le nez et de s'enfoncer vers le centre de la cavité laissée par l'ablation du maxillaire.

Je ne puis savoir ce qui arrivera chez votre malade, mais, si j'en crois mes propres observations sur ce point, il est à craindre que dans deux ou trois mois vous ne voyiez l'œil du côté opéré descendre plus bas que celui du côté opposé, et la saillie de la pommette s'effacer sensiblement.

Ce rapprochement des os de la face après certaines opérations a pu faire croire quelquefois à une régénération du tissu osseux, puisqu'au

bout de quelques mois on sentait une résistance osseuse là où on n'avait constaté primitivement que du tissu fibreux. Dès 1858, j'ai appelé l'attention sur ces pseudo-régénérations. Depuis lors, j'ai eu à observer quelques cas de déformations consécutives qui m'ont fait sentir l'importance d'un support osseux qui pût les prévenir. Ce support, je le cherche dans l'ossification du périoste, et cette ossification ne m'a pas fait défaut dans le cas que M. Verneuil a communiqué en mon nom à la Société. J'ai attendu plus de sept mois avant de laisser partir mon malade et d'en publier l'observation, pensant qu'il me fallait au moins ce temps-là pour apprécier les changements qui devaient se produire dans le squelette de la face.

La dissection du périoste de la voûte palatine me paraît au moins aussi utile que celle du périoste de la face externe de l'os, quoiqu'on ne puisse guère espérer qu'une ossification tardive; mais bien que ce lambeau ne s'ossifie pas, il se durcit, il forme un plan transversal fibreux, épais, qui continue la voûte palatine, et qui aidera efficacement plus tard à oblitérer la perforation quand on jugera qu'il n'y a plus de danger pour une repullulation du polype.

Ainsi donc, mon procédé se compose de plusieurs temps qui me paraissent tous d'une utilité réelle, bien qu'à divers points de vue.

1° La conservation de la portion incisive du maxillaire, de la plus grande partie du rebord orbitaire et de l'os de la pommette, empêcheront les déformations primitives;

2° La conservation du périoste externe, en permettant la reproduction d'un arc osseux, empêchera les déformations consécutives, et la conservation du périoste du palais facilitera ultérieurement la restauration de la voûte palatine.

Mon observation, comme l'a fait remarquer M. Giraldès, a en outre un intérêt physiologique : elle est une nouvelle confirmation des résultats expérimentaux que j'ai obtenus sur les animaux et que j'ai fait connaître à diverses reprises depuis six ans. MM. Langenbeck (de Berlin) et Michaud (de Louvain) ont du reste vu comme moi le périoste du maxillaire reproduire du tissu osseux. On a cité, il est vrai, des expériences ayant fourni des résultats différents des miennes. N'ayant pas à men occuper ici, je me bornerai à vous rappeler les nombreuses pièces que j'ai eu l'honneur de montrer à la Société il y a quelques mois, relatives à la régénération des divers os. Ces pièces, auxquelles l'examen d'un grand nombre de nos collègues a donné toute l'authenticité désirable, démontrent d'une manière positive cette régénération. Si d'autres expérimentateurs ont échoué là où je réussis, ce n'est pas à moi à rechercher la cause de leur insuccès.

Je me bornerai seulement à rappeler ce principe de logique scientifique, à savoir, que de nombreux faits négatifs ne pourraient rien à la rigueur contre un seul fait positif, et qu'à plus forte raison quelques faits négatifs sont sans valeur contre de très-nombreux faits positifs.

Veuillez agréer, etc. OLLIER.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. GIRALDÈS met sous les yeux de la Société un enfant présentant une tumeur de la région frontale. Cette tumeur semble formée par la superposition de deux fragments osseux. Sous l'influence des efforts, comme par exemple dans l'action de souffler dans les mains, la tumeur se gonfle, puis une légère pression la réduit presque complètement; sa consistance est molle, une piqûre d'épingle en fait sourdre du sang veineux, la position déclive la fait augmenter. On n'y perçoit d'ailleurs aucun battement qui puisse faire songer à une tumeur anévrysmale. Il est probable qu'elle communique avec les sinus de la dure-mère.

M. MARJOLIN. M. Giraldès a-t-il quelques notions sur le mode de production de cette tumeur? Depuis combien de temps existe-t-elle?

M. DEGUISE n'est pas aussi convaincu que M. Giraldès de la communication de cette tumeur avec l'intérieur du crâne. Ce qui fait naître quelques doutes dans son esprit, c'est le souvenir d'un malade qu'il a présenté autrefois à la Société, et chez lequel une tumeur analogue existait sur la joue et n'avait aucune communication avec l'intérieur du crâne. Il lui semble que la tumeur du malade présenté par M. Giraldès serait plus volumineuse si elle communiquait avec les sinus de la dure-mère.

M. DEMARQUAY ne voit pas d'où pourrait venir le sang contenu dans cette tumeur, si ce n'est des sinus de la dure-mère.

M. GIRALDÈS. La tumeur est apparue il y a cinq ans à la suite d'une chute sur le front. Je n'ai pas d'autre renseignement. Quant aux raisons données par M. Deguise pour douter de la communication avec les sinus de la dure-mère, je ne puis les accepter. De ce que chez le meunier présenté par notre collègue cette communication n'existait pas, je ne vois pas pourquoi elle n'aurait pas lieu chez mon jeune malade. D'ailleurs, le volume ne suffirait pas à décider la question.

M. DEGUISE insiste pour faire observer qu'il n'a pas nié la communication avec l'intérieur du crâne, il a seulement émis des doutes. M. Demarquay se demande d'où pourrait venir le liquide s'il ne venait pas de l'intérieur du crâne. Mais je demanderai à mon tour d'où il venait chez mon malade et chez quelques autres dont les tumeurs ne communiquaient évidemment pas avec les sinus de la dure-mère?

M. BROCA. Je ne pense pas qu'on puisse assimiler la tumeur du malade de M. Giraldès avec certaines tumeurs variqueuses de la face et du cou; elle a plutôt de l'analogie avec les anévrysmes. La racine du cou et de la face renferment des veines très-volumineuses, et on comprend facilement la formation de tumeurs variqueuses sans qu'il soit nécessaire d'admettre de communication avec les sinus de la dure-mère. Il n'en est pas de même pour le cuir chevelu. En ce point, la théorie, quand bien même les faits n'auraient pas prouvé la chose, ne permet pas de comprendre la formation de tumeurs veineuses sans communication avec les sinus de la dure-mère.

Puisque l'occasion s'en présente, ajoute M. Broca, je la saisirai pour compléter l'observation d'une jeune fille que j'ai présentée autrefois (1857-1858) à la Société. Elle offrait une tumeur du cou peu réductible, que plusieurs de mes collègues avaient considérée, comme moi, de nature veineuse. Une ponction exploratrice fit sortir du sang veineux. Je renonçai alors à toute opération. Depuis cette époque, la tumeur est restée stationnaire.

M. GIRALDÈS rappelle les caractères qu'il a déjà signalés dans la tumeur du jeune malade, et il ajoute que dans l'examen qui vient d'en être fait par M. Follin, on a pu facilement constater deux choses qui viennent encore à l'appui de l'opinion émise par lui. En effet, on sent sur le point occupé par la tumeur un sillon, une solution de continuité, et la tumeur étant rentrée, on s'oppose à sa reproduction en appliquant le doigt sur ce sillon, quels que soient les efforts qu'on fasse faire à l'enfant.

M. DEGUISE. Si le signe indiqué par M. Follin existe réellement, il n'y a plus à conserver le moindre doute, et je me range à l'opinion de M. Giraldès.

COMMUNICATION.

M. DUBOUÉ, membre correspondant, est appelé à la tribune pour donner lecture d'un mémoire considérable sur un nouveau procédé autoplastique ou à lambeaux pour le traitement des fistules vésico-vaginales. En voici le résumé fait par l'auteur lui-même; le mémoire entier sera, d'après la décision prise par la Société et acceptée par M. Duboué, publié dans le prochain volume des Mémoires.

(Voir plus haut.)

M. GIRALDÈS. A propos de la communication intéressante faite par M. Duboué, je dirai que depuis plus de deux ans, et cela chez des enfants de tout âge, j'emploie pour l'opération du bec-de-lièvre les sutures métalliques, que je laisse jusqu'à guérison complète, et cela sans aucun inconvénient. Au contraire, j'évite ainsi les ulcérations qu'on observe souvent avec l'emploi des épingles et de la suture entortillée.

M. DUBOUÉ. Je n'ai point eu la prétention d'avoir innové, et je suis heureux de voir M. Giraldès appuyer de l'autorité de son expérience les idées que je viens d'émettre relativement aux sutures métalliques.

M. RICHET. Je n'ai pas toujours vu les mêmes résultats que MM. Giraldès et Duboué dans l'emploi des sutures métalliques. J'ai employé comparativement sur une fistule uréthrale les fils métalliques et les fils de soie : les fils métalliques ont coupé les tissus, les autres ne les ont pas coupés.

M. VELPEAU désire faire observer que l'emploi des sutures métalliques ne doit pas être substitué d'une manière absolue et générale aux sutures ordinaires. Le choix des unes et des autres doit varier dans les différentes circonstances. Dans le bec-de-lièvre, par exemple, j'emploie depuis longtemps la suture entortillée; j'enlève une première épingle le premier jour, une seconde le deuxième. Quant à la troisième et dernière, je la laisse ordinairement en place jusqu'au cinquième et quelquefois jusqu'au sixième jour, et cependant j'observe rarement d'ulcération sur la face cutanée des lèvres. Néanmoins, sans vouloir poser une règle trop générale, je dirai que la chance d'ulcération est d'autant moindre qu'on lève plus tôt les sutures. Quant à la suture de lambeaux minces comme ceux qu'on réunit dans la fistule vésico-vaginale et dans les opérations faites sur la peau de la verge, il me semble que les serre-fines pourraient être employées avec plus d'avantage que les sutures métalliques ou autres.

M. RICHET. J'ai l'habitude, pour les circoncisions, de me servir des serre-fines; mais dans le cas que j'ai rappelé tout à l'heure, il s'agissait d'une restauration uréthrale dans laquelle le tiraillement était trop grand pour que les serre-fines pussent suffire.

M. GIRALDÈS. M. Velpeau a signalé en passant les inconvénients des épingles. C'est précisément à cause de ces inconvénients que j'y ai renoncé. Chez les enfants, quand on enlève les épingles de bonne heure, sous l'influence des cris ou des mouvements de succion, on voit souvent la réunion détruite. Si au contraire on les laisse longtemps en place, elles exercent une pression qui amène quelquefois la gangrène de la peau. Le fil métallique seul n'a pas ces inconvénients, même quand on le laisse très-longtemps.

M. VELPEAU. Ce que vient de dire M. Giraldès prouve que j'avais raison de penser qu'à propos des sutures une règle générale n'était pas applicable. Je comprends que chez les enfants il puisse y avoir avantage à suivre l'exemple de M. Giraldès; mais chez les adultes, qui constituent la majorité de mes opérés, je n'ai que bien rarement observé les accidents signalés par notre collègue, et j'ai vu l'opération être presque constamment suivie de guérison, et cela très-promptement, en moins de huit jours.

Depuis longtemps j'ai supprimé tout autre pansement. Ainsi donc, pour me résumer et répéter ce que je disais en commençant, je crois pouvoir affirmer que les méthodes anciennes et nouvelles peuvent avoir chacune leur application particulière.

M. DUBOUÉ, en terminant, fait remarquer que dans le traitement de la fistule vésico-vaginale, la nécessité d'introduire le spéculum rend plus nécessaire, ou au moins plus utile que jamais, le séjour prolongé des sutures.

— La séance est levée à cinq heures.

L'un des secrétaires : H. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une exigence typographique a fait supprimer dans notre dernier numéro une ligne que nos lecteurs sont priés de rétablir sous le titre de l'observation du service de M. Cusco.

Il faut ajouter : — Observation recueillie par M. LELION, interne des hôpitaux.

— M. le docteur Jounia-Reymond commencera son cours particulier d'accouchements le lundi 8 août prochain, de trois à quatre heures, et le continuera les jours suivants à la même heure (41, rue de l'École de médecine).

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 93. — MARDI 9 AOUT 1864. (37e ANNÉE.) N° 93 — MARDI 9 AOUT 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 AOUT 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

A tout seigneur, tout honneur! C'est en vertu de ce proverbe que M. Flourens a cru devoir ouvrir cette séance académique, par la présentation d'un livre sorti de sa plume féconde.

Psychologie comparée, tel est le titre de cette nouvelle production.

Cet hommage rendu à l'Académie par son secrétaire perpétuel, M. le docteur Batailhé, présente une cinquième note sur l'infection purulente. Ce travail est trop étendu, nous dit M. Flourens, pour être reproduit intégralement ; il est par sa nature peu susceptible d'analyse. Nous regrettons de ne pouvoir en présenter un résumé succint, lorsque nous voyons que l'auteur se proposait d'étudier l'état des veines au voisinage de la plaie chez les sujets affectés d'infection putride.

La longueur du mémoire est encore le léger reproche que l'on adresserait au beau travail de M. Decaisne. Cet honorable confrère adresse une étude médicale sur les buveurs d'absinthe. Au compte rendu, nous publions les conclusions de l'auteur, et nous aurions voulu pouvoir élargir notre cadre pour accueillir un mémoire digne de figurer dans les *Archives d'hygiène et de médecine légale.*

Nos lecteurs ont gardé le souvenir des travaux de M. Davaine sur les bactéries du sang. Ils se souviennent que ce savant avait constaté dans l'affection charbonneuse ces petits corps filiformes nageant dans le sang. Ces corps filiformes, ces bactéries étaient les agents de la maladie. Ses recherches avaient continué, et la fièvre typhoïde avait eu ses bactéries. MM. Tigri et Signol étaient venus à leur tour généraliser cette influence des microzoaires.

Aujourd'hui, MM. Leplat et Jaillard apportent leur tribut à cette étude. Pour ces expérimentateurs, les bactéries ou les vibrions ne sont aucunement coupables. Si on les introduit seuls dans le sang, ils ne donneront lieu à aucune des maladies précitées. C'est le véhicule injecté avec eux qu'il faut surveiller. Si ce véhicule est putride et en trop grande quantité, il y a empoisonnement septicémique, mais il ne se développe pas de maladies virulentes, puisque les mêmes phénomènes ne se reproduisent pas par l'injection du sang contaminé.

Une note intéressante de M. Gallavardin (de Lyon) sur divers empoisonnements par l'application des feuilles de tabac sur la peau, et un nouveau travail de M. Perrin, de l'influence des boissons alcooliques prises à dose modérée sur le mouvement de la nutrition, complètent les communications de cette intéressante séance. — Dr E. RENAUD.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

Dilatation de l'aorte à son origine ; rétrécissement dans tout le reste de son étendue. — Insuffisance des valvules sigmoïdes. — Hémorrhagie cérébrale. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. V. DUHAMEL.)

C. A. D..., âgé de dix-huit ans, horloger, né à Paris, est admis à l'hôpital de la Charité le 31 mars 1864, dans le service de M. Beau, salle Saint-Louis, n° 3.

Sa mère, âgée de quarante et un ans, est d'une forte constitution, et, dit-il, asthmatique. Son père mourut subitement à quarante ans.

Depuis douze ans, il habite une chambre au troisième, exposée au midi. Il se nourrit bien. Jamais de rhumatisme. Venu au monde à huit mois. Santé toujours très-délicate. Respiration courte datant de l'enfance ; impossibilité de prendre part aux jeux de cet âge.

Il dit être malade depuis trois mois. Dans la journée du 1er janvier, refroidissement prolongé. Le soir, frissons, malaise général, céphalalgie. Le lendemain, syncope en voulant se lever, perte d'appétit, point de côté à droite, toux suivie d'expectoration incolore et muqueuse. Les jours suivants, gêne notable de la respiration ; la toux augmente et provoque plusieurs vomissements.

Dix à douze jours plus tard, le point de côté a disparu ; la toux cesse bientôt à son tour, l'appétit revient un peu ; mais la dyspnée persiste, et le malade maigrit.

Dans la première semaine de mars, un médecin l'examine, reconnaît une affection cardiaque, et ordonne des pilules de digitale que D... prend régulièrement jusqu'au jour où il est amené à l'hôpital.

Le 1er avril, décubitus horizontal et indifférent. Taille au-dessus de la moyenne ; bonne conformation, maigreur générale ; cheveux et sourcils châtains, yeux noirs ; pâleur des lèvres et de la face ; pas d'anxiété apparente. Intégrité des sens.

Pouls à 98, égal des deux côtés, plein, bref, régulier. Pas de saillie ni de soulèvement visible de la région précordiale. Le cœur occupe une étendue en hauteur de 14 centimètres sur 12 transversalement. La pointe soulève la paroi thoracique à 2 centimètres au-dessous et en dedans du mamelon.

A l'auscultation, souffle petit et râpeux au premier bruit et à la base, se prolongeant dans le trajet de l'aorte et dans les carotides. Au second bruit, souffle fort et rude ayant son maximum d'intensité au niveau de la troisième côte ; en dehors des limites de la région précordiale, le bruit normal reparaît avec toute sa pureté. L'oreille, appliquée à la partie supérieure du sternum, perçoit un bruit de râpe intermittent, coïncidant avec le pouls et donnant une sensation analogue au frottement que produit le piston d'une machine dans ses mouvements de va-et-vient. Du reste, ce bruit anormal, assez énergique pour être entendu à une distance de 3 à 4 centimètres, retentit dans toute la poitrine, quel que soit le point qu'on ausculte, et même il couvre presque partout le murmure respiratoire. Enfin, par l'application de la main en avant, à droite et en haut, on perçoit sur une étendue de 5 à 6 centimètres un frémissement cataire extrêmement intense. Aucun bruit sur le trajet des artères crurales et humérales. Pas de gonflement des veines du cou. Palpitations et essoufflement quelquefois en marchant.

Poitrine sonore et bien conformée ; respiration, 34, normale, un peu plus faible en arrière, du côté droit, que dans la partie gauche correspondante.

Appétit faible ; selles régulières. Le foie déborde les dernières côtes de plusieurs travers de doigt.

Pas de cauchemars pendant le sommeil. Forces diminuées. Absence d'œdème.

Le 7, au moment de la visite, un accès de suffocation survient tout à coup. Face anxieuse et livide, yeux hagards, tête renversée en arrière. Les narines se dilatent, la bouche reste béante, la respiration est comme suspendue ; vibrations rauques des cordes vocales aux deux temps de la respiration. Le malade fait comprendre par quelques mots entrecoupés qu'il étouffe, et demande avec instance qu'on lui ouvre la gorge afin de laisser passer l'air. Pendant ce temps, le pouls est accéléré, les battements du cœur tumultueux, et le corps se couvre d'une sueur froide. Cet accès dure quatre ou cinq minutes, puis tout rentre dans l'ordre.

Le 10, symptômes d'épanchement pleural à droite, remontant jusqu'à la quatrième côte ; point douloureux à droite, dans le cinquième espace intercostal ; 30 respirations ; toux fréquente et quinteuse ; crachats muqueux. Décubitus sur le côté droit. Pouls, 106 ; chaleur modérée et humide. Même état du cœur. — Vésicatoire.

Le 1er mai, amélioration très-notable de la pleurésie ; persistance de la toux avec expectoration pituitaire. Les phénomènes cardiaques ont augmenté d'intensité.

Le 8, hier, après être resté deux heures au soleil, la tête nue (les cheveux avaient été coupés le matin), il remonta se coucher, se plaignant d'un violent mal de tête, puis tomba dans une sorte de mutisme et de somnolence qui persistèrent jusqu'à l'heure de la visite. Alors on constata ce qui suit :

Décubitus abandonné, les mains croisées sur la poitrine, les cuisses fléchies. Pâleur du visage ; yeux fermés. Si on soulève les paupières, on ne constate ni strabisme ni dilatation des pupilles. La piqûre faite sur tous les membres et sur le tronc est manifestement sentie. Mouvements volontaires ; pas de contracture.

Quand on lui demande s'il a mal à la tête, il y porte la main. Prié de tirer la langue, il ouvre la bouche, et on voit l'organe exécuter quelques mouvements qui sont insuffisants pour lui faire franchir l'arcade dentaire, derrière laquelle elle reste comme fixée. Les réponses sont lentes, et il faut le plus souvent répéter les questions. Alors le malade ouvre les yeux, répond par monosyllabes, tantôt exactes, tantôt erronées, puis retombe dans sa somnolence.

Si on lui offre à boire, on est obligé de l'aider à se mettre sur son séant; il prend le vase, avale quelques gorgées et se laisse ensuite aller comme une masse inerte. Pouls fort, vibrant et régulier (94). Peau chaude et moite ; 38 respirations.

Le 10, même état de l'intelligence, de la sensibilité et des mouvements. La langue est bien tirée, mais avec lenteur et comme en plusieurs temps. Pouls à 120.

Le 22, jusque-là la somnolence a été suspendue de temps en temps, au point de permettre au malade de se lever plusieurs heures le 15. Quant à l'intelligence, elle est affaiblie et n'a eu chaque jour que quelques instants de lucidité. La face est d'une grande pâleur ; les traits conservent leur expression. L'attention ne paraît pas dérangée, mais elle est difficile à fixer. Le malade conçoit avec une peine et une lenteur très-apparentes les questions qu'on lui adresse ; il paraît n'avoir qu'un souvenir confus de ce qui s'est passé et ne se rappelle pas toujours le lieu où il se trouve ; le plus souvent il reste taciturne.

Le pouls ne s'est jamais abaissé au-dessous de 90, et il s'est fréquemment élevé jusqu'à 120. La peau a toujours présenté une sueur marquée.

Pendant toute cette période, le malade a accusé des douleurs générales. Le jour et surtout la nuit, ces douleurs lui arrachaient des cris aigus. Il se plaignait vivement quand on imprimait aux membres quelques mouvements. Pas de convulsions. Miction et défécation naturelles.

Les troubles du côté du cœur ont été les mêmes, seulement ils ont encore présenté une intensité croissante. Plusieurs fois il y a eu, la nuit, des accès de suffocation, mais beaucoup moins violents que celui du 7.

Le 23, soulèvement visible de la paroi thoracique, à droite au-dessus du mamelon et dans la région cardiaque. Pouls petit, irrégulier et impossible à compter.

Le 24, à la visite du matin, orthopnée extrême ; 76 respirations. Pouls inégal, 130. Cris de douleur, anxiété ; expectoration filante, mousseuse et vermeille. Sentiment de sa fin prochaine.

Mort à midi.

Autopsie le 25 mai, à sept heures du matin; température + 17°.

Etat extérieur. — Résolution complète des membres ; trois eschares au sacrum, deux superficielles, une seule profonde.

Tête. — Médiocre quantité de sang dans les sinus. Légère opacité de l'arachnoïde sur la convexité des hémisphères ; la pie-mère, qui recouvre les lobes antérieurs et moyens, est fortement injectée ; celle qui tapisse l'extrémité postérieure de l'hémisphère droit est épaissie et présente une rougeur intense dans une étendue de 4 centimètres. A gauche, dans la partie correspondante, l'injection est encore plus prononcée, et le ramollissement de la pie-mère tel qu'il est impossible d'y toucher sans la déchirer. Immédiatement au-dessous de cette portion ramollie, à l'endroit où le lobe touche l'occipital, on aperçoit une solution de continuité de la masse nerveuse, formant une ouverture circulaire de 3 à 3 centimètres et demi de diamètre. C'est le commencement d'une cavité irrégulière et allongée, longue de 9 centimètres, large de 2 centimètres et demi environ, qui s'étend d'arrière en avant, et d'autant plus profondément située qu'elle se rapproche davantage du corps genouillé, où elle se termine. Aucune communication entre cette cavité et le ventricule latéral, dont elle est séparée par une couche de 4 ou 5 millimètres de substance cérébrale saine. Un caillot mi-partie mou mi-partie liquide, brun noirâtre, entouré de sérosité rougeâtre, occupe toute l'étendue de ce vaste foyer. Les parois de celui-ci sont anfractueuses, comme feutrées, d'une blancheur un peu plus mate que la substance sous-jacente ; la pulpe cérébrale qui les constitue présente dans l'épaisseur de 7 ou 8 millimètres la consistance du fromage blanc et s'enlève sous forme de bouillie, si on la ratisse avec le manche du scalpel.

Le reste du cerveau, le cervelet et la moelle allongée n'ont subi aucune altération.

Poumons. — Un verre de sérosité incolore et transparente dans la plèvre droite. Quelques fausses membranes minces et friables tapissent la moitié inférieure et postérieure du poumon droit.

Etat très-sain des autres parties de la plèvre et des poumons.

Péricarde. — Adhérent de toutes parts au cœur. Si on exerce des tractions modérées, on parvient à le détacher sans le rompre, excepté à la partie inférieure et antérieure, au niveau du ventricule droit, où, sur une étendue de 4 à 7 centimètres, l'adhérence est si intime, que la séparation en est très-difficile. Son épaisseur, en quelques points considérable, varie de 3 à 10 millimètres ; sa surface interne, rosée et lisse, a perdu son aspect nacré, rougeur intense là où l'adhérence était plus complète.

Cœur. — Placé sur une table, le cœur s'affaisse un peu sur lui-même ; sa pointe est effacée, sa surface extérieure d'un rouge pâle et uniforme, sa consistance ferme. Il pèse 480 grammes, mesure en longueur 16 centimètres et en largeur 12. Ses cavités sont remplies par du sang coagulé, au milieu duquel on trouve quelques petits caillots fibrineux. Les parois des ventricules et les oreillettes sont manifestement hypertrophiées. Les orifices mitral et tricuspide sont sains.

Aorte. — L'aorte, dans sa portion péricardique, présente une dilatation qui commence au-dessus des valvules et finit à 4 centimètres plus haut. Ce renflement règne dans toute la circonférence du vaisseau, et son maximum de dilatation se trouve à la partie moyenne, en sorte que sa forme générale est assez régulièrement fusiforme ; à ce niveau, aucune des trois tuniques n'a subi d'altération apparente. Rien autre chose à noter que l'étroitesse du calibre du canal artériel dans tout le reste de son étendue.

Voici les mesures de cette altération :

Circonférence de l'orifice aortique.

1° Au niveau des valvules. . . . . . . 65 millimètres.
2° A 2 centimètres et demi au-dessus des valvules. . . . . 75 —

3° A 3 centimètres et demi. . . . . . . 71 millimètres.
4° A 5 centimètres. . . . . 35 —
5° A 15 centimètres et jusqu'à la division abdominale. . . . . 38 —

Les valvules sigmoïdes sont souples à leur bord libre, mais considérablement épaissies. Elles présentent à leur bord adhérent un petit tubercule dur, de consistance osseuse et du volume d'une lentille. Si l'on verse de l'eau par le vaisseau, le liquide n'est pas retenu et s'écoule assez rapidement dans le ventricule.

Aucune altération des valvules pulmonaires.

Foie volumineux, brun, de bonne consistance et très-médiocrement gorgé de sang.

Rate ferme et grenue, longue de 19 centimètres, large de 9, épaisse de 4.

Rien de particulier à signaler dans les autres organes.

Résumé. — Un jeune homme de dix-huit ans, d'une constitution primitivement délicate, troublée dès l'enfance par une gêne considérable de la respiration, prend froid le 1er janvier, et le soir même éprouve des accidents qui semblent annoncer un épanchement pleurétique.

Les symptômes de la pleurésie disparaissent au bout d'une douzaine de jours, mais la convalescence ne peut s'établir; le malade maigrit, et lorsqu'il se présente à l'hôpital M. Beau signale un souffle au premier bruit, petit et râpeux, se prolongeant un peu vers l'aorte; un autre souffle pendant le second bruit, fort et rude, s'étendant également vers la base du cœur; à la partie antérieure, supérieure et droite de la poitrine, un frémissement cataire; enfin un bruit de frottement à l'oreille, intermittent, isochrone avec le pouls artériel et entendu dans toute la poitrine.

Pendant son séjour à l'hôpital, ce garçon contracte une deuxième pleurésie, qui suit son cours sans présenter rien qui offre un intérêt particulier.

Du 1er au 6 mai, son état s'améliore; il mange deux portions et se lève chaque jour.

Le 7, des accidents cérébraux surviennent; pas de paralysie, mais stupeur et mutisme, qui se continuent avec alternatives de mieux et d'aggravation.

Dès ce moment, le malade s'affaiblit, la dyspnée devient plus prononcée; la nuit amène des accès de suffocation, et la mort survient le 24, précédée d'anxiété extrême.

A l'autopsie, on trouve un vaste foyer apoplectique siégeant dans le lobe postérieur gauche. Puis, comme lésions principales, on note une adhérence générale des deux feuillets du péricarde, un cœur volumineux, une insuffisance des sigmoïdes de l'aorte, et au-dessus de ces valvules une dilatation terminée elle-même par un rétrécissement qui se continue jusqu'à la bifurcation du vaisseau en iliaques primitives.

Réflexions. — Il est inutile de présenter de longs développements à propos de cette observation. L'intérêt qui doit en résulter s'établit de soi-même lorsqu'on rapproche les lésions cadavériques des troubles notés pendant la vie. Je m'en tiendrai à ce seul mode de réflexions, n'ayant à faire prévaloir ici aucune opinion systématique.

Je ne m'arrêterai pas à signaler les traces de pleurésie ni le volume augmenté du foie et de la rate. Mais je ferai remarquer l'existence d'une hémorrhagie cérébrale survenue chez un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'une affection organique du cœur. Quel a pu être le rapport de cause à effet entre ces deux maladies? Avec les notions que fournit la science, il me paraît impossible de pouvoir l'établir. Aussi me contenterai-je de signaler la perte de la parole coïncidant avec un épanchement qui avait son siége à la partie postérieure du cerveau.

La même réserve est applicable aux lésions organiques du centre circulatoire : leur nombre, leur nature, les troubles auxquels elles ont donné lieu pendant la vie, ajoutent à ce fait quelque chose d'assez insolite pour que je ne laisse pas au lecteur le soin de déterminer lui-même le rapport qui peut exister entre elles.

DE LA DÉLIVRANCE.

Modification apportée au procédé ordinaire d'extraction du placenta.

Mémoire lu, le 3 avril 1862, à la Société médicale de l'Aube.

Par M. le docteur Saussier, médecin à Troyes.

Si l'on consulte les auteurs qui ont écrit sur l'art des accouchements et les praticiens qui l'exercent, on reconnaît que deux doctrines se sont établies au sujet du moment où le placenta doit être extrait après la sortie de l'enfant, et qu'aujourd'hui il n'existe à peu près qu'un seul procédé pour opérer cette extraction quand l'expulsion n'a pas eu lieu par les seules forces de la matrice.

Suivant la première doctrine, que j'appellerai celle des anciens, il faut délivrer la femme dès que l'accouchement est terminé. D'après la seconde, il faut attendre un temps plus ou moins long, jusqu'à ce que le placenta se présente de lui-même à l'orifice utérin. Levret, Baudelocque et beaucoup d'autres accoucheurs célèbres ont préconisé ce dernier précepte.

Enfin, le procédé généralement employé pour opérer la délivrance est celui-ci : saisir de la main droite le cordon, l'enrouler autour de l'index et du médius, ou même se borner à l'envelopper d'un linge, glisser les mêmes doigts de la main gauche jusqu'à l'orifice utérin, puis exercer des tractions avec la droite en faisant une poulie de la gauche, etc. S'il y a de la résistance pour une cause quelconque, pratiquer des frictions sur l'hypogastre, et au besoin, en particulier dans le cas d'éruption du cordon, porter la main dans le vagin ou même dans l'utérus. Telles sont, sans qu'il soit besoin de plus longs détails, les principales manœuvres auxquelles on a habituellement recours.

Je n'hésite point, en ce qui concerne les doctrines, à me prononcer pour la première, c'est-à-dire pour l'extraction immédiate du placenta, ou après quelques minutes seulement d'attente. Voici les raisons qui m'y déterminent :

1° Le placenta, s'il n'est pas toujours décollé avant l'expulsion du fœtus, l'est aussitôt après dans l'immense majorité des cas. C'est ce que prouve la pratique des anciens, qui délivraient immédiatement, comme je le fais moi-même depuis dix ans, et ce que démontre l'induction elle-même. En effet, si le placenta, à l'état sain et normal, ne se décollait qu'un certain temps après l'accouchement, la circulation du sang ne serait point interrompue dans le cordon, et l'on verrait fréquemment des hémorrhagies après sa section. C'est ce qui n'a pas lieu. Je ne parlerai point des cas où persistent des adhérences; elles ne sont que partielles et de cause morbide. Les conditions se trouvent changées. Il en est de même pour ce qu'on appelle enchatonnement, si tant est que dans ce cas le placenta soit encore adhérent à l'utérus.

2° S'il est établi que le décollement est opéré lorsque l'enfant est sorti, comme il n'est pas moins certain que la matrice se contracte et revient sur elle-même avec une grande promptitude, pourquoi le placenta n'est-il pas expulsé dès le premier moment? C'est que le col utérin se contracte plus rapidement que le corps, et retient le délivre jusqu'à ce que les contractions de celui-ci deviennent plus énergiques et plus fortes. Ces phénomènes s'observent tous les jours avec une grande facilité.

3° Attendre que les contractions du corps deviennent prédominantes et poussent l'arrière-faix dans le vagin, c'est s'exposer à une foule d'inconvénients, qui sont : les hémorrhagies, des douleurs plus ou moins violentes et en pure perte, des inquiétudes, des ennuis pour la femme et l'accoucheur, car la délivrance spontanée n'a quelquefois lieu qu'après plusieurs jours.

4° En opposition avec ces circonstances défavorables, on ne trouve dans la doctrine opposée que des avantages. Je demande du moins quels sont les reproches qu'on peut lui adresser? Ils me paraissent si légers comparativement, que rien ne saurait m'ébranler dans la pratique que je suis depuis dix ans. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet lorsque je décrirai le nouveau procédé que je propose.

Avant d'arriver à cette description, je veux d'abord faire remarquer que dans le procédé usuel les difficultés ne laissent pas que d'être quelquefois très-notables. L'accoucheur est mal à son aise, il a l'air gauche, il manœuvre dans le vagin en provoquant les répugnances de la femme, le cordon craque, il se rompt, il faut porter la main dans le vagin et même dans la matrice, toutes choses plus ou moins fâcheuses. Avec la modification que j'apporte, rien, absolument rien de tout cela n'existe. Je pourrais, les mains gantées de blanc, opérer une délivrance difficile sans être taché d'une goutte de sang, et cela dans l'immense majorité des cas.

DESCRIPTION DU PROCÉDÉ.

1° Deux ou trois doigts de la main droite, le pouce et l'index, et le médius si l'on veut, mais sans que cela soit nécessaire ou indispensable, saisissent le cordon préalablement enveloppé d'un linge assez près de la vulve.

2° La main gauche est dirigée vers l'hypogastre. On sait qu'immédiatement après la sortie de l'enfant le ventre devient flasque, dépressible, et qu'il est facile de sentir le globe utérin. Cette main plonge de champ derrière le globe et l'empoigne en plein par son sommet, son vrai sommet, son fond, avec les doigts écartés et de manière à le coiffer complétement. Cette manœuvre ne rencontre guère de difficultés.

Les deux mains ainsi disposées, on serre la gauche, on comprime l'utérus, et avec la droite on se borne à de faibles tractions horizontales. Règle générale, la délivrance est opérée en un clin d'œil.

Si le placenta ne se présente pas immédiatement, il devient nécessaire d'exercer une compression plus forte, et même de pousser le corps utérin en avant, tout en tirant plus fort aussi sur le cordon.

Jusqu'ici je n'ai point encore échoué par cette manœuvre. Dans le courant du mois de mars 1862, je fus appelé pour faire une application de forceps chez une femme en couche, qui était en proie à de vives douleurs depuis un jour. La tête de l'enfant ne faisait aucun progrès et restait dans le petit bassin, tout à fait débarrassée du col utérin. L'accouchement fut rapidement terminé par le forceps. Mais j'éprouvai de grandes difficultés pour délivrer la mère, même avec mon procédé. L'utérus se contractait inégalement, il y avait en outre une obliquité droite, enfin le col était très-résistant. Je fus obligé de m'y reprendre à plusieurs fois. J'essayai même du procédé usuel, mais avec bien moins de succès encore. Enfin la délivrance fut opérée au bout de dix à quinze minutes. L'arrière-faix était très-volumineux. A défaut du procédé nouveau, il eût été indispensable d'introduire la main dans la matrice, car le cordon se serait rompu.

Dans ce dernier cas même, c'est-à-dire si l'on se trouve appelé lorsque le cordon a été rompu, il n'est pas nécessaire d'introduire la main jusque dans la matrice. La manœuvre abdominale chasse le placenta dans le vagin, et il est facile de le retirer avec quelques doigts.

Appendice. — Aujourd'hui 30 juillet 1864, je puis faire une addition au travail que l'on vient de lire.

Depuis sa présentation à la Société médicale de l'Aube, j'ai eu mainte occasion de le mettre en pratique. Dans ma clientèle il m'a toujours réussi; la délivrance s'est effectuée en quelques secondes, rarement en quelques minutes.

Appelé en outre pour des cas d'accouchements où l'ancien procédé avait été inefficace, où la résistance du placenta ne permettait pas des tractions plus fortes sur le cordon que celles qui avaient été opérées, et même où le cordon avait été rompu, j'ai toujours amené la délivrance à l'aide de mon procédé, et cela avec la plus grande rapidité comme avec la plus grande facilité.

DE L'INFUENCE DES BOISSONS ALCOOLIQUES

prises à doses modérées sur le mouvement de la nutrition; recherches expérimentales.

Par M. le docteur Perrin.

Dans un travail antérieur, fait en collaboration avec MM. Lallemand et Duroy, nous avons démontré :

1° Que l'alcool, absorbé à haute ou faible dose, séjourne dans le sang, sans y subir ni transformation ni oxydation appréciable;

2° Que l'alcool est rejeté en nature hors de l'économie par les diverses voies d'élimination, poumons, reins, surface cutanée, etc. ; cette élimination, qui commence presque immédiatement après l'ingestion, est constante; elle paraît se continuer tant que le sang et surtout certains appareils en restent imprégnés;

3° Que l'alcool, comme les autres agents anesthésiques, l'éther, le chloroforme, etc., exerce une action directe et primitive sur le système nerveux, dont, suivant la dose, il modifie, pervertit ou abolit progressivement les fonctions;

4° Que l'alcool absorbé s'accumule dans certains organes qui, à poids égal, en renferment plus que le sang. Les centres nerveux et le foie sont les appareils dans lesquels s'accumule et séjourne l'alcool.

Ces diverses propriétés représentent dans leur ensemble les attributs physiologiques fondamentaux de cette classe d'agents impropres à la nutrition, étrangers à l'organisme qui en subit le contact, et dont l'action spéciale s'exerce sur les forces nerveuses. C'est parce qu'elles avaient été méconnues jusqu'alors que les séductions de l'affinité chimique avaient conduit à la théorie de la combustion intra-vasculaire de l'alcool, comme s'il s'agissait d'un aliment.

Le mode d'intervention de l'alcool ainsi marqué, il m'a paru indispensable de rechercher si son action sur les centres nerveux est limitée au cercle de la vie de relation; si elle ne se traduit que par ce réveil merveilleux des forces qui suit de près son ingestion appropriée : ou bien si elle exerce parallèlement une influence quelconque sur le mouvement de la nutrition. Présentée à ce dernier point de vue, la détermination du rôle de l'alcool devient une question d'hygiène publique et de bromatologie de premier ordre, puisque les boissons alcooliques, sous les formes les plus diverses, se sont imposées de tout temps à la vie des peuples, et ont occupé un rang fort important parmi les matières de consommation première. Pour y arriver, j'ai fait au laboratoire du Val-de-Grâce des expériences que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie.

Le rendement en acide carbonique par l'exhalation pulmonaire et en urée par les urines étant à juste titre considéré comme l'expression la plus juste, la plus sûre de l'état du mouvement de la nutrition, j'ai recherché, par des analyses comparatives, si ce rendement était modifié par l'usage des boissons alcooliques.

Comme il s'agissait d'expériences longues, complexes, et dans lesquelles la plus petite négligence, un écart de régime, un exercice musculaire même modéré, le changement le plus insignifiant en apparence dans les habitudes de chaque jour, pouvaient entraîner des résultats entachés d'erreur, je n'ai pas cru pouvoir m'en rapporter à d'autres qu'à moi-même. Dans la crainte d'être trompé par quelques troubles accidentels, provoqués soit par ces oscillations qui s'observent en pleine santé, soit par des conditions météorologiques différentes, j'ai partagé mon temps en petites séries de deux jours, séparées les unes des autres par des repos plus ou moins longs, suivant les dispositions du moment. Dans chaque série, un jour était réservé au régime alcoolique, et l'autre au régime aquatique.

Afin de ne pas m'écarter du terrain de l'hygiène et d'éviter toute complication, j'ai fait usage des boissons fermentées usuelles[1], vin rouge, vin blanc, bière, à des doses assez modérées pour ne point troubler la digestion ni exercer sur le cerveau d'action appréciable. Ces boissons étaient prises au repas du matin, qui avait lieu tous les jours à la même heure et qui se composait uniformément de la même quantité d'aliments mixtes approximativement évaluée. Comme en dehors de l'excès ou de l'abstinence il n'existe pas de rapport qui puisse être déterminé entre le rendement des produits de l'oxydation organique et le poids des aliments ingérés, je n'ai pas cru devoir recourir à la balance pour fixer le menu de chaque repas, ce qui eût entraîné dans la marche des expériences une complication inextricable.

La durée de chaque recherche a été limitée à l'intervalle qui sépare le repas du matin de celui du soir. J'ai jugé que le sentiment de la faim était le meilleur guide pour apprécier l'épuisement, et par conséquent le terme des transformations de la provision alimentaire faite au repas précédent. Pour plus de régularité, cette durée a été fixée uniformément à cinq heures (de douze heures trente minutes à cinq heures trente minutes).

Dosage de l'acide carbonique. — En opérant sur des mélanges d'air pur et d'acide carbonique desséché dont le volume et par conséquent le poids étaient exactement mesurés, correction

faite de la température et de la pression atmosphérique, j'ai essayé comparativement les différents procédés employés dans les recherches de ce genre. Le dosage par les pesées est encore celui qui m'a paru offrir les conditions les plus avantageuses. L'appareil employé me permettait de déterminer à moins de 2 pour 100 près le poids absolu de l'acide carbonique contenu dans le mélange artificiel.

Un sac en caoutchouc à parois souples et d'une contenance de 60 à 70 litres, destiné à recueillir les produits de l'expiration, était annexé à l'appareil.

L'émission d'acide carbonique étant loin d'être uniforme, même pendant la période diurne, il était indispensable d'analyser le plus de gaz possible. Après divers essais, j'ai dû me borner à prendre pour terme de comparaison la quantité d'air expiré pendant trente secondes chaque heure.

En comparant entre eux les résultats de plusieurs séries comparatives, on voit que l'usage des boissons alcooliques usuelles a été constamment marqué par une diminution considérable dans la quantité d'acide carbonique exhalé. Malgré des oscillations assez grandes de part et d'autre, il ne s'est pas présenté une expérience douteuse.

En général, la diminution de l'acide carbonique a été en rapport avec la richesse alcoolique des boissons employées. Cette corrélation, la similitude des résultats obtenus avec diverses boissons, témoignaient suffisamment qu'elles devaient leur action commune à l'alcool qu'elles contenaient. Cependant, pour lever tous les doutes, j'ai fait une contre-épreuve en prenant au déjeuner, sous forme de grogs peu appétissants, 90 grammes d'alcool dilué, et marquant 45 degrés à l'alcoomètre de Gay-Lussac.

Voici ce qu'elle m'a donné :

Poids de CO^2 exhalé pendant la durée de l'expérience (cinq heures) : 230gr,800.

En comparant ces chiffres à ceux qui figurent dans la recherche faite pendant l'abstinence, qui a fourni le plus faible rendement, on voit qu'il existe encore une diminution dans la production de l'acide carbonique représenté par 9gr,500, soit 3,95 pour 100.

Dans un certain nombre des recherches précédentes, les dosages ont été faits comparativement heure par heure, afin de suivre de plus près le mode d'intervention de l'alcool dans l'acte de la nutrition. Il découle des chiffres obtenus qu'il se comporte à la façon d'un agent perturbateur assez énergique pour faire varier dans l'espace d'une heure de 24 à 51 pour 100 la quantité d'acide carbonique exhalé. L'influence alcoolique est à son maximum trois heures environ après l'ingestion; deux heures plus tard, elle paraît être épuisée.

Dosage de l'urée. — Le dosage de l'urée a été fait avec le nitrite de mercure par le procédé de M. Millon. Les résultats qu'il a donnés ne sont pas très-significatifs. L'usage des boissons alcooliques ne m'a pas paru modifier la composition de l'urine, mais il en augmente la quantité.

Les boissons alcooliques prises à doses modérées, on pourrait dire hygiéniques et dans les conditions habituelles, diminuent constamment, et dans une proportion qui a varié de 5 à 22 pour 100 suivant leur richesse, la quantité d'acide carbonique exhalé par les poumons. Elles ralentissent par conséquent dans la même mesure l'activité de l'oxydation intra-vasculaire et la production de la chaleur animale. C'est ainsi qu'elles exercent une action très active, quoique indirecte, sur la nutrition, non en augmentant la recette, mais en diminuant la dépense. Cela explique comment leur usage permet de manger moins et surtout moins souvent, et c'est ainsi qu'elles peuvent remplir d'excellentes indications thérapeutiques, dont quelques-uncs sont déjà passées dans la pratique médicale.

Il m'importe de rappeler en terminant que, sans tenir compte des mentions explicites de Vierordt, de Lehman, etc., deux expérimentcurs, Edwards Smith et Bocker, dans le cours d'intéressantes recherches sur la respiration et l'alimentation, ont été conduits de leur côté à cette même conclusion que l'alcool n'est pas un aliment et qu'il soutient sans nourrir.

UN MOT SUR LA CRANIOTOMIE.

Par M. le Dr Jounia-Raymond.

On lit dans le *Traité pratique de l'art des accouchements*, de M. H. Chailly (p. 714), l'observation suivante :

Un fait extraordinaire, qui vient tout récemment de s'accomplir à la Clinique d'accouchements, a douloureusement impressionné ceux qui en ont été témoins. Un enfant survécut pendant une heure après son extraction, quoique tout l'hémisphère gauche du cerveau eût été délayé par les ciseaux de Smellie. Ne pourrait-on pas poser en précepte, pour éviter qu'à l'avenir une semblable circonstance ne puisse se reproduire, qu'il faut détruire autant que possible toute la masse encéphalique?

M. Pajot, élève de M. P. Dubois, se rappelant probablement le même fait, donnait dernièrement le même conseil à ses nombreux auditeurs. Quelque sage que paraisse cette conduite, elle ne nous semble pas pouvoir mettre l'accoucheur à l'abri d'un pareil accident. En effet, la physiologie prouve que le bulbe rachidien préside aux mouvements respiratoires; les expériences de Marshall Hall semblent démontrer que la première inspiration peut être le résultat d'une action réflexe; l'impression de l'air extérieur transmise à la moelle par les nerfs périphériques; enfin, cette preuve est irrécusable, des fœtus anencéphales ont pu respirer, crier après la naissance et même vivre quelque temps. On voit donc qu'il ne s'agit pas de broyer plus ou moins la substance cérébrale, mais bien d'atteindre le bulbe. L'introduction des ciseaux de Smellie ou du perforateur de M. Blot à travers la voûte palatine (procédé de M. H. Chailly), ou bien à travers l'occipital lorsqu'elle peut être préférée, rendrait la destruction de cet organe plus facile, tout en remplissant le but de la crâniotomie. L'écrasement de la tête au moyen du céphalotribe par le procédé ordinaire, pourrait encore donner lieu à cet accident; il est évident que la céphalotripsie répétée (procédé de M. Pajot) en mettrait sûrement à l'abri.

SIROP ANTISCROFULEUX DE GOLFIN.

Quinquina rouge. . . . . } āā 90 grammes.
Racine de gentiane. . . . . . . }
Ecorce fraîche de *daphne mezereum*. 45 —
Digitale pourprée. . . . . 10 —
Eau. . . . . 750 —

Concassez et faites bouillir jusqu'à réduction à 500 grammes. Faites infuser :

Ecorce d'orange amère. . . . . . 30 grammes.
Girofle. . . . . 15 —

Coulez avec expression; ajoutez :

Sucre blanc. . . . . 1000 —

Pour un sirop dans lequel on fera dissoudre :

Chlorure d'or et de sodium. . . . 20 centigr.

Une cuillerée à bouche matin et soir dans une décoction de racine de saponaire et d'arnica.

On augmente progressivement jusqu'à quatre cuillerées matin et soir. (*Montpellier méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er août 1864. — Présidence de M. Morin.

M. FLOURENS présente à l'Académie un livre qu'il vient de publier sous le titre de *Psychologie comparée*.

Cinquième note sur l'infection purulente; par M. BATAILHÉ.

« Dans la présente communication, dit l'auteur, nous nous sommes proposé : 1° d'étudier l'état des veines au voisinage de la plaie chez les sujets affectés d'infection putride aiguë; 2° de présenter quelques remarques sur la question de l'insalubrité des hôpitaux. »

Le mémoire de M. Batailhé, trop étendu pour être reproduit intégralement au *Compte rendu*, et par sa nature peu susceptible d'analyse, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rayer, Velpeau et J. Cloquet.

Étude médicale sur les buveurs d'absinthe, précédée de quelques considérations sur l'abus des alcooliques, par M. E. DECAISNE.

L'auteur, en terminant son mémoire, le résume dans les termes suivants :

» 1° L'absinthe à dose égale, et au même degré de concentration alcoolique que l'eau-de-vie, a des effets plus funestes et plus prononcés sur l'économie.

» A dose égale, l'absinthe produit l'ivresse beaucoup plus rapidement que l'eau-de-vie. Les états qu'on a décrits sous le nom d'*alcoolisme aigu* et d'*alcoolisme chronique* se développent sous son influence beaucoup plus facilement. Il ne faut pas oublier cependant de faire entrer ici en ligne de compte le degré de concentration de l'alcool, en général assez élevé dans l'absinthe.

» 3° Les effets de l'absinthe sur le système nerveux sont plus marqués que ceux de l'eau-de-vie, et ressemblent assez bien à l'intoxication par un poison narcotico-âcre.

» 4° Un des plus grands dangers de l'absinthe consiste dans les sophistications qu'on lui fait subir, et il est urgent d'appeler sur ce point l'attention de l'autorité.

» 5° L'absinthe à dose modérée et de bonne qualité (soit un verre ou deux par jour) n'est jamais exempte de dangers, et produit toujours dans un espace de temps plus ou moins long, et selon les diverses aptitudes individuelles, des désordres plus ou moins sensibles dans l'économie, et particulièrement dans les fonctions digestives.

» 6° Enfin l'absinthe, même à dose très-modérée et de bonne qualité, doit être bannie de la consommation. » (Commissaires : MM. Serres, Andral et Cloquet.)

— M. CHAMBON-LACROISADE adresse, comme pièces de concours pour le prix dit des arts insalubres, divers documents relatifs à des appareils de son invention pour le chauffage des fers à repasser. (Renvoi à la commission nommée dans la séance du 11 avril.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de l'auteur, l'ouvrage suivant : *Observations sur quelques points de l'hygiène du blanchissage*, par M. ADELPHE ESPAGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

De l'action des bactéries sur l'économie animale. Note de MM. LEPLAT et JAILLARD, présentée par M. Pasteur.

Le mode de production et de propagation des maladies contagieuses, à la manière des êtres vivants, a depuis longtemps conduit les médecins à supposer que ces affections étaient dues à des animalcules invisibles, à des parasites ou à des ferments insaisissables. Cette hypothèse était séduisante et elle servit de base à de nombreuses théories médicales; mais il restait à la vérifier, et pour cela il fallait prouver qu'il existe des cryptogames et des infusoires susceptibles d'engendrer des maladies.

Des recherches engagées dans la voie de l'étiologie positive ont, dans ces derniers temps, été tentées dans le but de résoudre cette importante question; et des observateurs d'un grand mérite, considérant les virus comme des ferments et les ferments comme des êtres animés, n'ont pas hésité, après avoir découvert des microzoaires dans le sang des sujets atteints du charbon, de la fièvre typhoïde et d'autres affections, à rapporter à ces petits êtres la cause du développement de ces maladies chez ceux dont elles avaient occasionné la mort.

C'est ainsi que dans plusieurs notes adressées successivement à l'Académie, M. Davaine a annoncé que l'affection charbonneuse était produite par la présence dans le sang de petits corps filiformes qu'il a désignés sous le nom de bactéries (1), comparés au ferment butyrique de M. Pasteur et considérés comme l'agent mystérieux de cette terrible maladie. A cette opinion sont venus se rendre MM. Tigri et Signol, qui, tout en la confirmant, ont prétendu que ces corpuscules vivants n'étaient point particuliers à cette espèce morbide, mais qu'ils se montraient dans un grand nombre d'autres états pathologiques.

Nous croyons que ces assertions sont prématurées, et nous pensons qu'avant de les émettre il eût été prudent de les appuyer sur des preuves plus sévères, qui les missent à l'abri de toute objection.

Ainsi, au lieu d'inoculer à des animaux, comme l'a fait M. Davaine, le sang charbonneux, liquide, complexe, dans lequel le microscope ne peut déceler qu'un petit nombre des éléments qui s'y trouvent renfermés, il eût été plus sage de n'opérer qu'avec des bactéries, dégagées de tout produit accessoire pouvant à tort ou à raison être incriminé comme principe actif, en dehors de l'action des infusoires.

C'est ce que nous avons fait dans une série d'expériences dont nous avons l'honneur de soumettre aujourd'hui les résultats au jugement de l'Académie.

On sait que les bactéries appartiennent au genre vibrionien et qu'elles se développent dans tous les liquides contenant des matières animales ou végétales en voie d'altération. Rien dès lors n'est plus facile que de se procurer ces petits êtres microscopiques, qui ont entre eux la plus grande ressemblance, et qui, sans nul doute, jouissent des mêmes propriétés.

A défaut de sang de sujets atteints du charbon, c'est dans des milieux tout à fait différents que nous avons pu trouver celles qui nous ont servi dans nos essais. Nous les avons extraites tantôt de certaines infusions végétales, tantôt de liquides chargés de matières animales en décomposition, d'urine putréfiée, de sérum du sang altéré, etc., et ce n'est qu'après avoir constaté leur identité et leur vitalité que nous les avons injectées soit dans le sang des animaux, soit dans leur tissu cellulaire sous-cutané.

Première expérience, 13 juin. — Dans le tissu cellulaire de la cuisse d'un lapin nous injectons un liquide chargé de bactéries et provenant d'un macératum de viande en putréfaction. Après l'opération, l'animal n'a éprouvé aucune indisposition, et aujourd'hui, 29 juillet, il est vigoureux et bien portant.

Deuxième expérience, 19 juin. — Dans la jugulaire d'un autre lapin nous injectons environ 3 centimètres cubes d'un liquide contenant une infinité de bactéries provenant d'une urine en voie de décomposition. L'animal n'a présenté aucun symptôme morbide après l'opération; aujourd'hui, 29 juillet, il est plein de santé.

Troisième expérience, 19 juin. — Même opération sur un jeune chien; même résultat.

Quatrième expérience, 27 juin. — Même opération sur un chien vigoureux; même résultat.

Cinquième expérience, 29 juin. — Nous introduisons dans la saphène d'un chien de moyenne taille des vibrioniens provenant d'une décoction d'orge préparée depuis trois jours. Le vingtième jour après l'opération, l'animal n'avait pas encore éprouvé d'accidents; il était plein de santé et fut depuis mis en expérience.

Sixième expérience, 5 juillet. — Même opération sur un autre chien; même résultat.

Septième expérience, 14 juillet. — Dans la jugulaire d'une petite chienne épagneule et pleine depuis un mois environ, nous injectons des vibrioniens qui se sont développés dans une infusion de réglisse; l'animal avorte le jour même de l'opération. Quatre jours après, il était remis, et le 24 juillet il nous échappait sans avoir eu d'autres accidents.

Huitième expérience, 19 juillet. — Dans la jugulaire d'un jeune chien noir, nous injectons 3 centimètres cubes d'un liquide séreux, contenant un grand nombre de bactéries. L'animal rentre dans le chenil parfaitement gai, et ne présente pendant les jours suivants aucun phénomène morbide.

Neuvième expérience, 20 juillet. — Même opération sur un autre chien avec du sang de bœuf défibriné et altéré; le chien succombe cinq heures après avec des symptômes dyssentériques et convulsifs, comme les animaux de Gaspard et de Magendie. Nous trouvons des bactéries dans son sang.

Dixième, onzième et douzième expérience, 21 juillet. — Nous injectons le sang de ce dernier animal dans la jugulaire d'un jeune chien bien portant, nous l'introduisons sous la peau de deux lapins, il ne se produit pas d'accidents.

Conclusions. — De ces expériences nous concluons :

1° Que les vibrioniens (bactéries ou vibrions), provenant d'un milieu quelconque, ne produisent aucun accident chez les animaux dans le sang desquels on les a introduits, à moins toutefois qu'ils ne soient accompagnés d'agents virulents qui, eux seuls, sont responsables des effets fâcheux qui peuvent survenir;

2° Que si le véhicule injecté qui les contient est putride et en trop grande quantité, il y a empoisonnement septicémique, mais qu'il ne se développe pas de maladies virulentes, puisque les mêmes phénomènes ne se reproduisent pas par l'injection du sang contaminé.

CORRESPONDANCE.

Nouvelle théorie des battements du cœur,

DITE THÉORIE DU RECUL.

Bussière-Badil (Dordogne), 4 août 1864.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens vous prier de me permettre d'user de la publicité de votre journal, pour revendiquer mes droits incontestables sur la nouvelle théorie des battements du cœur, dite *théorie du recul*, que M. Hif-

(1) M. Davaine, dans un travail récent, est revenu sur la nature des corpuscules observés dans le sang de rate; il leur a donné un nom nouveau, légitimé par des propriétés qui les rapprochent plus des cryptogames que des infusoires.

felsheim a présentée comme sienne à l'Académie des sciences, et qui a été l'objet d'un rapport favorable fait par M. Delaunay, séance du 9 mai 1864. Mes réclamations ayant été repoussées, je désire exposer les faits devant le public médical, au jugement duquel je me soumets sans réserve, persuadé de rencontrer dans mes confrères des juges éclairés et impartiaux, deux conditions qui rendront leur verdict inattaquable.

En lisant, il y a environ deux mois, le Compte rendu de l'Académie des sciences du 9 mai dernier, je fus fort étonné de reconnaître dans la théorie que M. Hiffelsheim avait soumise au jugement de ce corps savant, celle que j'avais publiée vingt-quatre ans auparavant dans ma thèse inaugurale (13 août 1840). Voici ce qu'on lit à la page 28 :

NOUVELLE THÉORIE DES MOUVEMENTS DU CŒUR (1).

On démontre en hydrodynamique qu'un vase d'où jaillit un liquide tend à se mouvoir et se meut en effet, s'il est suffisamment mobile, en sens inverse du jet du liquide. Or, le cœur peut être considéré comme un vase plein, d'où jaillissent d'une manière intermittente deux colonnes de liquide par les ouvertures aortique et pulmonaire, placées en haut, en arrière et un peu à droite. Si donc le principe d'hydrodynamique déjà posé est vrai, le cœur devra se mouvoir en sens inverse des deux colonnes de liquide qu'il projette dans l'aorte et l'artère pulmonaire. Voici en effet ce qui a lieu : les ouvertures de ces deux artères étant, ainsi que je l'ai dit, placées en haut, en arrière et un peu à droite, le cœur se meut à chaque systole ventriculaire, suivant une ligne dirigée en sens inverse, c'est-à-dire en bas, en avant et à gauche. Mais la rencontre du diaphragme change la direction en bas en une direction en haut, par le fait de la réflexion qui s'opère. Le mouvement définitif du cœur doit donc s'exercer suivant une direction en avant, en haut et à gauche. C'est, en effet, ainsi que les choses se passent. D'après ce que je viens de dire, on voit que les mouvements du cœur, sous le rapport de leur mécanisme, sont comparables au recul des armes à feu. La théorie que je viens d'exposer fut soumise, l'an dernier, à la critique éclairée de M. Bérard aîné, qui me fit l'honneur d'en faire part à son auditoire. Ce professeur porta sur elle le jugement suivant, savoir : que la cause que j'invoquais pour expliquer les mouvements du cœur, agissait certainement dans leur production, mais qu'elle n'était pas la seule. Cependant, si l'espace ne me manquait pas, je prouverais que toutes les autres théories sont fausses, et la mienne par conséquent la seule admissible. »

Il est bien évident que cette théorie est identique à celle que M. Hiffelsheim prétend être la sienne ; il ne le conteste même pas. On y trouve la même démonstration, presque les mêmes termes. Le mot recul, qui est une expression d'artillerie, rarement employée en physique, se trouve répété dans les deux démonstrations, pour exprimer le même objet : le mouvement du cœur. Ce même mouvement est comparé dans les deux cas au recul des armes à feu. Vraiment on serait tenté de croire que mon adversaire avait eu connaissance de mon travail avant de publier le sien.

Cette analogie frappante me détermina à faire une réclamation de priorité, que j'adressai au *Courrier médical*. Je choisis de préférence ce petit journal, parce que je savais que M. Hiffelsheim en était l'un des rédacteurs, et qu'ainsi j'obtiendrais plus sûrement et plus promptement une réponse. Je faisais à mon adversaire la part aussi large que possible. Je reconnaissais franchement le mérite qui lui revenait, pour avoir fait connaître et propagé ma découverte, qui jusqu'à lui était passée inaperçue, du moins en France. Tout cela était dit dans un langage courtois et poli, afin d'atténuer autant que possible le coup que je lui portais, en venant le déposséder d'un bien qu'il croyait lui appartenir.

La réponse qui me fut faite, sous forme de remarques, par son ton embarrassé, où l'ironie et le mécontentement se faisaient jour à chaque mot, me prouva que ma réclamation avait été mal accueillie.

On me disait en substance : que la théorie contenue dans ma thèse ne méritait pas ce nom; que je n'avais rien pu prouver ni démontrer dans les vingt-six lignes où elle était renfermée ; que j'avais tout au plus donné une idée de la chose ; que, du reste, cette idée avait été émise et discutée en Allemagne bien avant que j'en eusse parlé. On me citait notamment MM. Gutbrod, Skoda et Valentin. Enfin, on finissait par me dire : qu'une découverte appartenait à celui qui la propageait plutôt qu'à celui qui l'avait réellement faite.

Je répondrai à ces trois objections :

1° Si l'exposition de ma théorie sur les mouvements du cœur est courte, la démonstration n'en est pas moins complète et rigoureuse. J'expose la loi d'hydrodynamique à laquelle elle se rattache ; j'en fais une application claire, de manière à rendre la chose compréhensible à tout le monde, même aux personnes étrangères aux études scientifiques. Je l'appuie enfin d'une comparaison vulgaire, celle du recul des armes à feu : phénomène du même ordre, quoique différant par la nature du fluide et la manière dont il est produit. Ici, c'est le fluide qui réagit sur l'enveloppe, tandis que pour le cœur, c'est l'enveloppe qui agit sur le fluide. Qu'importe? le résultat est le même : c'est ainsi que, dans une multiplication, le produit est le même, quoiqu'on intervertisse la place des facteurs. Ma démonstration ne laisse rien à désirer : elle n'est donc pas trop courte. Combien de problèmes, tout aussi complexes dans les sciences physiques et mathématiques, sont démontrés plus brièvement encore !

Il est certain que mon adversaire est plus verbeux que moi, mais en est-il plus clair? Si l'on a été si longtemps à le comprendre, même à l'Institut, cela prouve-t-il bien la lucidité de sa démonstration? Qu'est-ce que c'est que son prétendu théorème, sinon une amplification, un travestissement fort embrouillé de la loi claire et précise sous laquelle vient se ranger le phénomène des battements du cœur, et que j'ai ainsi formulée : « Un vase d'où jaillit un liquide, tend à se mouvoir et se meut en effet, s'il est suffisamment mobile, en sens inverse du jet de liquide. » Maintenant, que prouvent les poches de caoutchouc fabriquées avec tant de peine chez M. Galante? Elles sont uniquement une démonstration nouvelle et bien inutile de cette même loi. Elles pouvaient pourtant prouver à la rigueur que l'action du recul est en raison directe de la pression exercée sur les parois ou par les parois des vases contenant les fluides jaillissants, mais cela est une conséquence toute naturelle, qui n'avait pas non plus besoin de preuve. Du reste, j'ignore si les poches de caoutchouc ont servi à démontrer ce corollaire de la loi précitée.

2° On objecte à mes réclamations de priorité, que l'on avait parlé avant moi en Allemagne de la théorie du recul. Pour me renseigner complétement à cet égard, j'ai écrit à M. Skoda lui-même; il m'a répondu que le docteur Gutbrod était le premier qui eût parlé en Allemagne de la théorie qui était exposée dans son *Traité d'auscultation ;* mais qu'il n'avait rien publié. Or, l'apparition de cet ouvrage n'est pas antérieure à 1839, époque où ma théorie fut rendue publique par une lettre écrite au professeur A. Bérard. Les Allemands n'ont donc rien publié avant moi, et c'est à tort qu'on vient me les opposer. Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que M. Hiffelsheim s'est chargé de réfuter lui-même son objection. On lit, en effet, dans la note qu'il a présentée le 18 avril à l'Académie des sciences :

« Je dois d'abord faire remarquer que l'on s'est mépris en assimilant un point essentiel de ma doctrine à l'opinion de Skoda. Ce grand médecin parle d'un mouvement de haut en bas, qui ne signifie pas recul, physiquement parlant. (*Courrier médical*, 1864, page 139.) Soyons de bonne foi, mon cher collègue. Pouvez-vous venir dire aujourd'hui que les Allemands ont découvert avant moi la théorie du recul, après avoir soutenu que leur doctrine n'a aucun rapport avec cette même théorie? Cessez donc de me contester ce qui m'appartient légitimement. Contentez-vous de la part que je vous ai faite, vous ne pouvez pas prétendre davantage. M. Skoda est de mon avis, il me dit en effet dans sa lettre : « Quant à M. Hiffelsheim, ce docteur connaissait déjà les ouvrages allemands sur ce point; mais il les éclaircit par des expériments, voilà son mérite. »

3° Enfin, mon cher confrère ne trouvant pas sans doute ses deux premières objections suffisantes pour me déposséder de mon droit, finit par me dire : qu'une découverte appartient à celui qui la propage plutôt qu'à celui qui l'a faite. J'avoue que si une pareille manière de voir pouvait être admise comme légitime, je n'aurais rien à réclamer. Mais cette doctrine me paraît tellement étrange, que je ne chercherai même pas à la réfuter; elle ne peut être approuvée par ceux à qui je m'adresse, car elle serait le renversement de toutes les notions les plus élémentaires du droit et de la morale.

J'ai l'honneur d'être, etc.

D[r] SAUVO.

(1) Thèse du D[r] Sauvo, soutenue le 13 août 1840.

Nous recevons la lettre suivante de M. le docteur Boinet :

Dans une lettre publiée mardi dernier, 2 août 1864, dans le n° 90 de la *Gazette des Hôpitaux*, notre honoré confrère M. Burguet, de Ludignac (Haute-Vienne), dit avec raison, après M. Morel-Lavallée, « qu'une manœuvre chirurgicale, quelle qu'elle soit, mérite d'être publiée quand elle est utile », et s'empresse de faire connaître un procédé qu'il a imaginé pour extraire un hameçon qu'un enfant s'était implanté dans la main gauche.

En lisant la note de notre confrère, on pourrait croire que les procédés pour extraire soit des aiguilles, des crochets à broder, des hameçons enfoncés dans nos tissus, ou bien des épingles, des aiguilles ou tout autre corps aigu engagé dans le canal de l'urèthre, sont inconnus et n'ont jamais été publiés.

Les différents procédés indiqués et mis en usage par notre confrère ont été mis en pratique et publiés depuis longtemps par moi; les lecteurs les trouveront exposés avec détail dans les journaux suivants : *Gazette médicale de Paris*, page 283, année 1841 ; *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, page 146, avril 1847; *Revue médico-chirurgicale*, 1849 ; *Gazette médicale*, page 183, année 1850; *Bulletin de thérapeutique*, page 225, année 1850. Depuis, ils ont été mis en pratique avec succès par plusieurs autres chirurgiens, entre autres, par M. Soulé, de Bordeaux (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, janvier 1850, page 19), et par M. Raynaud (*Gazette médicale*, p. 597, 1850).

En consultant le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1847, page 146, les lecteurs trouveront la preuve que le procédé pour extraire les corps aigus du canal de l'urèthre, aiguilles ou épingles, etc., n'appartient pas à M. Dieffenbach, comme quelques chirurgiens le disent ou l'écrivent, mais à moi-même, qui l'ai employé pour la première fois en juin 1839, l'ai publié en 1841 dans la *Gazette médicale*, tandis que le même procédé n'a été publié par M. Dieffenbach qu'en 1842.

D[r] BOINET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour trois places d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, a été terminé samedi par la nomination de MM. Polaillon, Ledentu et Gillette.

— A la suite d'un brillant concours, M. Hamelin a été nommé chef de clinique médicale, et M. Trélaün-Bascou chef de clinique chirurgicale, près la Faculté de médecine de Montpellier.

Nos souscripteurs qui n'ont pas encore soldé le prix de leur abonnement sont prévenus que d'ici à quelques jours nous ferons traite sur eux. — Pour éviter des frais de recouvrement toujours désagréables à supporter, nous prions instamment nos confrères de vouloir bien prévenir l'envoi de notre traite, et de nous envoyer le montant de leur abonnement en un mandat sur la poste.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 AOUT 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la pustule maligne s'épuise et fait place à une discussion plus générale, celle de la spécificité dans les maladies. La première question ne touche à la seconde qu'au point de vue de l'origine charbonneuse de la maladie chez l'homme et de la spontanéité chez les animaux. La pathologie générale a pris le pas sur la pathologie spéciale; l'histoire de la pustule maligne perd quelque chose de sa clarté; mais si la spécificité des maladies est bien définie, bien discutée, il n'y aura rien à regretter, et ce sera aux travailleurs éloignés de l'Académie que reviendra la charge de prouver ce qu'il y a de vrai dans les hypothèses nouvelles qui se sont produites à l'Académie. Ils auront à démontrer ce qui a été soupçonné à juste titre par MM. Velpeau, Gosselin et Ricord, les erreurs de diagnostic dans bien des cas; à démontrer que la pustule maligne ébauchée de M. J. Guérin n'est pas une pustule maligne; et pour cela il ne faudra à quelques médecins de la Beauce, à quelques esprits exacts, que dix ou quinze bonnes observations prises avec conscience.

La spécificité dans les maladies est une grande question, il s'y rattache un intérêt majeur; le terrain sur lequel a porté la discussion est fertile en applications thérapeutiques et en institutions hygiéniques. M. Bouillaud a droit aux remercîments de l'Académie pour avoir soulevé un pareil débat, qui va reprendre, nous l'espérons, les allures d'une grande discussion académique.

M. Bouley a occupé la tribune pour répondre en grande partie aux interpellations que M. Bouillaud lui avait adressées il y a quinze jours; son discours, qui debutait par un exorde de personnalités où l'esprit de M. Bouley n'a pas manqué de se montrer tout en causant un véritable plaisir à ceux qui l'écoutaient, n'était pas, il faut le dire, tout à fait de la science. Mais grâce à la richesse des connaissances de l'orateur et au mérite de ses recherches, les autres parties du discours ont fourni des renseignements précieux sur les conditions de développement du sang de rate chez les moutons, et de la morve et de la gourme chez les chevaux. Les explications mêmes qu'a données le professeur d'Alfort de l'épuisement des animaux par l'excès de chaleur ou par l'excès de travail, en rapport avec nos connaissances physiologiques, ont présenté un véritable intérêt. Le typhus, la fièvre typhoïde, ont été mis en jeu pour prouver les analogies entre le développement des maladies virulentes chez l'homme et chez les animaux. C'était déjà, on le voit, une substitution de la discussion de la spécificité des maladies à la discussion de la pustule maligne, c'était la proposition de la spontanéité des maladies virulentes aussi bien chez l'homme que chez les espèces animales.

Plusieurs points de l'argumentation de M. Bouley ne passeront pas sans discussion. La contagion de la fièvre typhoïde et celle du typhus, si elles existent réellement, ne sont pas des contagions d'un genre voisin de la variole, de la morve et du charbon. Ceci mérite d'être bien établi dans la discussion sur l'origine des maladies virulentes.

Les faits de morve développés dans le cours de la fièvre traumatique du cheval semblent plutôt des infections purulentes avec abcès métastatiques que des morves consécutives. Mais c'est là une simple question de détail. Il en est une autre plus importante.

M. Bouley dit qu'il y a des générations spontanées de maladies virulentes par transformation de l'économie sous des influences pathologiques particulières. Cela sera expliqué, et sans doute quelqu'un dira que la spécificité des maladies à leur origine est en grande partie due aux influences particulières qui environnent l'individu, et que c'est là qu'est réellement la spécificité, sauf pour la syphilis et la variole peut-être.

M. Bouillaud a voulu répondre immédiatement à M. Bouley. L'orateur, à qui son expérience et ses travaux donnent une si grande autorité, a cédé aussi à l'entraînement des réponses personnelles et a à peine posé le programme du discours qu'il fera entendre dans la prochaine séance.

M. Guérin, de son côté, a annoncé qu'il se proposait de rapprocher les opinions opposées des deux orateurs, ce qui fait deux bonnes séances que nous pouvons promettre à nos lecteurs.

Le lecteur trouvera plus loin le rapport de M. Ch. Robin sur une note de M. Aug. Voisin touchant une question dont la *Gazette des Hôpitaux* a longtemps entretenu ses lecteurs pendant le cours de l'année dernière : le siége de la faculté du langage et l'aphasie. — Dr Armand Després.

HOPITAL LARIBOISIERE. — M. CHASSAIGNAC.

Fractures de la clavicule par contraction musculaire.

(Observations recueillies par M. E. DELENS, interne du service.)

Les observations que nous rapportons sont des exemples de fractures de la clavicule par *contraction musculaire*.

Cette cause n'agit, on le sait, que fort rarement pour la production de ces fractures, si l'on en excepte les cas où l'os a été préalablement altéré dans sa texture par une carie, une nécrose, un ramollissement diathésique.

M. Malgaigne, il est vrai, admet alors l'existence d'un travail inflammatoire local qui donne à l'os une fragilité insolite; mais cette supposition n'est peut-être pas toujours suffisamment justifiée par les symptômes antécédents.

Des quatre observations qui suivent, les trois dernières sont relatives à des adultes vigoureux chez lesquels un interrogatoire et un examen attentifs n'ont fait constater aucune diathèse débilitante; et si l'explication proposée par M. Malgaigne peut avec quelque raison s'appliquer aux sujets des observations III et IV, rien n'autorise à l'admettre chez le malade de l'observation II. Chez lui, en effet, la fracture s'est produite d'emblée, sous la seule influence d'un effort violent et d'une contraction énergique du sterno-mastoïdien.

La première observation, au contraire, a été prise sur une femme atteinte d'accidents syphilitiques parfaitement caractérisés : une tumeur gommeuse développée au niveau de la clavicule en avait rendu la substance friable, et avait ainsi préparé la fracture. Dans ce cas, l'étiologie ne laisse rien à désirer.

A défaut d'une étiologie aussi nettement établie pour les trois autres, on peut, relativement à la symptomatologie et au diagnostic, faire remarquer :

1° Que la fracture s'est produite au niveau, ou immédiatement en dehors de l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien;

2° Que les fragments formaient un angle saillant en avant, mais qu'ils ne s'étaient pas abandonnés, et que par conséquent le chevauchement et la crépitation faisaient défaut, sans que pour cela l'existence de la fracture pût être méconnue.

OBS I (recueillie à l'Hôtel-Dieu d'Angers, dans le service de M. le docteur Farge).

Marie E..., âgée de quarante ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 25 avril 1862, couchée au n° 17 de la Clinique médicale, a vu se dérouler dans ces huit dernières années toute la série des accidents syphilitiques. Au début, elle dit avoir été soumise pendant quatorze mois à un traitement mercuriel. Elle entre dans le service pour des douleurs ostéocopes et des tumeurs gommeuses ulcérées. Ces tumeurs occupent le sommet de la tête, le front, la région sourcilière, l'épaule gauche. Dans cette dernière région, on en remarque à différentes périodes de leur évolution, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, sur les deux tiers externes de la clavicule et dans le creux sus-claviculaire. Le corps de la clavicule présente des inégalités très-marquées dans toute sa longueur.

La malade raconte que treize jours avant son entrée, en voulant soulever de la main gauche une cruche pleine d'eau et d'une capacité de quinze litres environ, elle a ressenti dans l'épaule gauche un craquement violent. Elle s'aperçut le lendemain seulement d'une tuméfaction dans la région douloureuse. Elle a pu néanmoins continuer à se servir encore de son bras, bien que les mouvements fussent douloureux.

Aujourd'hui la tumeur osseuse, du volume d'une noix, occupe la réunion des deux cinquièmes externes aux trois cinquièmes internes de la clavicule. Elle est mobile, et on trouve nettement à son centre le point de réunion de deux fragments entourés d'une substance demi-solide qui n'empêche pas de percevoir la crépitation. Il n'y a pas de chevauchement apparent.

Malgré un traitement régulier par l'iodure de potassium et l'immobilisation du membre par le bandage de Mayor, la consolidation s'est fait attendre plus de trois mois.

OBS. II (recueillie à l'Hôtel-Dieu d'Angers, dans le service de M. le docteur Mirault).

C... (Jean), âgé de quarante et un ans, journalier, entré à l'Hôtel-Dieu le 21 octobre 1861, et couché au n° 57 de la Clinique chirurgicale, présente toutes les apparences d'une constitution vigoureuse : taille moyenne, large encolure, visage coloré. Il dit n'avoir jamais été malade. Marié à vingt ans, il affirme n'avoir eu aucune maladie vénérienne, et l'examen attentif des organes génitaux, des membres, des systèmes cutané et ganglionnaire, du cuir chevelu, ne révèle en effet aucune trace d'affection syphilitique. Pas d'exostose médio-palatine.

Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, en faisant un violent effort pour charger sur son épaule une pièce de bois, il ressentit dans l'épaule gauche une douleur vive, accompagnée d'un craquement marqué au niveau de la clavicule. Il explique fort bien qu'au moment de l'accident, la pièce de bois placée verticalement contre le mur, et qu'il a voulu soulever en la saisissant par sa partie inférieure, était appuyée par sa partie moyenne sur son épaule *droite*, et qu'elle n'a pu en aucune façon heurter la clavicule *gauche*. Jusque-là, il n'avait éprouvé aucune douleur dans cette région.

En portant la main droite à l'endroit douloureux, il constata immédiatement l'existence d'une tumeur notable. Le bras gauche était complétement inerte et pendant le long du corps.

Pendant les premiers jours, il se contenta de porter son bras en écharpe et s'abstint de travailler; puis, voyant que les mouvements restaient toujours impossibles, il entra à l'Hôtel-Dieu. Un bandage de Mayor fut appliqué pour immobiliser le membre.

Le 1er novembre, en examinant le blessé, on constate qu'il existe à deux travers de doigt environ de l'articulation sterno-claviculaire gauche, au niveau de l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien, une saillie fusiforme, se confondant par ses deux extrémités avec la clavicule, qui forme un angle saillant en avant.

La peau est encore un peu rouge à ce niveau, et vers la partie moyenne de la tumeur on sent une dépression verticale qui la divise en deux moitiés et est évidemment constituée par le léger écartement antérieur de deux fragments.

Il ne saurait être douteux qu'il existe là une fracture de la clavicule, bien que la mobilité ne puisse être perçue.

Le bandage de Mayor est maintenu.

Le 1er décembre, la consolidation est plus que suffisamment assurée, et la douleur a depuis longtemps disparu. Le cal offre à peu près le même volume qu'au début, et présente encore la dépression verticale signalée à sa partie moyenne.

OBS. III (recueillie à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Chassaignac).

Pierre B..., âgé de quarante-huit ans, homme de peine, entré à l'hôpital Lariboisière le 9 janvier 1864, est couché au n° 7 de la salle Saint-Louis.

Taille moyenne, constitution sèche, cheveux roux très-fournis, dents gâtées. Il n'accuse pas de maladies dans son enfance. Pas de traces de scrofule.

A quatorze ans, il a eu une fracture sus-malléolaire de la jambe droite produite par cause directe. L'extrémité inférieure du radius droit présente en outre une déformation notable due au cal d'une fracture de cet os, remontant à trois ans, et produite aussi, au dire du malade, par cause directe.

Pas d'antécédents syphilitiques ni de traitement mercuriel; rien aux organes génitaux; pas d'engorgements ganglionnaires, pas de cicatrices suspectes; absence d'exostose médio-palatine.

Le malade raconte que le 31 décembre 1863, en soulevant un panier assez lourd pour le mettre sur sa tête, il ressentit à la base du cou une douleur vive qui lui fit momentanément interrompre son travail. Il n'a pas senti de craquement à ce moment, et n'a pas remarqué de déformation au point douloureux qui correspondait à l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien. Il lui est resté une douleur qu'il compare à une piqûre, et qui dans les jours suivants gêna son travail.

Mais le jeudi 7 janvier 1864, au moment où il soulevait un sac de plâtre pesant une soixantaine de livres, et où il le lançait pour le charger sur une charrette, il a ressenti un craquement bien distinct au même point. A partir de ce moment, les mouvements du bras gauche sont devenus très-difficiles, et une tuméfaction notable a subsisté au point douloureux.

A son entrée, il présente en dehors de l'articulation sterno-claviculaire gauche une tumeur du volume d'une grosse noix faisant corps avec la clavicule et répondant exactement à l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien. La peau qui la recouvre est rouge, et la palpation fait reconnaître à la partie moyenne de cette tumeur une saillie oblique de haut en bas et de dedans en dehors, qui marque la séparation de deux fragments dont l'angle de réunion est saillant en avant. On ne sent pas de crépitation, mais la fracture cependant ne saurait être douteuse.

Les mouvements du bras sont douloureux, très-limités, mais non abolis.

Dans les jours suivants, la rougeur diminue, la douleur s'affaiblit, mais la tumeur persiste avec ses mêmes caractères, encore plus facilement appréciables à cause de la disparition de toute tuméfaction des parties molles.

Le 16 janvier, le malade quitte l'hôpital. Les mouvements du bras sont à peu près revenus.

Obs. IV (recueillie à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Chassaignac).

Siméon L..., âgé de quarante-cinq ans, journalier, entré à l'hôpital le 2 février 1864, et couché au n° 6 de la salle Saint-Augustin, est de taille moyenne, d'apparence vigoureuse, bien musclé; il a le teint ordinairement coloré.

Sa santé a toujours été bonne; son enfance a été exempte d'accidents scrofuleux; il n'a pas eu, assure-t-il, d'affections vénériennes. L'examen des organes génitaux n'en révèle en effet pas de traces, mais le testicule droit est peu volumineux, et le gauche est atrophié, sous l'influence d'un varicocèle du même côté.

Pas de traces d'affections cutanées; pas d'engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux; les cheveux sont bruns et bien fournis; pas d'exostose médio-palatine. Les dents sont au complet, à une exception près, mais singulièrement usées en avant par le frottement de la pipe, dont le malade paraît abuser.

Une dizaine de jours avant son entrée à l'hôpital, étant occupé à charger des pierres, il a ressenti dans un effort, à l'épaule droite, une douleur assez vive, qui, sans lui enlever l'usage de son bras, l'a obligé à prendre un travail moins fatigant.

Le jeudi 28 janvier, il cassait de la pierre, lorsqu'en soulevant l'instrument employé à cet effet il éprouva de nouveau une douleur subite accompagnée de craquement dans le point précédemment indiqué.

A partir de ce moment, il dut cesser tout travail, et c'est alors seulement qu'il remarqua une tuméfaction au niveau de la clavicule.

A son arrivée, le 2 février, on constate en dehors de l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien, environ à 7 centimètres de l'articulation sternale, une tuméfaction du volume d'une grosse noix, faisant manifestement corps avec la clavicule, douloureuse à la pression, avec rougeur à la peau.

Les deux portions de la clavicule que sépare cette tumeur forment un angle saillant en avant, dont la partie moyenne de la tumeur constitue le point culminant. On sent sous les doigts une sorte de crête oblique en bas et en dehors, qui indique évidemment la direction de la fracture. Les deux fragments ne sont pas abandonnés et le cal commence à se former.

Le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien est beaucoup moins saillant et se déprime bien plus facilement que celui du côté opposé, alors même que le muscle est contracté.

Les mouvements sont douloureux, mais non impossibles. La tumeur est assez sensible à la pression, mais dans les jours suivants la sensibilité et la rougeur s'affaiblissent.

Le 11 février, la tumeur, à part la rougeur qui a disparu, offre les mêmes caractères qu'au début; cependant le malade ne souffre pas et demande sa sortie.

Les mouvements du membre ne sont que médiocrement gênés.

HOPITAL DE MILIANAH. — M. Coblence.

Pneumonie. Fièvre pernicieuse. Mort.

Par M. Heymann, médecin aide-major de 1re classe.

Un des grands écueils dans le traitement des affections parenchymateuses des pays chauds, c'est l'élément fièvre. En Afrique, la fièvre avec ses caractères périodiques à tous ses degrés est un satellite presque inévitable de ces affections. La pneumonie franche, classique, présentant les signes caractéristiques les plus nets, en tout semblable aux pneumonies qu'on observe dans le nord de la France, donne souvent lieu à une difficulté de thérapeutique insurmontable. Comme en France, elle présente généralement une exacerbation du mouvement fébrile vers le soir: mais comment reconnaître la nature de cette fièvre? Est-ce un signe de la pneumonie? Est-ce un accès de fièvre greffé sur cette maladie? Le praticien doit-il poursuivre son traitement antipneumonique, ou bien doit-il faire entrer en ligne de compte un nouvel élément qui se présente avec de nouvelles indications?

Que cette pneumonie soit très-grave, que tout un poumon soit hépatisé, que le malade, vigoureux, soit sous le coup d'une asphyxie imminente, enfin que l'émission sanguine soit indiquée franchement, le médecin s'arrêtera-t-il devant la crainte de voir survenir un accès de fièvre qui pourrait prendre un caractère pernicieux? Ou bien, en prévision de cet accès possible, probable, doit-il employer, concurremment avec la saignée, des moyens antipériodiques?

Milianah, par son altitude, sa position, sa température, se trouve pendant l'hiver dans les mêmes conditions climatériques que certaines villes du nord de la France. Là plus que partout ailleurs en Algérie, on rencontre des pneumonies qu'on pourrait dire européennes.

Le 9 mars 1864, entre à l'hôpital de Milianah (service de M. Coblence, médecin principal) un soldat du 4e régiment de ligne, homme très-vigoureux.

Il présente une face vultueuse, asphyxique. — Le pouls est fort, large, dur, fréquent. — La peau est brûlante. — Le malade tousse.

Deux jours avant son entrée, il a éprouvé du frisson et un léger point de côté à droite qui subsiste encore. — Matité dans tout le côté droit. — Du même côté, on entend du râle sous-crépitant sec.

Au côté gauche, sauf une respiration puérile, on ne trouve rien de particulier.

Les crachats sont épais, sanguinolents, couleur d'abricot, de jus de pruneaux, adhérents au fond du vase.

Il n'y a aucun doute possible dans le diagnostic; on a affaire à une pneumonie droite, franche, bien caractérisée chez un homme très-vigoureux. — Diète; potion émétisée à 0,5 gr.; potion belladonée; émission sanguine (750 gr.).

Le soir, la saignée présente une couenne très-forte; il n'y a pas d'amélioration chez le malade. On ouvre la veine et on enlève 250 gr. de sang.

Le 11, pas d'amélioration sensible; face violacée. — Nouvelle saignée de 500 grammes; émétique. On prescrit en même temps 1 gr. de sulfate de quinine.

Le soir, le malade va mieux; la dyspnée est diminuée; le pouls est tombé. — Émétique, vésicatoire.

Le 12, l'amélioration continue; les râles ont diminué d'intensité et prennent le caractère des râles de retour. La gêne de la respiration disparaît de même que la matité. Il n'y a plus de sang dans les crachats. — Émétique, sulfate de quinine.

Le 13, le mieux se maintient. — Même traitement.

Le soir, à trois heures, on trouve le malade couvert de sueur. Cette crise bienfaisante, si commune dans la pneumonie, fait porter un pronostic favorable.

Toutefois, le médecin traitant, se méfiant de cette sueur et craignant que ce ne fût le stade d'un accès de fièvre, insiste sur le sulfate de quinine.

Le 14, à la visite du matin, le malade va bien.

A deux heures, comme la veille, un accès de fièvre survient. Cette fois, il est d'une violence extrême: dyspnée, délire, prostration, face hippocratique; refroidissement des extrémités. C'est un accès pernicieux. — On donne du sulfate de quinine par la bouche, en lavement; c'est en vain, le malade expire à sept heures du soir.

Nécropsie. — Le poumon droit est hépatisé. Au pourtour du sommet, les vésicules sont dilatées, emphysémateuses. En plusieurs points le poumon a repris de la perméabilité, mais d'une façon restreinte. Le poumon gauche est sain.

Rien n'explique la mort par les poumons: le poumon droit est en voie de guérison; le poumon gauche n'est pas malade.

Le foie est gorgé de sang et augmenté de volume. Il en est de même de la rate.

Les autres organes sont à l'état normal. Le cœur renferme des caillots adhérents, blancs; le cœur droit en est rempli.

Ce malade est-il mort à la suite de la pneumonie? Rien ne le démontre, ni les symptômes ni les signes anatomo-pathologiques. Il est mort sans aucun doute à la suite d'un accès pernicieux survenu pendant le cours de la fluxion de poitrine.

Les insuccès en médecine sont aussi utiles au praticien que les succès. Par les premiers, il reçoit un enseignement d'autant plus profitable qu'il est plus frappant. Il est bon de faire connaître ces cas, d'analyser ses propres erreurs, si l'on veut rendre des services réels à la science et aux médecins.

Le fait qui nous occupe a paru assez intéressant par son insuccès même au médecin traitant, pour que, sur son avis, nous nous soyons décidé à le livrer à la publicité.

En Afrique, il n'y a pas une affection parenchymateuse, pas une pneumonie, qui ne cache derrière ses symptômes patents un élément spécial suspect. L'accès de fièvre survient avec une plus ou moins grande gravité, selon les circonstances.

Dans le cas rapporté plus haut, n'est-on pas autorisé à croire que cet accès a pris un caractère d'autant plus pernicieux que le malade a été affaibli par la marche rapide de l'inflammation, par son intensité et aussi par la perte notable de sang, perte que les symptômes ont rendue indispensable?

Était-on autorisé, chez un homme vigoureux présentant les signes d'une pneumonie intense, menacé d'asphyxie, à ne pas tirer du sang au plus vite?

De pareils cas se présentent souvent; nous pensons qu'il n'est pas inutile de fixer l'attention sur ces difficultés.

Si l'on avait donné du sulfate de quinine dès le début, si le traitement anti-pneumonique avait été moins énergique, l'accès qui a enlevé le malade aurait peut-être été moins violent, et partant la réaction plus facile.

On remarquera cependant que le médecin traitant (tant il est convaincu des principes que nous avons avancés) a donné du sulfate de quinine dès le troisième jour, — par précaution seulement; — selon lui, le malade n'en a pas pris suffisamment.

En résumé, dans le cas qui vient d'être relaté, on a traité trop exclusivement la pneumonie. On aurait dû faire dans le traitement une plus large part à l'accès de fièvre qui *pouvait* arriver.

ÉTUDE SUR LES KÉRATOPHYTES.

Par M. le Dr Labalbary.

Les productions anormales que nous désignons sous le nom de kératophytes ont été observées depuis longtemps. Néanmoins on peut les considérer comme rares relativement aux autres affections dermiques, et l'on peut dire avec Vidal (de Cassis): *qu'elles n'ont pas été encore étudiées avec assez de soin dans leur structure, dans leurs rapports, pour savoir comment elles tiennent à la peau.*

Les kératophytes sont considérés comme des excroissances des téguments, et présentent, dit-on, de grandes analogies avec les ongles et les poils. Qu'il nous soit permis d'entrer dans quelques détails histologiques, qui en feront mieux ressortir la nature et le mode de formation.

Les kératophytes ne sont autre chose que des produits épidermiques. De même que l'épithélium est un organe de protection interne, de même l'épiderme appartient au système tégumentaire externe.

L'épiderme a été pendant longtemps considéré comme un produit d'excrétion. Erreur profonde! Organe éminemment vivant, l'épiderme est un produit incessant de l'économie. Le fonctionnement de la sécrétion épidermique se fait d'une manière constante, régulière; à chaque instant de la durée, il y a pour l'enveloppe extérieure du corps destruction et reproduction épidermique.

L'épiderme est situé à la surface des téguments et est en rapport avec le chorion muqueux. Celui-ci est chargé de papilles composées de nerfs et de vaisseaux. Ces papilles sont simples et irrégulières, ou doubles, mamelonnées et bifides. C'est à la surface de cette substance mamelonnée qu'est placé l'épiderme.

Quant au corps muqueux de Malpighi, il n'existe pas. Il n'est possible d'observer que des transformations successives de l'épiderme. Les vaisseaux arrivent à la surface mamelonnée, épanchent un liquide plastique qui sert à former les cellules. Examinées séparément, ces cellules contiennent un petit nucléole à l'intérieur et renferment aussi le pigment. Elles sont constituées par une matière amorphe et forment avec les papilles un réseau très-riche en organes de sécrétion. Les cellules, d'abord arrondies, deviennent ovales par suite de la résorption du tissu granuleux formant la matière colorante ou pigmentaire. Le noyau lui-même peut disparaître; à mesure que le pigment se résorbe, la cellule se résorbe aussi, s'aplatit, devient oblongue, se stratifie et ne forme plus que des lamelles ou *pavé épidermique*. Cette stratification est plus ou moins complète; de là des accidents bien connus. Ainsi dans les corps aux pieds, les lamelles épidermiques se tassent, refoulent la papille nerveuse, et, comme l'épiderme est un corps essentiellement hygrométrique, il se gonfle sous l'influence de l'humidité et des changements de température, qui se traduisent dans cet organe par une douleur de la papille.

Les productions de l'épiderme peuvent être diversement modifiées; de là résultent des troubles divers. Ainsi, dans le pityriasis douloureux, les cellules sont impuissantes à se développer, d'où pityriasis par défaut; tandis que d'autres fois il y aura effort de sécrétion trop considérable de la part des papilles, et la peau fonctionnant trop, il surviendra alors un pityriasis par excès de sécrétion. Il est aussi une autre maladie où les cellules elles-mêmes suivent leur évolution normale, mais ne meurent pas complétement; alors leur stratification se fait constamment et l'épiderme deviendra rugueux; il y aura ichthyose.

Les ongles sont formés de lamelles cornées contenant un peu plus de phosphate calcaire que l'épiderme. Ils sont constitués par des produits de sécrétion des cellules à noyau qui sont chassés en avant et en haut sous forme de lames imbriquées.

Les poils sont plus vivants que l'ongle et que l'épiderme, et sont formés par un organe producteur. Le derme, ou tégument externe proprement dit, est creusé d'une cavité que tapisse une membrane particulière non striée, sans fibres à cellules élastiques. C'est une membrane amorphe à forme granuleuse. Autour de ces granulations sont des cellules, puis des fibres musculaires se réunissent en faisceau à leur extrémité inférieure et servent à hérisser ou à ériger le poil au dedans; le fond de la cavité se confond avec l'organe producteur du poil; il est constitué par une portion molle, renflée, à demi concrète; c'est le bulbe du poil, organe éminemment vasculaire, où des vaisseaux capillaires nombreux épanchent un plasma nourricier. Tout autour du follicule sont rangées des cellules à noyau contenant du pigment. Ces cellules, dans leur accroissement, prennent un aspect filiforme et forment une véritable écorce. Au centre est un organe médullaire. Le poil est un véritable tube à plaques épidermiques formant des faisceaux latéraux qui s'imbriquent et s'enroulent autour de l'axe médullaire.

Bichat dit que le poil devient blanc parce que la substance médullaire meurt. C'est encore là une grave erreur du savant anatomiste. Si le poil blanchit, c'est parce que la matière pigmentaire y fait défaut par suite de sa résorption, mais la vitalité du poil n'est pas changée. S'il faut en croire Kölliker, le poil blanchit parce que le soufre s'y accumule. Ce soufre est détruit par les pommades au manganèse et aux sels de plomb, et les cheveux reprennent alors leur couleur primitive.

L'épiderme qui entoure le poil tapisse aussi le follicule sécréteur.

Le poil follet n'a qu'un follicule arrondi, petit, qui ne s'élève pas au-dessus de la surface de la peau.

Le poil adulte a un follicule allongé, muni de glande fournissant un produit analogue aux productions des follicules sébacés. Ces glandes sont généralement simples, quelquefois bifides et en grappe.

L'épiderme, corps hygrométrique, comme nous l'avons dit, est mauvais conducteur de la chaleur et de l'électricité. Il empêche par conséquent d'absorber et de perdre de la chaleur et diminue l'absorption. Cette diminution est proportionnelle au nombre de couches stratifiées. Les anciens croyaient que l'épiderme était criblé de pores. C'est encore une erreur. Entre l'épiderme et la peau existent des colonnes constituées par des tubes contenant les glandes sudoripares. L'épiderme laisse échapper la sueur à travers une écaille épidermique soulevée comme un véritable opercule.

Indépendamment des éléments déjà décrits, l'épiderme se compose aussi d'une couche cornée (*stratum corneum*), qui forme sa portion externe et demi-transparente. Cette couche consiste en cellules qui se convertissent plus tard en lamelles. Les plus internes ressemblent aux cellules superficielles de la couche muqueuse. Ces lamelles sont des noyaux aplatis, contenant un liquide visqueux. Elles ont la forme stratifiée. Les feuillets les plus internes ont un trajet onduleux là où s'élèvent les papilles et s'enfoncent dans les sinuosités qui séparent ces dernières.

L'épaisseur de l'épiderme varie entre 0mm,03 et 3mm,75. L'épiderme est un produit stable dont les éléments ne subissent plus de modifications. Il n'a d'autre activité que celle qui a pour but de le maintenir toujours dans son intégrité. Il est soumis à une élimination continuelle des couches externes, ce qui l'oblige sans cesse à réparer ses pertes. Ses liquides nourriciers lui sont fournis par les vaisseaux dermiques.

Chez les mammifères les premières couches épidermiques résultent de la transformation des cellules formatrices les plus superficielles qui composent l'embryon. Puis le corps papillaire

gagne en épaisseur par la multiplication de ses éléments, dont les plus superficiels se transforment continuellement en couches cornées. Celles-ci augmentent en épaisseur et réparent ainsi les pertes que leur fait subir la desquamation.

C'est avec raison que l'épiderme a été comparé à l'épithélium. Celui-ci, en effet, est un organe de protection partout où il y a frottement. Ainsi le bec des oiseaux est composé de cellules épithéliales incrustées de phosphates et de carbonates calcaires. L'épithélium peut être tantôt une simple cellule, quelquefois il s'arme de cils ou appendices cellulaires jouissant de quelques mouvements. Ici il est un organe actif et fait mouvoir les corpuscules qui se mettent en rapport avec lui. Dans l'intestin, l'épithélium offre les matériaux qui seront absorbés par les vaisseaux pour former le chyle. C'est un organe à la fois d'absorption et d'exhalation. Ce qui prouve le mieux l'analogie des deux téguments interne et externe, ce sont les cas où l'épithélium se convertit en épiderme véritable. Ainsi la chute du rectum amène toujours la transformation de l'épithélium en épiderme. Chez les vieillards, l'épiderme subit la diminution de vitalité des autres productions du derme. Les crevasses épidermiques sont un effet des progrès de l'âge.

C'est par suite du développement anormal ou exagéré de la couche cornée déjà décrite que se produisent ces excroissances épidermiques par nous désignées sous le nom de kératophytes. Si, en effet, on examine ces productions au microscope, on les trouve composées de lamelles stratifiées de plus en plus à mesure que l'on s'approche de la périphérie du kératophyte. Quant aux lamelles centrales, elles se réduisent à des cellules tassées les unes aux autres et sont d'une consistance et d'une densité qui varient d'autant plus que l'on se rapproche de l'axe du kératophyte. La sensibilité ne s'y éveille qu'au moment où l'on pénètre jusqu'aux papilles interposées aux feuillets les plus internes.

La formation des kératophytes résulte le plus souvent d'une hypertrophie des cellules formatrices dont nous avons parlé plus haut, et de la stratification de ces mêmes cellules converties en lamelles à mesure qu'elles se rapprochent de la périphérie. L'anatomie pathologique démontre d'une façon péremptoire que ces productions cornées appartiennent réellement au tissu épidermique.

Le kératophyte affecte spécialement les vieillards. Il est le résultat d'un défaut de fonctionnement ou d'élimination des produits épidermiques qui s'accumulent et se superposent en lamelles condensées et prennent dans ce mode de développement les formes les plus bizarres.

Mme G..., du village des Coustous, près Gourdon (Lot), âgée de soixante-quinze ans, constitution parfaite, sans prédominance de tempérament spécial, portait depuis l'âge de cinquante ans à la partie supérieure du sternum un appendice corné des plus curieux. Il se composait de trois branches principales de différentes longueurs. La première n'avait pas moins de 8 centimètres; la deuxième mesurait 5 centimètres 1/2; la troisième avait 4 centimètres de plus; il y avait au point de jonction de ces trois branches une quatrième branche accessoire de 2 centimètres de long, ce qui simulait à s'y méprendre une patte de dinde avec laquelle les lamelles, stratifiées en forme d'écailles, lui donnaient encore plus de ressemblance. Ces trois branches étaient portées sur un pédicule commun ayant 1 centimètre de long et 3 centimètres d'épaisseur en circonférence. Je vis pour la première fois cette femme le 7 juillet 1860. Interrogée par moi sur la nature et sur le mode de formation et de développement de ce produit, Mme G..., imbue d'idées superstitieuses dont je n'ai pas à m'occuper ici, rattachait l'origine de ce kératophyte à un maléfice (mauvais sort) auquel, dit-elle, elle aurait été en butte. Peu éclairée d'ailleurs, peu habituée à s'observer et n'ayant jamais consulté de médecin pour une chose qui, selon son dire, *n'était qu'incommode et ne lui faisait pas de mal*, cette femme se bornait de loin en loin à tailler avec des ciseaux les branches de cette étrange végétation, ce qu'elle faisait sans en éprouver la moindre douleur. Pressée par mes questions sur l'état de ses fonctions digestives, Mme G... m'apprit qu'elle faisait remonter sans effort les aliments à sa bouche, et qu'elle les soumettait à une seconde mastication. Je fus témoin de ce phénomène, que je pus observer à loisir. Cet état flagrant de mérycisme coïncide souvent, on le sait, avec l'existence des kératophytes. En vertu de quelle relation? C'est ce qu'on ignorera longtemps encore. Du reste, chez cette femme, toutes les fonctions s'exécutaient normalement, seulement la faculté visuelle était sensiblement affaiblie, ce qui pouvait tenir au progrès de l'âge. Bien que cette production cornée ne fût cause d'aucune incommodité, Mme G... réclamait très-instamment néanmoins l'ablation de cette *affreuse patte* (*sic*), dont un mauvais génie, disait-elle, l'avait affligée. Me rendant à ses vives instances, j'entrepris le 19 juillet l'extirpation du kératophyte de la manière suivante :

Avec un fort bistouri droit, je cernai le pédicule à son point d'implantation par deux incisions semi-ovalaires de 5 centimètres de longueur; puis, exerçant avec une pince à polype un mouvement de torsion sur le pédicule, je mis à découvert ses racines qui s'enfonçaient dans les couches dermiques, et les sectionnai avec des ciseaux courbes. Grâce à ce mouvement de torsion, je puis dire que je parvins à déraciner ce pédicule sans plus de formalités ni de mérite que s'il se fût agi d'une extraction de cor au pied. Nulle hémorrhagie ne survint. Je réunis les bords de l'incision par deux points de suture entortillée, et Mme G... guérit sans accident.

Examen du kératophyte. — Une section transversale faite par un trait de scie met à découvert deux surfaces planes où l'on peut voir le rayonnement des cellules de l'axe à la circonférence.

Les lamelles les plus superficielles s'enlèvent facilement sous forme d'écailles; il n'en est pas de même des lamelles profondes, lesquelles résistent d'autant plus qu'on se rapproche davantage de l'axe central.

Les trois branches dont nous avons parlé offrent une grande force de résistance, et ne peuvent être séparées qu'avec peine. Le *stratum corneum* qui les constitue aboutit à l'axe médullaire, dont il paraît n'être qu'un mode d'arborescence.

Le pédicule est sensiblement plus dur que le reste de la végétation. Les racines implantées au-dessous de son collet présentent une certaine élasticité. Elles laissent au contact du doigt une sorte de viscosité gluante.

Projetée sur les charbons ardents, la substance du kératophyte exhale l'odeur caractéristique de la corne brûlée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 août. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Buisson sur une épidémie de variole qui a régné dans l'arrondissement d'Aix (Bouches-du-Rhône).

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans le département de l'Aisne. (Commission des épidémies.)

3° Des renseignements statistiques sur l'épidémie cholérique de 1849 dans le département de l'Yonne. (Commission du choléra.)

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Digne (Basses-Alpes), par M. le docteur Silve, et de Gréoulx (Basses-Alpes), par M. le docteur Jaubert. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur le nervosisme et l'utilité du bromure de potassium dans son traitement, par M. le docteur Romain Vigouroux. (Commissaires, MM. Desportes et Delpech.)

2° Une note sur le traitement de la teigne par l'emploi de la chaux vive, par M. Chapoteau, pharmacien de Size-sur-Loire. (Commission des remèdes secrets.)

3° Une note sur le érorateur Kessler appliqué à la pharmacie, par M. André Pontier, pharmacien à Paris.

— M. LE SECRÉTAIRE donne lecture d'une lettre adressée à M. le président de l'Académie par le comité chargé d'élever une statue de Larrey à Tarbes, pour l'inviter à l'inauguration.

M. LE PRÉSIDENT s'excuse de ne pouvoir se rendre à l'invitation. M. Gibert est chargé de représenter l'Académie avec M. Bousquet, qui est en ce moment à Tarbes, et sera prévenu par une lettre.

— M. BOUILLAUD présente à l'Académie une observation et une dissolution de sulfure de plomb extrait par M. Fordoz, pharmacien de la Charité, du cerveau d'un individu atteint d'encéphalopathie saturnine après avoir travaillé à la fabrique de céruse de Clichy, et qui avait présenté à l'hôpital environ vingt-cinq attaques d'épilepsie en douze jours.

Après cette observation, dont l'autopsie a par cela même un grand intérêt, M. Bouillaud termine par quelques considérations hygiéniques, et insiste sur la nécessité de substituer les machines au travail manuel dans la fabrication de la céruse et des sels de plomb.

RAPPORTS.

Contribution à l'étude du siége de la parole. — M. CH. ROBIN, au nom d'une commission composée de MM. Bernard et Briquet, lit un rapport sur un travail de M. A. Voisin, intitulé *Contribution à l'étude du siége de la parole.*

M. Voisin avait présenté l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, chez qui la perte de la parole a été liée à la présence d'un kyste sanguin de l'arachnoïde qui avait déterminé une empreinte sur la partie antérieure des premières circonvolutions frontales du côté droit.

Une autre observation avait été envoyée à la commission. Comparable à celle de M. Voisin, elle confirmait, dit M. le rapporteur, les conclusions formulées par M. Voisin.

Cette observation, et des faits analogues recueillis par MM. Bouillaud, Rochoux, Reilhac, Broca, Trousseau, Charcot, portent à penser « que dans les lésions des lobes antérieurs de l'encéphale, il faut distinguer anatomiquement et symptomatologiquement celles qui siégent dans la substance grise ou corticale, de celles qui siégent dans la substance blanche. Ces dernières troublent plus particulièrement les actes présidant aux mouvements coordonnés de la langue; ce sont, au contraire, les premières qui gênent ou empêchent spécialement les actes intellectuels d'où dépendent la conception et l'association des mots dans le langage oral. »

La commission propose de remercier M. A. Voisin et de renvoyer son travail au comité de publication.

Remèdes secrets. — M. ROGER lit, au nom de la commission des remèdes secrets :

1° Un rapport dont les conclusions défavorables sont mises aux voix et adoptées;

2° Un rapport sur les matelas d'eau de M. Galante, dont les conclusions favorables sont adoptées.

Discussion sur la pustule maligne et les maladies spécifiques.

M. BOULEY. Si la question avait été limitée à la pustule maligne, je ne serais pas monté à la tribune; mais on a fait de la pustule maligne une question générale; sur ce terrain plus élargi de la spécificité des maladies et sollicité par M. Bouillaud, je prends la parole. M. Bouillaud a fait de la spécificité des maladies telle qu'il l'a posée, c'est-à-dire d'une maladie toujours d'origine virulente, une sorte de dogme, et, comme tous ceux qui embrassent un dogme, il a montré de l'intolérance : il disait qu'une maladie spécifique ne peut naître que d'une maladie spécifique. J'ai résisté, et il me reproche une ancienne discussion, en me montrant, comme une tête de Méduse, un autre M. Depaul devant me confondre.... M. Depaul me pardonnera, ce n'est pas moi qui fais de lui un monstre...

Mais je ne crains pas de rencontrer un autre M. Depaul, et fussé-je en désaccord avec lui, je n'aurais pas plus qu'hier trouvé un ennemi dans mon contradicteur heureux.

Je me bornerai à dire que ce n'est peut-être pas généreux à M. Bouillaud de rappeler une faute à ses adversaires; que dis-je, une faute! ce n'en était pas une, puisque mes premières opinions ont servi à l'établissement d'une vérité, et je souhaite à M. Bouillaud une faute semblable qui le ramène à une vraie doctrine.

M. Bouillaud s'étonne que des maladies spécifiques naissent en dehors d'une cause spécifique; mais est-ce qu'un animal, par un changement de ses humeurs, ne peut pas être dans un état spécial qui puisse être un état contagieux? Les physiciens et les physiologistes comprennent des changements moléculaires avec des changements de propriété. Est-ce que nous ne voyons pas dans l'œuf des générations spontanées de muscles, de tissus, qui sont bien autrement compliqués que des ferments? Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'économie fasse des maladies spécifiques sous l'influence de conditions pathologiques spéciales.

Un exemple :

Les vétérinaires ont la preuve qu'il existe des générations spontanées de maladies virulentes chez les animaux. En Beauce, les moutons sont dans les champs secs, par une grande chaleur, haletants, suants, au milieu d'un air pour ainsi dire surchauffé. Ils perdent l'eau de leur sang sous ces influences combinées avec la respiration des effluves des marais desséchés. Un fait saillant apparaît : le sang s'épaissit, se coagule, devient virulent, et les animaux meurent en peu d'heures; si on les transporte dans un lieu plus humide, ils guérissent. Par contre, dans les pays humides, les moutons absorbent une quantité considérable d'eau, et sont atteints de cette autre maladie vulgairement appelée la *bouteille*, la *pourriture*, et qui n'est autre qu'une cachexie aqueuse.

Si la chaire de médecine comparée avait pu parler, il est probable que ces faits auraient trouvé leurs analogues chez l'homme.

Voyons la spécificité, et ce que M. Bouillaud me refuse. J'ai dit que l'homme faisait, créait la morve du cheval en plaçant cet animal dans des conditions contraires à l'état naturel, par les fatigues, l'épuisement et l'usure, qui produisent une oxydation incessante de l'économie du cheval. Par expérience, on reproduisait à volonté la morve chez le cheval en créant des conditions identiques à celles qui viennent d'être énumérées.

M. Bouley cite deux exemples, l'un pris sur un cheval sain provenant de l'établissement de la Compagnie du gaz, où les maladies épidémiques épargnent l'homme et les animaux de l'avis de tout le monde, ce qui, dit l'orateur, vérifie la propriété attribuée à l'acide phénique et aux produits de distillation des houilles comme désinfectants et antiputrides; le cheval, amené à Alfort, a subi la ténotomie dans un lieu sain; une synovite est survenue, et a été suivie de tout le cortége de la morve et du farcin. L'autre sur un cheval qui avait reçu un coup à la joue, et à la suite duquel un abcès s'était déclaré; la morve est apparue, et elle n'a pas été, il est vrai, communiquée à un cheval voisin du premier.

Pour appuyer ses opinions sur le développement de la morve par suite de fatigue, M. Bouley lit un passage qu'il a écrit autrefois de l'article FARCIN du *Dictionnaire de médecine vétérinaire*. Il ressort de ce passage que les expériences démontrent qu'après les fatigues le sang qui vient des muscles surcontractés contient une plus grande quantité de créatine, de créatinine et d'acide inosique qu'à l'état normal. Le sang est donc altéré. C'est une interprétation qu'il propose, et qui sera peut-être vérifiée quand les procédés d'exploration anatomique seront devenus aussi exacts que ceux de la chimie.

Si la morve après cela n'est pas une génération spontanée chez les animaux, il est une autre maladie que la tradition a consacrée, la gourme des chevaux, qui est une maladie à la fois spontanée et contagieuse.

La gourme est une fièvre avec altérations respiratoires, abcès, purulence générale, auxquels signes se joignent le *horse pox*, ou la variole du cheval, si l'on veut. Le cheval y échappe dans les pâturages; arrivé dans les villes, quoique les écuries soient saines, il contracte cette maladie, et la transmet ensuite aux autres chevaux.

La péripneumonie de l'espèce bovine naît spontanément, et elle se transmet; elle naît spontanément et malgré les inoculations préventives, surtout sur les animaux nourris dans les distilleries avec la *drêche*, et parce que la nourriture et l'habitation sont une cause du développement spontané de la maladie, la péripneumonie est en permanence.

La clavelée du mouton n'est pas toujours contagieuse; si cela était, il y en aurait toute l'année; tandis que la clavelée règne épidémiquement. Au reste, on sait que la variole peut n'être pas toujours contagieuse.

Pour prendre des faits empruntés à médecine, le typhus des camps se produit sur place par l'accumulation des individus, par de mauvaises conditions hygiéniques. Et le typhus, est-il contagieux? J'ai demandé à M. Bouillaud s'il voudrait faire entrer ici un individu atteint de typhus; il m'a répondu : Faites-en l'essai pour vous. Heureusement M. Ricord a dit qu'il ne le voudrait pas.

La fièvre typhoïde se développe spontanément, et beaucoup de gens admettent qu'elle est contagieuse. La phthisie même, qui se développe spontanément, peut passer dans quelques cas pour être contagieuse.

La pustule maligne, sur laquelle la discussion roulait encore à la dernière séance, est un mal de provenance animale, cela est incontestable dans beaucoup de cas; mais en relisant le remarquable rapport de notre collègue M. Gosselin, les observations de MM. Devers et Gallard, je comprends l'hésitation du rapporteur. Il y a à revoir dans la théorie d'Enaux et Chaussier. C'est une question doctrinale seulement que j'agite ici, car, comme l'ont dit les orateurs qui m'ont précédé, la cautérisation est le remède indispensable dans toutes les pustules malignes. Chez les animaux, le charbon spontané ne guérit pas autrement; chez un animal qui a la fièvre charbonneuse et qui a une pustule maligne, cette lésion est pour ainsi dire une éruption critique. Si on ne cautérise pas, et si les produits formés dans la pustule sont résorbés, l'animal est perdu; il y a infection générale, et sans remède. Par comparaison avec cet état, il serait possible que la pustule maligne fût une maladie d'éruption.

Enfin la foi ébranlée de M. Gosselin m'entraîne, je suis ébranlé, et la spontanéité de la pustule maligne ne me paraît pas déraisonnable.

Mais je m'élèverai de toutes mes forces contre les assertions de

M. Guibourt. La gangrène, les matières septiques et les matières putréfiées ne peuvent donner la pustule maligne. Il y a à Paris des hommes qui manient des substances putrides, et on ne leur trouve pas de pustules malignes. Les équarisseurs, qui vivent aussi salement que peuvent vivre des porcs et qui manient sans cesse des matières putréfiées, n'ont pas de pustules malignes. A Alfort, où nous trempons nos mains dans des foyers gangréneux, nous n'avons pas de pustules malignes. Les hommes qui manient des cadavres, où pourtant il se développe du virus, ne donnent pas la pustule maligne.

Le charbon est une maladie spécifique qui se donne par une inoculation en petite quantité, par opposition avec les lésions gangréneuses, dont il faut inoculer une grande quantité de produits putrides pour produire la gangrène.

On a trouvé dans la gangrène et dans les charbons des bactéries. M. Davaine a bien exposé ces faits, mais il a conclu à l'action des bactéries dans le fait de la contagion; il y a contradiction avec les faits cliniques, qui montrent que les maladies virulentes, comme la pustule maligne, ne naissent que du charbon, ou se produisent peut-être spontanément.

Maintenant je demande à M. Bouillaud s'il veut admettre qu'il y a des maladies virulentes nées spontanément; dira-t-il encore : Il n'y a qu'une cause spécifique qui donne une maladie spécifique ?

M. BOUILLAUD. M. Bouley veut démontrer et m'opposer ce que j'ai sans cesse professé moi-même dans mon enseignement.

M. BOULEY. Je demeure stupéfait. Quoi qu'il en soit, M. Bouillaud répondra, et il est probable qu'il se ralliera comme M. J. Guérin notre collègue s'est déjà rallié, ce qui prouve qu'il y a une vérité au fond des doctrines défendues par la médecine vétérinaire.

M. BOUILLAUD. J'ai le triste privilége d'être attaqué. Déjà M. Trousseau, en discutant les spécificités, m'a reproché de ne pas distinguer dans la spécificité la quantité et la qualité des virus; je comparerai M. Bouley à mon promier contradicteur, il est le Trousseau de la médecine vétérinaire, et il m'accuse encore de mal connaître la spécificité.

On m'accuse de fanatisme, d'enthousiasme, moi qui n'ai cessé de m'élever contre ces tendances, quand j'ai tenté de faire de la science de la façon la plus exacte et la plus scrupuleuse. M. Bouley dit que je suis intolérant; je l'ai écouté cependant avec intérêt et pendant longtemps, quoiqu'il m'ait fait dire le contraire de ce que j'ai affirmé. Il m'adresse un reproche, ou le donne à entendre; il dit que la médecine vétérinaire fait plus qu'on ne suppose. Je suis la science partout où elle tend à marcher en avant; mais je crois aussi que, si contente qu'elle soit de ses actes, la médecine vétérinaire est encore jeune, et c'est à elle qu'on pourrait reprocher de se croire plus certaine que la médecine de posséder la vérité; il y aurait à ce sujet beaucoup à dire, et je crains qu'on ne puisse rapprocher quelques vétérinaires de ce dentiste à qui l'on demandait : Que ferez-vous de votre fils? un dentiste? Non, répondit le père, il n'a pas assez d'esprit; j'en ferai un médecin.

La médecine vétérinaire a confondu la morve avec des affections qui n'étaient pas la morve, et c'est sur ce point que M. Guérin nous a fait une concession au moment de la dernière discussion. C'est à tort que l'on dit que nous ignorons les altérations du sang dans les maladies, nous les avons trouvées et montrées, et nous leur assignons leur juste part; nous savons qu'il se forme des ferments dans l'homme, le typhus, la fièvre typhoïde, le phlegmon diffus; nous connaissons des maladies septiques.

M. Bouillaud expose en quelques mots les points sur lesquels portera son argumentation.

M. GUERIN retient la parole après M. Bouillaud pour montrer les points qui sont communs dans les idées des deux orateurs, entre lesquelles il n'y a que des nuances.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Théorie du recul du cœur.

Paris, 10 août 1864.

Monsieur le Rédacteur,

Dans les premiers jours de juin, un journal qui, à l'exemple de tous les autres, avait publié mon travail sur le cœur et le rapport dont il fut l'objet, le *Courrier*, me fit communiquer la réclamation qu'on va lire. On n'en retrancha pas un iota, et je la fis suivre des réflexions qu'on trouvera plus loin. Mais désireux de propager son *œuvre*, M. Sauvo fit ensuite la réclamation à l'Institut dans les mêmes termes; là il fut malheureux, et trouva une réplique qui est, à la vérité, un peu dure; mais M. Blanchard, si bienveillant pour tous les chercheurs, n'avait pu découvrir de recherches dans cette note. Le fond de la question n'est peut-être plus justiciable devant l'opinion de M. Sauvo. M. Ch. Robin vient de la traiter magistralement dans le *Journal d'anatomie et de physiologie*, 1er juillet (Germer Baillière).

M. Sauvo dit que je prétends à une priorité, parce que « j'ai propagé » son opinion. Je n'ai pu aspirer à la sinécure de propagateur ou de vulgarisateur de M. Sauvo. C'est par trop méconnaître mon amour pour la science, et par trop travestir la réponse que je lui ai adressée.

S'il se plaît à occuper de la sorte le public, je déclare que ce procédé me répugne, et qu'il me paraîtrait préférable pour lui de garder un silence modeste et prudent. Après cela, je me trompe peut-être.

Je ne citerai que le préambule de sa lettre au *Courrier* (11 juin) :

« Monsieur le Rédacteur,

» Je viens de lire, dans votre journal du 28 mai 1864, un rapport fait à l'Académie des sciences par M. Delaunay, sur une note de M. Hiffelsheim, relative à une nouvelle théorie des battements du cœur, que vous avez reproduite dans votre numéro du 30 avril dernier. Cette note ne fait que résumer, il paraît, un mémoire publié par ce même M. Hiffelsheim en 1854. Je n'ai point eu connaissance de ce mémoire; j'ai même cherché inutilement à me le procurer. Néanmoins la lecture de la note précitée et le rapport de M. Delaunay ne me laissent aucun doute sur l'identité de la théorie de M. Hiffelsheim et celle que j'ai consignée, en 1840, dans ma thèse inaugurale. Voici, en effet, ce qu'on lit à la page 28. » (Vient ensuite la note publiée le 9 août par la *Gazette*.)

Il termine par des considérations sur les services que j'ai rendus en parvenant à tirer de l'oubli cette idée et en la rendant saisissable pour tous.

Je me passe de ses compliments et j'arrive à ma réponse :

Remarque. — La note que l'on vient de lire me cause un certain genre de satisfaction; elle est l'expression d'une loi que je formule ainsi : toute découverte, invention, etc., est d'abord contestée dans sa *réalité*; et une fois adoptée comme vérité, elle est contestée dans sa *paternité*.

Cependant, la forme a dépouillé cette réclamation de tout caractère malveillant. Elle est écrite dans un esprit aussi conciliant que possible. Mais mon confrère va éprouver une grande surprise.

L'opinion qu'il a exprimée en vingt-six lignes, dans une thèse composée de diverses thèses (1840), a été imprimée, publiée, combattue et agitée en Allemagne vers 1835. Valentin, le célèbre physiologiste, l'a combattue, et Skoda l'a défendue. Vers 1836, l'Anglais O'Brian a également exposé cette idée. Skoda, dont la quatrième édition parut en 1850, fut publié en français en 1854.

Il ne me serait pas venu à l'esprit que je trouverais autant de nouveautés (et il y en a beaucoup) dans un traité d'auscultation. Aussi ne l'avais-je ni vu ni lu en aucune langue, quand un de mes collègues de la Société de biologie m'apprit, durant la discussion de mes expériences (1854), que l'idée était dans le traité de Skoda tout récemment traduit, circonstance dont je ne me fais pas une arme, puisque je lis l'allemand comme le français. Bien plus, en 1849, j'avais lu et discuté même bien des passages de Valentin (1), qui n'est pas plus traduit qu'alors, et je n'ai pas mis le nez dans les mouvements du cœur, où j'aurais vu l'idée avec la réfutation, sans y attacher peut-être de l'importance. Une traduction de la *Revue étrangère* me fit connaître plusieurs années après (1858) l'existence d'O'Brian, mais non son opinion. Voilà pour les travaux du dehors.

Chez nous, l'érudition n'est guère de mise, sauf quelques honorables exceptions. On va au plus pressé, ou au plus utile.

Arrivons à nos physiologistes. Quand mes expériences furent avancées, et je n'ai fait qu'expérimenter sur l'avis de M. Pouillet, qui était fort incertain; je priai ce cher M. Bérard de venir les voir. Il me déclara, et avec lui, M. Longet, M. Cl. Bernard, n'avoir jamais rien vu ni entendu de semblable. M. Bérard m'engagea à faire ma thèse sur cette première ébauche. Il la présida et me signa une approbation sur une feuille volante, la thèse consistant surtout dans la relation d'expériences, que je reproduisis pour toute cérémonie. Peu après, nous nous promenions dans le quartier, il me témoignait le regret de n'avoir pas eu ce travail un an auparavant pour son livre : « Mais, me dit-il, il me semble vaguement qu'un de mes auditeurs m'a exprimé une idée de ce genre, j'en ai même dû parler à mon cours; — par exemple, c'est bien confus dans mon esprit, et je n'ai aucune trace de tout cela. » Il y a de cela dix ans. J'ai toutes les peines du monde à retrouver d'autres détails sur cette journée. J'en ai tellement que je comprends son oubli. »

C'est bien évidemment de vous que parlait cet aimable homme qui m'avait honoré de l'amité la plus spontanée.

Maintenant arrivons au fait.

Le nombre des travailleurs augmente à l'infini; les journaux se répandent de toutes parts et rapidement. Un médecin quelconque, un savant est censé ne plus ignorer ce qu'écrit son prochain. Cependant, tout cela n'est qu'un leurre. Car, enfin, vous parlez d'un M. Hiffelsheim en 1864 comme on l'eût fait en 1754. Non point que je me blesse de la chose, mais parce que cela prouve qu'une « bataille scientifique » de trois ans, sur une question qui vous touchait, a pu rester ignorée de vous pendant 1854, 1855, 1856 et même 1857, je crois. Voir, à cet effet, la *Gazette médicale*, la *Gazette des Hôpitaux* et le *Moniteur des Hôpitaux*. Il y a peut-être des journaux qui ne parlent que de leurs abonnés; mais, franchement, il serait mieux de ne pas le constater, pour ne pas relever une des taches les plus honteuses de notre corporation libre à l'excès.

Quoi qu'il en soit, on est censé connaître les idées de son prochain.

Alors, voici la solution acceptée et soutenue par tout le monde, et surtout par le plus ingénieux (*invenire*, trouver) des physiologistes contemporains, M. Cl. Bernard. La découverte appartient à celui qui la démontre et lui donne par là droit de cité dans la science, qui vit de faits certains. Quand on a trouvé une fonction du foie que personne ne rêvait, on est en droit de soutenir cette thèse. Les deux Académies, malgré leurs vices, celle des sciences aussi bien que celle de médecine, ont dû s'arrêter là, et ne pouvaient sortir d'une impasse perpétuelle qu'à cette condition.

Dans ma science de prédilection, l'électricité, deux hommes éminents, Ohm et M. Pouillet, ont formulé, le premier en allemand, le second en français, mais bien après l'autre, les lois de la circulation des courants électriques. Il a suffi que M. Pouillet se servît d'une expression fondamentale identique pour faire suspecter son originalité chez nous. Les Allemands disent : Les lois de Ohm-Pouillet, puisque chacun a donné sa démonstration, et en ce cas c'est justice.

Ainsi, n'opinons plus, démontrons. La science a des exigences imprescriptibles. Hors des axiomes, il faut la preuve. Et, hélas! en physiologie, il n'y a point d'axiomes.

Voici ce que je disais dans les remarques à la suite du rapport que vous avez lu dans le *Courrier* :

« J'aurais voulu, il y a dix ans déjà, pouvoir convaincre quelques personnes, amateurs en physique, qui confondent cette science avec l'art empirique de soigner une diarrhée, que chacun coupe à sa manière, sans avoir *tort* pour cela. — Il a fallu des *mathématiques* (mon théorème), de la *physique* (six mois d'études chez le digne et honorable M. Galante, qui m'a reçu dans ses ateliers), l'interprétation, enfin, de tous les *animaux reculeurs*, et malgré le suffrage de Ch. Robin, de Milne-Edwards, de Blanchard, du grand maître M. Bouillaud, malgré mes expériences sur les animaux, le doute subsistait. Avis aux chercheurs.

HIFFELSHEIM.

(1) Voir mon Mémoire sur la circulation générale, 1849 et le Rapport de MM. Cl. Bernard et Brown-Séquard, 1850).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 1er août 1864, M. Fonssagrives, second médecin en chef, a été promu au grade de premier médecin en chef de la marine (hors cadre).

— Par décret du 2 juillet, M. Gouin, chirurgien de 1re classe, a été promu au grade de chirurgien principal de la marine (4e tour. — Choix).

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 95. — SAMEDI 13 AOUT 1864. (37e ANNÉE.) N° 95 — SAMEDI 13 AOUT 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DU L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du 15 août, le Journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'élimination des médicaments par la sueur, et de quelques-unes de ses altérations pathologiques.

Les médicaments et les poisons introduits dans l'organisme s'éliminent par des voies diverses : il convenait donc de rechercher, à l'aide d'expérimentations physiologiques faites sur l'homme ou sur les animaux, si ces substances ingérées pouvaient être retrouvées dans les divers produits de sécrétion ; dans ce cas, on procédait au hasard, donnant simplement les résultats de l'analyse chimique du produit de sécrétion, et indiquant si la substance absorbée s'y retrouvait en plus ou moins grande proportion. C'est ainsi que Wœlber (*Zeitschrifft fur physiologie*, t. I, 1824), Tiedmann et Gmelin, Stehberger (*Journ. complém. du Dict. des sc. méd.*, t. XXV, p. 321), Bradner-Stuart, Sewel (*New Engl. Journ.*, t. II, 1813), Kramer, Morin, Menghini, Hering (*Journal complém.*, t. XXI, p. 315), ont recherché quelles sont les diverses substances qui passent plus ou moins rapidement dans l'urine. Les mêmes recherches n'ont jamais été sérieusement entreprises pour un produit de sécrétion qui est complémentaire de l'urine : nous voulons parler de la sueur.

Mais ces expériences doivent être faites surtout en se servant de médicaments et de poisons qui sont employés chaque jour dans le traitement des maladies de la peau ; en les retrouvant dans la sueur, on se rend ainsi très-bien compte de leur mode d'action et de la raison d'être de leur emploi.

Dans un Mémoire qu'ils ont publié dans le numéro d'août des *Archives générales de médecine*, MM. Georges Bergeron et Lemaître ont étudié cette question de l'élimination des médicaments par la sueur. M. Lemaître, placé comme interne dans le service du docteur Cazenave, trouva dans la pratique hospitalière de ce savant maître l'occasion d'observer de nombreux cas d'affections cutanées traités simultanément par les bains de vapeur et les arsenicaux ou les mercuriaux.

On pouvait donc rechercher dans la sueur les traces d'arsenic et de mercure, qui pouvaient s'éliminer par les glandes sudoripares.

Un appareil spécial, assez analogue à celui qu'employa E. Favre pour ses recherches sur la composition chimique de la sueur normale, permit de recueillir la sueur très-pure, non point à la suite de bains de vapeur, mais de *fumigations sèches.* On se plaçait ainsi dans les meilleures conditions pour obtenir la sueur sans mélange d'eau ou de matières étrangères; de plus, les malades étaient baignés peu de temps avant l'expérience. Les médicaments étaient administrés environ une heure avant la fumigation, à laquelle les malades étaient soumis vers dix ou onze heures.

Parmi les neuf malades soumis à cette expérimentation, sept atteints de psoriasis furent traités, deux d'entre eux par l'arsénite de potasse (5 gouttes par jour), deux par l'arséniate de soude, deux autres par l'arséniate de fer, et le dernier par le bichlorure de mercure (pilules de Zundi).

Sur les deux autres malades, l'un, atteint de syphilide, fut traité par le proto iodure de mercure, et le dernier, affecté de rhumatisme articulaire, fut soumis à un traitement par l'iodure de potassium.

L'analyse, au point de vue de l'élimination des médicaments, a donné des résultats précis que nous pouvons ainsi résumer :

« Les arsénites et arséniates de potasse et de soude s'éliminent en nature à l'état d'arsénite et d'arséniate.

» L'arséniate de fer se dédouble : le fer s'élimine par le rein, et l'arsenic est décelé dans la sueur à l'état d'arséniate alcalin.

» Le proto-iodure de mercure s'élimine à l'état de bichlorure de mercure : on retrouve dans la sueur des traces de mercure, et l'iode est décelé dans la salive et dans l'urine à l'état d'iodure alcalin.

» Le bichlorure de mercure se retrouve sous le même état dans la sueur : on en retrouve aussi des traces dans l'urine.

» L'iodure de potassium ne se retrouve point dans la sueur, mais il apparaît promptement dans la salive et dans l'urine. »

Ces recherches, qui ont trait à l'élimination par la peau de certaines substances actives employées dans le traitement des maladies cutanées, peuvent être d'un utile secours lorsqu'il s'agit, dans la médication arsenicale, par exemple, de comparer entre elles les diverses préparations usitées (arsénites et arséniates alcalins, arséniates de fer).

Mais une série de recherches plus importantes consistaient dans l'étude des altérations pathologiques de la sueur. Anselmino est le premier qui, dès l'année 1827, ait eu l'idée de faire des recherches sur la sueur dans différentes maladies; mais lui-même conclut de ses recherches qu'elles lui ont donné des résultats peu satisfaisants.

En 1853, longtemps après l'observateur ingénieux dont nous venons de citer le nom, Favre reprit d'une manière plus complète, et avec des appareils très-précis, l'analyse de la sueur humaine : nous renvoyons au mémoire qu'il a publié dans les *Archives de médecine,* en 1853, pour tout ce qui se rapporte à la disposition des appareils et aux résultats de l'analyse chimique.

Mais il n'a pas poussé ces recherches plus loin que l'étude chimique de la sueur normale, et ce n'est pas sans regrets qu'il n'a pu continuer son travail, l'étendre et le compléter en faisant des recherches sur la sueur pathologique. Nous rappellerons à ce sujet les quelques lignes par lesquelles il termine son mémoire, on verra quelle importance il attachait à cet ordre d'observations :

« On conçoit, dit-il, l'immense intérêt qui s'attacherait à étudier la composition de la sueur chez divers sujets à l'état normal et à l'état pathologique. M. Andral a bien voulu m'associer à un travail qu'il a entrepris à ce point de vue. Il conviendra donc d'ajourner des conclusions plus développées jusqu'au jour où de nouvelles et plus nombreuses analyses pourront être discutées. »

MM. Georges Bergeron et Lemaître ont rapporté dans leur mémoire trois observations : deux d'*albuminurie liée à une lésion rénale*, l'autre de diabète. Dans les deux premiers cas, ils n'ont pas trouvé trace d'albumine dans la sueur ; dans le dernier cas, la petite quantité (15 à 20 grammes) de sueur qu'ils avaient recueillie renfermait une grande quantité de sucre et précipitait abondamment par la liqueur de Barreswil.

Dans deux autres cas où ils ont eu occasion d'examiner la sueur de diabétiques, MM. Georges Bergeron et Lemaître ont trouvé les éléments du glucose. On peut donc conclure de ces recherches que dans tous les cas où la sueur d'un diabétique sera recueillie avec des précautions convenables, on y trouvera une plus ou moins grande quantité de glucose.

Il serait très-intéressant de rechercher si la sécrétion de la sueur est complémentaire de celle des urines au point de vue de l'élimination du glucose.

Cette recherche du sucre dans la sueur, dans le cas de diabète, est d'autant plus importante à poursuivre, que les expériences jusqu'ici faites, à l'exception de celles dont nous venons de parler, n'ont donné que des résultats négatifs ou contradictoires.

La meilleure preuve en est dans ces quelques lignes que nous empruntons à l'un des cliniciens les plus autorisés sur cette matière : « Mac Gregor avait cru trouver du sucre dans la matière des vomissements, dans les selles et dans la sueur. Je l'ai vainement cherché deux ou trois fois dans ce dernier liquide, dont on avait activé la sécrétion par un bain de vapeur....... Dans ces derniers temps, M. Bernard a professé que le sucre en excès dans l'économie n'avait que deux voies d'élimination, les reins et la muqueuse stomacale, et qu'on n'en trouvait ni dans la salive, ni dans les larmes, ni dans le suc pancréatique, ni dans la bile, ni dans la sueur. » (Grisolle, *Traité de pathologie*, t. I, p. 845, 8e edit.)

En présence d'affirmations émanées d'une aussi haute autorité, on pouvait regarder la question comme jugée et s'abstenir de toute recherche. Mais les résultats fournis par l'observation aux auteurs du mémoire que nous venons d'analyser, prouvent qu'il y a toujours intérêt à vérifier les assertions, de quelque part qu'elles se produisent, et surtout qu'en perfectionnant les procédés opératoires on arrive à la vérité, que l'imperfection seule de ces procédés avait jusqu'alors tenue cachée.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies vénériennes, leçons cliniques sur les affections blennorrhagiques, le chancre et la syphilis, par M. le docteur Edmond LANGLEBERT, recueillies par M. Evariste Michel, revues par le professeur (1).

M. Langlebert vient de faire paraître un livre nouveau; il a pris pour épigraphe : *Primo sanare, deinde philosophari.* Je crois qu'il eût dû raisonnablement retourner la phrase et dire : *Primo philosophari, deinde sanare.*

Son livre, en effet, est consacré surtout à la discussion théorique ; c'est une apologie de l'unicité.

J'avoue que, franchement attaché à la théorie dualiste, je n'étais pas sans appréhension en ouvrant ce traité; je tremblais d'être obligé de brûler ce que j'ai adoré. Heureusement mes craintes ne se sont point réalisées, et je vais chercher, par une analyse succincte, à donner aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* une idée aussi nette que possible du *Nouveau traité théorique et pratique des maladies vénériennes.*

Le premier argument produit par M. Langlebert contre la nature distincte du chancre infectant et du chancre simple, c'est la difficulté souvent réelle que présente leur diagnostic différentiel. Je suis étonné de voir reparaître cet argument auquel M. Diday a répondu d'une façon si accablante pour ses adversaires dans son *Histoire naturelle de la syphilis.* Certes, il est souvent difficile au début de distinguer les deux chancres l'un de l'autre, de même qu'il est difficile de les distinguer de l'herpès, et cependant il ne viendra à l'idée de personne de conclure de cela à leur identité avec l'herpès; mais remontez à la source qui a produit l'accident dont le diagnostic vous embarrasse; examinez la femme avec laquelle votre malade a eu des rapports, si elle est atteinte de chancre infectant ou d'accidents secondaires, votre malade aura un chancre infectant ; si elle est atteinte d'un chancre simple, elle aura transmis un chancre simple. M. Diday, si j'ai bonne mémoire, a porté à ce sujet aux unicistes un défi en règle, défi qui n'a pas été relevé.

Pour prouver en second lieu que le chancre infectant et le chancre simple n'ont pas chacun une origine spéciale, M. Langlebert cite un certain nombre d'observations ; il traite d'insignifiantes celles sur lesquelles s'appuyent les dualistes ; mais il a, bien entendu, une très-haute opinion de celles qu'il relate. Je serai plus équitable que lui, je ferai table rase des observations cliniques empruntées aux auteurs, et qui, pour le plus grand nombre, n'ont même pas subi le critérium des confrontations ; je ne m'appuierai que sur les inoculations pratiquées artificiellement, et, parmi tous les cas de ce genre qui ont été rapportés et qui sont entourés des garanties scientifiques exigibles, je n'en trouverai pas un seul me prouvant que le chancre infectant a pu produire le chancre simple, ou bien que le chancre simple a pu produire le chancre infectant.

Une des preuves les plus irréfutables du dualisme, c'est la différence de la durée des périodes d'incubation du chancre infectant et du chancre simple. La durée moyenne de cette période pour le premier est de vingt à vingt-cinq jours; pour le second, elle est presque nulle, c'est-à-dire que le travail morbide local s'établit presque immédiatement après l'insertion du pus contagieux dans les tissus. Ce double fait ne peut pas être nié, il a été observé dans toutes les inoculations artificielles, et il est d'observation quotidienne pour tous les médecins qui se sont voués à la pratique syphiliographique ; aussi M. Langlebert est-il fort embarrassé pour le réfuter. Il prétend (ce qui n'est pas absolument exact) que dans les inoculations citées par les dualistes, le pus inoculé était du pus d'accident secondaire, du pus affaibli et donnant lieu à une plus longue incubation, ce qui a été signalé par M. Diday. Or, ce dernier, considéré à tort par M. Langlebert comme un auxiliaire, établit formellement dans l'ouvrage que j'ai déjà cité (*Histoire naturelle de la syphilis*, p. 9) que le chancre simple n'a pas d'incubation, tandis que le chancre infectant en a une qui dure en moyenne de deux à trois septénaires.

Le chancre simple peut s'inoculer à l'infini sur l'individu qui le porte ; le chancre infectant, au contraire, ne peut être inoculé ni à celui qui en est atteint ni à un individu ayant la syphilis constitutionnelle. Selon M. Langlebert, cette proposition que les dualistes considèrent à bon droit comme une des pierres angulaires de leur doctrine, ne serait pas plus vraie que les précédentes. Pour le démontrer, il cite quelques faits isolés, quelques phrases extraites des ouvrages de Melchior Robert, de M. Boeck et de l'*Iconographie* de M. Ricord. M. Langlebert, d'ordinaire si difficile en matière de preuves, du moins pour celles qu'il exige de ses adversaires, paraît fort satisfait de sa démonstration. Il oublie, par le plus grand des hasards sans doute, de parler des expériences si concluantes de M. Alfred Fournier, qui a inoculé plus de *cent fois* le chancre infectant aux sujets qui en étaient atteints et qui n'a obtenu qu'une seule fois un résultat positif, tandis qu'il l'a obtenu constamment avec le pus du chancre simple ; or, le témoignage de M. Fournier vaut bien la peine,

(1) Paris, chez Savy, 1864.

Hématocèle rétro-utérine consécutive à une apoplexie de l'ovaire.

Les *Bulletins de la Société anatomique* qui viennent d'être publiés renferment une bonne observation du service de M. Goupil à l'hôpital Saint-Antoine, et qui a été présentée par M. Caresme, interne des hôpitaux.

On connaît les hématocèles par suite de traumatisme, l'hématocèle causée par une hémorrhagie extra-ovarique au moment d'une époque menstruelle; MM. Richet et Devalz ont admis une hématocèle par rupture d'un varicocèle ovarien. Voici un fait d'hémorrhagie intra-ovarique ou apoplexie ovarienne suivie de rupture de l'ovaire, d'hématocèle, et plus tard d'épanchement de sang dans le péritoine.

Une femme âgée de trente-sept ans, au moment d'une de ses époques, avait vu l'écoulement menstruel se prolonger et s'accompagner de douleurs utérines; la perte avait continué, et peu à peu l'appétit avait disparu; les coliques existaient toujours, la défécation était devenue rare et la miction douloureuse. Cependant la malade avait continué de travailler, et quatre jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise de fièvre intense, de céphalalgie, de vomissements opiniâtres et de douleurs vives dans l'abdomen. Des sangsues avaient été appliquées à l'anus et sur l'abdomen, et elles avaient été suivies d'une perte abondante.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Goupil a constaté, outre les signes d'une péritonite, les résultats suivants fournis par le toucher: Le col était rapproché du pubis et paraissait enclavé dans le vagin, distendu tout autour du col; le museau de tanche était abaissé, et regardait en bas et un peu en avant; la lèvre postérieure était confondue pour ainsi dire avec une tumeur qui remplissait le cul-de-sac postérieur du vagin. Cette tumeur était hémisphérique et avait le volume du poing environ; elle était dure partout, sans fluctuation évidente, et donnait la sensation de battements. Le vagin était chaud; il s'écoulait du sang par le col Le ballonnement du ventre et des douleurs vives avaient empêché d'examiner s'il y avait une tumeur appréciable par le palper abdominal. La malade avait succombé le soir.

A l'autopsie, on trouve les traces d'une péritonite, quelques fausses membranes et une coloration vineuse des viscères. La cavité pelvienne est occupée par une tumeur considérable limitée en avant par l'utérus, en arrière par le rectum; elle était formée par des adhérences de l'intestin grêle et du cæcum. Cette tumeur occupe tout le petit bassin; elle est molle, pâteuse; elle donne la sensation d'un corps dur enfermé dans une poche pleine de liquide. En cherchant à mobiliser la tumeur, on fait sortir à travers une déchirure de l'épiploon des caillots sanguins mous et noirs et des masses blanchâtres fibrineuses, avec une sérosité sanguinolente contenant du pus.

Après avoir détaché l'intestin et l'épiploon, on trouve une vaste cavité représentant le cul-de-sac utéro-rectal et pouvant contenir environ 400 grammes de liquide. On y aperçoit, par places, des pellicules grisâtres qui se détachent facilement et par grands lambeaux. Les ligaments larges, qui forment les parois de la tumeur, sont infiltrés de sérosité et vascularisés. L'ovaire gauche a sa position normale, et contient un peu de sérosité et de pus dans son intérieur. L'ovaire droit forme une petite tumeur aplatie, d'un blanc jaunâtre, couverte de cicatrices étoilées, et constituant un kyste. A la face antérieure et externe, près du bord supérieur de cette tumeur, on retrouve la trompe, qui est confondue avec l'ovaire. Une ouverture d'un centimètre environ, placée à la face postérieure et interne, fait communiquer cette petite tumeur avec la grande. Ce kyste ovarique est rempli par un caillot volumineux long de 6 centimètres, épais de 2 ou 3, qui est d'un noir foncé, ne contient ni cavités ni débris d'ovule; sa consistance est ferme; sa base est embrassée par le pavillon de la trompe restée perméable. Un foyer purulent de la grosseur d'un pois existe à l'extrémité interne de la trompe.

On peut admettre dans ce cas, disait le présentateur, que dans une première période de six semaines la tumeur de l'ovaire droit s'était formée; que dans la période de quatre jours qui a précédé l'entrée de la malade à l'hôpital, il y a eu hématocèle rétro-utérine; puis enfin une extension de l'épanchement et une inflammation sont survenues. On pourrait ajouter que les phénomènes inflammatoires sont plus anciens, et il est probable que l'hématocèle remonte à une époque plus éloignée de la mort qu'on ne le suppose.

Comme application pratique, il est bon de dire qu'il y a eu de la part de la malade une faute grave, celle de continuer ses travaux jusqu'au moment où une péritonite est apparue; les hématocèles prises à temps sont aussi peu graves qu'elles sont dangereuses lorsqu'on a laissé l'inflammation s'y produire. La tumeur vaginale, bien formée au moment où la malade a été vue à l'hôpital, fait supposer qu'il eût été très-commode de pratiquer une ponction, et d'établir au besoin un écoulement régulier au moyen d'un tube perforé, plus de six ou huit jours avant l'admission de la malade dans le service de M. Goupil. Certes, si ce médecin avait eu la malade entre ses mains à ce moment, il n'eût pas laissé la maladie s'aggraver; quand il a vu l'état de l'hématocèle, il était trop tard pour agir; la péritonite, arrivée à son dernier degré, contre-indiquait toute espèce de tentatives. Il était évident que, comme dans plusieurs observations connues, l'hématocèle s'était rompue dans le péritoine.

Un fait important ressort encore de cette observation. L'écoulement du sang épanché par la trompe et les pertes continues, cela n'est pas commun; et si l'on en peut citer quelques exemples, témoin le fait d'hématocèle consécutif à une opération d'ovariotomie observé par M. Spencer Wells, et que nous avons publié dans une de nos dernières *Revues cliniques*, il est au moins rare que cet écoulement soit persistant comme il l'a été chez la malade de M. Goupil. Faut-il considérer ce fait comme une tendance à la guérison? Ce serait là une chose nouvelle; car, à notre connaissance, il n'a pas été observé de faits analogues pour l'hématocèle. C'est tout au plus si on pourrait compter un fait comparable de rupture de kyste ovarique et d'évacuation de son contenu par la trompe. Il appartient au Bulletin de la Société anatomique, et il a été discuté; il y avait une ouverture du vagin. Celle-ci paraissait cicatrisée, il est vrai; mais la rupture du kyste avait précédé la mort de plusieurs semaines.

QUELQUES EXPLICATIONS

sur le procédé autoplastique ou à lambeaux dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Par M. le docteur Duboué (de Pau).

Comme je me suis borné, dans ma dernière communication, à lire certains passages de mon travail, je crains de n'avoir pas été suffisamment compris, et je demande la permission de fournir quelques nouveaux développements à l'appui du procédé à lambeaux que je propose et qu'il m'a déjà été donné d'employer avec succès. Les quelques figures suivantes me permettront, je l'espère, d'en faire saisir plus clairement les diverses particularités, tout en évitant les ennuis d'une trop longue description.

J'ai déjà dit que je ne me bornais pas à tailler deux lambeaux sur deux côtés opposés de la fistule, mais que j'avivais en même temps sur les deux autres côtés, absolument comme dans le procédé américain. Suivant la forme et les dimensions de la fistule, suivant la place qu'elle occupe et l'état plus ou moins propice des tissus ambiants, ces lambeaux peuvent être taillés soit en avant et en arrière, soit sur les côtés. Il peut même arriver, et ma première observation en est un exemple, qu'ils doivent occuper les côtés de la fistule au moment d'une seconde opération, alors qu'ils avaient été soulevés après une première opération, en avant et en arrière.

Supposons qu'on veuille, ou mieux qu'on doive les placer dans ce dernier sens, qu'on se propose d'obtenir un lambeau antérieur et un lambeau postérieur (fig. 1).

Fig. 1.

A l'exemple de M. Verneuil, qui, dans le procédé américain, commence par tracer au bistouri la limite extérieure des parties à aviver, on cerne ces dernières de la même façon et de chaque côté par les lignes BB',DD' et les arcs BOB',DO'D'. Ces différentes lignes une fois tracées, on avive successivement les segments de cercle BOB',DO'D', et les lambeaux se trouvent ainsi parfaitement délimités. On les soulève alors successivement en commençant la dissection pour chacun sur le rebord de la fistule et les détachant peu à peu jusqu'à ce qu'on ait atteint la ligne B'D' en arrière et la ligne BD en avant. Ces deux lignes forment les pédicules des lambeaux; c'est autour d'elles que ceux-ci doivent pivoter pour venir s'appliquer plus tard l'un contre l'autre, surface saignante contre surface saignante. En opérant plus tard le rapprochement des lambeaux et des surfaces avivées sous-jacentes, on voit que L, *p* viendra s'appliquer sur L, *a*, la surface C' sur C, et que de chaque côté de la fistule la moitié du segment de cercle avivé viendra recouvrir l'autre moitié. On aura donc sur toute l'étendue de la fistule un affrontement de tissus double de celui qu'on obtient par le procédé américain proprement dit.

Il est complétement inutile de donner une nouvelle figure pour le cas où les lambeaux devraient être taillés sur les côtés de la fistule; chacun se la représentera sans peine en traçant les limites de l'avivement dans un sens opposé et continuant de la même façon par la dissection des lambeaux latéraux.

Je ferai observer seulement que la forme des lambeaux peut être modifiée avec avantage dans certains cas déterminés. Telle est en particulier celle que j'ai cru devoir leur donner dans deux des opérations que j'ai pratiquées (fig. 2 et 3), et qui offre le grand avantage, tout en accroissant l'étendue des pédicules, d'augmenter les chances de vitalité des lambeaux, et de mieux couvrir après le rapprochement des tissus les rebords fistuleux qui avoisinent la ligne de réunion.

Si dans le cas représenté par la figure 3, et où la fistule n'avait guère que 6 ou 7 millimètres dans le sens transversal, j'avais tracé en avant et en arrière deux lignes parfaitement rectilignes, j'aurais obtenu comme lambeaux deux lanières étroites et à pédicule court (fig. 4) où les chances de vitalité et d'adhésion eussent été bien diminuées. Un simple coup d'œil comparatif porté sur les deux figures 3 et 4 suffit pour apprécier les avantages qu'on pouvait espérer dans ce cas, et qui ont été en effet obtenus par la forme triangulaire donnée à chacun des lambeaux.

Fig. 2. Fig. 4.

Fig. 3

---

ce me semble, d'être pris en considération. M. Langlebert a aussi oublié de citer les expériences de MM. Puche, Poisson, Nadaud des Islets, Clerc, Laroyenne, Rollet, Basset et Lee, expériences qui sont toutes confirmatives de celles de M. Fournier. Et M. Langlebert voudrait que les prétendues preuves qu'il nous apporte puissent entrer en parallèle avec une pareille unanimité parmi les expérimentateurs! Ne serait-ce pas, pour me servir de la fin d'une phrase qu'il emprunte à un autre champion de l'unicité, à M. Gounard, demander un peu trop à la docilité des lecteurs?

Je ne parlerai pas des autres arguments opposés au dualisme par M. Langlebert; ils portent sur la date historique de l'apparition du chancre simple et du chancre infectant, sur la comparaison du début de ces deux affections et sur le genre d'adénite qui accompagne chacune d'elles. Ces questions sont moins importantes que les précédentes, et leur discussion m'entraînerait bien au delà du cadre d'un article bibliographique. Je veux cependant insister encore sur un point que M. Langlebert a un peu laissé dans l'ombre, c'est que le chancre simple est inoculable à certaines espèces animales, tandis que le chancre infectant est spécial à l'espèce humaine. Ce fait, aujourd'hui parfaitement démontré, vient corroborer encore les nombreuses preuves sur lesquelles repose la théorie dualiste.

Je ne suis certes pas un partisan quand même du *chancre mixte;* je le considère comme une simple coexistence des deux chancres, simple et infectant, en un même point de l'économie; mais tout en repoussant les conséquences forcées qu'on a cru pouvoir en tirer, je ne puis nier son existence clinique, et je crois que sa découverte a eu une grande utilité en permettant d'interpréter certains faits obscurs. Cette découverte est due surtout à un savant aussi honorable qu'éminent, à M. Rollet, et cette dernière considération aurait dû suffire à M. Langlebert pour qu'il crût ne pas devoir essayer de la ridiculiser. Pour donner une idée de la façon dont M. Langlebert a étudié la question dans son *Traité*, il me suffira de transcrire le titre du chapitre qu'il y consacre:

« Chancre mulet dit chancre mixte de M. Rollet. — Trinitisme et » polychancrisme. — Naissance du chancre mulet à l'hospice de l'An» tiquaille en l'an de grâce 1858. — Enthousiasme qu'excite à son » apparition cette nouvelle espèce chancreuse. — Ses conditions étio» logiques. — Nouvelle et curieuse pratique du libre échange. — » Discussion. — Evanouissement du chancre mulet. »

Ce style macaronique n'est guère de mise dans un livre de science.

On sait que M. Langlebert s'attribue l'honneur d'avoir le premier établi que le résultat de la contagion d'un accident secondaire sur un sujet sain est un chancre infectant. J'ai dit ailleurs quelle est la part, importante du reste, qui revient à M. Langlebert dans cette découverte, je n'y reviendrai pas. Je veux dire seulement que cet auteur s'est peut-être un peu exagéré l'importance de son rôle en qualifiant de *séance devenue historique* une séance de la Société médicale du Panthéon, dans laquelle il fit une communication sur le résultat de la contagiosité des accidents secondaires.

Si nous passons maintenant à la partie pratique du livre, nous pourrons louer sans réserve une bonne méthode d'exposition, de la clarté, et une étude assez complète des diverses affections qui sont passées successivement en revue.

M. Langlebert croit à la non-spécificité de la blennorrhagie; il suppose que le pouvoir contagieux du pus blennorrhagique tient uniquement à son âcreté. J'ai dit, ici même, il y a deux ou trois mois, à propos de l'excellente Iconographie de M. Cullerier, ce que je pensais; je ne discuterai donc pas de nouveau cette question, car l'auteur ne produit contre la nature spéciale, ou si l'on veut contre la spécificité de la blennorrhagie, aucun argument nouveau.

Le chapitre de la blennorrhée contient une bonne énumération critique des causes qui peuvent entretenir cette affection rebelle, causes si variables et si difficiles souvent à démêler. A propos du traitement de la blennorrhagie, M. Langlebert se prononce pour les injections abortives, à la condition expresse toutefois qu'elles seront faites avec sa seringue à jet récurrent; mais il repousse les injections intra-utérines dans le traitement de la métrite blennorrhagique.

Il serait trop long de suivre l'auteur pas à pas; mais, en résumé, chacune des parties pratiques (blennorrhagie et ses complications, chancre, syphilis constitutionnelle, syphilis infantile, traitement) est traitée avec soin, et je n'ai qu'un regret, c'est d'y voir de loin en loin percer des préoccupations doctrinales qui n'ont pas d'utilité réelle après les longues discussions théoriques qui remplissent une bonne partie du livre. Dr Aimé Martin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'épidémie de fièvre jaune en 1862, à la Vera-Cruz, par M. Crouillebois, médecin-major aux hôpitaux du corps expéditionnaire du Mexique. Grand in-8° de 84 pages. Prix: 2 fr.

De l'issue de l'épiploon compliquant les plaies pénétrantes de l'abdomen, par M. Cocud, médecin-major à l'hôpital du Dey, à Alger. Grand in-8° de 66 pages. Prix: 2 fr.

Ces deux ouvrages sont en vente à la librairie de Victor Rozier, rue Childebert, 11.

De la mélancolie; par M. E. Du Vivier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société de médecine pratique, etc. 1 vol. in-18 de 256 pages. Prix, 3 fr. Paris, 1864, chez Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Medecine.

Il serait à désirer sans doute, pour éviter toute perte de substance, qu'on pût borner ce premier temps au seul soulèvement de deux lambeaux opposés. Mais ce procédé, que je ne crois applicable qu'aux fistules de très-petite dimension, devrait pour être efficace permettre à la dissection de s'étendre à quelques millimètres au delà des deux points extrêmes de la ligne de réunion. Car sans cette précaution on risquerait de voir deux pertuis persister à ces deux points extrêmes non avivés. Et, d'autre part, si on taillait deux lambeaux très-larges et dépassant de beaucoup l'ouverture anormale, on devrait leur donner une forme rectangulaire (fig. 5) qui leur permît de se rabattre

Fig. 5.

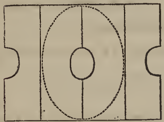


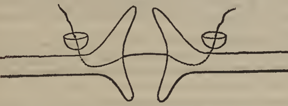
Fig. 7.
Grandeur naturelle.



aisément. Car, outre qu'il serait impossible de disséquer un lambeau adhérent par une demi-circonférence, il deviendrait tout aussi difficile, en supposant qu'on fût venu à bout de ce premier obstacle, de faire pivoter une valve quelconque, de lui faire accomplir un mouvement de charnière sur une ligne d'une courbure aussi prononcée. Or une dissection latérale aussi étendue me semble devoir être rejetée comme imprudente et impraticable.

Quant au passage des fils (fig. 6), je lui fais suivre un trajet courbe

Fig. 6.



dans l'épaisseur des tissus, mais en ayant soin de traverser les lambeaux à l'angle de réunion qu'ils forment avec les tissus avivés sous-jacents, et de faire correspondre les points d'entrée et de sortie des fils métalliques à quelques millimètres au delà de la base des lambeaux.

Pour fixer la suture, je me sers de petits boutons en buis, de forme semi-ovoïde ou hémisphérique (fig. 7), et pourvus chacun de deux trous allant de leur surface plane à leur surface convexe. Les fils sont tordus deux à deux sur chaque bouton, et successivement des deux côtés de la suture, ce qui donne le résultat suivant après l'achèvement de l'opération (fig. 8).

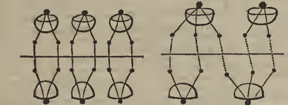
Fig. 8.



On voit par là que les lambeaux doivent faire et font en effet un relief considérable du côté de la cavité vaginale.

Dans la figure précédente, j'ai représenté un seul fil, bien qu'en réalité il y en ait deux qui traversent chaque bouton. Or, telle est la disposition de la suture dans les cas d'un nombre pair et impair de fils métalliques (fig. 9).

Fig. 9.



La surface courbe des boutons doit s'appliquer sur la muqueuse vaginale. Cette forme arrondie des boutons a uniquement pour but d'éviter la pression exagérée qu'exerceraient des boutons plats, par exemple. La circonférence de ces derniers agirait sur les tissus tiraillés à la façon d'une arête tranchante.

Avant même qu'aucune objection m'eût été adressée, j'avais cherché à démontrer que le trajet particulier que je proposais de faire suivre aux fils vers l'angle d'écartement des lambeaux, ne saurait en aucune façon nuire à l'adhésion complète des surfaces sanglantes juxtaposées. Et à ce propos, je cherchais à prouver que dans l'immense majorité des cas, ce même trajet définitif était imprimé aux fils dans le procédé américain, et que cet effet se produisait en dépit des précautions les plus minutieuses prises par le chirurgien. Dans les explications sommaires où je dois me renfermer, je ne veux pas exposer en détail les raisons propres à établir la démonstration de ce fait; je me bornerai seulement à figurer ici comparativement le résultat obtenu d'après M. d'Andrade, et celui plus vrai et plus général, à mon sens, que donne la constriction de chaque anse métallique (fig. 10).

La démonstration de ce fait ressort de la seule impression de la figure suivante (fig. 11), où j'ai représenté la muqueuse intacte par une ligne renflée A B, et donné à la surface avivée BC une courbure qu'elle a réellement, courbure qui diminue l'épaisseur et la résistance de cette surface; aussi l'aiguille introduite en A, et qu'on cherche à faire sortir en C, déchire-t-elle la surface BC à l'aide de son tranchant, et vient-elle saillir dans le voisinage du point B. S'il en est ainsi dans le plus grand nombre des cas, et si pourtant, comme on ne peut pas en douter, de nombreuses guérisons sont obtenues par le procédé américain, ne vaut-il pas mieux donner immédiatement à chaque fil le trajet central qu'il doit prendre plus tard? On a ainsi l'avantage de ne pas déchirer la surface avivée à des distances fort rapprochées, à chaque introduction de l'aiguille.

La suture que j'emploie ne saurait exposer en aucune façon à la mortification des lambeaux, comme celle de Gerdy et de M. Collis, qui se servaient de bouts de sonde en gomme élastique ou en caoutchouc. Aussi permet-elle de laisser les fils longtemps en place jusqu'à la solide adhésion des surfaces agglutinées; et pour ma part, je crois qu'il convient de ne les enlever qu'après le quinzième jour au moins, et qu'après dix-huit ou vingt jours en moyenne. D'autre part, on peut effectuer le rapprochement des tissus au degré nécessaire sans craindre de gêner la circulation des lambeaux.

Fig. 10.
Résultat indiqué par M. d'Andrade.



Résultat indiqué par l'auteur.

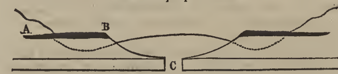
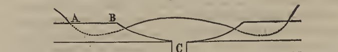
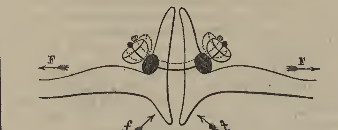


Fig. 11.



Le seul inconvénient qui résulte du séjour prolongé des boutons, consiste dans la présence d'ulcérations plus ou moins profondes que l'on trouve à la place occupée par ces corps étrangers. Mais chez une malade que j'avais opérée quatre fois, j'ai pu les maintenir sans inconvénient sérieux pendant quatre semaines révolues. Et d'ailleurs, on peut se convaincre, en jetant un coup d'œil sur la figure suivante (fig. 12), que les boutons ne peuvent que se porter de plus en

Fig. 12.



plus vers la cavité vaginale, s'éloignant par conséquent de la cavité de la vessie. Je suppose, en effet, que les boutons aient déjà produit l'ulcération figurée en noir durant les premiers jours consécutifs à l'opération. Si une adhésion prompte et solide s'établit, il n'y a aucune raison pour que ces ulcérations s'étendent. Mais si une tension trop forte vient à s'exercer en F et F' par la paroi vaginale, la courbure des fils tend à se redresser; ces derniers couperont les lambeaux de la base au sommet, et les boutons se porteront de plus en plus du côté du sommet des lambeaux, c'est-à-dire du côté de la cavité vaginale. Et dans cette nouvelle position, ces derniers doivent encore agir d'une manière efficace sur le sommet des lambeaux adossés, et ils nous permettent ainsi de compter sur quelques chances de succès là où tout autre procédé ne saurait remédier à un échec déjà produit.

Quant à la crainte qu'a exprimée mon excellent maître M. Trélat, et qui consisterait à voir les lèvres de la fistule entre-bâiller du côté de la vessie, je crois qu'il n'y aura plus lieu de s'en préoccuper, si l'on songe que les tissus avivés ont, en vertu de leur propre élasticité, une tendance constante à se redresser. Or ce redressement, que j'ai indiqué par le sens des flèches F et F' (fig. 12), ne peut se produire sans que les lambeaux, tant vésicaux que vaginaux, se portent à la rencontre l'un de l'autre et maintiennent ainsi l'obturation complète de la vessie. Cette tendance des tissus à se redresser a été, au reste, signalée par M. Collis, qui compare les lambeaux intra-vésicaux à une sorte de soupape propre à empêcher le moindre écoulement d'urine.

Tel est le procédé à lambeaux que je crois applicable à presque tous les cas de fistule, sinon à tous, et qui, si je ne me fais pas illusion, permet de doubler les chances d'adhésion dans les cas difficiles et d'affermir la suture dans les cas ordinaires.

APERÇU STATISTIQUE

sur l'hôpital des aliénés d'Alexandrie (1).

Par M. le docteur Ponza.

Un des médecins aliénistes des plus distingués, M. le docteur Ponza, vient de publier un ouvrage important sur l'hospice des aliénés d'Alexandrie (Italie), hospice dont il est le médecin en chef.

Ce travail, bien qu'intitulé modestement *Aperçu statistique*, est un véritable traité sur la folie, traité plein d'intérêt et de science pratique. Il renferme treize chapitres roulant sur l'influence du sexe, de l'état civil, des mois, des saisons, de l'altitude, de l'état atmosphérique, de l'âge, des tempéraments, des caractères, des professions, dans la production de la folie. Il traite aussi des formes que revêt l'aliénation mentale, du nombre des fous par rapport à la population et à la superficie du sol, de la durée de la folie, des causes de décès, etc.

L'ouvrage de M. le docteur Ponza est une bonne fortune pour tous ceux qui s'occupent par état ou par vocation du triste sort des êtres privés du plus bel attribut de l'espèce humaine. Nous pouvons même ajouter que les gens du monde pourront lire avec fruit l'œuvre du savant médecin italien, que nous désirerions beaucoup voir traduire en français.

M. le docteur Ponza a donc rendu, par son aperçu statistique, un véritable service à la science et à l'humanité. C'est ainsi, du reste, qu'on l'a compris en Italie, car son ouvrage a été imprimé aux frais du conseil provincial d'Alexandrie, et a été distribué aux 334 chefs des communes de cette importante province.

Ce fait honore à la fois et M. le docteur Ponza et les autorités qui ont si bien compris la haute utilité de son œuvre.

(1) *Intorno ad alcuni prospetti statistici, del manicomio d'Alessandria.* Un vol. in-4°; Alessandria, 1863.

POTION DIURÉTIQUE DE GRIMAUD.

Suc de limon.	24 grammes.	
Sel d'absinthe.	2	—
Suc dépuré de cerfeuil.	120	—
Eau de cannelle orgée. } ãã. . .	16	—
— de menthe. . . }		
Vinaigre scillitique.	8	—
Sirop d'écorce d'orange.	30	—

Par cuillerées à bouche, trois ou quatre fois par jour.

(*Montpellier médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 août 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos de la correspondance, M. Foncher met sous les yeux de la Société un étui de bois retiré de la vessie d'une femme par M. le docteur Monteil (de Mende), qui accompagne cette pièce d'une observation.

A propos du procès verbal :

M. Duboué (de Pau) donne de nouvelles explications sur le procédé qu'il a employé pour la cure des fistules vésico-vaginales. Ces détails ne pouvant être intelligibles sans le secours des dessins. (Voir plus haut.)

M. Verneuil. M. Duboué a fait allusion à une malade dont il a été question ici. Il s'agissait d'une jeune femme chez laquelle j'eus à pratiquer deux fois avec succès le procédé américain; la deuxième opération fut rendue nécessaire par un accouchement qui eut lieu peu de temps après la guérison obtenue par la première; le deuxième succès eut le même sort, à cause d'un nouvel accouchement. Aujourd'hui, par suite des opérations antérieures, le procédé de M. Duboué me semble trouver une application utile, en permettant de ne pas perdre de tissu et en augmentant même l'étendue des tissus restants.

M. Verneuil insiste pour faire comprendre la différence qu'entraîne dans le procédé opératoire l'épaisseur plus ou moins grande des bords de la fistule. Quand cette épaisseur est suffisante, on doit se contenter d'abraser seulement la surface vaginale et de faire ensuite la suture. Quand, au contraire, les bords sont minces, l'avivement a nécessairement pour conséquence immédiate l'agrandissement de l'ouverture fistuleuse, et alors, pour une fistule qui n'avait guère que 10 ou 15 millimètres de diamètre, on se trouve obligé de placer quatre, cinq et même quelquefois six fils.

Le procédé de M. Duboué me paraît surtout devoir être accepté pour les fistules dans lesquelles on faisait autrefois de l'autoplastie par décollement; mais pour les fistules ordinaires de petit diamètre, le simple avivement par abrasion suffira presque toujours.

M. Simon (Gustave) se contente de l'avivement, et il croit indifférent de traverser la paroi vésico-vaginale de part en part. Cette dernière proposition peut être vraie dans certains cas, mais dans d'autres, on s'exposerait ainsi à comprendre les uretères dans les ligatures.

M. Blot partage complétement l'opinion de M. Verneuil sur l'inutilité de lambeaux dans les cas de petites fistules, surtout quand les tissus voisins sont souples et extensibles. Quant à la manière de passer les fils, il croit très-important de ne pas traverser la paroi vésico vaginale de part en part, non-seulement pour le motif que vient de donner M. Verneuil, mais aussi afin d'éviter ce qu'il a vu souvent dans l'ancien procédé, à savoir, des fistulettes correspondant au trajet des fils.

M. Verneuil. J'ai été évidemment plus loin que ma pensée, si j'ai dit que je regardais comme indifférente la perforation de la paroi vésico-vaginale par les fils, et je suis d'avis de conserver, pour ce temps de l'opération, les indications données par le procédé américain.

M. Richet revient sur le danger signalé par M. Verneuil et ajoute que l'étranglement serait encore plus à craindre que la section.

M. Trélat ne pense pas que M. Simon (Gustave) pose en principe qu'il faut traverser la paroi vesico-vaginale; seulement M. Simon ne croit pas que cela constitue un fait bien déplorable quand il arrive.

M. Blot ne saurait partager l'opinion rappelée par M. Trélat, il ajoute que les difficultés opératoires sont évidemment accrues par le procédé d'ailleurs très-ingénieux de M. Duboué. Aussi croit-il avec M. Verneuil qu'il faut le réserver pour certains cas bien spécifiés par ce dernier. Comment, en effet, comparer la difficulté que présente une simple abrasion épithéliale avec celle qu'offre nécessairement la dissection de deux lambeaux plus ou moins étendus, dans lesquels il faut laisser tous les éléments indispensables à la nutrition, et auxquels il faut donner une forme symétrique plus ou moins exacte, afin de pouvoir les affronter ensuite sans tiraillement.

M. Duboué maintient qu'il n'y a pas de difficulté plus grande dans la formation des lambeaux. Il pense que dans cette manière de faire il suffit de conserver ce qu'on enlève dans l'autre procédé opératoire.

M. Demarquay. Dans les procédés nouveaux, ce qui me paraît important, ce n'est pas l'avivement ou la formation de lambeaux, mais le nombre des fils. M. Simon (Gustave) insiste beaucoup sur ce point. Je ne crois pas non plus que la nature des fils ait une grande importance, et s'il fallait me prononcer absolument, je dirais que les fils de soie me paraissent préférables aux fils métalliques.

M. Verneuil croit à l'utilité de chacune des précautions recommandées dans le procédé américain. Il est très-convaincu que le succès n'est obtenu qu'à la condition d'une abrasion bien faite, et

cela très-exactement dans toute la circonférence de la fistule. Quant aux fils métalliques, ils se passent sans difficulté sérieuse. Il croit d'ailleurs également que pour réussir il faut faire un assez grand nombre de sutures relativement à l'étendue de la fistule. Ce n'est qu'à toutes ces conditions qu'on se préparera des succès.

J'ai étudié avec soin, ajoute M. Verneuil, les faits relatés par M. Simon, et ce à quoi il me paraît attacher surtout de l'importance, c'est à la suture double. Or, M. Marion Sims ne fait pas de suture double, et cependant il réussit très-souvent. Une modification plus radicale proposée par M. Simon est la suppression de la sonde à demeure. Il prétend qu'il n'en résulte aucun inconvénient. Si cela se vérifie ultérieurement, ce sera une simplification importante à laquelle, du reste, M. Spencer Wells est arrivé de son côté.

M. DEMARQUAY. Il me semble que nous sommes injustes envers nos compatriotes et en particulier envers M. Jobert, qui a réussi souvent par le procédé des débridements qu'il a le premier introduit dans la pratique pour la cure des fistules vésico-vaginales. Chacun sait, d'ailleurs, qu'avant lui cette dégoûtante infirmité restait presque toujours sans traitement. Blandin a réussi par le même procédé. Je lui dois moi-même des succès. Or, ces débridements ne sont pas plus dangereux que la formation de lambeaux. Tout en acceptant donc comme bonnes les modifications du procédé américain, je répète qu'il me semble injuste d'oublier les services rendus depuis longtemps par la méthode des débridements.

— Vu l'heure avancée, la discussion est remise à la prochaine séance.

— M. RICHET lit la réponse suivante à la lettre adressée dans la séance du 27 juillet, par M. Ollier (de Lyon).

« La lettre de M. Ollier touche à plusieurs questions importantes; je ne veux aborder que celle de la difformité de la face consécutive à l'extirpation du maxillaire supérieur.

» Selon notre collègue, ce n'est pas de suite que la déformation se manifeste, c'est plus tard, alors que par la tendance qu'ont les cavités osseuses à se resserrer, l'os de la pommette s'abaisse en se rapprochant du maxillaire du côté opposé, d'où résulte l'abaissement de l'œil et la déviation de la face. C'est là, suivant lui, un fait inévitable, et le seul moyen de s'y opposer serait d'interposer entre ces deux os un arc-boutant capable de résister à cette rétractilité osseuse; or, ce serait là précisément le rôle que jouerait la lamelle osseuse qu'on obtient par la conservation du périoste, suivant le procédé de notre ingénieux collègue.

» Je dirai d'abord que cette tendance à la rétractilité des cavités osseuses, parfaitement signalée par Bichat, est beaucoup moins prononcée et surtout beaucoup moins moins constante que ne pourrait le croire M. Ollier. Ainsi, c'est à peine si vingt ans après l'extirpation de l'œil j'ai pu constater une imperceptible diminution dans les diamètres de la cavité orbitaire, et tout le monde sait que si chez les individus qui ont subi l'amputation du maxillaire supérieur, il existe une déformation, c'est bien moins à la rétractilité des tissus osseux qu'il faut l'attribuer qu'à celle des parties molles.

» Aussi est-ce pour m'opposer à cette dernière que j'ai cru devoir proposer de conserver et le rebord orbitaire inférieur, qui empêchera les tissus logés dans l'orbite d'être attirés en bas, et une bonne partie de l'arcade dentaire qui soutiendra toujours et efficacement la lèvre supérieure et la joue contre toute rétraction.

» Quant à cette tendance qu'auraient, spécialement dans mon fait, suivant M. Ollier, l'os de la pommette et le rebord orbitaire à se rapprocher plus tard de l'arcade dentaire pour diminuer l'espace qui les sépare actuellement, je ne voudrais point nier que cela ne soit possible dans une certaine mesure; mais quant à affirmer, comme le fait notre collègue, que cela entraînera nécessairement une déformation plus ou moins choquante, c'est avancer une hypothèse bien peu probable et qu'il appartient à l'expérience seule de décider.

» Pour le moment, constatons ce fait, c'est que grâce au procédé que j'ai employé, la déformation jusqu'à ce jour, c'est-à-dire deux mois après l'opération, n'existe pas; de sorte que c'est à peine si l'on peut soupçonner que l'os maxillaire a été extirpé.

» Mais M. Ollier est-il bien certain que son procédé mette à coup sûr et complétement à l'abri de cette rétractilité secondaire du tissu osseux qu'il redoute tant? Pour mon compte, il me permettra d'en douter. Comment admettre, en effet, qu'une simple lamelle ossiforme, mince et souple au point de ployer sous le doigt, puisse servir d'arc-boutant capable d'empêcher cette rétractilité des os dont tous nous reconnaissons la puissance lente mais irrésistible? Car on se rappelle, je pense, que dans le fait de notre collègue ce n'est point de la reproduction du maxillaire supérieur en totalité dont il est question, bien loin de là, mais de la simple lamelle qui forme la paroi antérieure du sinus maxillaire, la régénération osseuse, de l'aveu même de l'auteur, et malgré son incontestable habileté opératoire, ayant échoué partout ailleurs.

» Pour soutenir les deux extrémités de l'arc osseux dont le milieu a été enlevé avec le maxillaire, il faudrait non pas une simple lamelle ossiforme et sans résistance, mais un os véritable, épais et solide; je suis donc obligé de mettre en doute, jusqu'à preuve du contraire, l'efficacité du procédé de M. Ollier contre la déformation ultérieure de la face après l'ablation du maxillaire.

» Enfin, j'ai dit que j'applaudissais au beau résultat obtenu par notre collègue, résultat qui met hors de doute la possibilité de la reproduction du tissu osseux par le périoste, mais j'ai ajouté que le résultat obtenu, c'est-à-dire l'absence de déformation au moins immédiate, pouvait être obtenu par d'autres procédés, et avec moins d'efforts et de peine pour le chirurgien, et surtout moins de douleur et de danger pour le malade. Or, je dois encore en convenir, la lettre de M. Ollier ne m'a pas plus convaincu sur ce point que sur le premier.

» Je persiste à penser que la dissection du périoste qui recouvre les faces antérieure et palatine du maxillaire est une opération difficile, très-longue, extrêmement douloureuse pour le malade, et qui a été suivie quelquefois d'hémorrhagie si grave, que notre collègue M. Legouest, dans une opération de palatoplastie, s'est vu obligé de suspendre l'opération; c'est même à cette circonstance qu'il attribua l'échec complet qu'il éprouva. Comment ne pas être effrayé de cette possibilité d'hémorrhagie lorsqu'on va opérer ces malheureux atteints de polypes naso-pharyngiens, chez lesquels l'anémie est portée souvent à un tel degré, qu'on en a vu succomber à la perte de sang quelques heures après l'opération?

» Ajoutez que l'extirpation du maxillaire n'est elle-même qu'une opération préliminaire, qu'il faut ensuite procéder à l'extirpation du polype, ce qui fait déjà une opération fort longue, de telle sorte que le malade auquel on appliquerait le procédé de M. Ollier subirait ainsi trois longues et douloureuses opérations successives :

» 1° Le décollement du périoste maxillaire sur les faces antérieure et palatine;

» 2° L'extirpation de cet os;

» 3° L'ablation du polype.

» Quant à moi, j'avoue que la régénération de la mince lamelle ossiforme obtenue à ce prix par notre collègue, ne me paraît pas compenser les souffrances et les dangers que fait courir au malade cette complication opératoire.

COMMUNICATION.

M. le docteur Boissarie, ancien interne des hôpitaux, lit une observation d'*opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant.*

(Cette observation est renvoyée à l'examen d'une commission composée de M. Danyau, Depaul et Blot.)

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. PANAS met sous les yeux de la Société un malade offrant un exemple d'*hémimélie* du membre thoracique gauche.

Ce cas présente ceci de particulier qu'il n'y a pas d'appendice sur le membre hémimélique, contrairement à ce qui s'observe le plus ordinairement.

Dans la prochaine séance, M. Panas lira l'observation complète de ce fait intéressant.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

L'un des secrétaires, H. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 11 août 1864, ont été nommés :

M. Lélut, de l'Institut, président du conseil général de la Haute-Saône.

M. Maissiat, conservateur à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire du conseil général de l'Ain.

— Par décret en date du 9 août 1864, M. Chaspoul, chirurgien de 1re classe, a été promu au grade de chirurgien principal de la marine.

— M. le docteur Salet, ancien interne à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, est nommé médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Bordeaux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Williame, membre du conseil général de la Marne, décédé à Landricourt le 14 juillet 1864.

— L'inauguration de la statue de Jean-Dominique Larrey, chirurgien en chef des armées du premier Empire, aura lieu à Tarbes, le 15 août prochain, à quatre heures de l'après-midi, cours Napoléon, où le monument doit être érigé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Massone, fondateur de la *Liguria medica*. Cet honorable confrère, qui tenait avec tant de distinction la plume du journaliste, a succombé à l'âge de quarante-cinq ans.

— Nous sommes heureux d'annoncer que la grande publication *Flora Galliæ et Germaniæ exsiccata*, si connue de tous les botanistes, ne disparaît pas avec son auteur si regretté, M. C. Billot.

MM. Bavoux, A. et P. Guichard et Paillot, continuent cette remarquable collection. Par un sentiment de respect et de reconnaissance, ces auteurs donnent le nom de *Billotia* aux notes de botanique qui accompagnent l'herbier.

Les conditions de souscription resteront les mêmes que précédemment. Chaque centurie de plantes sera livrée, au choix des souscripteurs, au prix de 15 fr., ou bien en échange de six espèces non encore publiées et récoltées, en cent trente exemplaires, aussi complets et aussi identiques que possible.

Les 34e et 35e centuries sont mises en distribution. — Adresser les correspondances et les envois relatifs à cette publication, à M. Paillot, botaniste, 3, rue d'Anvers, à Besançon (Doubs).

— Un cours d'opérations oculaires et un cours d'ophthalmoscopie seront ouverts à la clinique du docteur Wecker, 18, rue des Marais Saint-Germain, pendant le temps des vacances.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 96. — MARDI 16 ET JEUDI 18 AOUT 1864. (37e ANNÉE.) N° 96. — MARDI 16 ET JEUDI 18 AOUT 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 AOUT 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance de l'Académie de médecine a été une séance de conciliation. Tout le monde est d'accord, au moins sur le fait de la spontanéité de la morve, ou plutôt sur l'existence de morve non communiquée. MM. Bouillaud, J. Guérin et Bouley ont admis sans réserve la possibilité d'une semblable étiologie. La théorie des trois orateurs repose sur un principe déjà ancien des humoristes, l'altération des humeurs spontanément, c'est-à-dire sous l'influence de conditions hygiéniques défavorables. La morve se trouve ainsi placée sur la limite des maladies spécifiques types, comme la variole, et des autres maladies spécifiques dites septiques, comme la fièvre typhoïde; elle est considérée comme une maladie mixte, nécessaire pour ainsi dire, afin de justifier cette proposition, qu'il n'y a pas en médecine, comme dans les choses physiques, de types isolés.

Les conditions individuelles reviennent encore ici comme un élément essentiel au développement de la maladie. Quelques arguments qu'invoque M. Briquet, là comme pour la fièvre jaune, comme pour le choléra, le typhus, la fièvre typhoïde, l'infection purulente, les conditions individuelles, un état maladif antérieur, sont indispensables pour la production de la maladie; pour la création d'un virus inférieur, si l'on veut accepter les propositions formulées par MM. Bouillaud, J. Guérin et Bouley.

Il est vrai pourtant que pour le typhus, sinon pour la morve, on peut invoquer l'action de l'odeur de matières en putréfaction, de déjections, dire que ce pourrait être là une cause extérieure spécifique cachée, non recherchée peut-être dans d'autres maladies spécifiques, et que, joignant son action à la mauvaise condition des individus, elle produit une maladie virulente. Cette considération donnerait raison aux spécificistes exclusifs, et ceux-ci pourraient admettre des maladies spécifiques causées par une cause spécifique extérieure, même en dehors de la contagion.

Le discours de M. Briquet va sans doute toucher ces points.

Le lecteur trouvera plus loin une assimilation de la rage au délire aigu. M. Girard de Cailleux, auteur de cette proposition déjà formulée en d'autres termes, en a fait le point de départ de la théorie d'une rage spontanée chez l'homme. A cette interprétation, on peut peut-être en opposer une autre. Le délire aigu, la manie aiguë, sont les manifestations des lésions qui constituent la maladie mixte désignée sous le nom de folie, comme le délire rabique est une expression symptomatique des lésions nerveuses de la rage. Il y a deux maladies qui présentent un symptôme commun, le délire aigu, et c'est là tout. — Dr Armand Desprès.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De la colique de plomb.

Leçon recueillie par M. CARBONEL, externe du service.

Le plomb est un métal qui occasionne très-souvent des accidents graves; lors du concours d'hygiène, j'ai été dans les fabriques de Clichy et j'y ai constaté que le plomb, tant qu'il est à l'état métallique, n'occasionne pas d'accidents. Les préparations les plus fâcheuses sont le minium et le blanc de céruse; les préparations médicamenteuses de plomb peuvent être très-nuisibles. Le plomb s'introduit dans l'économie par le tube digestif, à cause du peu de soin des ouvriers quand ils prennent leurs repas.

L'empoisonnement par la respiration est en général causé par le minium. Un homme roulait par une manivelle creuse immense, en bois, mal jointe, en sorte qu'il y avait une atmosphère tellement chargée de minium que les murs en étaient rouges; tous les ouvriers, au bout de trois semaines, un mois et quatre mois au plus, étaient atteints d'accidents terribles d'épilepsie et de paralysie, et presque tous mouraient.

Les vins sont très-souvent falsifiés par le plomb et par la litharge, qui lui donnent un goût douceâtre. Il en est de même du cidre, du poiré.

Les tuyaux de plomb qui amènent les eaux, lesquelles peuvent être chargées de différents acides et qui dans tous les cas contiennent de l'air, peuvent déterminer des accidents saturnins.

Dans la plupart des vaisseaux il y a un grand nombre de tuyaux de plomb; les murs sont peints avec du blanc de céruse et on se sert beaucoup du plomb; c'est là la cause des coliques sèches des matelots.

Le blanc de fard, le voisinage d'une fabrique de couleurs, peuvent occasionner les mêmes accidents.

La femme d'un médecin éprouvait des douleurs atroces; la percussion abdominale y montra beaucoup de matières; il y avait un liséré bleu aux gencives, sans autres accidents. Il y avait un marchand de couleurs dans la maison. Le traitement par les purgatifs guérit complétement la malade.

Peut-être la térébenthine peut entraîner en se volatilisant des parcelles de composés du plomb.

Il résulte de ces considérations que presque toujours cette cause plomb est introduite la plupart du temps à l'état solide dans l'économie, à moins de falsification des boissons.

Les accidents que cet agent toxique occasionne sont : sur les trois malades examinés, le liséré bleu des gencives, qui existe dans la trame organique même, et non pas seulement dans les enduits, car ceux-ci étant enlevés, le liséré ne persiste pas moins. On ne trouve nulle part ailleurs ce liséré bleuâtre. La salive contient du plomb; il en est de même des urines.

Est-ce par la médiation de la circulation qu'agit le plomb sur les accidents névriques?

L'accident le plus fréquent qui vient ensuite, c'est l'arrêt des matières fécales dans la dernière portion du tube digestif, constaté par l'examen plessimétrique.

Le troisième accident qui arrive est la douleur. Cette douleur existe sur des portions de l'intestin situées au-dessus de la matité, vers l'ombilic, vers la région du cœcum.

Deux malades ont comparé les douleurs à celles qu'on éprouve quand on va à la selle. Le troisième malade a éprouvé des douleurs atroces.

Du temps des frères de la Charité, ces douleurs étaient abominables. Le traitement atroce était pour beaucoup dans les douleurs qui existaient.

Un symptôme auquel on a attaché beaucoup d'importance, c'est la coloration générale des tissus, c'est la pâleur de la peau, c'est l'hypémie, à laquelle on a donné le nom de cachexie saturnine, bien à tort, car cette pâleur est due à toutes les causes qui affaiblissent l'économie, perte d'appétit, etc.

Symptômes névriques. — Le même agent toxique produit des symptômes variables, selon qu'il se porte sur les nerfs ou sur le névraxe. Dans les nerfs, on observe des douleurs; ce n'est pas l'accident le plus fréquent; on observe surtout des paralysies, et quand il y a des douleurs, on peut en trouver la cause en dehors même de la cause plomb.

Un malade se plaint de douleurs au niveau de la tête du péroné, et sur le trajet du petit sciatique du même côté gauche. Cette douleur peut bien être le résultat de la compression du plexus lombo-sacré par les matières accumulées dans l'S iliaque et le rectum.

Cependant il y a des douleurs qui sont un effet presque direct du plomb, et qui sont caractérisées par des fourmillements, par des oscillations. Dans quelques cas, il peut y avoir paralysie du sentiment, anesthésie; cependant cela est assez rare.

Les troubles de la motilité sont excessivement variés; il est rare qu'il y ait des convulsions qui tiennent à une lésion du cerveau. Ce que le plomb détermine surtout dans les muscles, c'est la paralysie, l'angonervisme : plusieurs de nos malades en ont été atteints. Cette paralysie porte sur les muscles extenseurs des membres particulièrement; cependant, les fléchisseurs sont aussi affaiblis dans leur action, car les malades ne peuvent pas vous serrer bien fortement la main. On observe quelquefois aussi la paralysie des réservoirs, vessie et rectum, *organes des sens.* Un de nos malades est entré aveugle dans nos salles. Il est évident qu'il y a paralysie; il y a tout lieu de croire à une lésion de la moelle. Il y a certainement des troubles cérébraux, comme le prouvent les nécropsies, où les réactifs chimiques ont démontré la présence du plomb dans l'encéphale. Il est possible que le cerveau soit primitivement atteint : l'encéphalopathie saturnine est très-grave, car la plupart des malades en meurent. Les nerfs sont les conducteurs de l'influx nerveux; il est probable que dans les troubles nerveux causés par le plomb, des molécules métalliques siégeant dans les tubes nerveux arrêtent le cours de l'innervation. Quelquefois un seul rameau nerveux est malade. Si la partie inférieure de l'intestin est paralysée, c'est parce que c'est là que séjournent les matières fécales. L'épilepsie et les autres accidents molybdentériques sont expliqués par la présence du plomb dans le cerveau. Les troubles de la vue peuvent être expliqués par la même cause.

Traitement. — Les Frères de la Charité traitaient les malades par l'émétique à haute dose, alternativement avec la casse, le jalap, la scammonée, unis à l'opium. Ces traitements exposaient les malades aux gangrènes générales les plus effroyables. Presque tous les médecins ont administré les purgatifs par la bouche : Gendrin donnait la limonade sulfurique dans le but de faire passer le poison à l'état de sulfure de plomb insoluble; mais il empêchait ainsi l'économie de se débarrasser du plomb, et ces malades avaient des rechutes plus fréquentes. Briquet employait l'électricité, qui est excessivement douloureuse et dont l'usage doit être bien restreint. M. Piorry a cherché à rendre le plomb soluble et à le faire sortir au dehors, et dans ce but il ordonne la limonade nitrique, des bains contenant une certaine quantité du même acide, et pour combattre la constipation, des lavements aux follicules de séné et au sirop de nerprun, que l'on peut faire suivre de l'administration de purgatifs par la bouche, une fois que l'on aura vidé l'intestin.

FORCEPS DROIT (OU A BRANCHES PARALLÈLES) SIMPLIFIÉ.

Par M. le docteur HAMON (de Fresnay),

(Note communiquée à l'Académie de médecine.)

L'idée de convertir le forceps en un levier du troisième genre, en vue de prévenir les inconvénients qui se rattachent au croisement des branches, n'appartient point en propre à l'époque contemporaine. Les forceps de Coutouly et de Thenance étaient à branches parallèles; leur articulation avait lieu à leur extrémité manuelle.

Le léniceps de M. Mattei, le forceps à traction continue de M. Chassagny, à part quelques modifications propres, n'en sont pas moins une application des mêmes principes.

L'instrument que nous proposons, à notre tour, n'est qu'une simple modification des forceps droits à tiges rigides et inflexibles des trois premiers accoucheurs. Il n'a d'autre titre à la recommandation que sa simplicité, qui est telle, qu'il suffit d'un serrurier, voire même du premier maréchal-ferrant, pour le confectionner en quelques instants. Celui dont nous nous servons nous-même n'est qu'un vieux forceps que nous avons fait transformer sous nos yeux par un ouvrier du pays.

Quelques mots nous suffiront pour en tracer la description :

Il consiste en deux cuillers à courbure un peu marquée sur le plat, et d'une longueur de 0m,16, terminées par une tige droite longue de 0m,14. L'extrémité manuelle est percée, l'une d'un trou unique, l'autre de deux parallèles, tous perpendiculaires à l'axe desdites tiges, et destinés à livrer passage à une flèche d'arrêt en fer.

L'articulation des branches se fait suivant la surface inférieure d'un manche métallique transversal extrêmement simple. Il consiste en une sorte de plaque de fer longue de 0m,12, large de 0m,02, épaisse de 0,006. Elle est munie de six ouvertures, à savoir : quatre, assez également réparties parallèlement, suivant une étendue de 0m,085, de la partie moyenne du manche métallique. De ces ouvertures, deux, correspondant à la branche droite, sont circulaires et doivent permettre à la tige correspondante de se mouvoir librement suivant son axe; les deux gauches sont carrées, et livrent passage à la base de la tige gauche, maintenue inamovible par la goupille.

Pour empêcher tout écartement de la cuiller droite, il suffit de passer une seconde goupille dans sa tige, parallèlement à la goupille inférieure, mais la première au-dessus du manche. Les deux autres ouvertures, beaucoup plus étroites, sont situées aux extrémités de la poignée, et ont pour unique but de fournir un point d'attache à un cordonnet auquel sont appendues les flèches d'arrêt.

Ces dernières, au nombre de deux, sont de simples chevilles en fer; leur objet est de fixer au-dessous du manche les branches de l'instrument, une fois engagées au travers des ouvertures dont nous avons parlé.

La manœuvre d'un instrument aussi simple est facile à comprendre.

Les deux branches sont d'abord mises en place des deux côtés du bassin ; chacune de leurs extrémités manuelles est ensuite successivement engagée au travers des ouvertures du manche qui paraissent le mieux convenir. Pour réunir l'instrument (1), il suffit de faire passer au-dessous de la poignée transversale les flèches d'arrêt dans les trous préparés *ad hoc* à l'extrémité des tiges. Quant à la tige droite, comme elle n'a pas d'embase, on la rend immuable à l'aide de la clavette correspondant à la surface supérieure de la plaque dont nous avons parlé.

Ces dispositions prises, on fait opérer les tractions les plus vigoureuses, sans crainte de voir l'instrument lâcher prise.

L'avantage principal que présente cet instrument sur le forceps ordinaire, c'est de pouvoir, grâce à la mobilité de la branche droite et à des rainures en divers sens pratiquées au-dessous du manche et destinées à recevoir et à fixer la clavette inferieure, c'est de pouvoir être solidement articulé, quelle que soit la position respective des deux branches. Nombre de fois, grâce à lui, nous avons pu extraire des enfants, l'une des cuillers portant sur le front, la seconde prenant son point d'appui sur la région temporale. Cette importante modification nous a donné la possibilité de sauver la vie à un certain nombre d'enfants qui avec le forceps ordinaire eussent été fatalement voués à la crâniotomie.

Loin de nous, encore une fois, l'idée de revendiquer une découverte qui, nous l'avons dit, est le propre d'un autre âge. Notre prétention, beaucoup plus modeste, se borne à avoir su atteindre à un suprême degré de simplicité, et à avoir par là contribué, nous l'espérons du moins, à la vulgarisation d'un instrument qui a sa place indispensablement marquée dans tout arsenal obstétrical.

APHONIE NERVEUSE A RÉPÉTITION,

guérie instantanément par l'électricité à chaque récidive. Guérison depuis le 25 mai 1862;

Par M. le docteur Recipon, du Puy (Haute-Loire).

Quelques auteurs affirment que l'électricité compte de fréquents succès dans le traitement de l'aphonie nerveuse. On le comprend sans peine, en considérant l'efficacité de l'électrothérapie contre les paralysies, et on n'est pas étonné de voir le *British medical journal* consacrer, en 1863, un article au traitement électro-thérapique de l'aphonie par Mackensie. Cet auteur compte sept indications positives de ce traitement, que je me permets de citer pour faire connaître les cas de guérison qui y sont énoncés :

1° Perturbation générale du système nerveux, un succès remarquable chez une demoiselle de vingt-six ans, au bout de huit séances.

2° Aphonie hystérique, une guérison.

3° Aphonie liée à l'anémie ou à la chlorose, trois cas; dans l'un, où l'aphonie datait de six mois, la voix revint dès la première apparition.

4° Aphonie par intoxication arsenicale ou saturnine, deux cas.

5° Paralysie purement locale, peut-être liée à une affection du pneumogastrique, trois cas, deux succès; le troisième malade ne continua pas assez longtemps le traitement.

6° Aphonie par abus de la voix, deux exemples, l'un chez un prédicateur, l'autre chez un marchand de poisson; guérison dans les deux cas.

7° Congestion chronique du larynx. Il est probable que dans ce cas le galvanisme agit comme stimulant de la circulation locale.

Dans cet exposé des indications que je n'ai pas la prétention de critiquer, les observations n'y sont qu'énumérées, et quelques détails cependant seraient bien nécessaires pour fixer les opinions sur ce point. C'est ce qu'a très-bien compris M. Duchenne (de Boulogne), quand, pour mettre hors de doute l'efficacité de l'électricité contre cette affection, comme il le dit lui-même, il raconte avec détail les deux cas d'aphonie complète qu'il possédait lors de la composition de son remarquable ouvrage. Le docteur Bonnefoy a trouvé aussi avec raison qu'il était utile de publier dans le n° 88 de la *Gazette des Hôpitaux* de cette année le cas d'aphonie guérie instantanément par l'électricité, cas qui avait résisté à tous les moyens médicaux pendant quatorze mois, cas qui trouve son semblable ou analogue dans la troisième classe des indications exposées par Mackensie.

Enfin, je viens à mon tour tirer de ma clientèle une observation qui pourra certainement trouver sa place dans le traitement de l'aphonie par l'électricité.

Le 21 juillet 1858, je fus mandé au bureau de tabac de la rue des Tables, au Puy (Haute-Loire), pour donner des soins à Mlle T..., qui se trouvait aphone. Cette demoiselle, âgée de dix-huit ans, présentant les caractères et symptômes de la chloro-anémie, se vit au mois de décembre 1857 atteinte d'une petite toux avec légère expectoration muqueuse, qui fit place subitement à l'aphonie, mais à une aphonie complète ; car on avait quelquefois de la peine à la comprendre quand elle soufflait ses paroles. Elle fut traitée par trois confrères, qui lui firent appliquer des révulsifs entre les épaules et sur le cou, des sangsues sur la région sous-hyoïdienne, qui lui firent faire dans le gosier des insufflations avec de la poudre d'alun et des cautérisations avec des liquides caustiques, etc. Ces divers traitements, au dire de la malade, n'eurent aucun effet avantageux, et elle avait renoncé aux secours de la médecine, lorsqu'au mois de mai, après une longue promenade, elle s'aperçut que la voix lui était revenue ; mais cette guérison spontanée ne fut pas de longue durée ; elle perdit la voix huit jours après, et le 21 juillet elle eut recours à mes soins.

Pour établir mon diagnostic d'aphonie nerveuse et reconnaître l'indication de l'électricité, j'avais plus de renseignements que mes confrères. Je savais que non-seulement la voix avait disparu subitement au mois de décembre, mais encore qu'elle avait aussi réapparu subitement au mois de mai pour s'éteindre huit jours après. Enfin, il faut bien le dire aussi, convaincu de l'innocence de la médication électrique, moins pénible que les vésicatoires, sangsues et cautérisations ordonnés en pareils cas, je crus qu'il était de mon devoir, en face d'une affection aussi caractérisée, d'essayer l'application de l'électricité. J'y procédai donc le jour même, suivant la méthode de Duchenne (de Boulogne) ; et après une première application des excitateurs d'un petit instrument électro-magnétique à courants intermittents, j'entendis avec surprise ma malade incrédule me dire à haute et intelligible voix : « Je ne parlerai pas. » Étonnée à son tour, elle profita de sa voix pour m'adresser de vifs remercîments. C'était chanter trop tôt victoire ; car le lendemain, à ma seconde électrisation, j'appris que la voix avait disparu immédiatement après la séance.

Nouvelle électrisation ; nouveau recouvrement de la voix. Cette fois-ci elle persista quelques heures de plus, et sa durée était plus longue à mesure que les électrisations se réitéraient chaque jour. Cependant, en électrisant ainsi, je voyais que la voix quelquefois devenait moins claire après la séance, et je réussissais à avoir un résultat plus beau par l'électrisation des muscles du larynx et des nerfs laryngés inférieurs, suivant le procédé de M. Duchenne. Néanmoins, plus tard, malgré ce nouveau procédé d'électrisation, j'étais obligé de laisser la malade avec son enrouement.

Je pensai alors que cela pouvait provenir de la fatigue musculaire éprouvée dans les contractions électriques. Je crus en un mot avoir transformé la maladie par le traitement, et avoir fait d'une aphonie nerveuse chlorotique une aphonie que quelques auteurs ont décrite sous le nom d'aphonie des avocats, d'aphonie des crieurs publics.

Avec cette idée, il fallait bien éloigner les séances, et je finis par prendre le parti de dire à la malade de venir chercher sa voix dans mon cabinet lorsqu'elle l'aurait perdue, tout en continuant l'administration des ferrugineux et du quinquina, que je lui avais déjà prescrits.

La malade fit alors entrer dans ses frais de toilette du dimanche celui d'aller prendre sa voix chez son médecin. Je la vis d'abord toutes les semaines, puis tous les quinze jours, enfin tous les mois, tous les deux mois, tous les trois mois, venir chercher sa voix qu'elle recouvrait toujours après une séance électrique. Ses visites cependant n'eurent pas la rareté progressive que j'indique. Quelquefois une impression morale la faisait venir à une époque plus rapprochée que l'aurait fait présumer la période de traitement à laquelle elle était arrivée. Ainsi, après avoir gardé la voix pendant trois mois, elle vint la reprendre huit jours après une séance électrique, parce qu'elle avait été impressionnée par la mort de son frère qui avait succombé à une phthisie galopante.

Bref, depuis le 25 mai 1862 la voix s'est maintenue, sauf une fois, où, assistant à un incendie au mois d'août 1863, l'aphonie reparut. Mais comme j'étais alors absent, loin du pays, elle se passa de l'électrisation, et la voix lui vint spontanément après avoir fumé une cigarette. Depuis, la guérison s'est maintenue sans autre récidive.

Je ne connais pas jusqu'ici d'observation semblable à celle que je viens de rapporter. L'instantanéité de la réapparition qui survenait toutes les fois que la malade se soumettait à l'électricité, met hors de doute l'efficacité de cet agent.

Mais la suppression de la voix et sa réapparition spontanée, soit au mois de mai 1858, soit au mois d'août 1863, pose naturellement cette question : Chez cette malade l'électrisation était-elle indispensable? Je n'en sais rien. Mais la prudence indiquait son administration. Car si on réfléchit aux atrophies des muscles et des nerfs qui sont la conséquence des paralysies prolongées, on doit taxer de coupable la temporisation en pareil cas, puisqu'on possède un agent qu'on peut si facilement administrer sans nuire et dont l'action thérapeutique est des mieux établies.

ONGUENT DE MONTPELLIER,

contre les douleurs hémorrhoïdales.

Onguent d'althæa. . .	ãã. . .	60 grammes.
— rosat. . . .		
— populeum . .		
Miel.		Q. S.

(*Montpellier médical.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 août 1864. — Présidence de M. Morin.

Du canal de Marseille : indications théoriques et pratiques relatives à l'emploi des eaux de la Durance dans l'économie domestique et dans l'industrie, par M. Grimaud (de Caux).

Les eaux de la Durance sont chargées en tout temps d'un limon argileux d'une ténuité excessive. Ce limon contient :

Argile.	56,0
Carbonate de chaux	39,6
Eau.	4,4
Total.	100,0 (Pisani.)

La suspension de ce limon dans le liquide résiste au repos le plus prolongé et lui communique une teinte opaline permanente. Il faut cinq jours, à l'abri de toute agitation, pour débarrasser l'eau de ses matières troublantes; et, après cinq jours, elle reste opaline. Tel est le résultat d'expériences de cabinet, ici d'une valeur considérable.

L'arrosement des campagnes avec une eau chargée de ce limon est pour Marseille une cause parfaitement démontrée d'infertilité : les plantes sont étouffées.

En aval, quand la Durance, abandonnant les montagnes, vient s'étaler aux environs d'Avignon, d'Orgon, du Pertuis, etc., probablement il n'en est pas de même. Mais en amont, aux environs de Saint-Paul, où l'on a dû faire la prise d'eau pour avoir la pression, les moindres pluies occasionnent des *troubles*, et le canal reçoit le limon de première main.

Or, quand on a projeté le canal de la Durance, on a calculé qu'il y aurait aux environs de Marseille 6,000 hectares de terrain à arroser. D'après les expériences de M. Boussingault, chaque mètre carré exigeant en été de 3 à 4 litres d'eau pour l'arrosement, il faut, pour 6,000 hectares ou 60,000,000 de mètres carrés, un minimum de 180,000 mètres cubes.

On se met jusqu'à un certain point à l'abri des effets de ce limon, en faisant déposer l'eau dans des bassins, et en vidant pour l'arrosage leur partie supérieure seulement, après un repos de quelques jours.

Ce procédé est applicable à de petites superficies de terrain, à des jardins, etc., pour lesquels on peut, sans trop de frais, construire des bassins de dépôt d'un nettoyage facile. Peut-il être employé pour clarifier 900,000 mètres cubes ($5 \times 180\ 000$)?

La ville de Marseille a déjà construit dans ce but quatre bassins de dépôt sur la ligne du canal : à Ponserot, à Valloubier, à la Garenne, à Sainte-Marthe. Malgré un séjour dans ces bassins, l'eau entre dans les conduites de Marseille chargée encore de 33 grammes de limon par mètre cube. Maintenant on construit un cinquième bassin à Réaltort pour 3,750,000 mètres cubes; il occupera en superficie un espace de 75 hectares.

Il faut que ces bassins soient à l'abri des grands vents et que le flot ne vienne point agiter la masse liquide; sinon les matières troublantes, excessivement légères, qui constituent le limon, seront soulevées et l'effet produit par le repos de plusieurs jours sera détruit en un instant.

Si l'on n'obtient pas de cette expérience, sur une échelle incontestablement grande, le résultat désiré, ce sera le cas de conseiller un empierrement appuyé d'un filtre de sable et de gravier, disposé à la prise d'eau sur les bords de la rivière, mais un empierrement d'une étendue calculée sur le moindre rendement possible et prolongé de manière à pouvoir être divisé en compartiments. Dans ces conditions, le nettoiement pourrait s'opérer d'une façon analogue à ce qui se pratique en Angleterre pour les doubles bassins de Chelsea. Il est vrai qu'il s'agirait alors, dans les temps de crue ou de *souberne*, de retenir par mètre cube plus de 4 kilogrammes de limon.

Au demeurant, l'irrigation du sol est secondaire : l'approvisionnement de la ville est le but principal; et quand il sera atteint, quand pauvres et riches seront bien pourvus d'eau potable, alors seulement on pourra regarder l'œuvre comme accomplie.

Les besoins sont de deux sortes : il faut de l'eau pour l'économie domestique, et il en faut pour l'industrie.

Pour l'économie domestique, deux parts : tant pour la boisson et tant pour les autres usages. La part de la boisson est la moindre : 2 litres par tête et 25 personnes au plus par maison, tel est le cas de Marseille pour la majorité des maisons d'habitation. Cette part destinée à la boisson ne serait donc, par maison, que de 50 litres, soit 500 mètres cubes pour 250,000 habitants.

Les autres nécessités de l'économie domestique se confondent avec les nécessités de l'industrie. A Marseille, on satisfera amplement aux unes et aux autres en basant l'approvisionnement général sur une moyenne de 400 litres, soit 25,000 mètres cubes.

Vu les dimensions de l'aqueduc, il entre en ville une quantité d'eau bien supérieure; mais en débarrassant de limon ces 25,000 mètres cubes, la distribution est dans des conditions normales. On livrerait l'excédant aux égouts, après l'avoir fait jaillir en poussière dans des fontaines d'agrément pour rafraîchir l'air, et circuler dans les ruisseaux pour les besoins de la salubrité.

Avec la pression dont on dispose, soit dans la rigole, soit dans le réseau, cette dernière pression permettant de porter l'eau bien au-dessus des étages les plus élevés, le problème de la clarification est facile à résoudre : il suffit de saisir l'eau au niveau même de la conduite dans la rue. Les moyens de filtrage sont nombreux; il n'y a qu'à donner la préférence à celui dans les dispositions duquel on aura su le mieux respecter les principes.

La matière filtrante, il ne faut pas cesser de le dire, doit être neutre, inerte; elle doit agir mécaniquement sur les matières en suspension : tels sont le gravier plus ou moins gros, le sable plus ou moins fin (Arago, *Rapport*, 1837). De là l'exclusion de toute substance organique, végétale ou animale, telle que l'éponge, la laine, etc., comme étant susceptible de se détruire par la macération, de se décomposer, de mêler à l'eau qui la traverse des détritus microscopiques et d'y développer des gaz.

Pour l'eau destinée à la boisson, il faut autre chose encore. Il ne suffit pas que cette eau soit débarrassée de son limon, il la faut transparente comme le cristal, et, de plus, à Marseille surtout, pendant les trois quarts de l'année, il est utile qu'elle soit fraîche.

La quantité destinée à une maison arrive à l'étage supérieur dans un bassin commun; de ce bassin elle passe dans des compartiments où des orifices la transmettent à autant de tuyaux qu'il y a d'étages. C'est l'imitation de ce qu'on avait fait à Paris pour la fontaine de Gaillon, et de ce qui se fait encore à Gênes; mais à Gênes on n'a pa l'eau à volonté, et l'on est obligé de la traiter comme le gaz, avec économie.

Maintenant, voici le procédé que l'on suit à Marseille dans beaucoup de maisons pour rafraîchir l'eau et pour la doter en même temps de cette limpidité cristalline si agréable à rencontrer dans tout liquide destiné à la boisson. Ce procédé est simple, sans mécanisme ni complication d'aucune sorte, et la matière dont on se sert est partout d'un usage vulgaire.

Ce sont deux vases en terre cuite superposés, celui de dessus percé d'un trou comme un pot à fleurs. On remplit ce dernier de sable de mer bien choisi et bien lavé, comme s'il s'agissait d'une citerne vénitienne. Sur le sable, on pose un diaphragme également en terre cuite et percé de trous, et l'on met le tout à portée du robinet de puisage pour pouvoir alimenter l'appareil à volonté.

Le vase inférieur est un simple récipient faisant fonction d'*alcaraza*. On y prend l'eau à l'aide d'un tube en caoutchouc, qu'on abaisse

(1) Pour rendre l'articulation de l'instrument plus facile encore, nous avons fait préparer un autre manche où les ouvertures circulaires sont remplacees par deux mortaises ou encochures, au travers desquelles la tige vicot s'engager sans la moindre hésitation. Une lame de fer mobile double, fixée par un rivet à la partie moyenne du manche, se rabat sur les mortaises, remplaçant la perte de substance subie par lui, maintient solidement la tige, et vient s'arrêter, à l'aide d'une petite cheville, à l'extrémité de la poignée.

et qu'on relève à volonté. Point de robinetterie, point de métal, point d'ajutages exigeant un travail quelconque de précision, pouvant donner lieu à des frais de main-d'œuvre.

Point de clôture hermétique, libre accès de l'air à la surface de l'eau clarifiée, qui se sature ainsi d'oxygène et reprend celui qu'elle pourrait avoir perdu en traversant la masse filtrante.

Dans les pays chauds, l'évaporation est très-active et la porosité des vases est un puissant moyen de refroidissement; à Paris, il faut l'emploi direct de la glace. Avec l'appareil indiqué, il suffit d'enterrer un morceau de glace dans le sable de mer et de verser l'eau dessus pour avoir pendant le reste de la journée une fraîcheur qui une fois acquise est entretenue aisément par l'évaporation.

Ce modeste ustensile de ménage, je tiens à le faire remarquer, réunit toutes les conditions exigées en matière d'eau pour la salubrité. Si l'on considère ensuite qu'on peut le fabriquer en tous lieux, et que par le bas prix des matières premières, comme par la facilité de son agencement, il est à la portée de tout le monde, on lui reconnaîtra une valeur et une efficacité hygiéniques incontestables, car les préceptes d'hygiène ont d'autant plus d'empire dans toutes les classes de la société qu'il est plus aisé de les mettre en pratique.

L'appareil a été imaginé à Marseille même par M. Aman Vigié, officier retraité, chevalier de la Légion d'honneur, qui a cherché, dit-il, et a réussi à appliquer à une clarification parfaite des eaux de la Durance les idées émises au sein de l'Académie, et que les *Comptes rendus* lui ont fait connaître.

Conclusions. — 1° Les nécessités imposées par les qualités particulières de l'eau destinée à une distribution doivent être mises en première ligne dans les études préliminaires, ces études devant servir de base aux combinaisons économiques obligées qui règlent les plans définitifs et déterminent l'exécution.

2° En divisant les quantités selon les besoins, il est toujours possible de mettre l'eau dans les conditions exigées pour l'industrie, et vu la petite quantité qu'il en faut pour la boisson, on peut toujours lui communiquer une limpidité cristalline parfaite et une température agréable. (Commissaires nommés pour une précédente communication de l'auteur : MM. Payen, Peligot.)

— M. COMPANS communique les résultats des observations qu'il a faites sur lui-même relativement aux symptômes d'une affection de l'ouïe, dont il fait remonter l'origine à une chute assez violente pour causer une fêlure à l'occipital.

Cette affection se traduit par des bruits différents de caractère et perçus simultanément, quelquefois jusqu'à trois à la fois. Ces manifestations lui paraissent avoir des rapports avec les variations atmosphériques. Dans un cas, le bruit fut différent de ceux qu'il avait coutume d'entendre, et comparable à celui que feraient des noix en se heurtant. Au même moment, il y avait à une assez grande distance un orage de grêle, ce qui permettrait de croire que cette fois le bruit était réel et aurait pu être perçu par d'autres personnes. Quelques météorologistes, en effet, déclarent avoir entendu le bruit de grêlons se heurtant dans un nuage qui les tenait encore suspendus.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 août. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

L'ampliation d'un décret, en date du 9 août courant, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Cerise comme membre associé libre.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur un nouveau forceps, par M. le docteur Hamon, de Fresnay (voir plus haut);

2° Une note sur l'application des corps fluorescents, par M. Brachet;

3° Un travail sur un appareil fumigatoire imaginé par M. le docteur Joliclère et M. Bereins. (Commissaire : M. Poiseuille).

— M. ROCHE présente, au nom de M. Aubert Roche, une brochure sur l'état sanitaire des ouvriers occupés au percement de l'isthme de Suez.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. ROBINET lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, trois rapports dont les conclusions négatives sont mises aux voix et adoptées.

MM. CHEVALLIER et BOULEY, à l'occasion d'un rapport sur une nouvelle préparation de coaltar de M. Corne et d'une conclusion négative du rapporteur, réclament en faveur de l'action désinfectante du coaltar et de l'acide phénique, qui semblait avoir été un peu contestée.

Eaux minérales. — M. GOBLEY lit une série de rapports sur les eaux minérales, dont les conclusions favorables à l'exploitation sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

De la rage considérée comme maladie se développant spontanément chez l'homme sous la forme de délire aigu fébrile. — M. GIRARD DE CAILLEUX lit les conclusions d'un mémoire sur ce sujet.

De tous les faits exposés ci-dessus, dit-il, qu'il me soit permis de conclure :

1° S'il est vrai que la rage est une maladie virulente transmissible par voie d'inoculation des animaux à l'homme, il n'est pas moins vrai que la rage peut se développer et se développe plus souvent qu'on ne pense spontanément chez l'homme sous la forme du délire aigu fébrile admis le plus souvent dans les asiles d'aliénés;

2° Elle emprunte alors à l'espèce humaine des caractères qui sont propres à cette espèce, comme les autres maladies qui se manifestent chez les divers animaux empruntent à chacune de ces espèces un caractère particulier, sans que pour cela la nature de cette affection perde son identité;

3° Les causes qui produisent la rage sont d'abord une prédisposition *sui generis*, et outre cela une multitude de causes occasionnelles qui par leurs variétés ont souvent donné le change sur la nature de cette maladie;

4° La similitude des symptômes, de la marche, de la durée, de la terminaison, des lésions cadavériques de la rage communiquée, et du délire aigu fébrile si souvent traités dans les asiles d'aliénés, établit entre ces deux affections une identité de nature propre à fixer l'attention des pathologistes et à répandre de nouvelles lumières sur ce sujet si plein d'intérêt.

Discussion sur la pustule maligne et les maladies spécifiques.

M. BOUILLAUD dit qu'il monte à la tribune dans un but, celui de concilier les opinions sur la spécificité des maladies, et en particulier la sienne propre et celle de M. Bouley.

Prenant ensuite un article publié par MM. Dechambre et A. Samson, tous deux étrangers à l'Académie, dans la *Gazette hebdomadaire,* où « les prétendues lois de la pathologie » ont été attaquées, l'orateur signale plusieurs omissions ou pétitions de principe, telles que cette phrase : Les causes générales agissent d'autant plus pour favoriser le développement de maladies virulentes ou spécifiques, qu'il y a une cause intermédiaire et enfin une contradiction, à savoir d'une part que les virus sont indéfinissables, et d'autre part que l'on s'explique très-bien les virus. A cette occasion, il rappelle que les médecins et les vétérinaires, loin de s'attaquer, ne sauraient mieux faire que de s'unir pour concourir à la recherche des vérités, comme l'Académie en est témoin chaque jour. Après s'être défendu encore de l'accusation d'intolérance, M. Bouillaud demande à M. Bouley de vouloir bien lui donner lecture de la définition que ce dernier accepte pour caractériser les maladies spécifiques.

M. BOULEY, interpellé par M. Bouillaud, qui lui avait demandé sa définition des maladies spécifiques, lit la note suivante :

Les maladies spécifiques sont celles qui résultent de causes spécifiques. La cause spécifique est celle dont l'action sur l'organisme est caractérisée par les manifestations constantes d'effets qui sont toujours les mêmes, à part des différences d'intensité.

La cause spécifique laisse sur l'organisme son empreinte invariable, de telle sorte qu'étant donnée, cette empreinte plus ou moins marquée, mais toujours reconnaissable, on est logiquement conduit à remonter de cet effet constant à l'action de la cause qui l'a produit.

Exemples : les maladies virulentes. Ce sont les maladies spécifiques par excellence, car c'est à elles surtout que le mot spécifique peut être appliqué dans toute l'acception étymologique. Elles font espèce, *species facere*, comme les espèces animales et végétales. Elles sont caractérisées par la constance de leurs caractères et par la propriété qu'elles ont de les reproduire par une véritable génération. Dans l'organisme atteint d'une maladie virulente, il y a une liqueur séminale qui est ce que l'on appelle le virus, par l'intermédiaire de laquelle la maladie peut être transmise de l'organisme malade à un organisme sain et se propager ainsi dans l'espace et dans le temps.

Outre les maladies spécifiques complètes, que j'appellerai fécondes si l'on veut, il y en a d'autres qui sont spécifiques encore en ce sens qu'elles constituent des espèces à caractères constants et invariables, procédant d'une cause unique toujours la même, laquelle traduit son action par des effets constants. Mais ces maladies diffèrent des premières par ce caractère essentiel qu'elles sont stériles, qu'elles restent tout individuelles, en un mot qu'elles ne sont pas susceptibles de se propager. Elles s'éteignent dans l'organisme sur ou dans lequel elles se sont développées; exemple : les maladies causées 1° par les venins, 2° par les poisons.

Enfin, il est une autre classe de maladies spécifiques, qui forment une catégorie de maladies mixtes relativement aux deux premières, en ce sens que tantôt elles sont stériles, tantôt elles sont fécondes, c'est-à-dire susceptibles de se transmettre par contagion; exemple : les maladies produites par les effluves et par les miasmes, celles aussi qui revêtent le caractère épidémique ou endémique.

Quoi qu'il en soit de ces différentes catégories, l'idée de spécificité entraîne dans l'esprit celle d'une cause unique pour chaque maladie toujours la même et se traduisant par des effets constants. Cela établi, voici ce que j'ai voulu dire dans la dernière séance en soutenant la thèse que quelques-unes des maladies spécifiques pouvaient naître spontanément.

J'ai voulu dire, et en soutenant cette thèse je me suis appuyé sur des faits d'observation aussi incontestable que possible, j'ai voulu dire qu'il y avait des circonstances où l'organisme, devenu malade sous l'influence de causes non spécifiques, de causes générales telles que l'encombrement, l'excès de travail, l'insuffisance de la nourriture, l'état traumatique et la fièvre qui s'allume, etc., que cet organisme pouvait éprouver une telle révolution, subir un tel changement d'état de ses humeurs, qu'en lui se formait de toutes pièces, sans qu'il l'ait reçu du dehors, le principe virulent, l'élément de la contagion, la condition enfin de la manifestation spécifique de la maladie.

En d'autres termes, la cause spécifique de la maladie spécifique est extérieure à l'organisme; elle agit sur lui de dehors en dedans. C'est le cas pour les venins, pour les poisons, pour un certain nombre de maladies contagieuses, telles que la syphilis par exemple.

Tantôt elle se développe spontanément au dedans de lui sous l'influence de causes pathogéniques non spécifiques, qui donnent lieu à une maladie générale non spécifique d'abord, mais susceptible de le devenir dans certaines espèces animales.

Tel est le cas, par exemple, où chez le cheval l'infection purulente se traduit par une éruption morveuse ayant tous les caractères anatomiques de la morve et toutes ses propriétés; car cette morve consécutive à l'état traumatique est essentiellement contagieuse, ce qui affirme essentiellement sa nature.

Voilà ce que j'ai voulu dire en parlant de la génération spontanée possible des maladies spécifiques.

M. BOUILLAUD. M. Bouley vient de répéter sous une forme peu différente ce que nous avons dit et ce que nous avons écrit, et nous sommes à peu près d'accord. Mais j'ai dit ici qu'un défaut d'alimentation, la fatigue ou le froid ne pouvaient donner la morve; et j'ai dit que ce ne pouvait être là une cause spécifique : d'ailleurs, ce n'était point une doctrine.

En fait, il est évident qu'il y a des cas où la morve se développe sans qu'il y ait eu contagion, comme on dit : cela est indiscutable; je préférerais cependant que l'on dît qu'il est des cas où la morve n'a pas été communiquée; car le mot spontané, d'après tous les hommes qui s'occupent de science, n'admet pas la spontanéité, c'est-à-dire un terme qui représenterait un effet sans cause. La médecine, cette sœur aînée de la médecine vétérinaire, connaît ces faits et les a exposés. Tout ce qu'a dit la médecine vétérinaire des maladies spécifiques non communiquées a été dit : la médecine vétérinaire a apporté seulement des faits qui complètent la doctrine de la médecine humaine.

Le froid, les mauvaises conditions hygiéniques, sont des causes occasionnelles au milieu desquelles on voit naître des maladies spécifiques. Mais il y a une cause prochaine qui est la plus importante; cette cause prochaine, c'est la formation d'un virus dans l'économie.

Ainsi, les maladies spécifiques naîtraient d'un virus extérieur déposé sur l'homme pour produire la contagion, ou d'un virus développé dans l'homme. Tel est, par exemple, le virus qui est le résultat d'un foyer purulent en décomposition.

Les foyers virulents intérieurs, depuis longtemps admis, nous donnent gain de cause. Et la production d'un virus spontanément développé dans la morve est la même idée présentée aujourd'hui sous une autre forme.

Le mécanisme de la morve dite spontanée proposé par M. Bouley est une opinion personnelle. Mais le sentiment général est contraire à sa théorie des maladies spécifiques et virulentes. La rage est-elle spontanée? M. Ricord croit-il à la syphilis spontanée? M. Depaul n'admettrait pas non plus, que je sache, la variole spontanée?

M. BOULEY. Je crois à la spontanéité de la rage, parce que Renaud disait l'avoir constatée trois fois. Quant à moi, je n'ai jamais vu de rage spontanée.

M. BOUILLAUD. Si toutes les maladies spécifiques ne naissent pas par contagion, celles qui font exception, ainsi que je l'ai dit, naissent, comme les maladies septiques, par suite de la formation d'un virus tel que celui dont parlent les chirurgiens et les accoucheurs, tel que que le virus de la pourriture d'hôpital, le virus de la décomposition putride des foyers d'abcès froids, de l'utérus, et qui donnent lieu, les derniers en particulier, à des infectious putrides de courte durée et à la fièvre ou infection puerpérale. Il y a là, à n'en pas douter, un virus développé au dedans de l'individu, comme il en existe dans la fièvre typhoïde.

S'il y a ici de l'intolérance, ce n'est pas de moi qu'elle vient; si j'étais intolérant sans m'en apercevoir, je me haïrais. Mais c'est la logique qui est intolérante; que dis-je? elle est inexorable.

La logique dit que les maladies spécifiques naissent de causes spécifiques et non de causes générales ordinaires. On trouve toujours la cause spécifique, à moins qu'il n'y ait erreur de diagnostic.

S'il y a des faits qui contredisent la logique, je dirai : Malheur à ces faits! et je les discuterai jusqu'à ce que les faits soient devenus concluants.

M. J. GUÉRIN. L'Académie s'est aperçue qu'il y a deux camps : les spécificistes et les contaministes. Mais il est aisé de dégager les idées des formes qui constituent toutes les différences.

En fait, tout le monde est d'accord sur la réalité des maladies spécifiques spontanées. M. Bouley et M. Bouillaud l'ont admise, je l'admets moi-même, quoique j'aie conçu des maladies spécifiques avec une différence d'intensité, cela ne fait nul doute. M. Bouillaud, il est vrai, a montré un peu d'ombrage sur la possibilité du développement de maladies spécifiques sous l'influence de causes générales. Je partage en partie son opinion; je ne crois pas aux maladies spécifiques sans qu'il y ait un germe qui leur donne naissance.

Au point de vue de la doctrine, il y a eu un grand pas de fait, et nos collègues de la médecine vétérinaire n'ont peut-être pas compris tout le chemin qu'ils ont fait depuis la dernière discussion sur la morve. Les vétérinaires admettent que la morve peut se produire sous l'influence de causes générales et sous l'influence de causes spécifiques.

Autrefois Renaud rejetait les causes spécifiques; notre regretté collègue, au moment de la discussion sur la morve, disait qu'elle est produite par une altération du sang, que le pus pouvait donner la morve, et que le virus morveux ne produisait la morve que comme élément septique; aujourd'hui on admet que la morve est produite par le virus morveux, que sous l'influence de causes générales le virus morveux peut naître dans les animaux, et que sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques, ils contractent l'aptitude à former un virus; et ce qu'a dit M. Bouley tout à l'heure confirme cette idée, complétement en rapport avec ce que la médecine humaine et nous-mêmes avons depuis longtemps et pendant ces derniers débats suffisamment établi.

Au point de vue de l'histoire, cette discussion où nous finissons par nous entendre, la question de la spontanéité des maladies virulentes, a marché, et le progrès a été surtout pour l'école vétérinaire. Depuis longtemps la médecine avait logiquement établi les faits qui ont trait aux maladies virulentes, et c'est au progrès qu'est dûe aujourd'hui la conciliation d'idées opposées.

M. BOULEY. Sur la question de fait et au point de vue de l'histoire, nous sommes d'accord avec MM. Guérin et Bouillaud. La conciliation est possible au point de vue de la doctrine, à la condition que l'on nous concède que sous l'influence d'une cause générale un virus peut se former dans les animaux; c'est là ce que nous entendons par spontanéité dans la morve en particulier.

M. BRIQUET a la parole pour la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Société des sciences médicales de l'Yonne.

Séance du 4 août 1864.

M. le président dit quelques mots sur les ouvrages dont on fait hommage à la Compagnie. Il s'attache surtout à faire ressortir le mérite d'actualité de l'ouvrage nouveau que vient de publier M. le professeur Piorry, et qui a pour titre : *La médecine du bon sens.*

M. le professeur a saisi l'occasion de confirmer les bons résultats qu'il avait obtenus de l'extrait *kinoïde*, sur lequel nous avons provoqué un rapport, confié à M. Fournier. Mais ce rapport ne pourra être fait que dans la séance de novembre, lorsque M. le docteur Fournier, d'accord avec M. Duché, son beau-père, aura confirmé par de nouveaux faits l'efficacité du médicament indigène. Ces messieurs habitent une contrée où les fièvres intermittentes sont communes.

Le médicament, extrait kinoïde (Armand), fait presque instantanément diminuer la rate de plusieurs centimètres, et prévient le retour de la fièvre, produite par l'*éliose*, miasme des marais.

Le *Journal de médecine mentale* (M. Delasiauve), mois de mai, contient une série d'articles du plus grand intérêt; parmi ces articles, on distingue le *Délire des aboyeurs*. Ce délire a rappelé à M. le président un fait d'aboiement qu'il a appelé *hallucination du nerf pneumogastrique*, bien qu'aucun des sens ne fût intéressé. Il expliquera un jour comment s'opéra la miraculeuse guérison.

On trouve dans le même numéro un curieux Mémoire de M. le docteur Marcé sur certains malades chez qui la prononciation des mots était impossible, et qui étaient pris d'un tremblement convulsif chaque fois qu'ils essayaient d'articuler un mot, mais qui pouvaient écrire sans difficulté.

Ce Mémoire a encore rappelé à M. le président un certain nombre de faits où les hémiplégiques ne pouvaient parler, mais pouvaient fort bien chanter ou jurer sans aucun effort.

M. Duché, secrétaire général, a lu un savant rapport sur les travaux annuels de la Société. Il a confirmé et appuyé avec sa haute intelligence les doctrines de M. le président sur la douce harmonie qui règne et doit régner dans les rapports que les sociétaires ont entre eux. Ils doivent toujours tendre à s'éclairer réciproquement, et tout en s'occupant des intérêts médicaux en général, ils doivent diriger leurs études vers les intérêts tant médicaux qu'hygiéniques du département.

A la suite de ces allocutions, la conférence s'est établie sur l'angine couenneuse. Ce que j'ai le mieux retenu sur les moyens de guérison, c'est la cautérisation avec l'azotate d'argent comme le plus efficace.

La séance a été close par un intéressant Mémoire de M..... (le nom m'a échappé, et je le regrette) sur le tétanos du cheval à la suite de la castration. M..... a cité des faits graves et nombreux. Il m'a semblé que le tétanos était dû à la ligature, et qu'il serait moins fréquent si on isolait le nerf pour lier séparément les vaisseaux. Ce Mémoire sera inséré en entier dans le *Bulletin*.

M. le docteur Marie, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, a présenté une tumeur de nature cancéreuse, qui avait envahi tout un côté de la poitrine et pénétré jusqu'au haut de l'aisselle : elle avait 35 centimètres de longueur, et avait fini par provoquer des symptômes thoraciques qui ont fait succomber le malade. V. Bally.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de notre bien cher rédacteur en chef une lettre dont un extrait nous semble utile à placer sous les yeux de nos lecteurs. M. le docteur Brochin nous pardonnera notre indiscrétion, mais les eaux du Mont-Dore lui seront reconnaissantes de l'intérêt qu'il porte à cette célèbre station. E. L.

Mont-Dore, 15 août.

...... On n'écrit pas du Mont-Dore sans parler de ses eaux.

Voici la saison thermale qui s'avance; nous n'avons plus à compter que sur une dernière série de malades, ou sur ce que l'on appelle, en langage hydro-thermal, une dernière *saison*. La saison a été bonne pour tous; elle a été meilleure que celle de l'année dernière, qui avait été elle-même meilleure que la précédente. Le Mont-Dore est en voie de progrès évident. Mais cette affluence de malades qui va toujours croissant d'année en année, crée des besoins nouveaux et des difficultés qu'il devient indispensable pour l'administration d'aborder de front. Déjà l'année dernière, dans un article inséré dans la *Gazette des Hôpitaux*, en exposant l'excellent aménagement de l'établissement et en énumérant les ressources précieuses dont il dispose, j'ai signalé quelques-uns des *desiderata* qui me semblaient répondre également à la pensée de tous mes confrères. Les lacunes ct les insuffisances sur lesquelles j'appelais l'attention de l'administration, subsistent encore aujourd'hui. Elles sont d'autant plus regrettables que le nombre toujours croissant de baigneurs en fait de plus en plus ressortir les inconvénients. C'est au point que les améliorations que je sollicitais l'année dernière ne tarderaient pas, si elles étaient réalisées, à devenir à leur tour insuffisantes. C'est donc une réforme plus considérable que réclame aujourd'hui cet état de choses.

Je n'ai pas été seul frappé de cette situation. Un organe important de la presse départementale, le *Moniteur du Puy-de-Dôme*, dans une série d'articles sur les établissements thermaux du centre de la France, propose une mesure beaucoup plus radicale. Il ne s'agirait pas moins que de reconstituer de fond en comble l'établissement du Mont-Dore, ou d'édifier à côté des bâtiments actuels, auxquels on donnerait une autre destination, un établissement nouveau avec des proportions telles qu'il pût défier désormais toutes les exigences de l'avenir. Mais à qui demander la réalisation d'un pareil projet? Ce n'est pas le département, possesseur actuel du Mont-Dore, qui pourrait s'imposer une pareille charge; et il est douteux que l'Etat en voulût prendre l'initiative. C'est à l'industrie privée qu'il appartient d'entreprendre cette œuvre de régénération. Une compagnie de capitalistes serait seule capable de réaliser promptement un aussi vaste et utile projet, qui, en répondant aux nécessités croissantes de l'hygiène et de la thérapeutique balnéaire en France, augmenterait considérablement la richesse départementale. Mais il ne m'appartient pas d'indiquer les moyens; il doit suffire à ma tâche de signaler le but utile à remplir.

Voilà, mon cher directeur et ami, les quelques réflexions que m'ont suggérées la lecture des articles du *Moniteur du Puy-de-Dôme*, et ce qui se dit ici sur le perron de l'établissement. Dr Brochin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été ommés nou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — MM. Duruy, ministre de l'instruction publique; Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Brongniart, inspecteur de l'enseignement supérieur.

Au grade d'officier. — MM. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants malades; Blanchet, chirurgien en chef de l'Institution des sourds-muets; Girard de Cailleux, inspecteur général des aliénés pour le département de la Seine; Mauger, Gaigneron-la-Guillotière et Quemar, chirurgiens principaux de la marine; Arnoux, chirurgien de 1re classe de la marine; Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Falret (de l'Académie de médecine); Denéchaud, ancien médecin-major; Chenu, médecin principal de 2e classe; Dieu, pharmacien principal de 1re classe; Gugelot et Baradou, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier. — MM. Cusco, chirurgien de Lariboisière; Follin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Guérin (Alphonse), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis; Vidal, médecin de la Bibliothèque impériale; Liebreich, auteur de l'*Atlas d'ophthalmoscopie*; Touzet, à Rio-de-Janeiro; Morel et Hutin, médecins en chef de 1re classe des asiles d'aliénés; Landry, inspecteur départemental des enfants assistés du Rhône; Bossion, médecin attaché au bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris; Fordos, pharmacien de la Charité; Coqueret, médecin de l'ambulance de la police municipale de Paris; Cauro, ancien médecin de l'hospice d'Ajaccio; Mauricet, médecin des hospices de Vannes; Defert, chirurgien des hôpitaux de Metz; Morael, membre du Conseil général du Nord; Le Piez, chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain en Laye; Duplouy, chirurgien professeur de la marine; Carpentin, pharmacien professeur de la marine; Lacroix, Le Coniat, Mège, Riou, Romain, Grenet, Gayme, chirurgiens de 1re classe de la marine; Monin, de Carové, chirurgiens de 2e classe de la marine; Blandin (de la Nièvre); Hirtz, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Bazin, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux; Loir, professeur à la Faculté des sciences de Lyon; Guérineau, professeur adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers; Barthélemy, vétérinaire des haras; Frugère, ancien chirurgien militaire; Gingibre, ancien chirurgien aide-major; Mauric, chirurgien de 1re classe de la marine en retraite; Rathelot, pharmacien-major en retraite; le docteur Urbain d'Arics, ancien juge de paix; Worms, ancien médecin à l'hôpital militaire du Gros-Caillou; Levé, ancien médecin-major; Rossignol, médecin de l'Opéra; Gallois, ancien médecin par quartier de S. A. I. le prince Jérôme; Buthod, Dufour, médecins-majors de 1re classe; Champion, Muller, Windrif, médecins-majors de 2e classe; Brunet, Luzy, Morache, Dupeyron, médecins aides-majors de 1re classe; Beylier, pharmacien-major de 1re classe; Rancurel, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Douera; Rousset et Goyeau, vétérinaires en 1er; Carpentier, médecin du ministère des finances.

— Par décret en date du 12 août 1864, ont été nommés dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin inspecteur : M. Louis Cazalas, médecin principal de 1re classe.

A cinq emplois de médecin principal de 1re classe (choix) : MM. les médecins principaux de 2e classe Rietschel, Molard, Ebrmann, Pastureau et Cabrol.

A quatre emplois de médecin principal de 2e classe (choix) : MM. les médecins-majors de 1re classe Capron, Baizeau, Bonduelle et Fropo.

A deux emplois de pharmacien principal de 1re classe (choix) : MM. les pharmaciens principaux de 2e classe Demortain et Fournès.

A trois emplois de pharmacien principal de 2e classe (choix) : MM. les pharmaciens-majors de 1re classe Lapeyre, Capiomont et Roucher.

— Par décret du 8 août 1864, M. le docteur Lefèvre, médecin de l'hôpital de Montluçon, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 1er août 1864, ont été nommés présidents des sociétés de secours mutuels :

De l'*Association rhetéloise*, à Rhetel (Ardennes), M. le docteur Reberotte-Labesse, membre du conseil général;

Des médecins du département à Caen (Calvados), M. le docteur Vastel, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine.

— Par arrêté ministériel du 18 juillet, M. le docteur E. Damourette a été nommé inspecteur des eaux de Sermaize (Marne).

— Par divers décrets, ont été autorisés à porter les insignes d'ordres étrangers :

MM. Larrey, nommé grand officier du Lion et du Soleil de Perse;

Goffres, nommé chevalier de 2e classe de l'ordre de Sainte-Anne de Russie;

Ricque, nommé chevalier des saints Maurice et Lazare.

L'événement littéraire du moment, c'est la publication depuis si longtemps attendue sous ce titre : *Louis XVI, Marie-Antoinette et Madame Elisabeth*, de quatre volumes de Lettres et Documents inédits qui renouvellent l'histoire de la Révolution française. L'auteur est M. Feuillet de Conches; l'éditeur, Henri Plon. L'ouvrage sera orné de portraits et de *fac-simile*. Le premier volume est en vente.

Essai sur les hémorrhagies intra-oculaires, par le docteur Danthon, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Mémoire grand in-8° de 82 pages. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 97. — SAMEDI 20 AOUT 1864. (37e ANNÉE.) N° 97. — SAMEDI 20 AOUT 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois.	16 »
Un an.	30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des théories nouvelles de la fièvre et de l'inflammation, basées sur l'action physiologique des nerfs vaso-moteurs.

La découverte des nerfs vaso-moteurs est de date toute récente : il y a douze ans (29 mars 1852) que M. Claude Bernard, dans une communication orale faite à l'Institut, apprit qu'après la section de la portion cervicale du grand sympathique, on trouvait une augmentation considérable de température du côté lésé. Le premier il a signalé ce fait, que les autres expérimentateurs avaient laissé passer inaperçu. Mais il restait à trouver la raison d'être de cette élévation de température, à laquelle l'illustre expérimentateur que nous venons de citer était loin de s'attendre. C'est alors que M. Brown-Séquard donna aux observations de M. Claude Bernard leur véritable signification : il fit voir que l'élévation de température était la conséquence directe de la dilatation des vaisseaux et de l'afflux du sang dans l'organe. Ainsi se trouvait établi ce grand fait, que certains nerfs ont pour fonction de faire contracter les vaisseaux.

Quelque temps auparavant, alors que M. Claude Bernard poursuivait ses recherches sur le mécanisme de la sécrétion salivaire, il disait, à propos des modifications qui surviennent dans le sang des veines de la glande après la section du filet carotidien du grand sympathique : « Si le fait sur lequel je viens d'appeler votre attention était général, et *ce n'est pour le moment qu'une hypothèse*, il faudrait reconnaître dans chaque organe deux ordres de nerfs, les uns agissant sur les tissus propres de l'organe, les autres sur les vaisseaux qui parcourent cet organe pour les élargir et les faire contracter. » (Cl. Bernard, *Liquides de l'organisme*, t. I, p. 328).

Si la théorie des nerfs vaso-moteurs est une hypothèse, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il n'en est pas de plus admissible et en même temps de plus satisfaisante par ses conséquences. Déjà Brown-Séquard a fondé sur elle toute une classe de maladies nouvelles : les paralysies réflexes. On lit en effet dans son livre *Des paralysies*, p. 24 :

« Il est maintenant bien établi que les vaisseaux sanguins se contractent avec énergie et parfois même sont saisis d'un spasme réel et prolongé, soit par une influence directe de leurs nerfs moteurs, soit par une excitation qui, de quelque nerf centripète ou excito-moteur, a été réfléchie sur eux par l'axe cérébro-spinal. Il est donc inutile de démontrer ici que les vaisseaux sanguins, quant à leurs actions réflexes, sont exactement comme les muscles de la vie animale en ce qui concerne leurs relations avec le système nerveux. »

Les travaux de M. Brown-Séquard ont ouvert la voie à des recherches du plus haut intérêt. L'Académie des sciences vient de couronner un Mémoire de M. Cohen sur les névroses vaso-motrices. Tout récemment, un élève de la Faculté de Paris, M. de Pontèvez, a, dans une très-remarquable thèse, donné un résumé complet de l'état de la science à ce sujet ; il a cherché, s'appuyant sur les recherches physiologiques de M. Marey, à étendre les conséquences que l'on croit déduites jusqu'aujourd'hui des expériences que nous venons de rappeler ; il a montré comment on pouvait, avec ces données très-simples, donner la théorie non-seulement de la fièvre, de l'algidité, de la chaleur animale, etc., mais encore du mécanisme ou mode d'action des médicaments dynamiques sur l'organisme.

Le plan ainsi embrassé est trop vaste pour que nous puissions suivre l'auteur dans tous les développements qu'il a donnés. Nous préférons restreindre le champ d'applications de ces recherches physiologiques si intéressantes, sans prétendre avec l'auteur de la thèse que nous venons de citer, « que la théorie des nerfs vaso-moteurs soit une doctrine puissante et féconde destinée à transformer la médecine. »

Nous verrons seulement le parti qu'on en peut tirer pour *expliquer* la fièvre et l'inflammation.

I. Nous ne parlons ici que de l'état fébrile caractérisé par l'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur animale. Cet état, — qu'il existe seul, comme dans la fièvre éphémère, la synoque, ou bien qu'il ne soit qu'un élément d'une autre maladie, pyrexie ou inflammation, — est si fréquent qu'il constitue un des problèmes les plus généraux de la pathologie. On n'a pas manqué de l'expliquer par les idées de surexcitation vitale, et le mot même de *réaction fébrile*, sous lequel cet état est souvent désigné, indique assez cette lutte supposée entre la nature et le principe morbifique, lutte pour laquelle toutes les forces sont *exaltées*. De là cette fausse idée de l'hypersthénie accompagnant le pouls fort et fréquent, avec les autres symptômes de chaleur, d'excitation, etc. Toute la doctrine italienne est basée sur cette fausse idée de l'hypersthénie. — En France, aujourd'hui encore, M. Trousseau, à propos de l'action sédative de la digitale, parle des « *propriétés anti-vitales* de ce médicament, » et M. Forget, dans ses *Principes de thérapeutique*, page 399, s'exprime ainsi : « L'irritation, c'est l'excitation ; la stimulation, c'est l'exagération des propriétés vitales, et *voilà tout*. »

Tout cela est le résultat d'une illusion presque inévitable, qui nous fait croire que plus il y a de mouvement et de chaleur, plus il y a de vitalité.

Mais si l'on a bien compris l'action des vaso-moteurs sur la circulation et la chaleur animale, on se fera une toute autre idée de la fièvre ; on verra que, bien loin d'être un symptôme d'hypersthénie, de suractivité, elle est l'effet d'une véritable faiblesse, et que tous les phénomènes qu'elles présentent peuvent s'expliquer d'une façon satisfaisante par le relâchement des vaisseaux. Qu'observe-t-on, en effet, dans la fièvre ? Du côté des tissus, de la chaleur, de la rougeur, du gonflement ; du côté des artères et du cœur, l'accroissement de la force et de la fréquence du pouls.

En touchant la peau d'un malade qui a de la fièvre, on constate qu'elle est brûlante. Le grand accroissement que la température du corps a pris ainsi à la périphérie tient donc à la circulation plus active qui s'y fait ; de même qu'après la section du grand sympathique, les parties animées par ce nerf s'échauffent à cause de leur plus grande vascularité.

L'amaigrissement rapide que détermine la fièvre est une preuve de cette combustion plus active liée au relâchement des vaisseaux.

Quant à la rougeur des tissus, elle est encore plus facilement explicable : elle est due uniquement à la réplétion des vaisseaux, réplétion qui suppose leur relâchement. Elle est exactement comparable à la rougeur d'un organe congestionné, et à celle qu'on produit sur l'oreille des lapins par la section du grand sympathique.

Dans la fièvre, la face et les extrémités se gonflent. Si l'on admet le relâchement des vaisseaux, rien n'est plus facile à comprendre. Les organes n'étant presque composés que de capillaires, la dilatation de ceux-ci doit augmenter le volume des organes : c'est ce qui arrive partout où il y a de la congestion. Mais en supposant tous les capillaires relâchés dans la fièvre, on ne peut s'attendre à trouver tous les organes plus volumineux, car pour cela il faudrait que la masse du sang se fût accrue. Le gonflement aura donc lieu sur les points qui offrent au sang le moins de résistance. Or ces points-là sont justement la face et les extrémités, qui en effet sont gonflées dans la fièvre.

Pour ce qui est de la force et de la fréquence du pouls, les expériences de MM. Chauveau et Marey ont prouvé que l'une et l'autre varient en sens inverse de la tension artérielle, et on sait que la tension artérielle s'élève ou s'abaisse suivant l'état de contraction ou de dilatation des capillaires. Il est vrai que si on suppose une suractivité dans le cœur, on aura également un pouls plus fréquent et plus fort. Dans l'état fébrile, on peut donc faire deux hypothèses : il y a ou une résistance moindre au cours du sang, ou une impulsion plus forte de l'organe central. Dans le premier cas, on devra trouver la tension artérielle abaissée ; dans le second, elle sera naturellement plus élevée. Or MM. Chauveau et Marey ont constaté « que les chevaux qui ont la fièvre présentent une tension artérielle plus faible qu'à l'état normal. » (Marey, *Circul.*, p. 367, notes.)

Ici c'est la fièvre elle-même qui est prise sur le fait, et la question paraît résolue. Il y a cependant une exception à cette loi, et M. Marey l'a signalée : c'est dans les fièvres éruptives, où le pouls, fréquent et fort, s'accompagne des signes d'une haute tension artérielle. Il est donc conduit à admettre dans ces maladies, en même temps que la dilatation des capillaires, une excitation directe du cœur.

II. La congestion est caractérisée par la rougeur, la chaleur, la tuméfaction et la douleur : c'est en un mot une *fièvre locale*. En répétant mot pour mot ce que nous venons de dire de la fièvre, on voit donc que tous les phénomènes de la congestion se ramènent à une même cause, la dilatation des vaisseaux.

Or, toutes les fois qu'une congestion dure assez longtemps ou est assez forte, elle peut se terminer par l'inflammation, et cela amène, quelle que soit la cause, de la congestion.

D'un autre côté, toute inflammation a commencé par une congestion. Il y a donc une relation nécessaire entre ces deux états morbides, l'un n'étant que le second degré de l'autre.

La différence qui les sépare, c'est l'exsudation de lymphe plastique ou de fibrine (*oxyprotéine* de Mulder).

BIBLIOGRAPHIE.

Cours de philosophie positive; par Auguste COMTE, répétiteur d'analyse transcendante et de mécanique rationnelle à l'École polytechnique. 2e édition, augmentée d'une préface, par M. E. LITTRÉ, membre de l'Institut (1).

Comme la philosophie exerce déjà, et doit surtout exercer une grande influence sur la culture des sciences, il n'est pas hors de propos de parler ici des traités de philosophie qui n'excluent pas ces dernières. En opposition avec les philosophies théologiques et métaphysiques, et justement en raison de l'impuissance où elles ont été de donner jamais la démonstration de leurs principes, la philosophie positive renonce à toute recherche de l'absolu, quelque forme qu'il prenne, soit par rapport à l'origine des choses, soit par rapport à leur fin ou but ; elle est donc toujours relative.

Distinguant les connaissances abstraites des connaissances concrètes (les premières sont seules du domaine de la philosophie), elle range tout le savoir humain sous six chefs ou sciences qui se suivent et s'enchaînent :

1° La mathématique, la plus ancienne de toutes et la plus simple ;
2° L'astronomie, qui dépend de la mathématique ;
3° La physique, qui dépend de la mathématique et de l'astronomie ;
4° La chimie, qui dépend de la physique ;
5° La biologie, qui dépend de la chimie surtout, et aussi de la physique ;
6° La sociologie, ou science sociale, ou histoire, qui dépend de la biologie.

Tel est le vaste ensemble trouvé par Auguste Comte, ensemble qui, par lui seul, est pour l'esprit l'enseignement le plus fécond et la direction la plus sûre. La sociologie, sixième science, lui doit aussi ses premiers fondements ; et ce n'est, en effet, qu'après l'avoir créée, qu'il a pu construire le cycle entier de la science, ou philosophie ; car comme on voit, grâce à cette immense découverte, le circuit du monde intellectuel est fait, comme le fut jadis celui du globe terrestre par Vasco de Gama et Magellan. Tout est embrassé par là, tout, depuis les premières spéculations mathématiques et les phénomènes inorganiques jusqu'à ceux du monde organisé et des sociétés.

C'est bien là une philosophie, puisqu'on entend par ce terme un système de notions générales ou abstraites (ces deux termes sont ici synonymes) sur l'ensemble des choses.

Le développement de la philosophie présente trois phases essentielles qui correspondent à trois phases successives dans la civilisation : elle est progressivement théologique, métaphysique et positive.

Dans la première phase, l'explication des choses est rattachée à des personnalités qui sont la cause des existences, des phénomènes et des événements. Dans la seconde, quand la critique a commencé à ébranler les notions spontanées ou théologiques, une classe d'entités intervient dans le système, et élimine çà et là et de plus en plus les êtres divins dont l'agence était admise en tout phénomène. Dans la troisième, on renonce à la recherche de l'absolu, c'est-à-dire des causes premières et des causes finales, désormais reconnues inaccessibles, et bonnes seulement pour occuper l'enfance de l'esprit humain, et l'on s'applique uniquement à la recherche des lois et des conditions.

C'est ainsi que la philosophie satisfait au besoin de la raison, qui est d'avoir une source de règles générales supérieures à elle et régissant l'intelligence et la conduite, et elle remplit son office justement parce qu'elle est relative, s'accommodant, par le mode même de sa formation, à tous les degrés du développement humain.

La philosophie médicale est un rameau détaché de la philosophie générale. La philosophie d'une science particulière est en effet le système des idées générales qui appartiennent à cette science ; et comme la médecine n'est qu'un appendice de la biologie, c'est par l'intermédiaire de celle-ci qu'il faut arriver à celle-là.

Le terme culminant de la philosophie médicale est que toute la pathologie est seulement une altération des propriétés normales des parties vivantes. Là est le pivot de la médecine et le dernier système auquel elle puisse arriver ; si bien que, depuis qu'elle a atteint cette idée suprême, tous les systèmes qui l'ont si longtemps occupée, soutenue, agitée, sont tombés spontanément en désuétude. Ce point de vue acquis, elle a à décrire les maladies et à les classer. Son domaine se divise en deux grandes parties, suivant qu'elle s'occupe

(1) Six volumes in-8°. Paris, 1864. J. B. Baillière et fils.

On admet généralement la dilatation des vaisseaux dans l'inflammation; Hunter l'a démontrée (*Traité de l'inflammation*, p. 361). La dilatation des vaisseaux amène la congestion; celle-ci, par la compression des veines, produit une sorte d'étranglement. De la stase du sang, altération des globules, exsudation de lymphe plastique, quelquefois hémorrhagie interstitielle et même gangrène.

La même cause explique tout; le traitement à son tour répond à cette théorie : au début, compression, élévation, froid, astringents, etc., tous agents qui sont destinés ou plutôt qui ont pour effet d'augmenter la contractilité des capillaires et d'en chasser le sang.

Plus tard, quand l'inflammation est confirmée, on emploie les émollients pour relâcher les tissus qui étranglent, ou bien on fait des incisions pour les débrider.

L'influence des nerfs vaso-moteurs sur les congestions et les inflammations a été mise en lumière par M. Claude Bernard. « A la suite de certaines opérations sur les nerfs, on voit le pus se former dans différents organes; c'est le sympathique qui est l'agent de cette production. Que la section de ce nerf soit pratiquée sur un animal faible, on observera d'un seul côté (celui où a été pratiquée l'opération) une suppuration des muqueuses de la tête tellement abondante que l'animal en mourra presque toujours.... J'ai observé la même chose dans les cavités abdominale et thoracique, lorsque j'y ai détruit quelque partie du grand sympathique. » (Cl. Bernard, *Liquides de l'organisme*, t. II, p. 424.)

Aucune action ne paraît donc mieux démontrée que celle des nerfs vaso-moteurs : leur paralysie amène la congestion, leur excitation la fait cesser, leur destruction détermine la suppuration. Il est impossible de ne pas reconnaître dans tous ces faits le caractère passif et asthénique de l'inflammation.

Opération césarienne pour un rétrécissement du bassin par une tumeur hydatique du foie.

Une malade âgée de vingt et un ans, enceinte pour la première fois, s'était présentée à M. Th. Salder, de Londres, avec les caractères d'une dystocie complète. La patiente était en travail depuis six jours, et se montrait faible et abattue.

Il semblait qu'il y eût une exostose du sacrum dure et oblitérant le vagin au point que deux doigts à peine pouvaient être introduits entre le pubis et l'exostose, qui avait pris naissance sur le sacrum. Le diamètre antéro-postérieur du bassin, mesuré rigoureusement, n'avait pas plus de 4 centimètres (*an inch and a quater*); après mûre réflexion, l'opération césarienne fut décidée.

La vessie et le rectum ayant été vidés, M. Salder a fait une incision sur la ligne blanche étendue de l'ombilic au pubis; les tissus ont été coupés couche par couche. Aussitôt que le péritoine eut été ouvert, un grand nombre de kystes semblant s'être formés dans l'épiploon se sont presentés a la plaie et ont été repoussés dans le ventre. L'utérus a été ouvert un peu sur le côte. Le liquide amniotique évacué et bien épongé pour ne point en laisser pénétrer dans le ventre, un fœtus mort a été extrait avec le placenta et une certaine quantité de méconium. Après que le chirurgien se fut assuré que l'utérus était bien vidé et était contracté, que le sang et les caillots avaient été rejetés par la plaie et par le vagin, celle-ci a été refermée avec des sutures métalliques et des bandes de diachylon. Un bandage plein a été appliqué autour de l'abdomen.

Le soir, la malade avait sa connaissance, ne souffrait pas, et disait vouloir dormir.

Vingt-quatre heures après, la malade mourait en pleine connaissance et sans accuser de douleur.

L'autopsie, que l'on a pu faire seulement à travers l'ouverture abdominale, a appris qu'il existait dans l'abdomen une masse globuleuse semi-transparente, constituée par une multitude de kystes. La tumeur, qui avait tous les caractères d'un kyste hydatique, occupait toute la partie supérieure de la cavité abdominale, partait du foie, et s'étendait le long de la colonne vertébrale jusqu'au bassin, où elle comprimait l'utérus, et avait simulé ainsi une tumeur osseuse née sur le promontoire du sacrum.

Dans sa communication au journal *Med. Times and Gazette*, M. Salder dit qu'il eût été impossible de préciser la nature de la tumeur par une ponction exploratrice, mais qu'une incision avec le bistouri eût pu permettre d'évacuer une certaine quantité d'hydatides, et laisser le vagin assez libre pour que le passage de l'enfant fût possible. Le cas paraît unique au chirurgien de Londres.

Cette observation est importante à deux points de vue : d'abord la dystocie par tumeur de l'abdomen est rare; à part les kystes de l'ovaire, les ostéosarcomes de la fosse iliaque n'ont pas d'ordinaire un volume et une situation pouvant donner lieu à une dystocie telle que celle qui vient d'être signalée. D'une autre part, il y a dans ce fait quelque chose qui renverse une opinion ancienne consignée dans les livres classiques, à savoir : que les ostéosarcomes et les kystes du petit bassin n'ont pas une dureté osseuse capable de faire croire à une exostose. Chez la malade de M. Salder, il y avait une dureté osseuse. Mais si l'on considère combien dans d'autres régions il est de tumeurs liquides, de kystes multiloculaires qui ont une dureté osseuse, les kystes multiloculaires de l'ovaire, les hypertrophies du corps thyroïde avec kystes, on ne comprend pas comment le diagnostic d'exostose a pu être posé.

Néanmoins, voici une erreur de diagnostic dont la pratique fera son profit, et il en ressortira une médication nouvelle, celle de faire des ponctions exploratrices afin de diagnostiquer les exostoses et les kystes. Si le trocart pénètre dans la tumeur, c'est assez pour admettre qu'il ne s'agit pas d'une exostose; s'il sort du liquide séreux, rien n'empêche de faire une incision et de vider la tumeur. Si, au contraire, il s'agit d'une exostose, il y aura lieu alors de discuter la nécessité de l'opération césarienne.

Pour ce qui est du traitement en fait d'obstétrique, le but du chirurgien doit toujours être de favoriser l'expulsion naturelle du fœtus. Si M. Danyau a pu reussir un accouchement à travers un corps fibreux du col de l'utérus incisé à son milieu, tout légitime une incision large des kystes qui oblitèrent le détroit supérieur du petit bassin, et contre-indique l'opération césarienne.

Tumeur cartilagineuse de la cloison du nez.

Voici une note de M. Erichsen sur un cas de tumeur cartilagineuse de la cloison des fosses nasales. Quoiqu'il n'y ait pas eu d'examen microscopique, il est probable que la tumeur était réellement constituée par une hypertrophie du cartilage de la cloison, formée au niveau de son union avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Un malade portait une tumeur qui, apparente surtout du côté droit de la cloison, repoussait celle-ci et la narine gauche, ce qui produisait une difformité. L'articulation des lettres nasales empêchée, l'impossibilité de respirer par le nez et un ronflement désagréable, outre la difformité et la saillie de la tumeur à travers la narine droite, engagèrent le chirurgien à l'enlever.

La tumeur a été enlevée par dissection avec un scalpel à travers la narine droite. La production cartilagineuse était en partie attachée à la portion osseuse de la cloison, qui envoyait une aiguille osseuse dans l'intérieur de la tumeur. La cloison cartilagineuse n'a pas été traversée; il y eut un écoulement de sang abondant qui fut arrêté par le tamponnement.

A propos de ces maladies, que l'on décrit comme nouvelles, et qui ont été l'objet de descriptions spéciales de Holmes, dans *System of surgery*, on ne peut s'empêcher de regretter que l'on oublie qu'il existait autrefois des polypes dits cartilagineux. Boyer, en parlant des polypes durs, dit : « Il en est qui sont si fermes, qu'ils semblent cartilagineux. » Gerdy même a décrit les polypes cartilagineux dans sa thèse de concours sur les polypes.

DE LA THORACENTÈSE
dans un cas de pleurésie aiguë.

Par M. le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

Malgré des études importantes et des discussions nombreuses relatives à la ponction de la poitrine, les médecins ne sont pas entièrement fixés sur les avantages et les inconvénients que présente la thoracentèse. Cependant, malgré les attaques dirigées contre cette opération, il est hors de doute qu'elle a une utilité immédiate en soulageant promptement les malades. Il en résulte une autre, consécutive à l'évacuation du liquide. Le déplissement du poumon dû à la diminution de l'épanchement, facilite singulièrement la circulation générale, et permet la résorption du liquide qui après la ponction se trouverait encore dans la poitrine. L'organisation des fausses membranes peut être arrêtée dans son développement, et partant les accidents qui résultent des adhérences de ces fausses membranes.

La thoracentèse est un procédé opératoire que l'on n'emploie d'ordinaire que dans la période ultime de la pleurésie, ayant amené, par exemple, un épanchement séreux aigu. Quand tous les moyens thérapeutiques ont échoué, alors que le malade se trouve, par suite de l'accumulation du liquide dans la poitrine, sous le coup d'une asphyxie imminente, on doit avoir recours à un moyen qui compte quelques succès. Nous avons pratiqué la thoracentèse dans un cas très-grave; nous y étions sollicités par l'état et la position du malade, et par le désir de sa famille. Ce fait a présenté certaines particularités remarquables; nous le publions, malgré l'insuccès dont a été suivie l'opération :

C... (Jean), né à Damoulens (Landes), âgé de vingt ans et doué d'une excellente constitution, est atteint de douleurs au côté gauche, à la suite de fatigues de toutes sortes qu'amènent toujours les courses de taureaux dans nos landes. Il a été pris de refroidissement marqué; cependant il continue de vaquer à ses occupations ordinaires, mais la douleur devient plus vive; la toux est sèche et la céphalalgie intense. Son médecin ordinaire diagnostique une affection de poitrine, le soumet au traitement classique des inflammations pulmonaire et pleurale, sans obtenir de résultat favorable. — Saignée au début, potion rasorienne, larges vésicatoires, tisane nitrée, etc.

Appelé trois semaines après le début des accidents, voici l'état dans lequel je trouvai le malade.

Ce jeune homme est couché sur le côté gauche de la poitrine. Sa figure exprime l'angoisse; en outre sa face est pâle, terreuse. Le déplacement amène des lipothymies. Interrogé, il répond d'une manière entrecoupée. L'oppression et la dyspnée sont portées à un assez fort degré. La toux est férine, c'est-à-dire sèche, opiniâtre et fréquente.

L'auscultation nous révèle une absence complète du murmure respiratoire naturel du côté gauche; point de bronchophonie; du côté droit, le murmure respiratoire se perçoit faiblement, avec de l'égophonie à l'angle inférieur de l'omoplate. Le cœur est refoulé à droite; on ne perçoit pas ses battements à gauche.

A la percussion, matité complète dans toute la hauteur du poumon gauche. Accélération des mouvements de la respiration, 36 à la minute. Pouls petit, fuyant et fréquent, 120 à la minute. Le côté gauche de la poitrine est manifestement déformé.

Le malade était atteint de pleurésie aiguë, avec épanchement considérable du côté gauche. Depuis deux jours, la maladie avait affecté une marche rapide et les symptômes étaient devenus d'une intensité telle, qu'on désespérait de sauver le malade.

La thoracentèse fut proposée et acceptée par la famille et le malade. Malgré l'insuccès probable de l'opération, je pratiquai immédiatement la ponction de la poitrine.

Le malade fut maintenu par des aides dans son lit, dans une attitude assise. Après l'avoir fait pencher sur le côté gauche, le bras étant relevé et le pli ayant été fait à la peau, je pratiquai avec le bistouri une incision de 0,02 centimètres environ, parallèle au bord supérieur de la huitième côte. Le lieu d'élection de la plaie se trouva à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur des côtes, et cela pour deux raisons; j'évitais ainsi de blesser l'artère mammaire interne, située le long du sternum, et les artères intercostales fournies par cette même artère, intercostales qui dans ce point se cachent sous le bord inférieur des côtes. La peau, le tissu cellulaire et le muscle intercostal divisés, je pénétrai sans difficulté dans la poitrine, le trocart n'ayant eu qu'à perforer les digitations du grand dentelé et celles du grand oblique.

Au pavillon de la canule était fixée une bande de baudruche formant canal, d'après l'ingénieux procédé de M. Reybard.

---

d'entretenir la santé (hygiène) ou de guérir les maladies (médecine proprement dite ou art médical).

Come montre en effet que la médecine est un art, le plus élevé après celui de diriger politiquement les peuples; mais elle n'est point une science et n'en prendra jamais le caractère. Toutefois, comme tous les arts, elle s'appuie directement et incessamment sur un certain nombre de sciences concrètes ou d'application qui seules méritent le nom de sciences médicales. Ce sont, d'une part, la pathologie et l'histoire naturelle dans l'ordre biologique, puis la physique et la chimie appliquées, dans l'ordre cosmologique ou inorganique; sciences sans lesquelles les caractères, la nature, ni les causes des maladies générales, locales, parasitaires ou autres, ne sauraient être déterminés; sans lesquelles la nature des médicaments et autres moyens thérapeutiques reste ignorée; sans lesquelles le médecin n'est qu'un empirique.

On voit déjà par ce qui précède que dans les sciences il faut distinguer la science abstraite de la science concrète, la première seule pouvant entrer dans la conception philosophique qui nous occupe. Elle est abstraite quand elle s'occupe des théories générales; elle est concrète quand elle s'occupe d'un objet particulier.

Du moment qu'on a bien saisi cette distinction entre les sciences abstraites et les sciences concrètes, on peut établir une hiérarchie entre elles, ce qui est absolument impossible avant cette division capitale. Le principe de cette hiérarchie est la généralité décroissante et la complexité croissante, c'est-à-dire que la première science est la plus générale et la moins complexe, et que la dernière est la plus complexe et la moins générale. Subsidiairement, ce principe se fortifie d'un second, qui n'en est qu'une conséquence : c'est qu'une science conséquente a toujours besoin pour se développer de la science antécédente, la première science étant la seule qui n'ait pas besoin d'un pareil appui, en vertu de son extrême simplicité. Cette première science, dans l'ordre hiérarchique, est la mathématique, s'occupant de ce qu'il y a de plus général, les nombres, les formes et les mouvements. La seconde est l'astronomie, qui ne peut se développer sans la mathématique. La troisième est la physique, qui s'appuie sur l'astronomie et la mathématique. La quatrième est la chimie, qui suppose la physique. La cinquième est la biologie, qui suppose la chimie. La sixième et dernière est la sociologie ou science sociale, qui suppose la biologie. Ainsi rangées, ces six sciences constituent tout le savoir humain abstrait, c'est-à-dire toute la philosophie, hiérarchie qui est par elle seule une immense lumière et qui est due à Auguste Comte.

Il montre aussi comment de ces notions générales de la science surgissent les doctrines médicales, c'est-à-dire les données philosophiques qui ont successivement guidé dans la série des âges les médecins pour l'interprétation des caractères de la substance organisée et de ses phénomènes principalement envisagés dans leurs états accidentels ou morbides.

Toute doctrine médicale doit avoir pour point de départ que tout phénomène suppose une substance qui en est le siége, et que le dérangement suppose l'ordre dont il est un changement; que par conséquent toute doctrine médicale est nulle qui ne repose pas sur la connaissance approfondie des phénomènes d'ordre organique ou vital, comme l'intelligence de ceux-ci exige de connaître la *substance organisée*, amorphe ou figurée qui se manifeste. Sans cela, en effet, il devient impossible de saisir les rapports nécessaires qui existent entre les altérations des organes ou les perturbations de leurs usages d'une part, et de leur état normal d'autre part, rapports dont les formules constituent les lois de la pathologie.

Toute *doctrine* donne la *méthode* dans l'examen des questions dominantes d'une science, comme à son tour la méthode trace l'*ordre* à suivre dans les études d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques, qui lui-même suscite le choix et l'invention des procédés d'analyse anatomique, d'expérimentation physiologique et d'applications thérapeutiques dans la pratique de l'art.

Tel est l'enchaînement logique des idées qui montre que sans doctrine médicale le praticien, forcément conduit au scepticisme, ne diffère des empiriques ou des charlatans que par le masque d'une dignité empruntée.

On voit aussi par ce qui précède que la doctrine se distingue de la théorie, en ce que la première représente le faisceau des théories relatives aux diverses sciences qu'on fait concourir à un même but scientifique ou pratique : elle se place ainsi au-dessus de la seconde. Une doctrine bien fondée peut de la sorte dispenser dans un cas donné, au moins pour un temps, de l'observation directe d'un certain nombre de faits de détail, lorsqu'il s'agit d'apprécier ceux-ci ou de les appliquer dans la pratique de l'art; elle enseigne en même temps, avantage inestimable, à subordonner sans peine l'imagination ou le désir de la réussite à l'observation.

Ch. Robin.

Aussitôt que le trocart fut retiré, un liquide citrin s'écoula par la canule, allant frapper les parois du conduit de baudruche, qui retombait dans un vase. Un litre de liquide s'était environ écoulé, qu'une toux sèche, opiniâtre, due au déplissement du poumon, nous força à suspendre l'écoulement de la sérosité pleurale; portant l'index sur l'ouverture extérieure de la canule, il était impossible à l'air de pénétrer dans la cavité de la plèvre, puisque la paroi de la baudruche se trouvait interposée entre mon doigt et le pavillon de la canule. La toux ayant cessé, le liquide continua de s'écouler. Nous avions retiré deux litres de sérosité, lorsqu'un nouvel accès de toux sèche, bruyante, nous força de terminer l'opération.

La canule retirée, le parallélisme de la plaie fut détruit par l'abaissement du pli cutané. Un petit carré de sparadrap constitua tout le pansement.

Avant que le malade fût replacé dans le décubitus dorsal, nous constatâmes par l'auscultation, au lieu de l'absence du murmure respiratoire, des râles, des bruits divers qui prouvaient que l'air pénétrait par les bronches dans le tissu pulmonaire.

Le liquide reçu dans le premier vase ne contenait ni flocons ni traces de matière purulente. Il était citrin, séreux. Celui reçu dans le second vase se prit sous forme de gelée, rappelant la couenne gélatiniforme que l'on rencontre dans des saignées pratiquées surtout dans des cas de rhumatisme articulaire aigu. Evidemment ce dernier liquide contenait en quantité certains éléments du sang, et l'élément dominant était la fibrine. En effet, la fibrine se rencontre dans la lymphe, le chyle, le sang et certains liquides émanés du sang, notamment dans la sérosité de l'ascite, de l'hydrothorax et les exsudations inflammatoires. (*Dictionnaire* de Nysten, Littré et Robin.)

Le malade, depuis la ponction de la poitrine, obtint pendant deux jours un notable soulagement. Mais il succomba le troisième à ces mêmes accidents asphyxiques qu'il présentait à un haut degré au moment où le trocart pénétrait dans la cavité pleurale.

Quoi qu'il en soit, la thoracentèse constitue un moyen thérapeutique précieux et très-utile dans certains cas de pleurésie à suffusion séreuse considérable et à marche rapide. M. le professeur Trousseau, notre maître, conseille avec raison la thoracentèse dans des cas de « pleurésie aiguë comme moyen extrême, » alors que tous les autres remèdes ont été impuissants et que » la vie est prochainement compromise par l'abondance de l'épanchement. »

Dans un excellent rapport lu à la Société médicale des hôpitaux, rapport qui traite des indications et des contre-indications de la thoracentèse, M. Marotte exprime la même idée quand il dit : « La ponction de la poitrine est de nécessité toutes les fois » qu'il y a asphyxie imminente, quels que soient les symptômes » concomitants. »

Quant à la pénétration de l'air dans la plèvre, elle n'entraîne pas toujours ni nécessairement des accidents graves. Cependant ce serait commettre une grande imprudence que de ne pas empêcher avec une bande de baudruche, fixée au pavillon de la canule, ou par tout autre moyen, la pénétration de l'air dans la cavité pleurale.

EMPOISONNEMENT
par l'application des feuilles de tabac sur la peau.
Par M. le docteur Gallavardin.

Dans la séance du 11 juillet dernier, M. le docteur Namias a communiqué à l'Académie des sciences une note dans laquelle il raconte que « un contrebandier se couvrait, il a quelques mois, toute la peau nue de feuilles de tabac, qu'il voulait soustraire au payement de l'impôt. Le tabac, mouillé par la sueur, excita un véritable empoisonnement qu'on a guéri moyennant les boissons alcooliques et le laudanum. » Après avoir dit que dans ce cas le tabac produisit la faiblesse extrême du pouls, sa petitesse, des sueurs froides, des défaillances, M. Namias ajoute : « Il n'y a pas, que je sache, un exemple pareil d'empoisonnement par les feuilles de tabac appliquées sur la peau. »

J'ai recherché si la littérature médicale ne rapporterait pas des faits analogues, et j'en ai trouvé trois relatés dans les journaux de médecine en 1801, en 1844 et en 1854. Je vais les rappeler brièvement d'après leur ordre chronologique.

1° Tous les hussards d'un escadron s'étaient enveloppés le corps de feuilles de tabac dans l'intention de frauder; et, quoique tous fussent de grands fumeurs, ils éprouvèrent néanmoins les symptômes suivants : maux de tête, vertiges, vomissements. (Von Hildenbrand, *Journal der praktischen Arzeneikunde und Wundarzneikunst von Hufeland*, 1801, Bd XIII, cah. I, p. 151.)

2° A la suite de l'application externe des feuilles de tabac chez une femme de cinquante ans, on observa les phénomènes d'intoxication suivants : nausées, vomissements spasmodiques, hoquet, oppression et accès de suffocation, prostration excessive, froid aux extrémités, sueur froide et visqueuse, membres froids et grande fatigue, pouls lent et intermittent. (De Meyern, *Medicinische Zeitung vom Verein für Heilkunde in Preussen*, 1844, n° 8, p. 33.)

3° Des feuilles de tabac sèches enduites de miel ayant été appliquées sur les membres, chez un paysan de trente-sept ans, robuste mais sujet au rhumatisme chronique, on observa les symptômes d'intoxication suivants : mal de tête, visage injecté, vertiges, tremblement des membres, nausées, vomissements, pouls petit et un peu accéléré. (Polk, *Preussen Vereins Zeitung*, 1854, 52.)

On a également observé des phénomènes d'intoxication :

1° Après l'application du jus de tabac sur un exanthème chronique du cou (*Landerer*);

2° Après l'application externe du tabac (*Truchsess*);

3° Par des frictions faites avec le résidu du tabac à fumer sur des parties dénudées de la peau (*Westrumb*);

4° Après l'application du suc de tabac sur un ulcère teigneux (*Walterhall*);

5° Après l'application du tabac en poudre sur une plaie de la cuisse (*Keskring*);

6° Après l'application d'un liniment de beurre et de tabac sur la tête de trois enfants teigneux (*Keskring*);

7° Après l'enveloppement des bras, des mains, des cuisses et des jarrets avec des linges trempés dans une forte décoction de tabac très-chaude (*Marrigues*).

D'après les observations précédentes, on doit conclure que le tabac, appliqué sur la peau dénudée ou non, peut produire des symptômes d'intoxication analogues à ceux qu'on observe chez les personnes qui l'absorbent par d'autres voies.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 août 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Sutures métalliques, bec-de-lièvre.

M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant, adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Dans la séance du 27 juillet, à propos du mémoire de M. Duboué sur un nouveau mode de suture pour les fistules vésico-vaginales, M. Giraldès a fait connaître à la Société que depuis plus de deux ans il avait substitué les fils métalliques aux épingles pour l'opération du bec-de-lièvre. Cette communication a donné lieu à une discussion dans laquelle vous vous êtes montré, ainsi que M. Velpeau, moins partisan des sutures métalliques que M. Giraldès. Ces dissidences entre des chirurgiens aussi éminents, me font espérer que nos collègues ne jugeront pas inutile l'exposé de ma pratique à ce sujet, et qu'ils y trouveront des motifs sérieux de renoncer, dans la plupart des cas, à la suture entortillée pour l'opération du bec-de-lièvre.

» Depuis que l'usage des fils métalliques a été vulgarisé dans la pratique de la chirurgie, c'est-à-dire depuis que la méthode américaine pour la guérison des fistules vésico-vaginales a été introduite en France, j'ai fait un usage journalier de ce moyen de suture. J'ai exposé ses avantages il y a plusieurs années dans un Mémoire publié dans le *Journal de médecine de la Loire-Inférieure* et reproduit par la *Gazette hebdomadaire*. Dans ce mémoire, je faisais mention d'une opération de bec-de-lièvre pratiquée par M. Gosselin par la suture enchevillée avec des fils d'argent.

» Depuis ce temps, j'ai opéré ainsi sept enfants présentant des becs-de-lièvre à différents degrés, depuis la simple division de la lèvre d'un seul côté jusqu'à la forme la plus compliquée et désignée sous le nom de gueule-de-loup.

» Un enfant de six ans opéré par moi avec un plein succès, rappelait même par la gravité de sa difformité, sans cependant l'égaler, le cas remarquable communiqué l'année dernière à la Société par M. Broca. Chez cet enfant, il fallut enlever l'os inter-maxillaire supportant trois dents incisives, reconstituer la sous-cloison nasale avec le lobule médian disséqué et reployé sur lui-même, décoller largement les deux portions de la lèvre et les ailes du nez, enlever pour l'avivement une portion considérable des bords de la division et produire ainsi un vide énorme.

» Grâce à la suture enchevillée et à quelques points de perfectionnement par la suture entrecoupée, j'ai pu obtenir un résultat aussi satisfaisant que possible. L'enfant, qui avait été assez docile pendant l'opération, n'a pas cessé de pousser des cris et de se mettre en colère pendant les jours qui ont suivi : il ne s'endormait que lorsqu'il était épuisé par la fatigue. Quand je m'approchais de lui, il entrait dans de véritables accès de fureur. Malgré cela, les sutures n'ont pas cédé, la réunion s'est faite sans la moindre lacune, et j'ai renvoyé l'enfant au bout de dix jours à la campagne, sans pouvoir songer à lui enlever moi-même les fils métalliques.

» Ce n'est qu'au bout de trois semaines qu'il permit à sa mère de le débarrasser de tout cet appareil depuis longtemps inutile.

» Deux mois après l'opération, l'enfant a consenti à venir me voir; l'amour-propre satisfait avait fait naître chez lui la reconnaissance. Le visage avait une régularité que je n'aurais pas osé espérer, et le séjour des fils métalliques avait laissé moins de traces que les épingles n'en laissent dans les cas les plus heureux.

» En présence de ce fait, n'est-il pas permis d'affirmer que la suture entortillée, si elle eût été employée, n'eût amené qu'un insuccès, que les épingles eussent coupé les tissus, et qu'au bout de quatre ou cinq jours, c'est-à-dire après l'enlèvement des épingles, les cris de l'enfant eussent infailliblement détruit le travail de cicatrisation?

» En démontrant par cet exemple la supériorité de la suture enchevillée, au moyen de fils métalliques, sur la suture entortillée pour la guérison du bec-de-lièvre, il est inutile de citer les cas plus simples où le succès a été plus facile à obtenir; qui peut plus peut moins.

» Mais le mode opératoire que je préconise a d'autres avantages que ceux qui ressortent de l'exposé qui précède.

» La plupart des enfants qu'on nous amène pour être opérés du bec-de-lièvre viennent de la campagne, et, soit qu'on les place à l'hôpital, soit qu'on les place en ville, le changement d'air et de régime occasionne fréquemment des troubles graves dans leur santé, particulièrement de la diarrhée.

» J'ai vu à l'Hôtel-Dieu de Nantes un enfant mourir ainsi après une opération dont le succès paraissait certain. Lors même que cette complication est moins grave, elle affaiblit l'enfant, nuit au travail de cicatrisation et compromet souvent le succès de l'opération la mieux faite.

» Cependant, si on veut agir comme notre savant maître M. Velpeau, enlever une épingle le premier jour, une autre le second jour et la troisième le cinquième ou le sixième jour, il faut bien garder l'enfant près de soi pour le surveiller; alors on l'expose aux mauvaises conditions hygiéniques que je signale.

» Avec la suture enchevillée, ce danger n'existe plus. Immédiatement après l'opération, je renvoie les enfants chez eux, quelle que soit la distance qu'ils ont à parcourir, et je laisse aux parents ou à leur médecin le soin d'enlever les fils métalliques au bout de dix ou quinze jours.

» L'enfant de six ans dont j'ai rapporté l'histoire en commençant est le seul que j'aie gardé à Nantes une dizaine de jours; il était d'ailleurs placé dans les conditions les plus favorables au point de vue du régime et de l'habitation, et, en raison de son âge, je n'avais pas à craindre les dangers que j'ai indiqués et qui sont surtout à redouter pour les très-jeunes enfants.

» Agréez, etc. »

M. Richet. J'avais dit, dans la discussion qui a eu lieu récemment, que j'avais employé les fils métalliques, et que ceux-ci avaient coupé la peau. Le lendemain même, j'avais à faire une restauration étendue de la verge pour combler une perte de substance résultant de l'ablation d'une tumeur cancéreuse d'abord attaquée par le bistouri, puis enfin par les caustiques, que je dus appliquer à plusieurs reprises. Les lambeaux empruntés au prépuce étaient un peu tiraillés, et je dus renoncer à employer des serre-fines. Plusieurs points de suture métallique servirent à rapprocher les surfaces saignantes. Le lendemain, quelques-uns avaient coupé la peau, et le surlendemain tous l'avaient divisée. Il y a donc des cas où les fils métalliques coupent les parties molles aussi vite et même plus vite que les fils ordinaires. Or, comme j'ai observé cet inconvénient dans les deux cas où j'ai opéré la réunion sur le pénis, je renonce désormais à employer les fils de métal, au moins pour cette région.

M. Giraldès. La question de savoir quels avantages présentent les fils de métal relève directement des faits, et il suffit, pour avoir une opinion exacte à cet égard, d'appliquer en même temps et dans les mêmes conditions des fils végétaux et des fils métalliques. On pourra se convaincre alors que ces derniers valent mieux comme moyen de contention ; ils ne coupent pas plus vite les tissus, ne se gonflent pas au contact des liquides, ne s'encroûtent pas à leur point d'émergence.

Il peut arriver sans doute que le fil végétal soit plus commode à appliquer, mais c'est alors une affaire de procédé opératoire qui n'est pas en question.

Ce serait une exagération de dire que les fils métalliques ne couperont jamais l'épaisseur des tissus ; on peut serrer trop les points de suture ou exagérer sans le vouloir la torsion qu'on imprime aux deux chefs du fil, mais tout cela est subordonné à l'expérience clinique du chirurgien, et jusqu'ici il m'a paru qu'à conditions égales la suture métallique offrait de réels avantages comme moyen de contention.

M. Richet. Il semblerait, d'après ce que vient de dire M. Giraldès, que j'aurais pu trop serrer les points de suture : le moyen que j'emploie ne permet pas d'exagérer la torsion. J'ai l'habitude, dès que le rapprochement est fait, de fixer les deux fils avec une pince et de faire la torsion avec une autre pince en maintenant la première en place.

M. Depaul. Il me semble que la lettre de M. Letenneur ne pose pas la question que nos collègues discutent, mais en soulève une autre sur laquelle je désire présenter quelques observations, à savoir si les fils métalliques sont supérieurs aux épingles et à la suture entortillée dans l'opération du bec-de-lièvre.

Je ne vois guère, pour ma part, que des inconvénients à laisser une suture en place pendant quinze jours ou trois semaines; c'est tout au moins inutile. Tous, nous avons guéri des becs-de-lièvre en quelques jours. Tout dernièrement j'en ai opéré un siégeant des deux côtés, et la réunion était complète au bout de quatre jours.

Je ne saurais non plus approuver la substitution du fil métallique aux épingles et à la suture entortillée. M. Letenneur n'a qu'une seule observation à opposer aux innombrables succès que l'ancienne méthode a donnés à tous les chirurgiens, à M. Dubois, à moi-même, dans l'immense majorité des cas.

En somme, je me regarde comme insuffisamment éclairé par l'observation de M. Letenneur, et je continuerai à employer le procédé qui m'a réussi, la suture avec les épingles.

M. Verneuil. Malgré les discussions qui se sont élevées au sujet des sutures métalliques, je continue à en être partisan, surtout dans les cas où les fils doivent être maintenus pendant longtemps. Ce n'est pas, au reste, par quelques faits isolés que la question pourra être tranchée ; si M. Richet a échoué dans des réunions faites sur le pénis, en revanche, j'ai parfaitement réussi dans une uréthrorapbie avec fils métalliques et plaque de plomb.

Quant au bec-de-lièvre, c'est seulement un procédé de suture qui est ici en cause, et je remarque que tous les chirurgiens sont loin d'être aussi partisans que notre collègue M. Depaul de la suture entortillée. M. Mirault (d'Angers), dont l'expérience est bien grande sous ce rapport, a depuis longtemps renoncé à cette suture.

Et précisément dans certains cas de bec-de-lièvre, on éprouve de grandes difficultés dans l'affrontement tenant à l'étendue de la perte à combler ; et alors il faut maintenir longtemps la suture en place, si on veut éviter la désunion consécutive. Un enfant de sept jours, que j'opérai à Orsay d'un bec-de-lièvre double, fut parfaitement guéri après avoir conservé sa suture pendant une semaine.

Enfin les sutures métalliques m'ont été fort utiles dans le cas suivant, que je vais rapporter avec quelques détails.

Cicatrice vicieuse du nez. Rhinorrhaphie. Guérison.

La fille d'un fermier des environs de Montereau, âgée de quatre ans, d'une belle apparence, quoique un peu lymphatique, me fut adressée pour une restauration nasale.

Quelques semaines auparavant elle avait été cruellement mordue au visage par un chien. La morsure avait entamé la lèvre supérieure et détaché presque entièrement le nez vers le point d'union des parties osseuse et cartilagineuse. La plaie allait du dos du nez jusqu'aux joues en comprenant la cloison, de sorte que le lobule et les ailes tombaient sur la lèvre supérieure, n'étant plus fixés que par la sous-cloison au milieu et par deux pédicules assez étroits sur les côtés.

MM. les docteurs Tonnelier et Queudot pratiquèrent sur-le-champ la suture, qui remit les choses en place; par malheur survint un érysipèle de la face qui détruisit la réunion; une difformité très-choquante s'ensuivit. Voici en quoi elle consistait :

La réunion avait persisté au niveau de la cloison et vers le dos du nez; mais dans ce point toutefois existait une échancrure transversale assez profonde; de chaque côté, au contraire, et dans un point correspondant au bord supérieur de l'aile du nez, on voyait une per-

foration qui pénétrait dans l'intérieur des fosses nasales et donnait passage à du pus et à du mucus. La perforation gauche mesurait 12 millimètres environ. D'avant en arrière, ses bords étaient irréguliers, rétractés en dedans, écartés de 4 à 5 millimètres, presque entièrement cicatrisés; à droite la perforation était plus étroite, moins longue, moins béante.

Par suite de ces lésions, la partie inférieure du nez n'était plus située sur le même plan que le reste de l'organe, elle proéminait en avant et à droite; de plus, l'aile gauche était beaucoup plus basse que celle du côté opposé. Le pus et le mucus concrets formaient des croûtes épaisses qui obturaient les perforations. Enfin les téguments du nez, de la lèvre supérieure et de la partie attenante des joues étaient rouges, tuméfiés, recouverts d'une éruption impétigineuse confluente. Dans cet état de choses, les parties me paraissaient peu disposées à subir une opération immédiate. Je prescrivis à l'intérieur les préparations iodées, à l'extérieur les lotions répétées avec la décoction de feuilles de noyer, puis la pommade au calomel et les bains de Baréges, pour mettre de côté la complication locale, qui aurait été capable de faire échouer de nouveau la suture.

Au bout de six semaines, la peau était revenue à l'état normal. La perforation, fermée à droite, était remplacée par une cicatrice sinueuse, déprimée; mais à gauche, sauf des dimensions plus petites, la fissure existait toujours et promettait de rester telle parce que ses bords étaient tout à fait cutisés.

Je songeai d'abord à n'opérer que de ce côté, c'est-à-dire à boucher simplement la perforation nasale; mais lorsque l'avivement fut fait, je m'aperçus qu'en mettant en contact les lèvres cruentes, l'aile du nez, d'abord trop abaissée, se trouvait plus élevée que celle du côté opposé, sans préjudice de la difformité causée par l'échancrure du dos du nez et par la cicatrice sinueuse de l'aile droite. Je pris donc un parti plus radical. J'enlevai à l'aide de deux incisions très-rapprochées et presque parallèles la ligne cicatricielle de droite, puis je fis transversalement sur le dos du nez deux incisions, enlevant de cette partie une sorte de cône qui comprenait l'échancrure dont j'ai parlé.

Après toutes ces incisions, les choses en somme se trouvaient sensiblement dans le même état qu'au moment de l'accident, c'est-à-dire que le lobule et les ailes étaient presque complétement isolés de la partie supérieure de l'organe, et ne tenaient plus qu'aux joues et à la lèvre supérieure.

En revanche, la coaptation était facile et faisait disparaître la difformité. Cependant, en raison de la perte de substance causée à la fois par la rétraction des parties et par l'avivement, le nez, autrefois de forme ordinaire, était actuellement un peu retroussé (comme dans le nez dit à la Roxelane : pointe élevée, orifice des narines regardant en avant et en bas), mais sans que ce changement parût choquant.

Il importait extrêmement que les parties fussent maintenues dans un contact exact, et surtout dans un contact prolongé. Il fallait qu'au niveau du dos du nez la réunion fût solide pour empêcher l'écartement des plaies latérales, la reproduction de l'échancrure dorsale, la déviation latérale, et enfin l'abaissement consécutif du lobule ou son engorgement par défaut de circulation suffisante.

Pour y parvenir, j'appliquai neuf points de suture ainsi disposés :

1° Aux deux extrémités de cette longue plaie transversale, qui allait d'une joue à l'autre, je plaçai deux points de suture ordinaire avec de la soie très-fine; ces quatre points n'avaient presque aucun effort à supporter, les bords s'affrontant sans peine; ils devaient être enlevés du troisième au quatrième jour.

2° Sur le dos du nez, trois sutures métalliques avec des fils d'argent très-fins comprenant dans leur anse et sur chaque lèvre de la plaie 4 ou 5 millimètres de parties molles et ne traversant que la peau. Ils furent serrés par la simple torsion des chefs exécutée à la main beaucoup plus facilement que n'avaient été noués les fils de soie. Ils devaient rester six à sept jours en place s'ils ne divisaient pas les parties molles étreintes.

3° Pour consolider le tout, soulager les sutures immédiates, soulever le lobule et le maintenir le plus longtemps possible appliqué contre la moitié supérieure de l'auvent nasal, j'imaginai de placer enfin deux sutures de renfort disposées non plus en anse fermée comme les précédentes, mais d'après le principe de la suture enchevillée.

A cet effet, je plongeai au bout du nez, à 4 millimètres à droite de la ligne médiane, une longue aiguille qui dirigée verticalement glissa de bas en haut dans le tissu cellulaire sous-cutané, pour ressortir vers la racine du nez en dedans et au-dessous de la tête du sourcil; cette aiguille conduisit un fil d'argent assez fort. La même manœuvre fut répétée à gauche. Les deux fils métalliques parallèles, cachés sous la peau dans tout leur trajet, furent arrêtés à leur point d'entrée et de sortie par des anneaux de plomb perforés aussitôt que la coaptation des lèvres de la plaie fut parfaite. Il fut convenu qu'on les laisserait en place dix à douze jours.

Lorsque toutes les sutures furent serrées, la ligne de réunion, à peine visible, n'était indiquée que par des vestiges de l'ancienne cicatrice que je n'aurais pu faire disparaître qu'en retranchant trop de substance. Au niveau des perforations, il existait une légère dépression due à la rétraction qu'avaient subie les bords en se cicatrisant, mais qui n'était point difforme, car elle ne faisait qu'exagérer un peu le sillon naturel de l'aile du nez.

Des compresses d'eau fraîche durent constituer tout le traitement. Les choses se passèrent pour le mieux. Nulle inflammation; réunion immédiate sur toute la ligne; ablation, vers les époques indiquées, des différentes sutures dont aucune n'aurait tracé de sillon et qui auraient pu rester en place plus longtemps encore.

Plusieurs mois après, j'ai revu l'enfant avec MM. Tonnelier et Queudot, qui avaient bien voulu m'assister dans l'opération et donner leurs soins consécutifs. Le résultat est resté fort satisfaisant; les dernières traces de mutilation que l'opération n'avait pu faire disparaître, tendent de jour en jour à s'effacer spontanément.

Je ne puis m'empêcher d'attribuer en partie la belle réunion obtenue aux sutures métalliques, qui ont sans nul dommage maintenu longtemps en contact intime les lèvres de la plaie.

M. TRÉLAT. Non-seulement M. Mirault, mais M. Denonvilliers a renoncé à la suture entortillée. Après avoir essayé plusieurs procédés, il en est venu à la suture entrecoupée avec les fils végétaux. C'est qu'en effet la suture entortillée ne laisse pas d'offrir plusieurs inconvénients; par sa nature, elle tend à faire bâiller en avant les lèvres de la plaie; on ne peut multiplier trop le nombre des épingles, tandis que la minceur des fils métalliques permet d'en placer un nombre suffisant pour rendre la réunion très-exacte, et, d'autre part, leur trajet courbe se prête mieux que les épingles à la forme de la lèvre restaurée.

M. GUERSANT. C'est moi qui ai été chargé de faire, il y a quelques années, le rapport sur le travail de M. Mirault. Je voulus alors m'éclairer sur la valeur de son procédé de suture, et je l'appliquai huit fois. Les résultats ont été tellement favorables, que depuis ce temps je n'ai plus employé que deux moyens de réunion, la suture à points entrecoupés, en ayant soin de traverser la lèvre de part en part, et les épingles à boules de Thierry.

M. GIRALDÈS. M. Depaul critique un procédé qu'il ne semble pas avoir employé ni vu employer. Il est probable cependant que ce n'est pas sans quelque raison qu'on a modifié la suture dans le bec-de-lièvre. Les chirurgiens qui ont abandonné les épingles sont très-nombreux; outre MM. Denonvilliers, Mirault, Letenneur, M. Guersant et moi-même, je sais que M. Koch, de Guy's Hospital, y a renoncé.

C'est après avoir essayé beaucoup de procédés que j'en suis venu à me servir de la suture entrecoupée avec les fils métalliques; je place des points assez rapprochés, et je les laisse jusqu'à entière cicatrisation. J'ai vu trop souvent la cicatrice céder ou se déchirer consécutivement pour renoncer à cette conduite, et c'est surtout parce que la suture métallique peut séjourner très-longtemps et prévenir les déchirures que je la préfère aux épingles, qui me paraissent être la plus mauvaise suture à employer.

M. DEPAUL. Je ne me suis pas occupé de la comparaison générale entre les sutures métalliques et les sutures ordinaires; je n'ai parlé que du bec-de-lièvre. J'ai essayé la suture métallique, et c'est seulement après ces essais que j'y ai renoncé pour revenir au procédé habituel, qui m'a donné, qui a donné sous mes yeux à M. Dubois des succès presque constants. Cette suture ne présente d'ailleurs l'inconvénient signalé par M. Trélat de bâiller en avant que lorsqu'elle est mal faite, et on peut très-bien éviter cette disposition. Je n'irai donc pas abandonner sans raison une manière de faire qui me semble n'offrir que des avantages.

M. GIRALDÈS. La question est ainsi posée : L'opération a été faite jusqu'ici par un procédé; plusieurs chirurgiens trouvent ce procédé vicieux et le simplifient; M. Depaul dit : La méthode ancienne m'a donné de bons résultats, et je m'y tiens. C'est affaire de convenance, jugement personnel et non scientifique.

LECTURE.

M. PANAS, candidat au titre de membre titulaire, lit un travail sur le *Traitement de l'épididymite aiguë par les mouchetures du scrotum.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Dolbeau, Trélat et Lefort.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 13 août, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les médecins des épidémies : Autellet (Civray); de Labordette (Lisieux); Penard (Versailles); Descieux, médecin-vaccinateur dans le département de Seine-et-Oise; Dubreuilh, idem à Bordeaux; Lefort, auteur d'ouvrages très-estimés sur l'hydrologie médicale; Tripier, médecin inspecteur d'Évaux.

Louis XVI, Marie-Antoinette et Madame Élisabeth. Lettres et Documents inédits, publiés par F. FEUILLET DE CONCHES. L'ouvrage complet formera quatre beaux volumes in-8°. — Le premier volume est en vente. Prix: 8 fr. Le deuxième paraîtra fin août. — En envoyant un mandat de poste de 8 fr., on recevra ce volume *franco*. — Paris, chez Henri Plon, imprimeur-éditeur de l'*Etude sur Madame Roland et son temps*, par C. A. DAUBAN; — des *Mémoires de Madame Roland*, par LE MÊME; — de *La Réforme sociale en France* par F. LE PLAY, etc., rue Garancière, 8.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS : Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Hardy). De l'alopécie. — HÔPITAL MILITAIRE DE DUNKERQUE (M. J. Champouillon) : Fracture de la clavicule par contraction musculaire ; complication. — La placentite existe-t-elle ? La pratique dit oui et la théorie dit non ; à laquelle des deux faut-il croire ? — Gastrorrhagie due à un engorgement de la rate. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 15 août. — Nouvelles. — FEUILLETON : Cours de philosophie positive.

PARIS, LE 22 AOUT 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Malgré tout ce qu'une semblable théorie avait de peu flatteur pour l'homme, il s'est trouvé une classe de philosophes qui ont voulu établir une étroite parenté entre l'*homme* et le *singe!* Cette grande discussion vient de trouver un nouvel élément dans une intéressante communication de M. le professeur Gratiolet. La comparaison du bras et de la main de l'homme avec l'avant-bras et la main des anthropomorphes permet au savant naturaliste de déclarer que l'anatomie ne justifie en rien le rapprochement dont nous venons de parler. « De cette grande discussion sur la nature de l'homme qui agite aujourd'hui les philosophes et trouble les consciences, la divine majesté de l'homme sortira quelque jour, consacrée par le combat, et dès lors inviolable et triomphante. »

Après cette lecture, M. Kœberlé expose ce qu'on peut attendre des opérations d'ovariotomie.

Le chirurgien de Strasbourg a relevé dans deux années douze opérations, dont neuf ont été suivies de guérison et trois de mort, du troisième au huitième jour. La proportion des guérisons est de 75 p. 100. On trouvera cette note au compte rendu.

Si dans un chien l'on excite avec le courant galvanique l'un des nerfs vagues, ou le bord central de ce nerf coupé, dans sa région cervicale, on produit toujours une augmentation de la sécrétion des deux glandes sous-maxillaires, augmentation plus forte dans la glande du côté galvanisé. M. Oehl a repris ce fait étudié par M. Claude Bernard, et l'expérimentation lui a permis d'établir :

Que la salivation qui accompagne la nausée et précède le vomissement produit par l'excitation du nerf vague, est l'effet d'une action réflexe de ce nerf sur le filet tympanique du lingual, et que cette action se communique dans les centres nerveux aux nerfs correspondants du côté opposé. La stimulation naturelle de la muqueuse gastro-intestinale exerce une action sur la glande sous-maxillaire par cette même voie.

Si on injecte dans l'estomac, par une fistule, une infusion irritante ou simplement de l'eau, on excite énergiquement la sécrétion de ces glandes sous-maxillaires, si les vagues sont intacts ; cet effet manque après leur section.

L'action réflexe du vague ne s'étend pas à l'autre branche de la septième paire, qui exerce son influence sur la parotide.

Deux observations sur les bactéries et la transmissibilité de l'oïdium à l'homme terminent cette séance. La première, due à M. Davaine, répond à une communication récente de MM. Leplat et Jaillard ; dans la seconde, M. Collin adresse une réclamation de priorité. — Dr E. Renaud.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

De l'alopécie.

(Leçon rédigée par M. le docteur CAMINSKI).

On appelle *alopécie* l'absence ou la chute des cheveux et des poils qui recouvrent certaines régions. Le mot vient du grec ἀλώπηξ, qui signifie renard, parce que, dit-on, le renard est sujet à une maladie caractérisée par la chute des poils.

Pour pouvoir donner une description pratique de l'alopécie, il faut l'envisager sous différents aspects ; établir d'abord plusieurs divisions, et nous arrêter enfin à l'alopécie congénitale et à l'alopécie acquise.

1° *Alopécie congénitale.* — Nous voyons en effet des enfants qui naissent sans cheveux et chez lesquels aucun poil ne se développe. Cette alopécie persiste chez eux pendant toute leur vie ; elle accompagne quelquefois l'albinisme. Du reste, les individus affectés de cette difformité ont un aspect tout particulier ; ils ont les traits efféminés, leur teint est pâle ou légèrement rosé, leur regard timide ; enfin, ils ont les attributs de la faiblesse féminine. Cette alopécie est habituellement incurable ; cependant, quelquefois l'évolution de la puberté fait pousser quelques poils, et ce sont seulement des poils follets.

2° *Alopécie acquise.* — Les cheveux et les poils ont existé, mais ils tombent. L'alopécie est alors idiopathique ou symptomatique ; dans le premier cas, elle survient sans aucune maladie. Elle est physiologique lorsqu'elle survient à un certain âge, au moment où les dents tombent, où les forces languissent, où les organes génitaux marquent leur impuissance : c'est l'alopécie sénile.

Mais en dehors de l'âge, l'alopécie survient sans cause appréciable ; quelquefois même nous voyons dans certaines familles la plupart des personnes qui en font partie privées de cheveux ; cela tient à un état héréditaire ou idiosyncrasique que nous ne connaissons pas. En général ces individus, avant de perdre leurs cheveux, éprouvent de grandes chaleurs à la tête, elle est le siége d'une transpiration abondante ; il n'est pas rare de voir ces personnes marcher la tête découverte en plein air le chapeau à la main ; elles n'ont déjà que peu de cheveux, ce qui donne à quelques-unes, par la largeur de leur front, un aspect de beauté et un caractère imposant. Mais l'alopécie fait toujours des progrès, jusqu'à ce que la tête, presque complétement dépouillée, reste polie et luisante, encadrée seulement en arrière et sur les côtés par une couronne de cheveux.

Chez ces personnes les glandes sudoripares existent toujours, quoique les follicules pileux aient disparu ; c'est pour cela que nous voyons chez les individus chauves que le crâne dépouillé et luisant est le siége d'une grande transpiration.

L'alopécie peut être aussi *symptomatique*, car nous voyons des individus, sans la moindre maladie du cuir chevelu, perdre leurs cheveux en abondance, et cela, soit par le fait de longues maladies graves, par exemple, la pleurésie, la pneumonie, la fièvre typhoïde, les cachexies différentes, cancéreuse, tuberculeuse ; soit pendant la convalescence, soit enfin par le fait de la chloro-anémie, à la suite des couches, ou même par défaut de soins hygiéniques pendant toute maladie.

Il existe aussi des maladies spéciales qui causent l'alopécie. En première ligne, il faut mentionner la syphilis, qui amène fort souvent la chute des cheveux. Heureusement pour eux, les gens qui en sont atteints perdent quelquefois leurs cheveux d'une façon discrète : la chute se fait uniformément, les cheveux s'éclaircissent, deviennent moins touffus, et c'est là tout. Mais il n'en est pas de même de l'alopécie tardive, qui survient à un âge plus avancé de la syphilis : elle a une tendance à atteindre tous les poils ; aussi dans ce cas voit-on quelquefois tomber les cheveux, les sourcils et même la barbe ; le crâne est parfois entièrement dénudé. Nous voyons enfin l'alopécie survenir chez les individus qui ont subi la castration. Dans la lèpre tuberculeuse, à la deuxième et troisième période, l'alopécie est un symptôme presque constant.

L'alopécie idiopathique se développe dans certaines parties de la tête ; au contraire, dans l'alopécie symptomatique, les cheveux tombent partout : ils s'éclaircissent, deviennent maigres, ternes, secs, et perdent tout leur éclat et leur aspect luisant. Peu adhérents aux follicules, ils cèdent à la moindre traction, et le peigne les enlève par poignées, surtout chez les femmes.

Que l'alopécie soit idiopathique ou symptomatique, elle n'a en général d'autre résultat que de diminuer la beauté extérieure, en privant le corps d'un de ses plus précieux ornements.

Cependant elle peut être quelquefois la cause de maladies chez certains sujets faibles et impressionnables à l'air et sensibles au froid ; chez eux le coryza, la bronchite, le rhumatisme, en sont les suites, et chez la femme coquette, qui tient à tous ses cheveux, leur chute peut être cause d'hypochondrie et de lypémanie.

Maintenant, un mot sur l'alopécie qui survient à la suite des maladies du cuir chevelu. Toute affection siégeant à cette région peut la produire. C'est pour cela que nous voyons tomber les cheveux à la suite de l'érysipèle du cuir chevelu, de l'eczéma, de l'impetigo, du psoriasis et même de l'acné sébacé. Dans le pytiriasis du cuir chevelu principalement, les cheveux deviennent secs, maigres et tombent considérablement ; dans le favus, les cheveux deviennent secs, grisâtres, lanugineux, car les glandes sébacées destinées à lubrifier le poil sont atrophiées par la matière favique, et le cuir chevelu prend un aspect cicatriciel.

Dans l'herpès tonsurante, les cheveux se couvrent de poussière et se cassent à un demi-centimètre de longueur, de façon à laisser une vraie tonsure.

C'est surtout dans la pelade que le cuir chevelu prend un caractère tout à fait particulier. La peau devient le siége d'un léger gonflement ; elle est pâle, décolorée et privée complétement de

BIBLIOGRAPHIE.

Cours de philosophie positive ; par Auguste COMTE, répétiteur d'analyse transcendante et de mécanique rationnelle à l'École polytechnique. 2e édition, augmentée d'une préface, par M. E. LITTRÉ, membre de l'Institut (1).

Il est peu de questions fondamentales de la biologie normale et pathologique qu'Auguste Comte n'ait abordées dans le troisième volume de son *Cours* particulièrement.

Aux principes subjectifs de la métaphysique qui seraient précieux s'ils n'étaient des impasses (ainsi que le dit M. Littré dans un récent ouvrage sur Auguste Comte et la philosophie positive), ce philosophe substitue une autre doctrine qui lui est propre. Au lieu de partir de l'esprit humain pour arriver à une connaissance du monde, il part de cette dernière pour déterminer celle de l'esprit par la notion des rapports multiples de l'un avec l'autre. Il atteint ce but en faisant surgir une philosophie générale de la philosophie partielle de chacune des six sciences fondamentales dont toutes les autres sciences sont des rameaux. Il montre comment, dans la philosophie de chacune de ces sciences, prennent successivement leur source les divers procédés intellectuels qui servent à la découverte du vrai, à l'appréciation du beau et à l'amélioration du bien, et dont l'ensemble constitue la philosophie proprement dite.

Ceux qui approfondissent en particulier la mathématique, la physique, l'astronomie, la chimie, la biologie ou la sociologie, trouvent nécessairement quelques modifications à faire à certaines des solutions données par Comte, touchant divers problèmes secondaires, du domaine intérieur ou spécial de chacune de ces sciences. Mais les modifications à quelques-unes de ses vues, devenues aujourd'hui nécessaires, ne portent que sur un certain nombre de points de ces sciences, de telle sorte qu'une fois ces perfectionnements achevés l'édifice reste entier, conservant l'intégrité de ses plans et de ses contours.

Aussi est-ce à juste titre que M. Littré a écrit que : « Chacune de ces philosophies de chaque science a été écrite avec une telle connaissance et une telle profondeur, que les hommes du métier, même ceux qui sont en désaccord philosophique avec M. Comte, y trouvent à apprendre pour leur domaine spécial ; et le tout est si puissamment coordonné qu'il sert aussi bien à former les disciples qu'à fortifier ceux qui ont franchi ce degré. »

On chercherait vainement ailleurs que dans le Traité d'Auguste Comte un ensemble de vues philosophiques plus remarquables et plus complètes sur la science des corps organisés. Les médecins eux-mêmes y peuvent trouver largement à puiser, comme M. Littré et d'autres l'ont prouvé. Les rapports de la biologie avec les sciences voisines, ses divisions, les conditions d'accomplissement des phénomènes essentiels qu'elle étudie, la nature de ces derniers, y sont déterminés avec une admirable netteté.

Il n'est pas de problème fondamental, ai-je dit, dont il ait omis la solution, et rien n'est plus commun que de trouver son nom cité à propos de questions qui ne rentraient pas dans le plan de son Traité, ou de voir donner sous son autorité des opinions contraires à celles qu'il a défendues.

Il n'est pas rare, par exemple, de le voir rangé parmi les partisans de la génération spontanée, tandis qu'il considère de la manière la plus nette comme illusoires les démonstrations qu'on a cru en donner ; il regarde au contraire comme établi d'une manière désormais inattaquable l'aphorisme de Harvey : *Omne vivum ex ovo,* qu'il faut remplacer, selon lui, par ces mots : *Omne vivum ex vivo,* afin de tenir compte des résultats dus aux progrès modernes de la science sur la reproduction par scission et gemmation.

En ce qui touche la génération spontanée même, on n'a jusqu'à présent étudié que les conditions du phénomène, et non directement celui-ci même. Ce dernier n'a en quelque sorte été observé que de loin, indirectement, par voie d'exclusion de telle ou telle possibilité ou impossibilité, sans avoir sous les yeux même ni les êtres naissant dans un cas ni les germes se développant pour le cas contraire, comme on a sous les yeux les éléments anatomiques auxquels j'ai fait allusion plus haut, dont on connaît l'époque, le lieu et le mode de génération.

Les conditions complexes nécessaires à la *naissance* des éléments

(1) Voir le numéro précédent.

cheveux, ou seulement couverte d'un léger duvet blanchâtre.

Dans cette affection parasitaire, l'alopécie est localisée dans les premiers moments; mais elle finit par gagner tout le cuir chevelu et s'étendre même à toutes les parties pileuses du corps. Il n'est pas très-rare de voir aussi une alopécie générale consécutive à la pelade.

Le pronostic de l'alopécie est aussi variable que ses causes.

L'alopécie congénitale est incurable, nous l'avons déjà dit; il en est de même de l'idiopathique. Heureusement il en est différemment de l'alopécie symptomatique, car les poils repoussent après la convalescence d'une longue maladie.

Les femmes atteintes de chloro-anémie perdent leurs cheveux, mais ceux-ci repoussent à mesure que les pâles couleurs disparaissent.

Impossible d'observer le même phénomène dans les maladies chroniques, qui finissent par prendre le cachet de la diathèse : la cause de l'alopécie ne cessant pas, les cheveux continuent de tomber.

L'alopécie qui accompagne le psoriasis, l'eczéma, le pytiriasis, guérit avec la maladie qui l'a causée; mais le plus ordinairement le pronostic est moins favorable chez les gens d'un certain âge.

Dans les maladies parasitaires, le pronostic est lié à la durée de la maladie. Lorsqu'elle se prolonge longtemps, le follicule pileux est détruit et l'alopécie est définitive. Dans ces affections, d'ailleurs, outre les moyens parasiticides, le meilleur remède de l'alopécie consiste dans l'épilation. C'est un préjugé de croire que les cheveux arrachés ne repoussent plus; pour un enlevé on en voit renaître deux ou trois.

Traitement. — En faisant ici l'histoire du traitement de l'alopécie, nous pourrions être grandement exposé à rabaisser la science en la mettant au niveau du charlatanisme et de l'imposture; aussi nous fonderons le traitement sur les divisions que nous avons admises, car ce traitement n'est pas toujours le même dans les différentes alopécies. L'étiologie doit nous guider dans le traitement méthodique de l'alopécie.

1° *Alopécie congénitale.* — Nous l'avons dit, elle est au-dessus des ressources de l'art; mais essayez les toniques généraux, les bains sulfureux, les irritants sur la tête.

2° *Alopécie idiopathique.* — A un certain âge, on le sait, les cheveux tombent, mais nous pouvons retarder cette chute par des frictions avec l'alcoolate de mélisse, de romarin, avec des lotions au rhum, à l'eau-de-vie, avec des pommades astringentes au tannin ou à l'acide gallique, indiquées surtout chez les individus qui transpirent beaucoup de la tête. La teinture de cantharides, l'ammoniaque, l'huile de ricin unie à la moelle de bœuf, sont encore des moyens à employer. On aide l'action de cette médication locale en conseillant de porter les cheveux courts.

3° *Alopécie symptomatique.* — Dans la chloro-anémie, dans l'anémie que laissent les maladies graves et l'accouchement, on doit d'abord combattre la faiblesse générale par une médication reconstituante, par le fer, le quinquina, une alimentation réparatrice, puis s'opposer par un traitement local au défaut de vitalité du follicule pileux. Dans ce cas on peut employer avec avantage les lotions alcooliques et les pommades irritantes, telles que celles à l'huile de ricin, à l'huile de croton ou à l'acide gallique. Nous nous servons ordinairement de la pommade suivante :

Moelle de bœuf.	60 grammes.
Huile de ricin.	30 —
Acide gallique	3 —
Teinture de romarin.	5 —

Quand l'alopécie est due à une affection particulière du cuir chevelu, les pommades irritantes augmentent la chute des cheveux. Dans ces cas il ne faut pas s'occuper de l'alopécie, mais diriger les moyens de traitement contre la maladie principale : celle-ci disparue, les cheveux repoussent.

Il en est de même de l'alopécie qui survient par suite de la présence des parasites. On doit les détruire par les moyens spéciaux.

Enfin l'alopécie persistante, qui devient chez quelques personnes la source de maladies, réclame un traitement palliatif, — l'emploi d'un bonnet ou d'une fausse chevelure, — qui deviennent le moyen prophylactique par excellence contre les coryzas, les bronchites ou les douleurs de tête.

HOPITAL MILITAIRE DE DUNKERQUE.

M. J. CHAMPOUILLON.

Fracture de la clavicule par contraction musculaire. Complication.

Le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 11 août dernier contient plusieurs observations de fracture de la clavicule par contraction musculaire. Il m'a paru opportun de rapporter un fait du même genre que je crois intéressant, en raison de la complication qu'il présente.

M..., âgé de quarante ans, sergent au 35e de ligne, vieux serviteur usé par les fatigues et par une atteinte de scorbut en Crimée, entre à l'hôpital de Dunkerque le 13 février 1864, pour une arthrite chronique tibio-tarsienne à forme indolente.

Le 26 mars, étant couché, il veut ramener sa couverture vers le haut de son lit, par un mouvement du membre supérieur gauche étendu et porté rapidement en arrière, lorsqu'il ressent une vive douleur à l'épaule en même temps qu'il perçoit un craquement dans la même région.

Le 27 au matin, l'examen de l'épaule me fait reconnaître une tuméfaction notable occupant le creux sus-claviculaire presque tout entier, et dissimulant la clavicule, excepté à ses deux extrémités. Cette tuméfaction est molle, pâteuse, ni chaude ni rouge, mais douloureuse à une pression un peu forte. On perçoit à l'union des trois cinquièmes internes avec les deux cinquièmes externes de la clavicule une crépitation bien réelle et une mobilité anormale de l'os au même point. La tête est inclinée vers l'épaule; la douleur empêche l'élévation du bras; en un mot, les signes d'une fracture de la clavicule sont complets. Du côté du bras, le mouvement et la sensibilité n'offrent rien qui ne soit propre à une fracture simple. Le déplacement des fragments accusé par la mensuration est léger. Pour bandage, une écharpe.

Le 3 avril, la tuméfaction a augmenté. Elle est toujours pâteuse, assez facile à déprimer, mais non à faire disparaître. La peau n'a subi aucun changement de coloration.

L'auscultation et la palpation n'y révèlent rien quand on n'agit point sur les fragments. Mais ce qui est surtout à noter, c'est un œdème considérable de tout le membre supérieur gauche. Cet œdème ne peut être rapporté à une simple écharpe, que je supprime d'ailleurs, et paraît dû à une obstacle à la circulation de retour. Le pouls radial se perçoit facilement.

Jusqu'au 8 avril, les choses restent dans le même état; mais à cette époque, le malade accuse une douleur au cœur. Il y a des palpitations, un bruit de souffle aux deux temps. Pas de matité précordiale exagérée. L'infiltration du bras est considérable.

Le 10, la face et le cou sont envahis par l'œdème. Il y a à la région précordiale une voussure considérable. Les battements du cœur s'entendent peu, et je constate une matité qui occupe en même temps tout le côté gauche de la poitrine. La respiration est très-gênée. Il y a absence de vibration dans toute l'étendue de la matité. Le retentissement de la voix n'a subi d'autre changement appréciable qu'un simple affaiblissement. Le malade est fatigué par une toux incessante qu'accompagne une expectoration abondante et entièrement spumeuse. Le pouls est fréquent, sans petitesse. Je m'assure encore que la tumeur n'est le siége ni de pulsation ni de souffle. Les extrémités inférieures et le bras droit n'offrent aucune trace d'infiltration. Vésicatoire étendu à toute la partie antérieure et latérale de la poitrine. Digitale en infusion.

Le 15, la matité est moins prononcée, la respiration est plus libre, le pouls moins fréquent. L'infiltration de la tête et du bras gauche reste dans le même état, la tumeur sus-claviculaire sans changement. Nouveau vésicatoire au même lieu; digitale.

Le 20, l'œdème de la face et celui du bras ont beaucoup diminué. Il existe un bruit de frottement péricardique et pleural très-intense. La matité a diminué partout. On entend en arrière quelques râles secs disséminés. La tumeur a également perdu de son volume, mais elle est plus dure.

Le 22, plus de palpitations; le bruit de frottement m'empêche de vérifier si le souffle aux deux temps existe encore. Les vaisseaux du cou, par la diminution de l'œdème de la tête permet maintenant d'explorer, ne sont le siége ni du pouls veineux ni d'aucun bruit artériel.

Le 1er mai, toutes les fonctions tendent à rentrer dans l'état normal, les symptômes à disparaître. Le bruit de frottement persiste seul encore pendant près d'un mois.

Quant à la clavicule, elle n'est nullement consolidée. La tumeur qui la surmontait s'est réduite au quart de son volume primitif. Ce qui reste constitue au niveau de la fracture une tumeur du volume d'une noix, dure et peu douloureuse. Malgré la fausse articulation, les mouvements de l'épaule et ceux du bras sont faciles et naturels.

Depuis, le malade a été envoyé aux eaux d'Amélie pour l'affection du pied.

Il reste à déterminer le mécanisme de la fracture et la cause de l'œdème.

La clavicule paraît avoir joué le rôle de levier du premier genre, dont le point d'appui était sur la première côte, la résistance à l'articulation sterno-claviculaire et la puissance dans les muscles abaisseurs de l'épaule. Aussi le souvenir du conseil donné par M. Malgaigne de comprimer la sous-clavière par la clavicule sur la première côte, à l'aide d'un mouvement à peu près semblable à celui exécuté par notre malade, m'inquiétait beaucoup sur le sort de l'artère. L'exploration immédiate du pouls et l'examen journalier de la tumeur me rassurèrent d'abord; puis je réfléchis à la rareté des lésions de la sous-clavière et à la fréquence des mouvements d'abaissement forcé de l'épaule. La friabilité de l'os chez un homme épuisé et atteint autrefois de scorbut, expliquait bien la fracture. Le plexus brachial, exploré dans ses branches, n'accusait non plus aucune souffrance.

Quoi qu'il en soit, les symptômes qui se déclarèrent au bout de quelques jours vers le cœur, l'épanchement (sans doute séreux) du péricarde et de la plèvre, l'œdème borné exclusivement à la tête et au membre du côté lésé, ne me paraissent pas devoir laisser de doute sur un obstacle à la circulation d'un vaisseau veineux de gros calibre, sans doute le tronc brachio-céphalique gauche. Quel était cet obstacle? Il n'a pas été possible de le déterminer. Peut-être était-ce un volumineux thrombus causé par l'écrasement d'une veine de moyen calibre entre la clavicule et la première côte.

LA PLACENTITE EXISTE-T-ELLE?

La pratique dit oui et la théorie dit non. — A laquelle des deux faut-il croire?

Hippocrate dit oui et Galien dit non. Ce proverbe, dont le vulgaire se sert souvent pour nous discréditer, signifie qu'en médecine comme en bien des choses il y a des questions assez obscures pour être controversées, et, malgré le proverbe, c'est précisément sur ces questions qu'il faut porter son attention pour tâcher de les élucider. Un désaccord plus regrettable est celui qui s'élève quelquefois entre les idées théoriques et les principes pratiques de notre science.

La pratique observe et la théorie rationalise l'observation. La théorie peut être quelquefois la mère de la pratique, mais elle en est bien plus souvent la fille. Dans tous les cas, elle doit en être l'intime amie. Si elles sont toutes deux ennemies, les torts sont presque toujours du côté de la théorie.

Ce petit préambule était nécessaire pour mieux apprécier la question de la placentite dont je vais parler.

Malgré les excès que l'école physiologique a commis en voulant expliquer presque toutes les maladies par l'inflammation, cet état pathologique dont il est question jusque dans les livres hippocratiques, explique mieux que tout autre cependant un grand nombre de lésions, et il n'y a pas d'organe qui puisse se flatter d'en être toujours exempt. Je ne vois pas pourquoi le placenta devrait faire exception à cette loi générale. Ce dernier organe n'a-t-il pas des vaisseaux sanguins, et n'a-t-on pas reconnu que la prédisposition à l'inflammation est en raison directe de la vascularité des tissus? Les vaisseaux du placenta ne sont-ils pas entourés de tissu lamineux et composés des mêmes tuniques que dans le reste de l'économie? Et quoique les anatomistes n'y aient pas trouvé de nerfs, il n'est pas présumable que les vaisseaux placentaires, si éloignés de l'action mécanique du cœur, fassent circuler le sang dans leur intérieur et soient si vivants sans être innervés. Le scalpel, du reste, et le microscope, qui peuvent suivre les ramifications nerveuses de l'axe cérébro-spinal jusque dans les papilles de la peau et des muqueuses, en perdent facilement la trace quand il s'agit du grand sympathique et surtout des rameaux qui suivent chacun des vaisseaux. Le fœtus dans le sein maternel offre bien quelquefois des inflammations aiguës et chroniques, pourquoi devrait-il en

---

anatomiques, dans les êtres les plus compliqués comme chez ceux d'organisation plus simple, font préjuger qu'il est impossible d'en réunir de suffisamment complexes, pour qu'il se forme, par génération spontanée hors de l'économie, des éléments anatomiques quelconques : c'est ce que montrent expérimentalement pour ce cas particulier les essais infructueux faits dans cette vue. A plus forte raison peut-il être qu'on ne puisse voir naître spontanément des organismes vivant isolément, fût-ce même les plus simples infusoires.

Il est bien d'autres questions encore, intéressant les anatomistes, les physiologistes et les médecins, dont je voudrais donner ici l'analyse, mais ce sujet m'entraînerait trop loin. Je ne peux que renvoyer pour cela à l'ouvrage de M. Littré que j'ai cité plus haut et à la *préface* qu'il a mise en tête de cette seconde édition. Cette *préface d'un disciple* dans laquelle M. Littré trace par comparaison la marche des progrès modernes de la philosophie, est une page d'histoire que tout homme éclairé tiendra à lire. Elle compte parmi les écrits les plus puissamment conçus et les plus remarquablement exprimés de M. Littré.

Avant de terminer pourtant, je répéterai ce que je disais en commençant, c'est-à-dire que l'analyse de l'œuvre de Comte doit avoir sa place dans les recueils du genre de celui-ci. Elle n'aurait pas été tracée là si les hommes qui cultivent les sciences, et en particulier les médecins, n'avaient besoin d'une philosophie qui les guide, et si cette philosophie n'était réellement et pleinement dans l'ensemble des sciences et leur enchaînement hiérarchique.

Il montre, en effet, dans l'ordre d'idées spécial qui nous intéresse, qu'un dogme en médecine est toujours représenté par l'expression la plus élevée des connaissances médicales où puisse atteindre l'esprit humain à une époque donnée. Un dogme, pour mériter ce nom, doit satisfaire à trois conditions. Il doit fournir une idée générale exacte de l'organisation et des actes de l'économie. Il doit rattacher et subordonner l'étude des lésions et des troubles correspondant à la connaissance de l'état normal. Il doit enfin procurer ou faire apercevoir les moyens hygiéniques et thérapeutiques nécessaires pour améliorer la nature individuelle de chacun et rétablir l'état normal troublé.

Faute de doctrines suffisamment appuyées sur l'ensemble des sciences fondamentales, il n'est pas de dogmes médicaux, parmi toutes les hypothèses qui ont été données comme tels, qui aient satisfait à ces trois conditions nécessaires. L'état de ces sciences mêmes et surtout de la biologie ne le permettait pas. Grâce au progrès des moyens physiques et chimiques d'analyse et d'expérimentation, une conception générale de l'économie peut actuellement être donnée. Un ensemble de notions partant des données anatomiques les plus simples, des principes immédiats et de la substance organisée (disposée en *éléments anatomiques*) qu'ils constituent, passe successivement par l'étude des tissus et des humeurs, des systèmes, des organes, des appareils, et conduit à la connaissance de l'organisme enfin, considéré comme un tout, tant à l'état normal qu'à l'état morbide.

D'autre part, au point de vue dynamique, l'étude des propriétés spéciales élémentaires de la substance organisée et des actes des divers ordres de parties du corps, s'élève jusqu'à pouvoir établir une liaison constante entre les actes et leurs conditions d'accomplissement, entre les troubles des fonctions et les lésions des parties qui les accomplissent.

Le dogme nouveau, éliminant de la physiologie et de la pathologie toutes les causes surnaturelles connues sous les noms d'archée, de fluide nerveux, de principe vital, etc., montre que tout obéit à des lois naturelles, propriétés immanentes des diverses formes ou dispositions élémentaires de la substance organisée. L'anatomie pathologique n'est plus indépendante de l'anatomie normale : celle-ci conduit naturellement à celle-là. La pathologie proprement dite ne montre aussi que des perturbations en plus, en moins, ou des aberrations des actes qu'étudie la physiologie. La médecine ne se sépare plus de la biologie, dont elle devient une partie. On comprend facilement dès lors comment, aidé de toutes les sciences inorganiques qui servent à étudier la biologie et à constater la liaison des altérations avec l'état normal, le dogme nouveau signale nettement les directions qu'il faut suivre soit pour améliorer l'hygiène et la thérapeutique, soit pour sortir des essais presque toujours empiriques auxquels les anciennes hypothèses sur la nature des maladies condamnaient le médecin. On comprend en même temps comment cet ensemble de notions découlant aujourd'hui les unes des autres, étant le résultat de l'élaboration séculaire des diverses branches de la biologie, qui, prises d'abord comme autant de choses séparées, ont été enfin coordonnées en une seule science, que cet ensemble, disons-nous, n'a pu surgir qu'après toutes les élaborations isolées; ce qui inspire du respect même pour les erreurs du passé, et permet d'apprécier, sans les admettre ni les honnir, celles du présent.

Ch. ROBIN.

être autrement de ses annexes? Mais venons aux faits constatés par l'anatomie pathologique sur le placenta lui-même.

Les médecins arabistes, Mauriceau, Portal, Morgagni et autres, avaient déjà entrevu la placentite ou ses suites, lorsque Brachet, Strattford, Dance, Vilde, M. Cruveilhier, et surtout M. Simson, sont venus la décrire d'après les lésions anatomiques qu'ils avaient trouvées sur le placenta lui-même. La symptomatologie, à dire vrai, était encore obscure, quoiqu'elle fût le point le plus important pour la pratique. La thérapeutique n'était pas plus avancée.

La nécessité, comme on le comprend, m'a porté de bonne heure à chercher à la fois l'histoire clinique et l'histoire anatomo-pathologique de cette maladie, et, sans avoir la prétention de résoudre les difficultés, j'ai cru au moins avoir trouvé la confirmation de ce qui avait été dit par les auteurs cités ci-dessus; aussi je n'ai pas craint d'encourager un de mes élèves, M. Geoffroy (de Montreuil), à faire en 1858 sa thèse inaugurale sur la placentite.

M. le professeur Robin, dont chacun connaît l'immense savoir, surtout en histologie, s'occupait aussi de l'étude du placenta, et d'après ses recherches, consignées surtout dans la thèse de son élève M. Millet (Paris, 1861), la placentite n'existe pas ou on ne l'aurait jamais vue. Ce qu'on avait pris pour du pus, n'aurait pas été du pus; ce qu'on avait pris pour le résultat d'exsudations plastiques, n'aurait été que l'oblitération des vaisseaux suivie de précipitation de graisse dans leurs interstices.

Cette opinion, venant d'un homme aussi compétent, a ébranlé un instant mes convictions; mais comme pour contrôler un micrographe il faut d'autres micrographes d'égale habileté, je me suis contenté de garder la réserve, et puisque par-dessus la micrographie il y a des faits cliniques qui sont à la portée de tous les médecins, j'ai préféré demander patiemment à ces faits de meilleurs éclaircissements.

On trouvera dans le 2e volume de ma *Clinique obstétricale* (p. 370) l'observation d'une femme chez laquelle eut lieu à huit mois de grossesse la naissance d'un enfant mort-né. Comme cet enfant avait au cou deux tours de cordon, j'expliquai la mort par interception de la circulation dans cette tige vasculaire. Le placenta n'offrit pas de lésions capables d'attirer mon attention, mais je regrette de ne l'avoir pas examiné minutieusement. Il était cependant petit.

L'année ne s'était pas encore écoulée (1860), et cette même dame était encore enceinte. Je suis cette fois les phases de la grossesse, et je remarque, aux époques cataméniales surtout, qu'il y a des malaises, de la céphalalgie, des éblouissements, des vomissements, des douleurs abdominales, une extinction de voix; en un mot, les symptômes exagérés de la congestion utérine, que je combats par des dérivatifs appliqués aux parties supérieures du corps. Par la suite, ces symptômes ont recommencé, et ils ont été bientôt soulagés par une hémorrhagie nasale. Enfin, à sept mois, après des malaises de ce genre, l'enfant cesse de vivre, et au bout de quelques jours il est expulsé sans offrir ni sur lui ni sur le cordon de quoi expliquer sa mort.

L'examen du placenta, au contraire, fait voir que dans un tiers de son étendue cet organe est complétement atrophié; il est un peu induré sur un autre tiers, de sorte que la circulation pouvait subsister sur un tiers seulement, et encore cette partie était le siége de congestion et de petits foyers hémorrhagiques récents.

Les détails anatomiques de ce délivre seront donnés dans ma *Clinique* (obs. CCXLVIII); mais pour moi il y avait là les restes d'une placentite; cependant, comme je voulais avoir sur ce sujet l'avis de M. Robin, je lui présentai le jour même la pièce anatomique. A simple vue, ce professeur m'a répété ce qui a été indiqué plus haut, c'est-à-dire qu'il s'agissait d'une oblitération des vaisseaux avec précipitation de graisse dans leurs interstices.

Je lui ai demandé alors quelle pouvait être la cause de cette oblitération, et il m'a dit l'ignorer. Je lui ai demandé aussi ce qu'il croirait au moins qu'on pût faire pour empêcher ces lésions de se produire, car elles ont souvent de la tendance à se répéter sur la même femme, et il m'a dit n'en rien savoir non plus, de sorte que sous le rapport étiologique et thérapeutique je n'étais pas plus avancé.

Notre dame a une troisième grossesse en 1862 (l'observation portera le n° CCCXV de ma *Clinique*), et dès le début il y a de la céphalalgie, ainsi que d'autres symptômes qui se terminent par une légère hémorrhagie nasale et bronchique. Comme à quatre mois ces symptômes se répètent, je fais une saignée du bras de 300 grammes, et la malade en est soulagée; je prescris pour la suite un régime végétal et du repos.

Dans le cours du mois suivant, les malaises recommencent, et le fœtus, qui avait déjà fait sentir ses mouvements, les cesse. Craignant de répéter encore cette fois la saignée du bras, je me contente de mettre des sinapismes aux bras, et ceci suffit pour soulager la mère et l'enfant.

A six mois, les malaises recommencent; le fœtus cesse de se mouvoir, et la saignée remet la mère et l'enfant dans l'état normal. Les mêmes symptômes sont soulagés par la saignée aux septième et huitième mois.

Nous touchions cette fois au terme de la grossesse, et comme l'accouchement lui-même devait être une forte saignée, j'ai hésité à rouvrir la veine. Quels n'ont pas été mes regrets lorsque j'ai vu que le fœtus avait cessé de vivre avant le commencement du travail! Dès qu'on m'a averti de la cessation des mouvements actifs, j'ai bien fait mettre des sinapismes aux bras, mais sans espoir de réussite, car le cœur fœtal ne battait plus, et une saignée eût affaibli la mère sans faire revivre l'enfant.

Après la naissance, j'ai encore constaté que rien n'expliquait la mort de cet enfant, si ce n'est la maladie du placenta. En effet, cet organe est ratatiné, et, quoique à terme, il n'offre que 16 centimètres de diamètre. Il présente des caillots sanguins récents sur divers points de la surface utérine, et cette surface est creusée par-ci par-là de cavités où se trouvent des caillots ramollis plus anciens. Entre ces points, la surface placentaire est lisse, pâle, et semée de noyaux indurés qu'on sent sous le doigt. La section de ces noyaux montre des cotylédons dégénérés en tissus fibro-adipeux. Ce qui reste de tissu sain est fortement congestionné et plus ramolli qu'à l'état normal.

Voilà donc une troisième grossesse où tout, l'état général comme l'état local, démontre une congestion et un processus phlogistique dont le placenta a été le foyer principal. J'ai saigné plusieurs fois la femme, et à l'aide de ce moyen j'ai pu arriver très-près du terme de la grossesse, mais évidemment ce n'était pas assez; aussi, si une nouvelle grossesse se présente, je me promets d'insister davantage sur les émissions sanguines.

Cette grossesse arrive précisément en 1863 (l'observation portera le n° CCCXVIII de ma *Clinique*), et cette fois j'ai saigné la femme dès les premiers mois; puis j'ai continué à le faire aux époques cataméniales, sans attendre ni les malaises, ni l'extinction de la voix, ni l'oppression, ni les hémorrhagies. Il m'est même arrivé, dans le cours des derniers mois, de saigner cette femme tous les quinze jours, et loin de l'affaiblir, je la soulageais; l'enfant n'avait jamais été aussi vivace dans les grossesses précédentes. Enfin, j'ai fait même une petite saignée dans les jours qui ont précédé le travail, lequel a eu lieu le 13 juillet dernier. A la grande satisfaction de la famille et à la mienne, nous avons eu cette fois une fille un peu petite pour être à terme, mais très-vivace, et qui est allaitée par la mère elle-même. A l'heure qu'il est, cette enfant est encore parfaitement bien portante.

Qui le croirait? malgré toutes ces saignées, le placenta a offert encore quelques petits noyaux épars de tissu fibro-adipeux, preuve évidente que les émissions sanguines n'ont pas été de trop.

Quelle conséquence doit-on tirer de ce fait? Avec du mauvais vouloir, on pourrait dire que le hasard a donné ce résultat, et qu'une observation isolée ne dit rien. Je pourrais répondre que j'ai d'autres faits à l'appui; mais il me semble qu'un hasard heureux, préparé de longue main après trois malheurs, ce hasard est plutôt un véritable succès.

Où m'aurait donc conduit la théorie histologique, qui du reste constate un fait (l'oblitération des vaisseaux et la précipitation de la graisse) sans donner d'autre explication que la négation de la placentite? Elle m'aurait conduit à ne rien faire, elle m'aurait même éloigné de la saignée, que j'ai dû employer presque à outrance pour réussir. Peut-on, du reste, plusieurs mois après que l'inflammation a quitté un tissu sans y avoir produit d'autre désordre que de le rendre imperméable au sang, peut-on affirmer, à l'aide du microscope, si ce tissu a été ou n'a pas été le siége d'une inflammation? Je livre ces considérations à la fois aux histologistes et aux praticiens. Quant à moi, voici comment je raisonne ce fait et ceux qui lui sont analogues.

Les précédents et l'état actuel excluaient ici chez les parents une maladie diathésique, et la mère, par son tempérament sanguin, était prédisposée à la congestion utérine, ainsi qu'à ses conséquences. Par quoi ont pu être oblitérés les vaisseaux placentaires, devenus fibreux par la suite? Ce n'est pas par effet d'un décollement, puisqu'ils sont restés adhérents à l'utérus jusqu'au moment de la délivrance. Une embolie aurait pu expliquer l'oblitération d'un seul vaisseau; mais comme il y en a eu plusieurs à la fois et sur des points distincts, l'embolie n'est plus admissible. Ce n'est pas non plus à la suite d'hémorrhagies, car dans ce cas le sang qui rompt les vaisseaux se loge dans le tissu même ou dans les interstices, sans faire dégénérer les tissus environnants. On ne pourra pas non plus dire que les vaisseaux se sont fermés par excès ou par défaut de nutrition, ni qu'ils ont été comprimés par la graisse, car celle-ci se précipite seulement après que le sang ne circule plus depuis longtemps dans leur intérieur.

Ainsi, pour expliquer l'oblitération vasculaire qui a lieu simultanément sur plusieurs cotylédons ou isolément sur un seul, il ne peut y avoir qu'un processus phlogistique qui fasse sécréter de la lymphe plastique à l'extérieur et à l'intérieur de ces vaisseaux, lymphe plastique qui, comme on le sait, finit par resserrer de plus en plus les tissus dont elle s'empare. Quant à la précipitation de la graisse dans les interstices des vaisseaux oblitérés et des tissus environnants, elle arrive ici comme dans tous les organes qui ont cessé de fonctionner depuis longtemps. Si cette explication ne suffisait pas à convaincre, le succès qu'a eu la saignée dans le fait dont j'ai parlé, et qui n'est pas le seul, me semble devoir appeler l'attention des histologistes.

Je ne prétends pas faire l'histoire de la placentite dans cette note, ni expliquer toutes les maladies du placenta par l'inflammation; je dis seulement que nier la placentite, c'est s'écarter, ce me semble, de ce que démontrent à la fois le raisonnement et l'observation clinique. Quant à moi, plus je vais, et plus je suis confirmé dans les idées que voici:

1° La placentite existe à l'état aigu et avec des degrés variables, depuis la congestion, avec commencement de ramollissement, jusqu'à la formation du pus, ce qui est cependant excessivement rare; mais on peut facilement y trouver les divers degrés d'hépatisation qu'on trouve dans le poumon enflammé.

2° Lorsque cette inflammation est partielle et que l'enfant survit, les tissus enflammés restent le plus souvent imperméables au sang, se resserrent, et au bout de quelque temps il se précipite de la graisse dans leurs interstices (tissus fibreux des Anglais).

3° Il ne faut pas confondre avec la placentite l'épaississement partiel ou général de la caduque, les kystes, les caillots fibrineux décolorés, et quelques autres produits de l'hémorrhagie. La congestion et l'hémorrhagie placentaires cependant tiennent de près à l'état aigu de la placentite. Les adhérences du placenta, surtout lorsqu'elles ont lieu avec le corps de l'enfant, et les incrustations calcaires de ses fibres ont sans doute aussi quelques rapports avec les résultats ultimes de la placentite.

4° L'inflammation du placenta, dont les symptômes, il est vrai, sont souvent communs à d'autres maladies du fœtus, des annexes et de l'utérus lui-même, cette inflammation est facile à constater sur le délivre; et comme cette maladie a de la tendance à se répéter aux grossesses suivantes, il faut la surveiller de près. Son pronostic n'est pas si grave qu'on a bien voulu le dire, si on la combat en temps opportun.

5° Lorsqu'il y a des symptômes de pléthore générale ou de congestion utérine très-marquée, et surtout s'il y a eu des précédents de placentite, il faut employer les dérivatifs sur les parties supérieures du corps. Si ces symptômes ne cèdent pas facilement, il ne faut pas craindre de faire de petites saignées répétées, surtout aux époques cataméniales, en les accompagnant, bien entendu, d'un traitement général et local en rapport avec l'état de la malade et avec le degré des symptômes phlogistiques.

Dr A. Mattei.

GASTRORRHAGIE
due à un engorgement chronique de la rate.

Par M. Le Large, chirurgien de la marine.

Le nommé G... (Louis), ouvrier ajusteur à l'établissement impérial d'Indret, âgé de quarante-six ans, tempérament lymphatico-sanguin; pas de diathèse héréditaire. Durant un séjour de sept ans dans la province d'Alger comme chasseur d'Afrique, il a eu le choléra, un accès de fièvre suivi d'une splénite traitée par les sangsues. Une dyssenterie fort grave, compliquée d'ascite, a nécessité son renvoi en France dans un état désespéré. La guérison a été très-longue. Cet ouvrier, qui a commis quelques excès alcooliques étant soldat, mène une vie très-rangée depuis son mariage, qui date de huit ans. Il a toujours éprouvé, depuis son séjour en Afrique, des douleurs sourdes, avec un sentiment de tension incommode dans l'hypochondre gauche.

G... se présente à moi, pour la première fois, au commencement de janvier 1864. Il ne peut manger un repas complet; quand il a ingéré une certaine quantité d'aliments, il lui est impossible de continuer; aussi prend-il ses repas en dix ou douze fois dans la journée. Aussitôt l'ingestion des aliments, les douleurs, vives auparavant, diminuent, pour reparaître une heure après et cesser dès que le malade a rendu de vingt à trente centilitres d'un liquide limpide. Le sujet est affaibli; je le soumets au vin de quinquina, au sous-nitrate de bismuth à la dose d'un gramme, plus tard à la magnésie et à l'eau de Vichy. Pas d'amélioration. Un vésicatoire pansé à la morphine, prescrit par mon collègue, n'amène pas de meilleur résultat.

Le 13 février, vingt sangsues appliquées sur le côté souffrant donnent lieu à un soulagement notable; pas de vomissements.

Le 15 février, douleurs très-vives à l'épigastre; G... est obligé de garder le lit. Je suis appelé le lendemain.

Dans la matinée du 16, il a vomi après des douleurs excessives une quantité de liquide évaluée à 18 ou 20 litres; c'est une eau fortement colorée en rouge dans laquelle on trouve des caillots sanguins noirâtres, de la grosseur d'un petit œuf de poule. Plusieurs défaillances; il y a même eu une syncope d'un quart d'heure peu de temps avant mon arrivée, à trois heures de l'après-midi. A ce moment, le malade est exsangue, la face pâle, les extrémités froides, le pouls petit, les muqueuses décolorées, la voix presque éteinte, l'intelligence nette. G... se dit perdu. Sentiment de brûlure à l'épigastre et s'irradiant dans tout l'hypochondre gauche. La palpation me fait trouver dans cette région une tumeur que je ne puis délimiter en haut, de peur de réveiller la sensibilité de l'estomac, un moment assoupie, mais qui en bas descend à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic et du côté gauche. Cette tumeur est la rate hypertrophiée. Le malade me dit alors avoir eu une splénite antérieurement; il ne m'en avait pas parlé jusqu'ici. L'estomac douloureux ne présente rien de particulier à la palpation. — Une selle le matin, miction nulle, la vessie est vide.

Prévenir l'hémorrhagie, ranimer les forces du malade, voilà les indications les plus pressantes qui se présentaient, et ce fut sur ces indications que j'établis le traitement, qui consista en morceaux de glace dans la bouche, application de glace sur l'estomac, ligature des membres au-dessus des coudes et des genoux si l'hémorrhagie reparaissait; potion éthérée au moment des défaillances; vin de Seguin à prendre par petites cuillerées; repos absolu; diète.

Le lendemain 17, l'hématémèse n'a pas reparu; pas de selles; urines nulles; c'est le deuxième jour où elles font défaut; la vessie n'est pas distendue. Je recommande de me garder les urines et de me prévenir si le besoin de la miction se fait sentir sans qu'elle puisse s'effectuer. Le vin de Seguin, trop alcoolique pour un homme aussi affaibli, est remplacé par le sirop de quinquina. — Sirop d'iodure de fer, deux cuillerées à bouche par jour; bouillons froids.

Le 18, G... urine une petite quantité d'un liquide de la couleur du jaune d'œuf, dit-il, car, malgré ma recommandation de la veille, le liquide a été jeté. Pas de selles. — Un lavement émollient est prescrit.

Les jours suivants, le régime est augmenté, avec défense toutefois de prendre des aliments solides. Un peu de vin rouge est supporté; les selles n'ont reparu que le 2 mars, malgré l'emploi de plusieurs lavements émollients; je n'ai pas osé employer de purgatifs, vu l'état de faiblesse du sujet. Les premières selles ont été composées de caillots sanguins noirâtres, d'une odeur très-fétide; à partir de cette époque, elles ont été régulières, et le sang a disparu au bout de quinze jours. La quantité d'iodure de fer est augmentée insensiblement; le vin de Seguin remplace le sirop de quinquina.

Le 4 mars, quinze jours après tout vomissement, pouvant compter sur la tolérance de l'estomac, j'administre tous les matins 0,25 de tannate de quinine dans le but de diminuer le volume de la rate, qui dépasse de 3 centimètres seulement le rebord des fausses côtes un mois après. Sous l'influence de préparations toniques, les forces se rétablissent; la convalescence a duré cependant deux grands mois, et ce n'est que dans les premiers jours de mai que l'ouvrier reprend ses travaux, parfaitement guéri, en apparence du moins.

Plusieurs phénomènes intéressants me paraissent devoir être notés d'une manière spéciale; mais je laisse à des hommes plus éclairés que moi le soin de les expliquer.

1° La gêne apportée dans les fonctions de l'estomac par l'hypertrophie d'un viscère voisin;

2° Le développement de la rate se produisant peu à peu et atteignant des dimensions énormes après un simple accès de fièvre;

3° L'influence, peu contestée d'ailleurs à cette époque, des sels de quinine sur les engorgements de la rate;

4° Notons enfin en dernière analyse la coïncidence de la gastrorrhagie avec l'absence des urines, deux symptômes presque constants et devenant par leur coïncidence le signe pathognomonique de la fièvre jaune, symptômes se présentant dans une affection tout autre que cette fièvre si terrible.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 août 1864. — Présidence de M. Morin.

Comparaison du bras et de la main de l'homme avec l'avant-bras et la main des grands singes à sternum plat désignés à tort par les naturalistes sous le nom d'anthropomorphes, par M. P. Gratiolet. (Extrait par l'auteur.) — « J'ai profité de l'occasion qui m'a été généreusement offerte par M. Aubry-Lecomte de disséquer un grand chimpanzé de l'Afrique équatoriale, différant par certains caractères du *Troglodytes niger*. Ces différences sont une physionomie

plus bestiale, des formes plus massives, une lèvre supérieure froncée au lieu d'être sillonnée régulièrement de haut en bas, une face toute noire, et par-dessus tout un talon bien prononcé à la partie postérieure de la dernière molaire d'en bas. Ce chimpanzé est donc très-certainement une espèce nouvelle, et, pour consacrer ma reconnaissance, je propose de la désigner sous le nom spécifique de *Troglodytes Aubryi.*

» Dans la note que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie, je ne traite pas de l'ensemble des remarques que j'ai pu faire sur l'anatomie de ce curieux animal; elles seront l'objet d'un grand travail que je rédige en ce moment avec M. le docteur Alix. Mais j'ai cru utile de résumer, parmi les observations que j'ai pu faire, celles qui sont relatives à l'anatomie de la main dans les singes dits anthropoïdes. Cette anatomie révèle des différences profondes et réellement typiques entre l'homme et les singes les plus élevés. Chez les singes, le pouce est fléchi par une division oblique du tendon commun du muscle fléchisseur commun des autres doigts. Il est donc entraîné dans les mouvements communs de flexion, et n'a aucune liberté. Le même type est réalisé dans le gorille et dans le chimpanzé; mais ce petit tendon qui meut le pouce est réduit chez eux à un filet tendineux qui n'a plus aucune action, car son origine se perd dans les replis synoviaux des tendons fléchisseurs des autres doigts, et il n'aboutit à aucun faisceau musculaire; le pouce s'affaiblit donc d'une manière notable dans ces grands singes. Chez aucun d'eux, il n'y a aucune trace de ce grand muscle indépendant qui meut le pouce dans l'homme. Et loin de se perfectionner, ce doigt si caractéristique de la main humaine semble chez les plus élevés de tous ces singes, les orangs, tendre à un anéantissement complet. Ces singes n'ont donc rien dans l'organisation de leur main qui indique un passage aux formes humaines, et j'insiste à ce sujet, dans mon mémoire, sur les différences profondes que révèle l'étude des mouvements dans des mains formées pour des accommodations d'ordre absolument distinct.

» Une étude approfondie des muscles du bras et de l'épaule dans ces prétendus anthropomorphes confirme ces résultats. D'ailleurs, c'est surtout dans le singe en apparence le plus semblable à l'homme, dans l'orang indien, que la main et le pied présentent les dégradations les plus frappantes. Ce paradoxe, ce défaut de parallélisme chez l'homme et chez les grands singes dans le développement d'organes corrélatifs tels que le cerveau et la main, montre avec une absolue évidence qu'il s'agit ici d'harmonies différentes et d'autres destinées; tout dans la forme du singe a pour raison spéciale quelque accommodation matérielle au monde; tout, au contraire, dans la forme de l'homme, révèle une accommodation supérieure aux fins de l'intelligence. De ces harmonies et de ces fins nouvelles résulte dans ses formes l'expression d'une beauté sans analogue dans la nature, et j'on peut dire sans exagération que le type animal se transfigure en lui.

» Les faits sur lesquels je viens d'insister me permettront du moins d'affirmer avec une conviction fondée sur une étude personnelle et attentive de tous les faits connus, que l'anatomie ne donne aucune base à cette idée si violemment défendue de nos jours, d'une étroite parenté entre l'homme et le singe. On invoquerait en vain quelques crânes anciens évidemment monstrueux trouvés par hasard, tels que celui de Neanderthal. On trouve encore çà et là des formes semblables; elles appartiennent à des idiots. L'une d'elles fut recueillie il y a quelques années par M. le docteur Binder. A la prière de M. Jean Macé, M. Binder voulut bien m'en faire don; je n'ai pas cru qu'un spécimen aussi précieux pût rester dans mes mains; il appartient aujourd'hui aux collections du Muséum. Il comptera désormais parmi les éléments de cette grande discussion sur la nature de l'homme qui agite aujourd'hui les philosophes et trouble les consciences, mais d'où la divine majesté de l'homme sortira quelque jour, consacrée par le combat, et dès lors inviolable et triomphante. »

(Commissaires, MM. Serres et Bernard).

Note sur les opérations d'ovariotomie qui ont été pratiquées par M. KOEBERLÉ. — Les opérations pratiquées jusqu'ici dans un espace de deux ans sont au nombre de douze. Elles ont été suivies neuf fois de guérison et trois fois de mort, du troisième au huitième jour. L'une des opérées, qui avait été affectée de tumeurs cancéreuses des ovaires, a, six mois après leur extirpation et un rétablissement complet, succombé aux suites d'un cancer de la matrice. Les autres opérées jouissent d'une santé parfaite depuis qu'elles ont été soumises à l'ovariotomie, et l'une d'elles a accouché à terme d'un enfant ayant pesé 4,700 grammes.

Des douze malades opérées, cinq ont subi une ovariotomie double; chez trois autres on a en même temps pratiqué l'énucléation partielle de quelques vésicules de Graaf dans un état hypertrophique, dans l'ovaire opposé à celui qui a été enlevé; quatre opérées ont subi l'extirpation simple d'un seul ovaire: chez l'une d'elles, l'autre ovaire, qu'il a été impossible d'extirper, avait également subi un commencement de dégénérescence, mais il n'a pas augmenté de volume depuis l'opération, il y a dix-huit mois. L'une des opérées a guéri à la suite de l'extirpation des ovaires et de la matrice et jouit d'une santé florissante; avant l'opération elle était sujette à de fréquents accès d'hystérie qui ne se sont plus reproduits depuis.

La proportion des guérisons obtenues est de 75 p. 100. Ces résultats sont d'autant plus remarquables, lorsqu'on les met en opposition avec ceux de sept autres opérations d'ovariotomie également pratiquées à Strasbourg par divers chirurgiens, et qui toutes ont été suivies de mort. (Commissaires, MM. Velpeau, Cloquet et Jobert.)

De l'action réflexe du nerf pneumo-gastrique sur la glande sous-maxillaire, par M. OEHL. — Si dans un chien l'on excite avec le courant galvanique l'un des nerfs vagues, ou le bout central de ce nerf coupé, dans sa région cervicale, on produit toujours une augmentation de la sécrétion des deux glandes sous-maxillaires, augmentation qui est presque constamment plus forte dans la glande du côté galvanisé. Ce fait a déjà été passagèrement indiqué par M. Claude Bernard, sans qu'il ait pourtant déterminé la voie que parcourt l'excitation appliquée au vague.

M. Schiff, bien qu'il admette l'action directe du sympathique sur la glande, action qui consisterait, selon lui, dans le rétrécissement des vaisseaux sanguins, croit à la possibilité d'une réflexion sensitive de ce nerf sur le facial dans certaines maladies de l'estomac; mais il n'attribue pas l'excitation au vague, puisque, selon ses observations et celles de Rahn, la galvanisation de ce nerf n'excite point la sécrétion de la glande sous-maxillaire. M. Czermack a observé que l'excitation du sympathique produit une augmentation momentanée de la sécrétion de cette glande, et que cette sécrétion s'arrête bientôt lorsqu'on continue la galvanisation. M. Bernard a remarqué que la salive sous-maxillaire qui s'écoule par suite de l'excitation du sympathique est plus épaisse et plus trouble que celle qui suit l'excitation du nerf lingual; ce fait a été étudié dans ses détails par M. Eckhard.

J'ai toujours observé que la galvanisation prolongée du nerf vague intact, ou de son bout central après la section, détermine un écoulement de salive plus ou moins abondant des deux glandes sous-maxillaires, même dans les cas où cette excitation n'occasionnait ni l'arrêt de la respiration ni des vomissements, ses effets ordinaires. Si MM. Schiff et Rahn n'ont pas observé cette augmentation, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment prolongé l'excitation du vague, car l'augmentation ne se manifeste pas immédiatement, comme dans la galvanisation du lingual, mais au bout de quelque temps et généralement lorsque les nausées commencent déjà à se montrer.

Une seule fois, dans un animal très-faible, la galvanisation du vague resta sans effet, et dans ce cas, celle du bout périphérique du lingual uni avec la corde du tympan ne produisit elle-même que quelques gouttes d'une salive très-épaisse.

J'ai galvanisé le vague séparé du sympathique jusqu'à sa sortie du crâne, et j'ai obtenu la même augmentation, plus forte du côté excité.

La salive a ou prend après peu de temps les caractères physiques de celle qu'on obtient par la galvanisation du lingual.

L'augmentation que j'ai obtenue dans des cas rares en galvanisant le sympathique est beaucoup moins considérable, d'une durée beaucoup moindre, et produit une salive plus épaisse, moins transparente et moins filante; il faut du reste une irritation beaucoup plus forte pour produire cette augmentation passagère; dans l'immense majorité des cas l'excitation du sympathique a l'effet indiqué par MM. Czermack, Bernard et Eckhard, et cet effet se montre unilatéralement du côté irrité.

Après la section du lingual et du filet tympanique, la galvanisation du bout central du nerf vague ne produit plus aucune augmentation de sécrétion du côté où la section a été pratiquée, tandis qu'elle se manifeste comme auparavant du côté où ces nerfs sont intacts.

Après la section du lingual des deux côtés, on n'obtient plus d'augmentation du tout au moyen de l'excitation des vagues, même quand on la pousserait au point de causer de violents vomissements.

Si la section du lingual a été faite de manière à laisser le filet tympanique en communication avec le bout central de ce nerf, l'augmentation se continue après l'excitation du nerf vague.

Tous ces faits prouvent clairement que la salivation qui accompagne la nausée et qui précède le vomissement produit par l'excitation du nerf vague est l'effet d'une action réflexe de ce nerf sur le filet tympanique du lingual, et que cette action se communique dans les centres nerveux aux nerfs correspondants du côté opposé.

Il est probable que la stimulation naturelle de la muqueuse gastro-intestinale exerce une action sur la glande sous-maxillaire par cette même voie, par exemple la salivation causée par l'helminthiase.

Si on injecte dans l'estomac par une fistule de l'eau, de l'infusion acétique de moutarde et de l'infusion alcoolique de poivre, on excite énergiquement la sécrétion des glandes sous-maxillaires, pourvu que les vagues soient intacts; s'ils sont coupés, cet effet manque.

L'action réflexe du vague ne s'étend pas à l'autre branche de la septième paire, qui, selon l'opinion admise, exerce son influence sur la glande parotide.

Réponse à une communication de MM. LEPLAT et JAILLARD relative à l'action des bactéries sur l'économie animale. Note de M. DAVAINE. — Dans une communication faite à l'Académie des sciences le 1ᵉʳ août 1864, MM. Leplat et Jaillard rapportent des expériences qu'ils ont faites principalement en vue de contrôler les résultats que j'ai obtenus par l'inoculation du sang de la maladie charbonneuse connue sous le nom de *sang de rate*. Mais ces observateurs n'ayant pu se procurer du sang d'animaux atteints du charbon, ont pensé pouvoir juger aussi bien, ou même mieux, la question en inoculant des vibrioniens développés dans des substances végétales ou animales putréfiées.

Sans chercher à apprécier ici jusqu'à quel point il est rationnel de contrôler des expériences faites dans certaines conditions par des expériences faites dans des conditions différentes, je ferai remarquer simplement qu'il ne peut y avoir aucune similitude entre les faits rapportés par ces observateurs et ceux qui me sont propres; ils ont inoculé des infusoires pris dans des liqueurs putréfiées, j'ai inoculé, moi, des infusoires développés dans du sang qui n'avait subi aucune altération putride, sang pris immédiatement après la mort des animaux charbonneux, ou même pendant leur vie. Enfin, loin que la putréfaction soit la cause de la mort des animaux que j'ai inoculés avec le sang de rate, la putréfaction, au contraire, empêche et anéantit la reproduction des infusoires du sang charbonneux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 12 août 1864, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur:

Au grade d'officier: M. le docteur Baradou, médecin-major de 1ʳᵉ classe.

Au grade de chevalier: M. le docteur Dupeyron, médecin aide-major de 1ʳᵉ classe.

— La *Presse médicale belge* nous annonce la nomination de M. Brown-Sequard à la chaire de physiologie et de pathologie du système nerveux à la Faculté de médecine de l'université de Boston. Tous les amis de la science applaudiront au juste hommage qui vient d'être rendu au célèbre physiologiste.

— Les *Archives de médecine navale* pour août 1864 viennent de paraître. Nous relevons dans ce fascicule les mémoires originaux suivants:

I. Contributions à la géographie médicale (1ʳᵉ série. Station de l'Océan Pacifique), par M. Le Roy de Méricourt.

II. Epidémiologie. Particularités d'étiologie et de marche présentées par l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi à Tampico sur le 2ᵉ régiment d'infanterie de marine, pas M. Jaspart.

III. Note sur les causes de l'explosion du réfrigérant du vaisseau le *Louis XIV*, par M. Hétet, pharmacien en chef de la marine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 AOUT 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Un incident à propos d'un rapport sur un remède secret destiné à guérir la fièvre intermittente et à être substitué au sulfate de quinine, a occupé les instants de l'Académie plus longtemps que ne le méritent d'ordinaire les remèdes secrets. Des expériences faites dans le service de M. Piorry étaient la seule cause de la réclamation de l'honorable académicien. Néanmoins, malgré ce qu'a dit M. Piorry, l'Académie n'a pas jugé à propos de voter l'application des règlements en faveur du remède nouveau. Ajoutons que M. Piorry avait, en tolérant des expériences dans son service, fait tous ses efforts pour engager l'auteur du remède secret à le publier.

M. Bouley, que l'on a appelé l'enfant terrible de l'Académie, a obéi, à propos du procès-verbal, à un de ces élans dont l'Académie a été plusieurs fois le témoin. Lorsqu'il parle avec conviction et sans intérêt, l'homme peut se tromper quelquefois ; mais lorsqu'il frappe juste, il triomphe en quelques mots.

La récente communication de M. Girard de Cailleux a reçu un coup funeste dans les quelques paroles que M. Bouley a dites, et qui ont eu de l'écho chez M. Baillarger. Certes, comme le disait à demi-voix M. Bouley, il y aurait danger à admettre, même par complaisance, quelque similitude entre la rage et le délire aigu. Ne serait-il pas possible qu'au milieu de populations ignorantes il ne germât de nouveau l'idée d'étouffer les aliénés furieux comme l'on a voulu étouffer à une époque qui n'est pas encore loin de nous, les hommes atteints de rage?

Nos lecteurs n'ont pas oublié, du reste, quelle a été mardi dernier l'impression que nous a laissée la communication attaquée aujourd'hui. Rien dans les conclusions, qui étaient au Compte rendu, ne justifiait l'hypothèse contre laquelle M. Bouley s'est courageusement élevé.

L'Académie a entendu une longue lecture dont nous donnons les conclusions. Le lecteur y trouvera exposés, dans des expressions pathétiques, touchantes, destinées à émouvoir les cœurs les plus rudes, qui entourent de fleurs de rhétorique les faits anatomiques mêmes les plus simples, une série de souhaits destinés à répandre parmi les médecins et dans la société les règles hygiéniques propres à assurer un heureux accouchement et la viabilité du nouveau-né.

De tels enjolivements dans une Société scientifique ne sont guère de mise, quels que soient les mérites que l'on puisse trouver au fond des mémoires. Tout en louant la politesse de l'Académie, nous avons admiré son sérieux en écoutant impassible des phrases telles que celles-ci :

« Qui croirait, dit Lohstein, que le court espace de la vie du fœtus est marqué par autant de maladies organiques que celui que parcourt l'homme après sa naissance? » On ne le soupçonnerait guère, si l'on songeait au soin avec lequel la nature a placé le berceau du nouvel être. En effet, suspendu mollement dans la profondeur des organes de sa mère, soumis à une température toujours la même... et protégé contre les violences extérieures par une ceinture osseuse puissante, on le supposerait plutôt doué dans sa forteresse de toutes les immunités.

Ou : « Il en est de même de ceux qui, ayant atteint le terme complet du développement fœtal, ont éprouvé de graves atteintes pendant le travail de l'accouchement, et que pour cela nous appelons les blessés de la veille. »

En vérité, si à l'Académie la science peut se présenter avec de telles formes, que restera-t-il donc aux feuilletons et aux almanachs ? — Dr Armand Desprès.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. TRIQUET.

Maladies des oreilles.

Des écoulements purulents des oreilles. — Les écoulements purulents des oreilles se montrent à toutes les époques de la vie, aussi bien dans la plus tendre enfance comme dans un âge avancé. Il est peu de praticiens qui n'aient été consultés pour ces flux d'oreilles, plus ou moins abondants et souvent d'une durée interminable.

Il existe aussi dans le monde et même parmi les médecins un préjugé qui tend à faire regarder ces écoulements comme un émonctoire salutaire, chez les enfants surtout.

Si cette otorrhée siégeait en un tout autre endroit que sur les membranes délicates et si importantes de l'oreille, il n'y aurait pas grand péril à la considérer comme une suite ou une conséquence des gourmes ; mais la structure de l'oreille est rapidement compromise et même plus ou moins détruite par ces suppurations prolongées, et les malades peuvent rester plus ou moins sourds, et souvent d'une manière irrémédiable, à la suite de ces flux chroniques.

C'est donc une erreur qu'il faut chercher à détruire en raison des funestes résultats que je viens de rapporter.

Je l'ai déjà dit bien des fois, les écoulements d'oreilles, pour peu qu'ils durent quelque temps, et par ces mots je n'entends ni des mois ni des années, finissent par causer dans l'appareil de l'ouïe des désordres très-graves. Les membranes si ténues qui concourent à former cet organe délicat et vraiment merveilleux s'enflamment au contact prolongé du pus, se ramollissent, se perforent; quelques-unes même, comme la cloison tympanique, peuvent être rongées par *l'acrimonie* des humeurs, comme disaient les anciens. On comprend dès lors que la fonction importante de l'ouïe est plus ou moins compromise, et souvent perdue sans espoir de retour. Si le malade est un enfant (et c'est le cas le plus commun), le sens de l'ouïe, qui n'est à vrai dire que la porte de l'intelligence, se trouve ainsi malheureusement fermé, et le malade presque réduit à la condition de sourd-muet.

Gardons-nous bien de croire qu'il y a de l'exagération dans ce langage. Je n'ai point rembruni à dessein ce tableau. J'ai seulement dit la vérité sans réticence ni atténuation. Ma position à la tête d'un dispensaire important, où je vois en grand nombre des enfants devenus sourds à la suite de flux d'oreilles longtemps négligés, me faisait un devoir d'exprimer à cet égard ma pensée tout entière. C'est pour moi une conviction profonde.

Que de fois j'ai vu avec chagrin des mères s'opposer formellement à ce que l'on traitât par des remèdes convenables les écoulements d'oreilles de leurs enfants, et qui après avoir abandonné pendant un certain temps la maladie à elle-même, nous ramenaient ensuite ces petits êtres dans un état de surdité presque complète ! Les élèves et les jeunes médecins qui ont fréquenté mon dispensaire, ont eu très-souvent sous les yeux ces tristes résultats d'un vieux préjugé et d'autant plus difficile à détruire.

Ces réflexions, bien longues sans doute, étaient indispensables pour montrer l'importance du sujet que je vais esquisser brièvement.

Causes. — Les écoulements d'oreilles se manifestent dans la plupart des affections de cet organe et souvent dans des circonstances extrêmement différentes :

1° Dans les inflammations catarrhales, phlegmoneuses ou périostiques du conduit ;

2° Comme complication presque obligée des corps étrangers vivants ou inanimés qui ont séjourné quelque temps à l'intérieur du conduit, et aussi des concrétions cérumineuses, des exostoses, etc.

3° Dans les phlegmasies de la membrane du tympan (surtout la phlycténulaire) (1), dans l'otite goutteuse et syphilitique (2) ;

4° Dans le catarrhe de l'oreille moyenne; le phlegmon de cette cavité, des cellules mastoïdiennes, la carie, la nécrose des parties osseuses de l'oreille et du rocher lui-même ;

5° On observe encore et très-souvent les écoulements puriformes et sanguinolents de l'oreille pendant la durée des exanthèmes fébriles et des fièvres graves (rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, érysipèle de la face, etc.

6° Enfin, c'est un symptôme prémonitoire des plus impor-

(1) Voyez *Leçons cliniques*, p. 50. — (2) Ibid.

LE CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE A TROYES.

Le chef-lieu du département de l'Aube, bâti sur un terrain d'alluvion, entre le Der et le plateau crayeux de Marigny, à 105 mètres au-dessus du niveau de la mer, occupe le 48° 18′ 33″ de latitude, et le 1° 44′ 41″ E. de longitude (tourelle de l'angle de la tour de la cathédrale de Saint-Pierre).

Il était autrefois entouré de murailles et de fossés fangeux. Les premières ont disparu pour faire place à de fraîches et ombreuses promenades. Des derniers, il reste malheureusement encore plusieurs centaines de mètres du côté du sud.

Nous ne savons rien des oscillations du thermomètre, sinon que les maisons troyennes, à peu près toutes en bois, sont des étuves en été, des glacières dans la froide saison.

Quant aux vents dominants, à la pression barométrique, à l'ozonométrie, à l'hygrométrie et à la quantité de millimètres d'eau qui tombe annuellement dans la plaine de Troyes, nous laisserons à de plus heureux que nous la solution de ces petits problèmes météorologiques.

Nous dirons seulement que de fréquentes inondations ont été notées depuis le sixième siècle jusqu'en 1848, et pour ajouter à ces renseignements pris à vol d'oiseau quelques données statistiques, que 34,613 habitants, y compris 113 bonnetiers, 13 pharmaciens, 13 docteurs en médecine et 2 officiers de santé seulement, s'agitent dans Troyes pour leurs affaires, leurs passions ou leurs plaisirs. Chacun d'eux, grâce aux soins d'une édilité intelligente et active, peut y dépenser quotidiennement, pour ses besoins particuliers, 100 litres d'eau de la Seine, généralement peu filtrée. Néanmoins, on est peu édifié, dans l'Aube, sur la théorie helminthogénique nouvellement émise.

On a bien pu doter Troyes de nombreuses bornes-fontaines, y distribuer abondamment de l'eau plus potable que celle des puits, dont quelques conservateurs regrettent cependant le saumâtre liquide, mais on ne fera jamais qu'il y ait de l'ombre dans les rues ; toutes parallèlement tracées, par un caprice des fondateurs, de l'est à l'ouest. Nous n'oserions pas donner le nom de rues aux doubles rangées étroites, sombres, humides, de hideuses maisons qui relient entre elles, du nord au midi, les grandes artères.

Le Congrès scientifique de France, en se promenant tantôt dans ces larges voies inondées de lumière et de calorique avec excès, tantôt dans ces ruelles profondes où l'air ne pénètre pas, n'a rencontré ni la proportion exagérée, ni le nombre restreint des goîtreux, mis contradictoirement en avant par des praticiens; dans les écoles primaires, sur un total de 350 enfants, il n'a compté qu'un seul crétineux; mais aussi il a été forcé de reconnaître, avec les instituteurs, que le niveau des intelligences est bien bas chez les enfants troyens des deux sexes. Interrogés sur ce fait grave, tous les échos sont demeurés muets.

Comme on s'était arrêté près du magnifique lycée troyen, on eut l'odorat désagréablement affecté par des exhalaisons cadavéreuses. C'est qu'il existe, à 102 mètres, un grand cimetière où l'on enterre les morts, dans un terrain léger et perméable. Le Congrès, ému, se hâta de déclarer les émanations des cimetières bien autrement dangereuses que celles des fumiers, poursuivies à outrance dans l'Aube, et d'émettre le vœu de l'éloignement immédiat du cimetière, conformément aux prescriptions de la loi. Peu s'en est fallu que l'on ne traitât comme relaps et hérétiques *brûlables* quelques hygiénistes qui avaient abordé avec un admirable bon sens la comparaison des inhumations en terre, de la consomption par la chaux et de la crémation. Il y aura toujours des Epiménides.

Le Congrès eût bien voulu aborder l'examen *des divers systèmes d'administration de secours mis en usage dans les grandes épidémies*, placer son mot à propos de l'*éducation physique des enfants,* sur laquelle il y a tant à dire ; malheureusement ces questions, et beaucoup d'autres encore portées au programme, ne purent être traitées faute de temps.

On a dit beaucoup de choses déjà connues à propos d'un mémoire plein de faits intéressants sur la pellagre dans l'Aube, lu par M. le docteur Bertrand. Suivant l'éminent praticien, d'accord avec la commission sarde, la pellagre, plus commune qu'on ne pense parce qu'elle est ordinairement méconnue, ne doit rien au maïs ; elle hante volontiers la chaumière du pauvre, sans épargner toutefois les autres classes de la société ; elle menace tous les âges, les deux sexes, toutes les professions, et conduit presque fatalement au suicide par submersion : prophylaxie, traitement, degré de curabilité, sont demeurés jusqu'ici pour M. Bertrand un douloureux point d'interrogation.

A propos *des scrofules dans l'Aube*, on s'est contenté de plaider la circonstance atténuante des améliorations hygiéniques introduites depuis quelques années, comme si la cause de ces hideuses maladies n'était pas inhérente à ce que l'on est convenu d'appeler le progrès de la civilisation moderne et la conséquence de nos entreprises insensées contre les lois qui régissent le mouvement des populations.

Libeller ainsi une question, la huitième du programme : *De la fièvre typhoïde dans l'Aube, où la fièvre paludéenne est endémique*, c'était clairement indiquer le sens de la solution désirée plutôt que cherchée. En effet, le cercle étroit dans lequel on essaya dès les premiers mots de circonscrire la discussion, nous fit connaître l'oubli où sont tom-

tants de l'évolution commençante d'un polype, d'un fongus du rocher et de la dure-mère, etc.

7° Ajoutons enfin qu'on a vu quelquefois un abcès des amygdales et du pharynx se faire jour par la trompe d'Eustache et s'écouler par le conduit auditif après avoir déchiré la cloison tympanique. Ces exemples ne sont pas très-rares, et j'en ai rapporté plusieurs dans mes *Leçons*.

Description. — Une remarque importante et qui me paraît dominer toutes les autres, doit trouver place ici : L'expérience a démontré de la manière la plus évidente qu'il y a souvent un élément scrofuleux dans les écoulements ou suintements devenus chroniques, quel que soit d'ailleurs leur siége. Or, les affections catarrhales chroniques des oreilles présentent une analogie frappante avec le suintement que l'on rencontre souvent dans les inflammations puro-muqueuses des paupières, des fosses nasales, de l'utérus, de l'urètre, etc.

On comprend dès lors la ténacité de certains flux d'oreilles et la résistance opiniâtre qu'ils apportent à la thérapeutique. On comprend aussi que ce n'est le plus souvent qu'une des *formes larvées* par lesquelles se manifeste la scrofule chez un jeune sujet. Ces considérations devront toujours être présentes à l'esprit du praticien quand il s'agit de porter un pronostic et d'instituer un traitement; mais examinons d'abord ces écoulements d'oreilles dans leurs symptômes, et surtout étudions la manière de les distinguer les uns des autres.

Symptômes. — Ils sont anatomiques et physiologiques.

I. Les symptômes anatomiques sont primitifs et secondaires.

A. Symptômes anatomiques primitifs : 1° La rougeur; 2° la tuméfaction; 3° l'écoulement; 4° les croûtes; 5° les ulcérations (du conduit, des bords du pavillon, du cou, etc.).

B. Secondaires : 1° Ramollissement des membranes; 2° perforation de la cloison; 2° chute d'un ou de plusieurs osselets; 4° l'ostéite, la carie du rocher, la nécrose; 5° les granulations, polypes, fongus, qui apparaissent presque constamment à la suite des *otorrhées* chroniques et surtout chez les sujets lymphatiques ou strumeux; 6° l'engorgement des ganglions du cou et sous-maxillaires.

II. Les symptômes physiologiques sont : 1° la douleur; 2° l'odeur; 3° l'éréthisme; 4° la torpeur de l'ouïe; 5° les bourdonnements; 6° la surdité plus ou moins complète et toujours en rapport avec les lésions anatomiques de l'organe souffrant.

Reprenons chacun de ces symptômes séparément.

1° *Rougeur.* — Dans tout écoulement d'oreilles, même chronique, on trouve une certaine rougeur du conduit auditif, que cette rougeur soit causée par l'inflammation primitive mal éteinte, ou qu'elle soit entretenue par la stagnation du pus âcre et fétide dans les anfractuosités du conduit. Il est bien rare aussi que le pourtour de l'oreille ne présente pas une nuance plus ou moins rosée, rougeâtre et quelquefois bleuâtre.

Mais le point le plus important, c'est le siége même tout particulier de cette rougeur dans les différents écoulements de l'oreille : ainsi, dans l'écoulement dû au catarrhe de l'oreille externe, la rougeur occupe surtout l'orifice du conduit, le tragus, etc.

Dans la phlegmasie du tympan, c'est la partie supérieure de l'hélix qui est rouge et luisante.

Dans le catarrhe de l'oreille moyenne, la rougeur occupe l'apophyse mastoïde, etc.

La rougeur est franche et légitime dans le catarrhe du conduit et fixée à un seul point; bleuâtre et diffuse dans l'écoulement de l'otite phlycténulaire; dans les phlegmasies profondes de la caisse, cette rougeur rappelle tout à fait celle des phlegmons.

2° *Tuméfaction.* — Elle occupe les mêmes régions que la rougeur, et présente les mêmes modifications; faisons remarquer cependant qu'elle n'est jamais plus intense que dans l'écoulement catarrhal ou blennorrhagique. Dans ce cas, elle peut déterminer l'oblitération momentanée du conduit par suite du gonflement de ses parois.

3° L'écoulement lui même présente des particularités curieuses à étudier : franchement purulent, jaune, très-abondant, peu odorant dans le catarrhe; demi-séreux, fluide, blanchâtre, horriblement fétide dans l'otorrhée scrofuleuse, mêlé de grumeaux, etc.

D'un jaune verdâtre et mêlé de mucosités filantes semblables au blanc d'œuf quand la matière vient de l'intérieur de la caisse. Il est toujours strié de sang, rouge, en plus ou moins grande abondance, quand il est le symptôme de granulations, d'un polype, d'un fongus à l'état naissant. Enfin, je l'ai vu remplacé brusquement par une hémorrhagie quelquefois considérable, souvent mortelle, chez les enfants convalescents de fièvre grave, la scarlatine surtout (1), et aussi dans la carie et la nécrose du rocher, quand une esquille ou un séquestre a ulcéré la carotide interne à son passage dans le canal carotidien au centre du rocher.

J'ai vu aussi l'écoulement catarrhal de l'oreille remplacé par une perte de sang supplémentaire chez les jeunes filles mal réglées, celles surtout chez lesquelles l'ovulation était pénible et irrégulière.

4° Souvent la matière de l'écoulement se concrète, et il se forme des croûtes dans le conduit et sur les bords de l'orifice du méat auditif, de manière à en déterminer l'obstruction.

5° Des ulcérations se voient très-souvent dans toute l'étendue du conduit auditif pendant la durée de l'écoulement; même on doit noter la *desquamation de l'épithélium* de ce même conduit comme un des accidents primitifs déterminés par l'otorrhée.

B. Les symptômes secondaires sont le ramollissement des membranes, surtout de la membrane du tympan, la perforation de la cloison, la chute des osselets, l'ostéite, la carie, la nécrose du rocher, etc.; les granulations, polypes, fongus, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, parotidiens et cervicaux.

II. *Symptômes physiologiques.* — La douleur ne manque jamais, ni dans les écoulements aigus ni même dans les flux chroniques. Son lieu d'*élection* est invariable :

1° C'est le tragus, pour l'écoulement catarrhal du conduit; l'hélix, pour l'écoulement scrofuleux; l'apophyse mastoïde, pour l'otorrhée suite de phlegmasie de la caisse et des cellules, etc.

2° L'odeur qui s'exhale des oreilles fluentes est vraiment repoussante et pathognomonique.

3° L'éréthisme, les bourdonnements n'ont rien de particulier, et nous renvoyons le lecteur à notre *Traité pratique* (2).

4° Les bourdonnements manquent rarement et n'ont aucun timbre spécial.

5° La surdité est toujours en rapport direct avec les lésions anatomiques, qui par conséquent doivent être prises en grande considération, surtout l'intégrité de la cloison, des osselets, du promontoire, et la conservation même partielle de la fonction, ou son abolition plus ou moins complète.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'écoulement d'oreilles ressort naturellement de la vue du pus, qui s'échappe en plus ou moins grande abondance de l'oreille; mais le diagnostic différentiel des divers écoulements entre eux est plus difficile.

Qu'un malade jusque-là bien portant soit atteint par un coup de vent, par le froid, et que ses oreilles ou seulement l'une d'elles vienne à présenter un écoulement purulent, évidemment, il n'y a pas de doute, c'est un écoulement catarrhal.

Qu'un malade présentant tous les signes du tempérament lymphatique et même strumeux, vienne à accuser une douleur violente dans l'oreille, puis une otorrhée *séreuse, caséeuse même*, le praticien sera mis sur la voie, et, s'aidant du spéculum et du réflecteur, il constatera facilement sur la cloison une ou plusieurs *phlyctènes*, témoignage certain de l'otite scrofuleuse.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 10 janvier 1864.
(2) *Traité pratique des maladies de l'oreille*, p. 95 à 112.

Qu'un malade goutteux soit pris d'un écoulement d'oreilles, et vous constaterez l'élimination d'un ou plusieurs osselets ossifiés, tophacés, à travers la cloison perforée.

Chez un syphilitique, l'écoulement d'oreilles coïncidera soit avec une blennorrhagie *virulente* assurément, et aussi avec des plaques muqueuses à la gorge, des syphilides au cuir chevelu et sur le tronc, etc.

Enfin, quand un écoulement d'oreilles existe depuis longtemps chez un sujet scrofuleux, il sera utile, pour compléter le diagnostic, de porter le stylet mousse avec douceur au fond du conduit auditif, afin de constater, par une exploration prudente, s'il n'existe pas quelque point du rocher carié et nécrosé.

Pronostic. — Grave dans tous les cas, même dans l'écoulement simplement catarrhal, cet écoulement ayant la plus grande tendance à durer indéfiniment et à détruire les membranes importantes de l'oreille, après les avoir ramollies par une macération prolongée dans le pus qui les baigne.

Mais la gravité prend un caractère bien autrement alarmant dans les écoulements liés à un état scrofuleux de la constitution, et cela en raison de la difficulté de combattre avec succès cette diathèse presque indomptable.

La gravité est moindre dans l'otorrhée syphilitique, à cause du spécifique que nous possédons.

La gravité est relative chez les vieillards goutteux, etc.

Complications. — La méningite, les épanchements de pus dans le crâne, sont des complications redoutables que j'ai longuement décrites dans mon *Traité des maladies de l'oreille*, pages 299 et suivantes. Je dois donc y renvoyer le lecteur.

Traitement. — Il ne diffère pas de celui que réclament les différentes causes qui ont amené l'écoulement. Un mot seulement. Dans l'écoulement catarrhal simple :

1° Les injections avec le sulfate de cuivre doivent être mises en usage d'après les formules :

N° 1. — Eau de roses.	100 grammes.	
Sulfate de cuivre.	4	—
Mêlez.		
N° 2. — Eau distillée.	100 grammes.	
Pierre divine.	10	—
Mêlez.		

2° Les fumigations aromatiques, balsamiques et astringentes sont aussi fort utiles et sont vraiment la partie la plus importante du traitement.

3° Chez les sujets scrofuleux, la médication générale doit marcher de front avec le traitement local. Ainsi, les iodures, les amers, l'huile de morue, un bon régime, le soleil, la fréquentation du gymnase, l'exercice, le coucher de bonne heure et certaines eaux minérales appropriées à la cure, les bains de mer, etc., etc.

Quant aux complications, telles que les perforations du tympan, la luxation des osselets, l'obstruction des trompes ou de la caisse, des soins spéciaux sont indispensables et ont été décrits ailleurs avec tous les détails nécessaires (1).

La méningite ou méningo-encéphalite sera traitée par les moyens ordinaires; mais l'épanchement de pus dans le crâne *est un accident mortel* au-dessus des ressources de l'art. C'est donc à le prévenir que le praticien devra surtout apporter son attention.

ASILE DES ALIÉNÉS DE BOURG. — M. BERTHIER.

Guérison du ptyalisme des aliénés.

(Note adressée à l'Académie impériale de médecine.)

La salive, en dehors des besoins physiologiques, peut être provoquée par une action chimique, un irritant mécanique, un

(1) *Leçons cliniques*, tome Ier.

bés dans l'Aube les publications du docteur Jenner (de Londres), les recherches faites par les médecins de l'armée d'Orient, les travaux mis au jour par le regrettable professeur Forget (de Strasbourg) touchant la distinction à faire entre le typhus et la fièvre typhoïde, enfin la séparation de cette dernière d'avec le typhus paludéen, établie par nous-même dans la *Gazette hebdomadaire*. On en était demeuré à la stérile confusion défendue par Gaultier de Claubry. Mais on comprit bientôt que c'était toute une étude pathogénique à reprendre, où le traitement aléatoire par le sulfate de quinine, par quelque infaillible panacée, n'avait rien à voir; que l'entité morbide, fort éloignée anatomo-pathologiquement parlant du typhus de Rœderer et Wagler, nommée *fièvre entéro-mésentérique* par Petit et Serres en 1813, *fièvre typhoïde* par Louis en 1819, *dothinentérie* par Bretonneau en 1824, *iléo-diclydite* par M. Bally, *entérite folliculeuse* par Forget, pourrait bien être une des formes de ces *variolæ sine variolis*, tant souhaitées par Boerhaave, annoncées par Stoll en ses Aphorismes, constatées par Pinel en sa Nosographie philosophique, et par beaucoup d'autres qui en attribuent l'endémicité généralisée à l'influence du *virus equin*. Maintenant que le sillon est ouvert, c'est à la saine intelligence du corps médical de l'Aube de le féconder.

La chirurgie n'a point été oubliée dans cette fête de l'intelligence. Ici c'était un intéressant mémoire de M. le docteur Vauthier sur la nature des tumeurs érectiles et leur traitement par l'implantation peu douloureuse d'aiguilles combinée avec la ligature : le procédé de M. Vauthier a donné lieu à une discussion où sont venus se ranger tour à tour les procédés de destruction connus, amendés par les observations d'une pratique ingénieuse. Là, le procédé du *passe-lacet* au moyen duquel M. le docteur Bertrand a retiré une sonde élastique engagée dans les voies urinaires jusqu'à la hauteur du bulbe de l'urèthre; l'emploi d'un corps tubuleux, par M. le docteur Crépinel, pour extraire du canal uréthral une épingle de toilette à double branche. Le même docteur Crépinel présente, entre autres instruments de son invention, deux pinces fort ingénieuses, destinées à maintenir en contact les bords avivés des fistules vésico-vaginales. Chacun de ces instruments se compose de deux tiges métalliques à manche, armées à leurs extrémités de dents fines, très-aiguës et alternes. Les tiges, articulées à la façon des forceps, s'appliquent séparément, et leurs manches se démontent aussitôt qu'elles sont fixées. Les dispositions des mors de l'instrument diffèrent suivant que l'on est appelé à opérer une solution de continuité transversale ou antéro-postérieure.

C'est un professeur au lycée de Troyes qui s'est chargé de soutenir l'honneur des sciences accessoires dans la section de médecine, et il s'est dignement acquitté de sa tâche en lisant un bon et consciencieux mémoire sur la préparation de l'alun. Suivant M. le professeur Pernet, l'alun potassique, remplacé dans le commerce, dans l'industrie, dans les arts, dans la matière médicale, par l'alun ammoniacal, n'est plus aujourd'hui qu'une rare curiosité de laboratoire. Si cette substitution a des inconvénients incontestables en industrie, elle peut avoir ses dangers dans certaines applications thérapeutiques; qu'on se le dise!

Les trois questions relatives à l'art vétérinaire, *de la cachexie aqueuse dans la race ovine, — de la castration de la vache, — de l'épizootie sur les oiseaux de basse-cour*, ont été savamment traitées au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique par M. Guerrapin. Ce que cet habile praticien a rappelé de la pathogénie, a donné lieu aux observations suivantes :

« N'êtes-vous pas frappés comme moi, Messieurs, s'est écrié le président de la section de médecine, du grand nombre d'épidémies, d'épizooties, d'épiphisies qui se succèdent autour de nous depuis le commencement du second tiers de ce siècle? Après l'homme, le bétail; après le bétail, les oiseaux de basse-cour, les vers à soie, les pommes de terre, le sainfoin, la luzerne, la vigne. Assurément les données de notre étiologie surannée ne sont plus applicables à l'origine et à l'explosion de ces fléaux toujours renaissants. Si nous ne savons absolument rien de la genèse des épidémies et des épizooties nouvelles, nous voyons cependant le τὸ θεῖον des anciens se cacher dans la morsure vénéneuse faite par un acarus à la vigne, morsure où vont se déposer les sporules de l'*oïdium*, suspendus dans l'atmosphère jusqu'à ce qu'ils trouvent sur quelque cadavre, sur quelque partie mortifiée, nécrosée, dans de nouveaux mouvements chimiques, les conditions nécessaires à leur développement. » — « Mais, répond M. Vauthier à cette improvisation nécessairement écourtée ici et qui avait produit quelque sensation dans l'auditoire, mais la teigne, qui est aussi le produit d'un cryptogame, ne se développe que sur le vivant. » — « Permettez, réplique le savant micrographe M. Valois, le follicule pilifère est constitué par une enveloppe de tissu conjonctif; à l'intérieur de cette enveloppe, plusieurs couches de cellules épithéliales; en s'éloignant de la peau, au travers de cellules fractionnées, envahies par des graisses ayant perdu leurs nucléoles, beaucoup de granulations libres. C'est dans cet état que ces cellules sont éliminées; c'est sur ces cellules *en voie de décomposition*, mélangées à des substances diverses en suspension dans l'atmosphère, que se fixe et se développe le sporule du champignon de la teigne. Ce sporule envoie des tubes qui s'enroulent autour du bulbe et pénètre plus ou moins profondément dans la cavité. De là, la difficulté du traitement, les pommades épilatoires, etc. »

Cela dit, la session était close. On ne saurait se rappeler par quelle porte le Congrès scientifique de France est entré à Troyes, mais on peut affirmer qu'il en est sorti par la *porte d'ivoire*, emportant les meilleurs et les plus affectueux souvenirs de la confraternelle hospitalité des Troyens.

Le Dr E. A. ANCELON, D. M.,
médecin en chef de l'hôpital de Dieuze.

excitant moral, le fait de l'habitude. L'absorption mercurielle, l'engorgement des parotides, la fumée du tabac, la colère, le souvenir, etc., en sont des preuves banales.

Or, au fond de chacun de ces exemples se retrouve l'influence nerveuse. Nous savons, en effet, que les maladies où elle a le plus d'empire sont celles où est le plus fréquente la salivation : Hystérie, épilepsie, fureur, rage.

Quoi donc d'étonnant que dans la folie, qui a pour *substratum* obligé une névrose constitutionnelle, ce phénomène se présente? Les aliénistes les mieux accrédités le regardent comme très-commun, Esquirol et Fodéré surtout : le premier l'attribuant au spasme (*Maladies mentales*, t. Ier, p. 85 et 389); le second, à une surexcitation (*Traité du délire*, t. Ier, p. 117 et 572). Tous les deux établissent qu'il accompagne maintes fois l'état maniaque. D'autres, tels que M. Morel, constatent d'une manière moins absolue qu'il n'est pas rare dans le délire général (*Etudes chimiques*, t. XI, p. 431).

Cependant, aucun d'eux ne parle de traitement. Toujours cette même tendance de négliger la chronicité! C'est pour combler cette lacune que je me permets de prendre aujourd'hui la plume.

On peut ranger sous trois chefs les causes de la sputation continue des fous :

1° L'agitation;

2° Les troubles hallucinatoires;

3° Les désordres de l'estomac.

Sur vingt cracheuses étudiées pendant un an, nous en avons rencontré huit atteintes de manie ou de mélancolie avec exacerbations. Trois d'entre elles ne se livrent à leur tic que durant l'accès. Six autres étaient en proie à des hallucinations ou illusions du goût qui les forçaient à se débarrasser d'odeurs infectes ou de liquides empoisonnés. Enfin, quatre se plaignaient de délabrement, de faiblesse, de gastralgie; elles étaient pâles, maigres, presque anémiques. Quant aux dernières, en voie de démence ou de stupidité, il a été impossible d'en arracher un renseignement formel.

Sans cesse occupées à opérer des mouvements d'expuition ou à les simuler, rejetant parfois des quantités considérables d'un liquide baveux ou spumeux dont elles inondaient leurs mouchoirs, souillaient le parquet ou remplissaient des cuvettes, ces malades étaient un objet de dégoût. Le bol alimentaire, insuffisamment humecté ou mal imprégné, descendait laborieusement dans le pharynx, et la première digestion s'accomplissant avec peine, fournissait à la nutrition des matériaux imparfaits; de là des pesanteurs, de l'acidité, le dépérissement.

Quoique ayant observé, le docteur Pic et moi, cette anomalie, nous n'avions jamais cherché sérieusement à la combattre; des collutoires, des gargarismes, des frictions, n'avaient amené aucun résultat. Nous étions persuadés, du reste, que toute lutte serait vaine, le mal étant d'origine nerveuse liée à l'aliénation.

Le hasard, parfois si bon guide, nous servit dans des circonstances analogues à celles de la cure de la diarrhée.

Une aliénée de la Seine, incohérente et tapageuse, épuisée par cette *cracherie* morbide (qu'on me pardonne le néologisme), fut mise au régime tonique : viande quotidienne, à l'exception du vendredi; goutte de vin pur à la fin de chaque repas; infusion de café, selon l'ordonnance.

La sœur chargée de la surveillance de la salle me demanda au bout de deux mois si je ne jugerais pas à propos de supprimer ce régime, Mme J... se portant très-bien; plus de crachoir, plus de sialisme.

Pourquoi, pensais-je, ne tenterions-nous point l'expérience? Peut-être cet acte maladif tient-il à une débilité organique? Essayons. Je dressai une liste des femmes dans le même cas, au nombre de vingt, ai-je dit. Les quatre dont l'infirmité provenait d'affaiblissement, guérirent. Les trois maniaques ne cessèrent que lorsque tomba l'agitation. Pour les six hallucinées, il fallut une thérapeutique plus complexe. Le mal prenant sa source chez elles dans une disposition morale, je fis appel aux éléments de son ordre. J'enjoignis à mes lypémanes d'avoir à se corriger, sous peine de remèdes énergiques et désagréables : « N'était-ce point une chose répugnante et nuisible à la santé? » L'avertissement ne suffit pas. J'eus recours à l'intimidation, elle obtint un amendement.

Les affusions et la douche triomphèrent.

Les crachoirs ont peu à peu été supprimés, et les cracheuses ont disparu de la *Madeleine*.

Je n'ai pas cru qu'il y eût lieu de décliner ici les nom, âge, domicile, symptômes des personnes qui ont fait le sujet de mes observations. C'eût été, ce semble, une répétition superflue, sinon fastidieuse.

Dès que j'en aurai le loisir, je continuerai l'épreuve chez les hommes, où des succès partiels me prédisent la même conclusion.

En résumé, le ptyalisme chronique des aliénés dépend :

De l'atonie des premières voies, et alors il doit être combattu par un régime substantiel;

De sensations hallucinatoires, et alors il doit être combattu par des agents moraux, notre pouvoir n'ayant aucune prise directe sur un ordre de lésions jusqu'ici inaccessibles;

D'une surexcitation générale, et il doit alors être combattu par les sédatifs et antispasmodiques propres à la manie.

De ces trois genres, le dernier est le plus rebelle, parce qu'il est inhérent à la maladie principale. Les deux premières se guérissent facilement avec l'aide expresse du temps.

ÉTUDE MÉDICALE

sur les eaux de Pierrefonds-les-Bains.

Application des eaux sulfureuses pulvérisées au traitement curatif des maladies des organes respiratoires (1).

Par M. le docteur Sales-Girons, médecin inspecteur.

Depuis 1858, époque à laquelle fut publié l'ouvrage sur les eaux minérales pulvérisées, M. Sales-Girons n'avait eu qu'à répondre aux nombreuses critiques élevées sur et contre sa méthode. Aujourd'hui que les adversaires sont satisfaits et que le procédé inauguré aux thermes de Pierrefonds s'est étendu à la plupart des établissements thermaux, l'auteur a cru bien faire en résumant son œuvre, et en la mettant à la portée des praticiens qui veulent être tenus au courant de la science à peu de frais de temps et d'argent.

Les objections relatives à la minéralisation, à la température, à la pénétration des eaux pulvérisées, se trouvent signalées dans le livre avec impartialité; mais les réponses respectives à chacune s'y trouvent aussi à leur place, et le lecteur qui aurait oublié la discussion que la méthode de M. Sales-Girons souleva, il y a deux ans, à l'Académie de médecine, où elle fut victorieusement défendue par MM. Poggiale et Trousseau, en lira avec intérêt le précis dans le nouveau volume qui nous occupe.

Le caractère pratique du livre de M. Sales-Girons ne peut être contesté. La théorie en fut dès le principe posée par l'auteur dans l'ouvrage cité plus haut; dans celui-ci, on lira le fruit de six années d'expérience consécutive, recueilli d'abord dans la salle de respiration de Pierrefonds-les-Bains, et puis dans la clientèle que les instruments pulvérisateurs portatifs ont faite à Paris à notre honorable confrère.

La pulvérisation des eaux minérales se divise aujourd'hui dans les stations thermales, du moins dans celle de Pierrefonds, selon ses principales applications :

1° En *salle de respiration* pour la cure des affections intra-thoraciques;

2° En *douches laryngiennes* pour les lésions si fréquentes dites angines granuleuses, etc.;

3° En *bains à l'hydrofère* pour tous les malades de poitrine qui réclament l'action balnéaire pour réveiller les fonctions cutanées, et auxquels était interdite la balnéation ordinaire à raison de ses inconvénients.

En un mot, le livre de M. Sales-Girons nous paraît la mise à jour de la question importante soulevée par l'innovation dont il est l'auteur, et l'établissement de Pierrefonds le lieu d'origine.

(1) Un vol. in-12. Chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix, 2 fr. 50.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 août. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce et de l'agriculture transmet :

1° Les rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Lodève (Hérault), par M. le docteur Lapeyre; de Sisteron (Basses-Alpes), par M. le docteur Chabus; de Saint-Omer (Pas-de-Calais), par M. le docteur Delpauve; de Chambéry (Haute-Savoie), par M. le docteur Carret, et dans le département de l'Oise.

2° M. le ministre de l'instruction publique remercie l'Académie de l'empressement qu'elle a mis à faire le rapport qui lui était demandé sur la mission scientifique de M. le docteur Dumont au Mexique.

3° M. le ministre de la guerre adresse à la bibliothèque de l'Académie un exemplaire du tome XI de la 3e série du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Rascal, de Murat (Tarn), accompagnant l'envoi d'une note sur l'origine et le traitement de la pustule maligne. (Renvoyé à M. Gosselin).

2° Une observation de M. le docteur Pascal, de Callian (Var), ayant trait à la destruction spontanée d'une vertèbre lombaire. (Commissaire, M. Bouvier).

3° Une lettre de M. le docteur Lespiau, médecin attaché au corps expéditionnaire du Mexique, renfermant des documents relatifs aux affections typhiques et particulièrement aux typhus des plateaux dans le Mexique. (Commissaire, M. Beau).

4° Un mémoire de M. le docteur Emile Bancel, sur les épidémies qui ont régné depuis cinquante ans dans l'arrondissement de Toul (Moselle). [Commission des épidémies].

5° Un pli cacheté relatif aux irrigations médiates en médecine, par M. le docteur Putigarrel. (Accepté).

— M. Tardieu offre à l'Académie, au nom des auteurs et de M. le docteur Jaccoud, la deuxième partie du tome Ier du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

— M. Velpeau offre, au nom de M. le docteur Espagne, une brochure sur l'*Hygiène des blanchisseuses;* l'influence de la profession sur la santé, des marques extérieures résultant des habitudes des femmes et permettant de reconnaître leur profession, bien observées, donnent un intérêt réel à l'ouvrage.

— M. Gosselin offre, au nom du traducteur, M. M. Peter, une deuxième édition de la traduction du livre de l'*Inflammation de l'utérus*, par H. Bennett.

— M. Bouillaud présente, au nom de M. le docteur A. Voisin, une *Etude sur l'état des facultés intellectuelles dans l'alcoolisme*. Les faits bien étudiés dans cet ouvrage sont complétés par des études anatomo-pathologiques, et on y trouve cette particularité que la densité du cerveau augmenterait de volume dans l'alcoolisme.

— M. Depaul offre, au nom de M. le docteur Castang, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, un *Traité élémentaire des fièvres*, qui appartient à un *Traité de pathologie interne*. J'ai remarqué, dit M. Depaul, les chapitres ayant trait aux fièvres à quinquina, à la fièvre typhoïde, aux fièvres éruptives, et l'auteur, à l'occasion de ces dernières, s'est entièrement rangé à l'idée de l'identité de la variole et de la vaccine.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Bouley demande s'il est d'usage de discuter les communications des correspondants.

M. Bouillaud. Sans doute, le règlement l'autorise.

M. Bouley. Je désire que la communication qui a été faite dans la dernière séance par M. Girard de Cailleux soit discutée. Il a été lancé ici une assertion prodigieusement étrange. L'assimilation de la rage au délire aigu chez l'homme, d'après ce que j'ai appris de cette dernière maladie, me paraît monstrueuse. Je fais appel à tous les hommes spéciaux qui font partie de l'Académie, afin que l'on ne laisse pas passer cette communication. Il ne faudrait pas qu'on prît le silence de l'Académie, silence qui pourrait n'être que de l'indifférence, pour un assentiment. Et cela est d'autant plus nécessaire que la lecture qui a été faite ici doit être reproduite dans un journal politique, *la France*.

Pour ma part, je proteste; les aliénés ne sont pas des enragés.

M. Velpeau. M. Baillarger est ici, il peut nous éclairer.

M. Baillarger. La communication qui a été faite ici ne peut être l'objet d'une discussion. Il y a matière à protestation : jamais personne n'a pensé et ne pensera que le délire aigu soit la même chose que la rage communiquée. Nous avons entendu émettre l'opinion personnelle de M. Girard de Cailleux.

M. Piorry. Il y a matière à protestation, voilà tout.

M. Bouillaud. La meilleure manière de protester est de discuter.

M. Baillarger. J'ajouterai que M. Girard de Cailleux a dit que les lésions étaient les mêmes dans le délire aigu et dans la rage. Il n'y a rien de moins vrai.

M. le Président dit que la discussion sur le délire aigu et la rage sera mise à l'ordre du jour.

RAPPORT.

M. Roger lit un rapport sur un remède secret pour la guérison des fièvres intermittentes. Des expériences, dit le rapporteur, ont été faites dans le service de M. Piorry et en Algérie; ces dernières ne sont pas concluantes, et les premières peuvent être discutées. Je conclus à la non-application de la loi.

M. Piorry parle d'expériences qui ont été faites dans son service; il n'a pas voulu expérimenter le médicament sans le connaître. Le secret nouveau lui a été livré sous la foi du serment, et l'orateur dit qu'il est persuadé que ce médicament est sans doute dans quelque vieux livre, et qu'il a quelque chose de bon.

Ce médicament, dit M. Piorry, s'adresserait à la rate, et son auteur était venu à moi parce qu'il croyait, comme moi, que la rate est le siége de la lésion de la fièvre intermittente. En principe, j'admets la possibilité de l'existence d'un médicament de la rate; j'ai proposé et appliqué le sel marin, et je n'y ai renoncé que parce que ce médicament cause des vomissements; c'est pour cela que M. A... a voulu faire des expériences dans mon service.

Après avoir établi qu'il y a à Paris des fièvres intermittentes, l'orateur expose un résumé des faits, parle de l'influence du quinquina, de l'extrait kinoïde, pour produire la diminution de la rate, à moins qu'il n'y ait des lésions des intestins ou des fièvres avec altérations putrides dans les intestins; encore, dans ces cas, la rate diminue momentanément. Il rappelle que le présentateur du remède secret a lu à l'Académie une note à l'égard des faits publiés par M. Piorry. Il dit qu'il n'a pas prêté son concours à l'expérience du nouveau remède sans l'autorisation ou plutôt l'assentiment de l'Académie.

En général, dit M. Piorry en terminant, les sels de quinine et le sulfate de quinine ne sont pas des poisons. Le sulfate de quinine, à sa connaissance, ne produit pas d'accidents réels, surtout lorsque la rate est développée. L'alcoolé de quinine n'est pas aussi innocent, mais il agit encore sur la rate. Le médicament nouveau et secret agit aussi sur la rate, et sous ce rapport M. Piorry ne partage pas absolument l'avis de la commission.

L'orateur dépose sur le bureau un résumé de la conduite qu'a tenue l'auteur du remède secret pendant les expériences faites dans le service de la Charité, et l'exposé des tentatives qu'il a faites pour engager M. A... à publier son remède.

M. Bouillaud. Ces documents seront envoyés à la commission des remèdes secrets.

M. Bouchardat. Je partage la réserve de la commission : les faits ne sont pas concluants. Ceux qui s'abritent derrière l'autorité de M. Piorry ont une valeur, mais ils sont seuls; nous agirons dans ce cas comme récemment à propos d'une thèse soutenue à la Faculté de médecine, et où les observations avaient été prises chez notre collègue : nous avons accepté les faits pour celui qui les couvrait.

M. Piorry. Je ne parle ici que des faits que j'ai vus et non de ceux qui ont été publiés loin de moi.

Je dois dire aussi que la réserve de l'Académie est peut-être un tort; il ne faudrait pas repousser un remède qui peut être utile.

M. le Président met aux voix les conclusions négatives du rapport de M. Rayer.

Elles sont adoptées.

LECTURE.

Médecine légale. — M. le docteur Mendrault, au nom de M. le docteur Gery et en son nom, lit un extrait d'un travail intitulé *Études médico-légales, statistiques et administratives sur les fœtus morts et les enfants nouveau-nés:*

Voici les conclusions :

1° Afin de préparer les éléments suffisamment nombreux et variés indispensables, selon nous, pour dresser une bonne statistique des fœtus morts, qui, faisant connaître les causes de décès, permettrait de les combattre avec plus d'avantage, nous souhaiterions que l'administration créât une feuille spéciale pour les fœtus, afin que les médecins vérificateurs des décès y consignassent uniformément les renseignements utiles relativement à la mère, au fœtus, à ses annexes et à l'accouchement.

2° Nous souhaiterions qu'après avoir appliqué l'hygiène publique d'une manière splendide, on voulût bien songer à l'hygiène du domicile, de la famille, de l'individu, en un mot, l'hygiène privée; c'est bien modeste, mais ce serait bien utile, car sous ce rapport il y a tout à faire.

3° Nous souhaiterions qu'on s'occupât avec soin, zèle et persévérance, beaucoup plus qu'on ne le fait ordinairement, de la santé de la femme enceinte pour elle et surtout pour son fruit.

4° Nous souhaiterions que des secours réels, suffisants, fussent donnés aux femmes enceintes qui seraient dans le besoin; on en donne à celles qui nourrissent les enfants de leur lait, pourquoi n'en donnerait-on pas à celles qui les nourrissent de leur sang?

5° Enfin, l'accouchement étant si souvent dangereux pour le fœtus, nous souhaiterions que le niveau des connaissances obstétricales fût élevé, et surtout qu'on leur imprimât de plus en plus le caractère pratique; aussi est-ce avec bonheur que nous avons appris, au moment où nous écrivions ces lignes, que M. le professeur Tardieu, doyen de la Faculté, lors de l'inauguration de son cours, a exprimé les mêmes idées dans le brillant langage qui lui est propre, ce qui nous permet d'en espérer la réalisation prochaine. (Commissaires : MM. Cruveilhier, Tardieu et Danyau.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

FORMATION DE L'EMPLACEMENT DE L'HÔTEL-DIEU ET DÉGAGEMENT DE SES ABORDS.

Légende.

Le projet soumis à l'enquête comprend :

1° La formation d'un emplacement pour la reconstruction de l'Hôtel-Dieu;

2° Diverses dispositions de voirie qui s'y rattachent, savoir :

L'agrandissement de la place du parvis Notre-Dame;

La rectification et l'élargissement à 20 mètres de la rue d'Arcole;

L'élargissement à 20 mètres de la rue de la Cité;

La fixation des alignements définitifs de la rue du Cloître-Notre-Dame, de partie du quai Napoléon, du quai Desaix, de l'avenue de Constantine et de la voie d'isolement du nouveau tribunal de commerce, entre cette avenue et le quai Desaix.

Le nouvel Hôtel-Dieu sera circonscrit par la place du Parvis-Notre-Dame, sur laquelle il aura sa façade principale, au sud; par le quai Napoléon; au nord, par la rue d'Arcole, redressée et élargie à 20 mètres, à l'est; par la rue de la Cité, élargie à 20 mètres, à l'ouest.

La superficie comprise dans ce périmètre est d'environ 22,000 mètres carrés; l'Hôtel-Dieu actuel et ses annexes n'ont pas au total beaucoup plus de la moitié de cette contenance.

Le choix de l'emplacement dont il s'agit a été déterminé par les considérations suivantes :

L'Hôtel-Dieu a eu la Cité pour berceau. C'est à l'ombre de Notre-Dame que cette fondation de la charité publique a grandi et s'est développée. Le sentiment populaire n'a jamais séparé l'asile central de la souffrance du sanctuaire vénéré de l'église métropolitaine : ce n'est pas le temps présent qui doit les désunir.

Il serait très-difficile, d'ailleurs, sinon impossible, de trouver au milieu de la ville une situation plus convenable au point de vue des besoins de la population et des nécessités du service.

On conçoit qu'on place au loin des hospices. L'infirme ou le vieillard qu'on y recueille n'a qu'à gagner en santé et en calme à quitter les quartiers où les habitations se disputent l'air et la lumière, pour se rapprocher de la campagne.

On comprend qu'il en soit de même de maisons telles que l'Asile impérial de Vincennes et celui du Vésinet, où le convalescent ne va que pour compléter sa guérison. Mais il faut au malade et au blessé des secours immédiats. On ne saurait, d'ailleurs, lui ôter les consolations et le soutien moral que peut lui assurer le voisinage de sa famille et de ses amis. Les hôpitaux doivent donc être au centre même des agglomérations qu'ils ont à desservir.

Chacune des grandes circonscriptions populeuses de Paris a son hôpital. L'Hôtel-Dieu est celui des quartiers du centre de la ville; mais il est plus encore : on le considère, à bon droit, comme le véritable chef-lieu de l'assistance publique à Paris.

C'est là, en effet, que se trouve le bureau d'admission et que deux fois par jour se distribuent les places des autres hôpitaux qui n'ont pas été occupées directement pour des cas d'urgence. C'est là qu'est organisé, sur la plus grande échelle, le service des consultations gratuites. C'est là encore que se tiennent le plus grand nombre de ces cliniques médicales et chirurgicales où les élèves de la Faculté viennent recevoir les leçons pratiques des professeurs les plus célèbres.

C'est enfin à l'Hôtel-Dieu que l'administration de l'Assistance publique, dont le siége est sur la place de l'Hôtel-de-Ville, exécute et suit la marche de toutes les améliorations matérielles destinées à accroître le bien-être des malades.

Sous tous les rapports, il y a donc lieu de maintenir ce grand établissement dans la Cité.

Au surplus, où trouverait-on, sur un autre point de la ville, à portée de la masse de la population, un emplacement de plus de deux hectares aussi bien aéré et aussi largement dégagé que celui dont l'administration a fait choix?

Au sud sera la place du parvis Notre-Dame, dont l'espace s'augmentera encore de toute la largeur du petit bras de la Seine et du quai Montebello. Au nord, le quai Napoléon, le grand bras du fleuve et le quai Lepelletier formeront aussi un immense isolement. A l'est et à l'ouest, la rue d'Arcole et la rue de la Cité élargies assureront aux préaux ouverts sur ces voies une sorte de ventilation constante. Enfin l'avenue de Constantine, convergeant vers le centre des constructions, sera encore pour le nouvel hôpital un utile réservoir d'air. Il faudrait aller bien loin pour rencontrer des conditions plus favorables.

Il n'est pas besoin de justifier la nécessité d'agrandir la place du parvis Notre-Dame, toujours insuffisante les jours de solennités nationales, ni la fixation à 20 mètres de la nouvelle largeur des rues d'Arcole et de la Cité, qui est celle des ponts auxquels ces rues aboutissent.

Les autres dispositions de voirie du projet s'expliquent d'elles-mêmes à la seule vue du plan.

Les nivellements sont indiqués sur le plan par des cotes.

Le sénateur préfet de la Seine, G. E. Haussmann.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite du concours pour les prix de l'École pratique, les récompenses suivantes ont été accordées :

Médaille d'or, M. Damaschino; médailles d'argent, MM. Lemoine et Bernadet.

— Un concours pour l'admission aux emplois d'élève en pharmacie à l'Ecole du service de santé militaire, s'ouvrira :

A Strasbourg, le 29 septembre; à Lyon, le 6 octobre; à Montpellier, le 10 octobre, à Toulouse, le 13 octobre; à Paris, le 17 octobre.

— M. le docteur Wecker vient d'être attaché par S. M. l'Impératrice au service médical de la maison impériale Eugène-Napoléon, en qualité de médecin oculiste.

— La Société littéraire et scientifique de Castres distribuera en 1865 quatre médailles :

1° Une médaille d'or pour une étude sur les œuvres de médecine pratique d'Alexis Pujol, de Castres (1739-1804).

2° Une médaille d'or pour l'examen et la discussion de cette question :

« Faire connaître sous leurs noms latins, français et patois, les plantes qui croissent spontanément dans une zone déterminée de l'un des deux versants de la Montagne-Noire, indiquer leurs caractères, leur facies, leur habitat et leurs propriétés médicinales ou industrielles.

Les manuscrits devront être adressés *franco*, dans les formes académiques, à Castres, avant le 1er mars 1865, à M. le président de la Société littéraire et scientifique.

Ces médailles seront distribuées dans la dernière quinzaine du mois d'avril 1865.

— Dans sa séance du 22 décembre 1863, la Société médicale d'Amiens a décidé qu'une *médaille d'or* de la valeur de 200 fr. serait accordée en 1865 à l'auteur du meilleur travail sur l'hygiène publique et privée des industries dans lesquelles on utilise les débris, les détritus des animaux et les matières fécales.

Une ou plusieurs mentions honorables pourront être accordées.

L'auteur du mémoire qui aura mérité la médaille d'or sera nommé membre associé correspondant de la Société médicale d'Amiens.

Les mémoires devront être remis au secrétaire de la Société, sous la forme académique, avant le 30 juin 1865.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Laplace et Moullet, chirurgiens de 2e classe de la marine; de M. Jardou, médecin en chef des douanes et médecin inspecteur des bains de mer de Boulogne.

— La leçon de M. Hardy que nous avons publiée dans notre dernier numéro a été rédigée par M. le docteur Caminiti et non Caminski, comme il a été imprimé par erreur.

— Nous venons de recevoir le second demi-volume du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. — Le tome Ier, aujourd'hui complet, comprend plus de 800 pages et de nombreuses figures.

Parmi les articles à signaler dans cette deuxième partie, on peut citer les suivants :

Agonie, par Jaccoud; — *Air*, par Buignet, A. Tardieu et J. Rochard; — *Albuminurie*, par Jaccoud; — *Alcoolisme*, par Alfred Fournier; — *Aliments, Alimentation*, par Oré; — *Amaurose, Amblyopie*, par R. Liebreich.

Nous annoncions, il y a six semaines, la première partie de ce Dictionnaire, et nous attendons avec confiance la publication d'un nouveau volume complet dans trois mois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Etude clinique sur les tumeurs fibreuses de la fosse iliaque, par le docteur E. Chairon, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie impériale de médecine, chevalier de l'ordre royal d'Isabelle la Catholique. In-8° de 15 pages. Prix : 50 c. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par L. Wecker, professeur de clinique ophthalmologique, etc. Troisième fascicule : Maladies des paupières, de l'orbite et des voies lacrymales. Un vol. in-8° de 322 pages, avec 2 planches et 43 figures intercalées dans le texte. Prix : 5 fr. *franco*. Ce fascicule complète le tome Ier. — Paris, 1864, Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine.

Lettres obstétricales revues et annotées. De la position de la femme pendant l'accouchement, par le docteur Victor Legros (d'Aubusson), médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Aubusson, collaborateur de la *Gazette des Hôpitaux*, etc. In-8°, 1864. Prix : 1 fr. 25. — Paris, à la librairie Alex. Coccoz, rue de l'Ecole de Méd., 30 et 32.

Programme du cours d'histologie professé à la Faculté de médecine de Paris pendant les années 1863-1864, par M. Ch. Robin, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1864; 1 vol. in-8° de 280 pages. Prix, 5 fr. Chez J. B. Baillière et fils.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Nº 100. — SAMEDI 27 AOUT 1864. (37e ANNÉE.) Nº 100 — SAMEDI 27 AOUT 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fièvre pernicieuse pneumonique.

L'existence de la fièvre pernicieuse pneumonique a été souvent contestée; il est en effet fort difficile, quand l'affection prend une marche rémittente ou intermittente, de savoir s'il s'agit d'une pneumonie entée sur une intoxication paludéenne, ou bien d'une affection essentiellement paludéenne dans sa cause et dans sa nature.

A cela vient s'ajouter une difficulté : c'est l'existence presque constante du frisson initial annonçant le début de la pneumonie, et qui peut être une source de plus de difficultés et de confusion.

Il faut, pour reconnaître avec une *certitude relative* l'existence d'une fièvre pernicieuse pneumonique, constater d'abord le fait d'une intoxication paludéenne antérieure, et de plus la disparition à peu près complète des signes physiques de la pneumonie pendant les rémissions fébriles.

Ces deux conditions bien établies, et qui sont toutes les deux nécessaires pour constituer la fièvre pernicieuse pneumonique, se trouvent réunies dans une observation recueillie par un chirurgien de la marine, M. le docteur Cros, et qui se trouve publiée dans les *Archives de médecine navale* (t. II, nº 8, p. 133).

Le sujet de l'observation est un homme de vingt-huit ans, canonnier de la marine : lorsqu'il se présenta à l'examen du médecin, il était malade seulement depuis la veille au soir; il s'était plaint à l'infirmerie d'éprouver les prodromes d'un accès de fièvre. Il était du reste souvent venu à l'infirmerie pour des accès de fièvre intermittente, dont il avait éprouvé les premières atteintes à Rochefort, puis sur la *Mégère* pendant une campagne dans les mers du Sud.

Le lendemain du début des premiers accidents, il se plaignait d'un violent point de côté à droite; il avait de la fièvre, était abattu, prostré; la respiration était anxieuse, et on comptait quarante inspirations par seconde : le malade expectorait des crachats fortement striés de sang.

Dans la matinée, le pouls non-seulement devint très-fréquent, mais s'affaiblit jusqu'au point d'être à peine perceptible; en même temps la prostration était plus forte encore.

On renonça à saigner le malade; on lui mit des sinapismes aux membres, et on lui fit prendre en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, 1 gramme de sulfate de quinine.

Le pouls se relève, devient plus plein; il survient un peu de *moiteur* à la peau; la respiration est moins anxieuse, moins gênée, mais les crachats restent toujours épais et striés de sang.

On donne alors de nouveau (onze heures du matin) 75 centigr. de sulfate de quinine; le malade se plaint de bourdonnements d'oreilles, et ne tarde point à s'assoupir.

Dans le milieu du jour, il est pris de sueurs profuses; la douleur de côté persiste; le pouls est régulier, mais toujours fréquent. On applique sur le côté droit un large vésicatoire.

A huit heures du soir, le malade est dans le même état; il présente un peu de torpeur, d'alanguissement; pour le combattre, on donne une potion renfermant 1 gramme et demi de teinture de musc.

Le lendemain, en revoyant le malade, on apprend qu'il a très-bien passé la nuit; le pouls est redevenu régulier; il n'est plus, comme la veille au soir, plein, dur et vibrant; il donne 96 pulsations.

La douleur de côté est moindre, la respiration moins gênée, car on ne compte guère que trente-quatre inspirations par minute. En auscultant le malade, on trouve que le souffle est moins rude et mêlé de râles sonores; les crachats sont devenus moins épais et sont à peine striés de sang.

On redonne de nouveau 1 gramme de sulfate de quinine en deux fois.

Le soir, le malade peut prendre quelques cuillerées de bouillon; le pouls est tombé à 80 pulsations ; *il n'y a plus de bruit de souffle*. La toux est peu fréquente. Le malade reste toujours affaibli et prostré.

La douleur de côté reparaît le lendemain vers deux heures de la nuit; on constate de nouveau du *souffle* mêlé de râles sous-crépitants à l'inspiration et à l'expiration, et cela au même point où quelques heures auparavant on entendait à peine quelques râles humides; les crachats sont épais, rouillés; le pouls est remonté à 96 pulsations. On prescrit de nouveau, et pour la quatrième fois depuis deux jours, le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme et demi, à prendre en trois fois à une heure d'intervalle.

Le soir même, le pouls est retombé à 84 pulsations; c'est à peine si l'on entend du souffle, mêlé, dans les parties inférieures du poumon, de quelques râles sous-crépitants, et en haut, de râles sonores.

Le lendemain, vers trois heures de la nuit, la douleur de côté reparaît, s'accompagnant de frissons et plus tard de chaleur à la peau.

Au moment de la visite, on constate *à droite du souffle* mêlé de râles sonores ; le malade expectore des crachats briquetés.

On donne de nouveau 1 gramme de sulfate de quinine, et le malade est dirigé sur l'hôpital de la marine.

La dépression des forces augmentant, on fut obligé pendant les trois jours suivants de lui donner à fortes doses du kermès et des toniques. On revint au sulfate de quinine, qui fut administré six jours de suite à la dose de 1 gramme d'abord, puis en décroissant.

Une quinzaine de jours environ après le début des premiers accidents, le malade est complétement rétabli.

Ce que nous remarquons surtout dans cette observation, c'est la simultanéité d'apparition des accès intermittents et de la pneumonie, accès intermittents qui s'accompagnent d'une extrême prostration des forces, et offrent tous les caractères, par leur violence et leur ténacité, d'accès pernicieux. Des doses croissantes de sulfate de quinine peuvent à peine en enrayer la marche.

Cependant, que devient la pneumonie? La douleur de côté disparaît et reparaît avec les accès ; le fait n'est point douteux. La gêne de la respiration, qui s'accroît avec l'intensité des symptômes de l'accès pernicieux, cesse bientôt, en même temps que les sueurs profuses apparaissent et que se fait la rémission.

Le pouls, qui était fréquent et plein, puis s'affaiblissait graduellement, redevient presque normal, pour s'accélérer à chaque accès.

Enfin, et c'est là qu'est le point essentiel, le souffle, mêlé ou non de râles sous-crépitants aux deux temps ou seulement de râles sonores, disparaît dans l'intervalle des accès, et reparaît avec eux.

L'emploi simultané des toniques à très-hautes doses, et du sulfate de quinine donné pendant plusieurs jours, réussit à guérir la pneumonie. Ce traitement, qui n'est autre que celui des accès intermittents pernicieux adynamiques, montre, par le succès dont il a été suivi, quelle était la véritable nature de la maladie.

De la puissance sédative du bromure de potassium.

M. Gubler vient de publier dans un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique* une étude intéressante sur la puissance sédative du bromure de potassium.

Suivant cet habile observateur, le brome à l'état de combinaison saline n'est pas seulement un anaphrodisiaque ou un agent d'anesthésie gutturale, c'est un sédatif puissant, dont l'action directe ou détournée se fait sentir sur l'économie entière.

La préférence accordée jusqu'ici au bromure de potassium, qui se trouve dans toutes les officines, semblerait devoir être mieux justifiée pour le bromure de sodium, en raison de la tolérance plus grande de la part de l'économie pour les sels sodiques qui entrent en si forte proportion dans la composition de nos tissus et de nos liquides.

Quoi qu'il en soit, le bromure de potassium, à la dose moyenne de 2 grammes par jour en deux ou trois prises dans une potion gommeuse ou de l'eau sucrée, produit une sédation marquée du système sensitivo-moteur et de la circulation.

Comme anesthésiant, ce sel porte son action plutôt sur le tégument interne que sur l'externe, et s'adresse spécialement à la muqueuse de l'isthme du gosier, du pharynx, ainsi qu'à celle des voies génitales.

Mais l'influence du bromure est loin de s'arrêter à l'urèthre, ou bien au vestibule commun aux voies digestives et respiratoires; elle se répand dans la totalité des appareils dont ces régions dépendent, et notamment dans l'œsophage, le larynx et l'arbre aérien.

Ainsi se trouvent calmées les dysphagies douloureuses et les contractures œsophagiennes, et les toux quinteuses, fiévreuses et spasmodiques.

Le bromure de potassium porte également son action controstimulante sur les centres nerveux; il apaise les céphalalgies congestives, prévient ou modère les crises convulsives, éclamptiques, diminue l'action excito-motrice de la moelle, et résout par là les contractures tétaniques, en même temps qu'il réfrène les actions réflexes.

BIBLIOGRAPHIE.

L'étudiant micrographe. Traité pratique du microscope, par A. CHEVALIER (1).

Un nouveau Traité pratique de l'art d'observer au microscope a paru il y a quelque temps; nous possédions déjà un certain nombre de ces traités en France. Les uns sacrifiaient un peu trop l'étude des manipulations à la discussion des questions scientifiques, et s'écartaient ainsi du but essentiel d'un livre où l'étudiant qui n'a pas été initié aux difficultés des recherches microscopiques, veut trouver des conseils qui ne rendent pas vaines et rebutantes ses premières tentatives. D'ailleurs, au point de vue scientifique pur, le livre de M. Donné et celui de M. Mandl ont dépassé l'âge où un travail sur cette matière puisse être encore d'une grande utilité. Le *Traité du microscope et des injections* de M. Ch. Robin est avant tout une œuvre de science où la théorie optique du microscope est l'objet d'une étude approfondie; mais les commençants n'y trouvent qu'à grand'peine les indications qu'on est en droit d'attendre d'un guide pratique.

Quant aux manuels, qui seuls peuvent remplir le but que j'indique, nous ne possédions, à part un volume de la Collection Roret, que le petit Traité de M. Coulier, œuvre consciencieuse et utile, mais qui a le tort de porter une date trop ancienne.

Le nouveau Traité de M. Chevalier se borne exclusivement au côté pratique de la question, et je lui en sais gré. C'est dans les traités d'histologie qu'on puise les notions de structure et de texture ; c'est aux manuels de microscopie qu'on a recours quand on veut vérifier par soi-même les descriptions données par les auteurs.

Ce livre s'adresse à la fois aux médecins et aux gens du monde. Les naturalistes et les amateurs de curiosités n'ont rien à y perdre ; mais je trouve que pour le médecin cette association n'offre qu'un moindre intérêt : non pas que la connaissance des tissus des animaux soit indifférente à ceux qui étudient l'homme en particulier, car les études spéciales ne sont profitables qu'autant qu'elles s'appuient sur des notions générales; mais l'ensemble des conseils nécessaires à l'étudiant qui aborde sans maître les premières observations microscopiques suffirait assurément à remplir tout un volume.

Le livre qui nous occupe ne s'est pas proposé ce but spécial; il comprend également les applications du microscope à l'anatomie animale et végétale, à la physiologie, à la pathologie et à la chimie. Tel qu'il est, il peut donc rendre des services aux médecins, même à ceux qui ont déjà une certaine habitude des observations microscopiques.

La description des divers microscopes en usage et leur théorie optique sont indiquées avec des détails très-suffisants, et de nombreuses figures facilitent l'interprétation du texte.

Un chapitre est consacré à l'évaluation du pouvoir grossissant des microscopes et à la mesure des objets qu'on examine. Cette question est d'une haute importance; elle a même longtemps tenu les savants en échec; il est bon que chacun puisse vérifier par soi-même le pouvoir amplifiant de l'instrument dont il veut faire usage, ne fût-ce que pour se tenir en défiance contre les chiffres si souvent exagérés des opticiens.

Nous recommanderons plus particulièrement les conseils sur le choix d'un microscope et l'indication des divers moyens qui permettent d'en reconnaître rapidement les qualités et les défauts; nous voulons parler de l'emploi des *test-objects*, si utiles pour apprécier ce qu'on a appelé le *pouvoir pénétrant* et le *pouvoir définissant* des microscopes. Ce qui a trait à la dissection des objets avant l'examen offre pour le médecin beaucoup moins d'intérêt. En général, de petits ciseaux courbes, un scalpel fin, une pince, deux aiguilles, composent tout notre appareil. On ne peut faire avec ces instruments que des préparations par dilacération. On s'en est tenu là pendant longtemps; mais aujourd'hui je crois pouvoir affirmer qu'il est impossible de faire avec profit des recherches d'anatomie microscopique, et notamment d'anatomie pathologique, si l'on se borne à l'examen des éléments, si l'on néglige d'étudier les caractères de texture, qui ne peuvent être appréciés qu'à l'aide de coupes minces pratiquées dans l'épaisseur des tissus. C'est là, on peut le dire, une des principales difficultés de la pratique. Pour les os, on peut à la rigueur enlever de minces lamelles à l'aide d'un scalpel, mais il est mieux d'amincir sur une meule à aiguiser une lame de tissu compacte enlevée à l'aide de deux traits de scie : ce moyen est seul applicable à la préparation

(1) Paris, Adrien Delahaye.

Le système circulatoire ressent aussi l'influence du bromure de potassium : le cœur tempère et ralentit ses mouvements ; la turgescence des capillaires s'amoindrit, et la fièvre diminue.

D'autres effets secondaires dérivent des précédents. Si la diurèse n'est pas excitée directement, elle est accrue consécutivement à la cessation de l'éréthisme fébrile. La sudation, au contraire, s'arrête, la formation du mucus et du pus s'amoindrit.

Les symptômes du *bromisme* étant la contre-partie presque exacte de ceux de l'iodisme, le brome doit être considéré comme le correctif et l'antidote de l'iode, et utilisé comme tel à l'occasion.

Les principales affections contre lesquelles M. Gubler a employé jusqu'ici le bromure de potassium avec le plus d'avantage, sont :

1° La dysphagie douloureuse liée aux angines de toute sorte ;

2° L'œsophagisme ;

3° Les toux quinteuses et spasmodiques essentielles ou symptomatiques, soit de laryngo-bronchite, soit de tuberculisation pulmonaire ;

4° Les phénomènes d'excitation du système sensitif et du système moteur en rapport avec les lésions fonctionnelles ou organiques des centres nerveux, tels que convulsions cloniques ou toniques, chorée, etc. ;

5° Enfin les affections du cœur.

Des forceps nouveaux.

Depuis que l'accoucheur anglais Chamberlen ou Chamberlayne, vers 1670, exploitait un secret pour terminer les accouchements laborieux, il est question du forceps. Le levier de Roonhuysen en est une dérivation. Palfyn de Gand, après plusieurs voyages à Londres et en Allemagne, lorsqu'il présenta à l'Académie des sciences de Paris le tire-tête, qui a fait attribuer à cet auteur l'invention du forceps, avait conservé le souvenir du forceps de Chamberlen. Palfyn avait deviné l'instrument en recherchant quel pouvait être le procédé de l'accoucheur anglais, exploité encore comme secret en Angleterre et en Hollande.

Une fois parvenu en France, comme toujours, les perfectionnements se multiplièrent, et l'on songea à approprier le forceps droit de Chamberlen à la forme de la tête du fœtus et à la direction des axes du bassin.

Levret, en 1747, possédait un forceps à cuillers courbées. Malgré les réclamations de Smellie, qui publia des modifications semblables de son forceps et disait se servir du forceps ainsi modifié depuis plusieurs années, on est généralement d'accord pour convenir que le forceps tel ou à peu près que celui dont nous nous servons, est l'œuvre de Levret.

Le véritable progrès accompli par les chirurgiens du siècle dernier est la forme des cuillers ; les âges suivants ont fait porter leurs recherches sur d'autres points.

Imaginer un forceps qui pût s'articuler facilement, un forceps dont les branches fussent droites et pussent être fixées dans la main sans que les pressions se transmissent à la tête du fœtus, et faire des instruments portatifs, considération tout à l'avantage et pour la commodité du praticien, tel a été le but des accoucheurs Coutouly, Thenance, et plus tard M. Mattei et Hamon de Fresnay. Il n'y a pas longtemps on a essayé de faire passer dans la pratique des instruments qui avaient pour but de convertir les forceps en leviers du troisième genre en vue de prévenir les inconvénients qui se rattachent au croisement des branches. Diverses tentatives ont été faites pour créer des forceps qui permissent de limiter les pressions sur la tête du fœtus. Tel est encore, et pour ne citer que le dernier inventeur, le forceps de M. Rouch. Enfin Dugès, MM. P. Dubois, Camille Bernard, Pajot, Soltz, Campbell, Charrière, ont imaginé des forceps articulés se démontant et pouvant être portés dans la poche. Ajoutons que le forceps ainsi disposé était le forceps ancien de Levret.

Aujourd'hui, deux autres indications se sont présentées à l'esprit du chirurgien. On a laissé de côté les inventions telles que celle de Simpson, qui avait imaginé une pompe avec une plaque de cuir destinée à se fixer sur la tête du fœtus au moyen du vide ; les forceps coudés antéro-postérieurs, les forceps spéciaux pour une présentation de la face ; les chirurgiens ont conservé la tradition du forceps de Levret, et ils ont cherché à prévenir les effets de la striction trop forte de l'instrument sur la tête du fœtus sans compliquer le forceps, ils ont cherché à obvier à la difficulté de l'introduction des branches séparées de l'instrument. M. Chassagny de Lyon a imaginé le forceps à traction continue. Le même auteur publiait récemment un forceps à branches droites articulées, dont les cuillers et les branches étaient une modification du forceps de Coutouly, déjà modifié par Thenance, se repliant au milieu d'une articulation terminale à la façon de deux valves venant s'emboîter l'une dans l'autre. (*Voyez* Séance de l'Académie de médecine du 24 mai.)

Le forceps, introduit alors comme une seule branche, se développe autour de la tête du fœtus sans que l'on ait à se préoccuper du croisement des branches, puis on exerce des tractions en saisissant à pleine main le forceps au niveau de son articulation. Le forceps était d'un petit volume, il n'était point croisé. Le point capital des avantages qu'il présentait était de pouvoir être introduit en entier et de permettre des tractions sur les ailettes attachées à chaque manche, la tête du fœtus étant d'ailleurs maintenue et serrée par le ressort des branches de l'instrument.

En principe, c'était une excellente chose ; mais en application, deux critiques pouvaient être adressées à l'instrument : la manœuvre des cuillers dans l'utérus et le vagin et sur la tête du fœtus, puis les pressions exercées sur la tête du fœtus par les cuillers pressant par leur ressort sur la tête de celui-ci.

M. Trélat, chirurgien de l'hôpital de la Maternité, vient d'appliquer à cet hôpital un forceps modifié ayant des rapports avec l'instrument précédent et qui possède un avantage qui n'avait pas encore été signalé d'une manière absolue. Cet instrument a été appliqué il y a peu de jours dans deux cas. L'introduction et l'articulation avaient été faciles, et les traces des cuillers sur la tête du fœtus avaient disparu au bout d'une demi-heure. Chez le dernier enfant même il s'agissait d'une position occipito-post : l'une des branches du forceps avait été appliquée sur la face, et les marques de l'instrument avaient disparu aussi rapidement que celles qui existaient sur les côtés de la tête du premier enfant.

Le forceps dont s'est servi M. Trélat et qu'il a fait fabriquer, forceps très-portatif, qui n'a pas une longueur de plus de 30 centimètres, est constitué par deux branches semblables à celles du forceps de M. Chassagny ; seulement, au lieu que les extrémités recourbées des manches de celle-ci soient articulées par une charnière à compas, elles sont indépendantes l'une de l'autre et s'articulent à tenon, se vissant et tournant comme pour l'articulation du forceps ordinaire. Les cuillers sont amincies, très-flexibles et d'une grande élasticité.

Les deux branches de l'instrument sont introduites séparément, comme pour l'application du forceps ordinaire, et les deux branches sont articulées. Ce temps de la manœuvre du forceps ne présente pas de difficultés ; il n'y a pas à se préoccuper du croisement et du décroisement des branches. Lorsque le forceps est articulé, les tractions sont faites le forceps étant tenu à pleine main, près de la courbure terminale des manches.

L'avantage capital de cet instrument est l'élasticité très-grande des branches du forceps, qui permet l'articulation sans que les mouvements produits au niveau de l'articulation se transmettent d'une façon énergique sur la tête du fœtus. Lorsque la tête du fœtus est saisie, les cuillers flexibles se moulent pour ainsi dire sur elle et la compriment avec élasticité sans possibilité de contusion.

Ainsi se trouve atteint un but longtemps poursuivi. Grâce aux deux faits empruntés au service de M. Trelat, on peut affirmer que l'une des modifications les plus heureuses de notre temps est l'amincissement des cuillers du forceps. Le précepte de la substitution du forceps non croisé, entrevu par Coutouly, celui de la minceur des cuillers, dont le forceps de Thenance était un premier exemple, ont été mieux réalisés dans le forceps que nous avons décrit. Ajoutons que le chirurgien a rejeté une complication inutile à notre avis, celle de la réunion constante des deux branches du forceps, proposée par M. Chassagny. Il semble que l'introduction séparée des deux branches du forceps soit une pratique plus heureuse que l'expérience de plus d'un siècle a traditionnellement conservée et à juste titre.

En terminant, disons toutefois qu'il serait injuste de condamner ici quelques-uns des instruments qui ont été faits. On ne saurait méconnaître que même avec des instruments compliqués une main habile peut mener à bien une application de forceps, et qu'entre des mains inhabiles le forceps, qui a donné de bons résultats au chirurgien de la Maternité, eût pu peut-être, malgré la simplicité de sa manœuvre, causer des accidents.

DE L'EMPHYSÈME OBSTÉTRICAL,

Par M. le Dr Jules de Soyre.

Je ne connaissais pas le mémoire de M. Depaul sur l'emphysème (*De l'emphysème qui succède brusquement à la rupture de l'un des points des voies aériennes ; de son siége et de ses terminaisons. — Gazette médicale* du 29 octobre 1842), lorsque mon observation a paru dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 août 1864. Je vais réparer cette omission en extrayant de ce travail ce qui est relatif aux accouchements. Du reste, quelle que soit la nature de l'effort, l'emphysème se produit par le même mécanisme ; et bien avant moi, Pierre Franck a fait une distinction pour l'emphysème qui se produit pendant le travail de l'accouchement.

C'est à cette affection qu'appartient le goitre aérien, qu'il est excessivement rare d'observer.

L'emphysème obstétrical a pour caractère spécial d'augmenter d'étendue par les efforts répétés, naturels et presque involontaires que nécessite la parturition. Si la rupture des conduits aériens se fait en dehors du poumon, elle déterminera un emphysème sous-cutané plus ou moins vaste du cou, de la face, de la poitrine et même des bras, et si l'emphysème occupe les médiastins, la respiration sera gênée. Cette affection n'est pas grave et ne réclame aucun soin. Mais si la rupture a lieu dans le poumon, l'air, en pénétrant dans le tissu cellulaire interlobaire et sous-pleural, produira un brusque emphysème pulmonaire qui, quel que soit le traitement, se terminera promptement par la mort.

Je propose de donner à cette dernière lésion le nom d'emphysème pulmonaire obstétrical. C'est à cette affection qu'appartient l'intéressante observation de M. Depaul, dont je ne puis rappeler ici qu'un résumé.

J'ai donné le nom d'emphysème obstétrical à la maladie produite par une rupture en dehors du poumon. C'est à celle-ci qu'appartiennent l'observation de M. Jules Cloquet, la mienne et les cinq autres observations recueillies par M. Depaul dans son mémoire.

Voici ces dernières observations résumées :

Il s'agit d'abord d'un emphysème qui occupe le devant du cou et qui survient à la suite des mouvements respiratoires exagérés. Les efforts de l'accouchement, dit Ménière, des cris aigus et prolongés, un obstacle mécanique à la sortie de l'air par les voies ordinaires, telles sont les causes les plus fréquentes de cet accident, qui n'a pas ordinairement de suites fâcheuses. Voici les diverses observations que j'ai pu faire à ce sujet :

Sur trois femmes en couches qui m'ont offert ce phénomène, deux avaient de 35 à 37 ans, l'autre en avait 29. Toutes trois accouchaient pour la première fois. Le travail fut long et difficile, autant par l'étroitesse des organes génitaux que par le volume de l'enfant. Elles étaient maigres, brunes et d'une assez faible santé. J'ai tenu note de ces particularités, qui semblent expliquer à la fois pourquoi les douleurs étaient très-vives et les efforts d'expiration très-violents. L'apparition de la tumeur emphysémateuse au cou en est d'autant plus facile à concevoir, puisqu'elle coïncide avec les attributs d'une constitution à la fois peu robuste et très-irritable. Aucune des trois malades ne s'est aperçue de l'accident ; aucune n'a ressenti de douleur dans la poitrine ni dans la trachée-artère. La tumeur, rapidement accrue, a causé à peine un peu de gêne ; elle n'a pas envahi le visage, et s'est bornée à occuper la plus grande partie de l'espace compris entre les sterno-mastoïdiens. Il n'y a pas eu de changement de couleur à la peau ; la résolution s'est opérée avec rapidité, et le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement, il n'en restait plus de traces. Aucun moyen médicamenteux n'a été mis en usage. Chez une seule malade, j'ai appliqué le stéthoscope, et il m'a été impossible de reconnaître l'existence d'aucun bruit particulier.

Chez deux malades, j'ai remarqué que l'augmentation de volume de la tumeur avait lieu surtout pendant l'expiration. La raison physiologique de ce phénomène a été indiquée avec précision par M. J. Cloquet. (Ménière, *Mémoire sur quelques cas rares d'emphysème. — Arch. de méd.*, mars 1829.)

Voici une autre observation publiée en 1784 dans *Medical communications*, vol. I, p. 176. Elle a été communiquée au docteur Simmon par le docteur Blaud, médecin accoucheur du Dispensaire général de Westminster :

Mme J. I..., femme d'un horloger, demeurant à Londres (Chancery Lane), jeune, forte, bien portante, vit, pendant un accouchement long et pénible qui exigea de violents efforts, se développer un emphysème cellulaire sous-cutané du visage, du cou et de la partie supérieure du tronc. Le gonflement des paupières était tel, que la malade ne put les ouvrir pendant quelque temps. La tuméfaction générale offrait une surface considérable, dont le centre correspondait à l'articulation de la clavicule droite avec le sternum. On ne s'aperçut

---

des dents. Pour tous les autres tissus, le rasoir suffit. S'il s'agit de tissus fermes et résistants, tels que les cartilages, il n'est besoin d'aucune préparation ; mais la plupart des autres tissus ne se laissent couper en minces lamelles que si l'on a préalablement augmenté leur consistance, soit par la dessiccation, soit par l'emploi de certains réactifs. L'alcool, l'acide nitrique, sont aujourd'hui généralement abandonnés ; on s'en tient de préférence aux solutions étendues de chromate de potasse ou d'acide chromique. Si l'on ne pouvait parvenir à l'aide du rasoir à faire des coupes assez minces, on pourrait employer un appareil fort ingénieux imaginé par M. Follin et construit par MM. Robert et Collin. Il est figuré à la page 159 du livre de M. Chevalier.

Les chapitres de ce traité qui me paraissent avoir la plus grande importance, sont ceux que l'auteur a consacrés à la préparation et à la conservation des objets. Pour les recherches médicales, on n'emploie généralement que les préparations dans les liquides, rarement les préparations dans les baumes, jamais les préparations à l'état sec. Or, pour préparer et pour conserver un objet dans un liquide, il est une foule de menues précautions que l'expérience enseigne à la longue, mais dont on a tout intérêt à trouver d'avance l'indication détaillée. On trouvera au chapitre XIII un grand nombre de formules de liquides conservateurs ; il est enrichi de la liste des substances qu'emploie M. Ordoñez, avec l'indication des tissus auxquels chacune est plus particulièrement applicable.

M. Chevalier a eu l'heureuse idée de terminer son Traité par la description de trois cents espèces d'infusoires qui sont figurés dans l'Atlas. A une époque où la question des générations spontanées est reprise avec tant d'ardeur, où celle des maladies parasitaires se poursuit avec tant d'activité, il est bon que le médecin puisse faire connaissance avec ces petits êtres qu'il rencontre si souvent dans le liquide qui baigne ses préparations, qu'il sache reconnaître chacun et lui donner son nom, ne fût-ce que pour ne pas s'exposer à inventer de nouveaux parasites.

Bouchard,
interne des hôpitaux de Paris.

Traité de la dyspepsie fondé sur l'étude physiologique et clinique, par le docteur J. J. Guipon, médecin des hospices et des épidémies, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine. In-8° de xij et 456 pages. Prix : 7 fr. — Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Études sur les animaux domestiques (Amélioration des races, Consanguinité, Haras), par le comte Guy de Charnacé. Un vol. in-18 de VIII-384 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie de Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine.

Des affections couenneuses du larynx, par le docteur Morax, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8° de 156 pages. Prix : 2 fr. 50 *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

La santé des femmes, manuel d'hygiène et de médecine domestique, par le docteur De Fajole, médecin de l'Hôtel-Dieu de la ville de Saint-Geniez, etc. Un vol. in-12 de 426 pages. Prix : 3 fr. 50 *franco*. — Paris, 1864, Adrien Delahaye, libr.-éd., place de l'Ecole de Médecine.

de l'accident que le jour qui suivit l'accouchement. Mais la nature de la tumeur ne fut pas un instant douteuse. Une crépitation manifeste existait dans toute son étendue; cependant, cette femme n'éprouva aucune douleur, et l'emphysème avait complétement disparu au bout de dix à douze jours.

On trouve dans Decadas (*De medic. y cirurg. prat.*, n° 4, t. VII), l'observation suivante :

Une jeune femme de dix-neuf ans, d'un tempérament sanguin et très-irritable, fut atteinte d'une péripneumonie aiguë dans les premiers jours du huitième mois de sa grossesse. Le 2 septembre 1819, septième jour de sa maladie, les douleurs de l'accouchement se firent sentir, et pendant plus de quatre heures elles furent accompagnées de cris très-forts. Peu de temps après, une tumeur se manifesta à la partie supérieure de la poitrine.

Un médecin appelé douze heures après la sortie de l'enfant constata l'état suivant : la tête était d'un volume énorme, la figure offrait une couleur violacée, ainsi que le cou, qui était considérablement tuméfié; la poitrine et les membres l'étaient également, et dans toutes les parties le gonflement offrait les caractères de l'emphysème; l'oppression était si forte que la suffocation semblait imminente à chaque instant. Deux larges saignées furent pratiquées dans l'espace de quatre heures. Bientôt la respiration devint moins laborieuse; en même temps l'emphysème diminua, le crâne et la face reprirent leur volume et leur couleur habituels. Cependant on dut encore recourir à plusieurs saignées et à des applications de sangsues. Le 10 septembre, huit jours après l'accouchement, le cou était encore assez gonflé pour que la peau qui le recouvrait se trouvât de niveau avec celle du visage; la poitrine et les membres étaient encore développés, quoique à un moindre degré. Un large sinapisme, des compresses imbibées de vin aromatique furent appliquées, et le 12 septembre l'emphysème avait complétement disparu.

On peut penser que dans ces observations la lésion existait en dehors du poumon. Quant à l'emphysème pulmonaire obstétrical, voici le résumé de l'observation de M. Depaul, alors chef de clinique :

B..., domestique, âgée de vingt-trois ans, entrée le 22 mai 1842 à la clinique d'accouchement, enceinte pour la seconde fois, après un premier accouchement naturel, n'avait rien présenté d'anormal dans le cours de la dernière grossesse, lorsque le 22 mai, dans la matinée, sans cause appréciable et sans douleur, la rupture spontanée des membranes eut lieu et fut suivie de quelques contractions douloureuses. Les mouvements de l'enfant, qui avaient été perçus jusqu'à ce moment, cessèrent pour ne plus reparaître. A dix heures du soir, M. Depaul examina la femme B..., et il trouva le col effacé, mais offrant à peine la dilatation nécessaire pour l'introduction du doigt. On entendait le souffle utérin, mais les pulsations fœtales avaient cessé; la partie que l'enfant présentait était à peine engagée dans le détroit supérieur. L'état général de la femme était d'ailleurs assez satisfaisant, et rien n'indiquait une lésion des organes circulatoires ou respiratoires. Des contractions utérines peu énergiques, mais très-douloureuses, se succédèrent à des intervalles assez rapprochés.

Le 23 mai, le travail sembla se déclarer régulièrement. Bientôt la tête descendit dans l'excavation, poussant au-devant d'elle l'orifice utérin, encore incomplétement dilaté. A cinq heures du soir, l'orifice de l'utérus n'offrait qu'une dilatation de 6 centimètres environ; il était souple, mince et appliqué contre une partie lisse et arrondie, jouissant, quoique dure, d'une élasticité singulière; on ne sentait pas d'espace membraneux. L'état général de la femme B... était bon.

A dix heures et demie du soir, la dilatation était complète. A onze heures du soir, la tête était descendue au bas de l'excavation et se montrait à la vulve, mais demeurait complétement immobile, malgré les contractions utérines les plus énergiques, secondées par les plus violents efforts; M. Depaul soupçonna une déformation du détroit inférieur, et il acquit bientôt la certitude que l'arcade pubienne n'avait ni sa forme ni ses dimensions.

Pendant ce temps, et d'une manière assez brusque, l'état général de cette femme s'aggrava singulièrement, sa respiration devint courte et pénible, le pouls petit et extrêmement fréquent (140 pulsations par minute); sa figure s'était colorée et avait pris une teinte violacée. La femme B... accusait une violente céphalalgie, et demandait à grands cris qu'on la débarrassât; elle était en proie à la plus vive anxiété.

Dans cet état de choses, M. Depaul fit une application de forceps qui ne présenta aucune difficulté, mais il n'en fut pas de même de l'extraction de la tête; après un quart d'heure de tractions soutenues, M. Depaul eut la sensation d'une résistance vaincue, et bientôt après une tête volumineuse, atteinte d'hydrocéphaloïde, dépassa la vulve.

Malgré les soins les plus assidus, la femme B... mourut le 24 mai, à neuf heures du soir.

L'autopsie, faite trente-deux heures après la mort, ne fit reconnaître aucune lésion des bronches et de leurs ramifications. Les poumons remplissaient très-exactement la cavité de la poitrine, mais ils présentaient tous les caractères d'un emphysème récent.....

J'ai moi-même été témoin, à l'hôpital des Cliniques, d'un emphysème pulmonaire semblable :

On amena de la ville à la salle d'accouchement une femme en travail peu avancé. Elle était livide, la respiration était anxieuse et difficile. Elle demandait de l'air à grands cris; un vaste emphysème pulmonaire s'était brusquement produit. M. le professeur Paul Dubois examina la malade, prescrivit une saignée.

M. Dubois avait à peine commencé sa leçon à l'amphithéâtre que l'état de la femme devint si grave qu'on accourut le prévenir. M. Dubois se rendit de suite à la salle d'accouchement; la malade avait quitté son lit. Elle était assise sur une chaise; son visage était profondément altéré et couvert d'une sueur froide, visqueuse. Elle mourut bientôt sans qu'on eût pu l'accoucher.

DE L'ACTION DU PENICILLIUM GLAUCUM

et de l'oïdium Tuckeri sur l'économie animale.

Par MM. Leplat et Jaillard.

L'heureuse application aux études médicales des procédés de la physique et de la chimie, et l'usage de plus en plus répandu des recherches microscopiques, après avoir conduit les savants à d'importantes découvertes en anatomie et en physiologie normales, devaient aussi fournir à la médecine proprement dite des données intéressantes et un point d'appui satisfaisant pour l'interprétation des faits qui la concernent.

La détermination précise des espèces animales qui vivent et se multiplient sur les surfaces externes et internes, et jusque dans l'intimité des organes, a fixé à jamais l'étiologie et la thérapeutique de la gale, et expliqué les curieuses transformations des cestoïdes et les migrations des trichines à travers les tissus.

La connaissance des épiphytes, bien que plus récente, n'en a pas moins enrichi la science d'un grand nombre de faits positifs. Déjà nous avons appris à en distinguer un grand nombre de genres : ainsi l'oïdium, l'achorion, le microsporon, le tricophyte, etc., que l'on rencontre souvent et qui caractérisent un groupe bien naturel d'affections. Leur étude laisse peu de chose à désirer; elle a éclairé d'une vive lumière la pathogénie des maladies cutanées, réputées diathésiques; elle a rendu compte du mode de développement et de propagation de plusieurs dermatoses et affermi les règles de la prophylaxie et du traitement qui leur sont applicables.

Une plus grande incertitude règne sur les entophytes. Nous ignorons encore les rapports qui les lient aux malades dont l'évolution est parallèle à la leur; à ce point de vue, l'histoire de ces parasites est bien moins complète que celle des microzoaires, et attend de nouvelles recherches.

Les travaux que MM. Wertheim et Colin viennent de soumettre au jugement du monde savant comblent-ils cette lacune?

Le 11 décembre 1863, M. Wertheim a fait à la Société impériale de Vienne une importante communication relativement à la nature et au mode de propagation du psoriaris. Après avoir étudié les modifications de la peau des malades atteints de cette dermatose, et interrogé inutilement la composition de leur sang dans le but d'y découvrir des germes animaux ou végétaux, il remarque que l'urine rendue par eux se recouvre d'une abondante végétation cryptogamique et principalement de *penicillium glaucum*. A la vue de ce phénomène si curieux, qu'il ne rencontre pas dans l'urine de ses autres malades, il se demande si ce cryptogame n'est point la cause encore inconnue de cette affection, et si, introduit dans le sang, il n'en déterminera pas le développement. Pour résoudre cette question, il injecte dans la jugulaire de plusieurs chiens huit ou dix centimètres cubes d'eau distillée, tenant en suspension des débris de *penicillium glaucum*. Vingt-quatre heures après l'opération, il constate sur les jambes de ces animaux de petites tumeurs rouges phlegmasiques, dont les caractères objectifs rappellent ceux d'une éruption psoriasique; bien plus, il retrouve les éléments du champignon dans les parties malades, et constate l'obstruction des capillaires.

Le médecin de Vienne en conclut que les spores du *penicillium glaucum*, introduites dans le sang par une voie quelconque, naturelle ou artificielle, sont susceptibles de s'arrêter dans les vaisseaux de la périphérie, et d'y produire une maladie de la peau analogue ou identique au psoriasis.

Dans le même ordre d'idées, M. Colin a communiqué à l'Académie de médecine de Paris trois faits d'abord, puis quatre autres confirmatifs des premiers, dans lesquels il s'agit de personnes qui, en taillant leurs vignes couvertes d'*oïdium*, se sont blessées et ont été consécutivement atteintes d'accidents graves : éruption vésiculeuse, puis inflammation phlegmoneuse et gangréneuse; état général alarmant; enfin éruption d'*oïdium albicans* sur la muqueuse de la bouche. M. Colin est réservé dans ses conclusions; mais il est évident qu'il attribue à l'*oïdium Tuckeri* toute la série des phénomènes que nous venons de parler.

Il nous a semblé que les communications de MM. Wertheim et Colin avaient un intérêt immense au point de vue de l'hygiène publique et de la pathogénie; il nous importait particulièrement de les soumettre au contrôle de l'expérience; nous y étions d'ailleurs autorisés par les recherches que nous poursuivons depuis longtemps sur l'action des ferments au contact de la matière vivante.

Le *penicillium glaucum* se rencontre fréquemment, c'est lui qui constitue le plus habituellement la moisissure du pain; avec un petit pinceau, nous avons pu enlever les spores de ce champignon, nous les avons mélangées à une petite quantité d'eau distillée, et nous les avons injectées dans le sang de plusieurs animaux, en nous plaçant dans des conditions identiques à celles de M. Wertheim.

Première expérience, 4 juillet. — Injection de spores de *penicillium glaucum* mélangées d'un peu d'eau dans la veine jugulaire d'un chien de moyenne taille et bien portant. Après l'opération, l'animal rentre dans son chenil aussi alerte qu'il en était sorti un instant auparavant. Aucune éruption ne se manifeste sur lui pendant les jours suivants.

Deuxième expérience, 13 juillet. — Même injection sur un autre chien, même résultat.

Troisième expérience, 13 juillet. — Même injection dans la saphène d'un carlin, même résultat.

Quatrième expérience, 23 juillet. — Autre injection sur un chien mouton, même résultat.

C'est au même critérium de l'expérimentation directe que nous avons soumis les assertions de M. Colin, et c'est avec le plus grand soin que nous les avons contrôlées, car ici il s'agissait non plus de décider une question de principe, mais de rassurer les nombreux travailleurs journellement occupés à la culture de la vigne.

Des spores d'*oïdium Tuckeri*, récoltées au moyen d'un pinceau sur les différentes parties d'un cep malade, ont été immergées dans un peu d'eau, insérées sous la peau et introduites dans le torrent circulatoire.

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés :

Première expérience, 20 juillet. — Nous injectons dans la jugulaire d'un chien vigoureux 3 centimètres cubes d'un liquide contenant en suspension un nombre considérable de spores d'*oïdium*. L'animal ne manifeste aucune gêne après l'opération et aucun phénomène morbide pendant les jours suivants.

Deuxième expérience, 22 juillet. — Même opération sur un bouledogue, même résultat.

Troisième expérience, 24 juillet. — Même opération sur un petit chien-loup, même résultat.

Quatrième et cinquième expériences, 25 juillet. — Injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de deux autres chiens, pas d'accidents.

Sixième, septième et huitième expériences, 26 juillet. — Injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de trois lapins, même résultat.

Neuvième expérience, 2 août. — L'un de nous s'étant accidentellement blessé à la main, s'est empressé de déposer sur la plaie du *mycelium* et des spores d'*oïdium*. Il n'en a pas moins guéri très-rapidement sans avoir éprouvé d'accidents généraux ni locaux.

Conclusions :

1° Les spores du *penicillium glaucum*, introduites dans le sang, ne sont pas susceptibles de déterminer une dermatose caractéristique et spéciale, ainsi que M. Wertheim semble l'affirmer; elles disparaissent rapidement du torrent circulatoire (nous n'avons pu en retrouver vingt-quatre heures après nos opérations); elles ne sauraient produire d'embolies capillaires, attendu que leur diamètre est à peine le tiers de celui des globules sanguins.

2° Les spores d'*oïdium Tuckeri* ne sont point transmissibles aux animaux; elles ne sont ni virulentes ni toxiques; elles ne produisent point, lorsqu'on les injecte dans le sang ou qu'on les dépose sous la peau, les accidents formidables que M. Colin a rencontrés chez ses malades, et que pour être logique il faut nécessairement rapporter à une autre cause.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 août 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— M. Lizé (du Mans), membre correspondant, adresse trois observations : 1° *Plaie transversale de la langue* guérie en six jours par l'application sur la face dorsale de l'organe d'une plaque de fer-blanc recouverte de toile gommée; 2° *Un cancroïde de la lèvre chez un fumeur de pipes*, opéré en 1858 et dont la guérison persiste;

3° **Luxation du radius en avant et en dedans, compliquée de fracture au tiers supérieur de cet os.** — Un jeune homme de treize ans reçoit un coup violent au niveau du pli du coude gauche, et entre à l'Hôtel-Dieu le 12 septembre 1863, au matin, dans le service de chirurgie.

Un gonflement notable existe dans cette région; par la palpation, il est possible de reconnaître que la tête du radius, dirigée en avant et en dedans, est comme adossée à la face antérieure du cubitus. On constate une dépression sensible au-dessous de la petite tête de l'humérus. Lorsqu'on ramène la capsule radiale sous cette tête sans l'y maintenir fixée, il est facile de s'apercevoir qu'elle ne tarde pas à reprendre sa position en avant du cubitus. En parcourant avec le doigt toute la diaphyse du radius, on distingue une crépitation manifeste au tiers supérieur de cet os, qui est fracturé dans ce point. L'extrémité inférieure du fragment supérieur est portée en dehors, et l'extrémité supérieure du fragment inférieur est entraînée vers le cubitus par les muscles pronateurs. Cette luxation, compliquée de fracture, n'est pas très-commune, il faut la rapprocher du cas observé par Gerdy et relaté par M. Malgaigne dans son magnifique ouvrage sur les fractures et les luxations.

Une fois la luxation réduite, on applique l'appareil qui convient dans la fracture de l'avant-bras, et l'on place le membre dans la demi-flexion.

Guérison au bout de trente-cinq jours.

DISCUSSION.

Bec-de-lièvre.

M. Giraldès demande la parole à l'occasion du procès-verbal. M. Depaul, dit-il, a insisté dans la dernière séance sur le procédé qu'il préconise pour affronter l'un contre l'autre les lambeaux très-écartés dans certains cas de bec-de-lièvre double. Je n'ai certainement pas la prétention de modifier les convictions arrêtées de M. Depaul, mais je maintiens qu'en présence d'un bec-de-lièvre double compliqué de saillie du tubercule médian avec écartement considérable, le procédé de dissection de chaque joue, qu'on attribue à tort à Dupuytren, mais qui appartient en réalité à Franco, je maintiens que ce procédé est mauvais, qu'il expose à des hémorrhagies; qu'on peut l'employer faute d'autres, mais qu'après des expériences répétées, je suis en mesure d'affirmer que le procédé à deux lambeaux obliques taillés aux dépens du bord libre de la lèvre, jusque un peu au delà de l'aile du nez, est infiniment supérieur sous tous les rapports. En effet, dans l'opération de Franco, il faut détacher les parties molles du pourtour de l'orifice nasal dont les deux bords sont très-éloignés; ces parties disséquées se laissent difficilement amener au contact et ont, par le fait de la cicatrisation profonde, une continuelle tendance à s'écarter. Au contraire, dans l'opération que je défends, opération pratiquée avant moi par d'autres chirurgiens et figurée dans l'Atlas de Bruns, les lambeaux s'affrontent très-aisément, et on n'a pas à redouter d'hémorrhagies. Au reste, ce n'est qu'après avoir procédé comparativement des deux façons un très-grand nombre de fois que je me suis prononcé pour la dernière.

M. Depaul. Je reviens à ce que j'ai dit dans la dernière séance sur le point réellement litigieux. Y a-t-il le moindre avantage à substituer les fils métalliques aux épingles? Je ne puis voir aucune raison de laisser la suture en place quinze jours ou trois semaines. Si le procédé est efficace et que la réunion soit effectuée, il faut enlever la suture dès que la guérison est reconnue.

M. Giraldès semble dire que je tiens trop fortement à mes opinions. J'ai depuis vingt ans été constamment attaché à des hôpitaux, où on observe des becs-de-lièvre; j'en ai opéré un certain nombre, et j'ai quelque droit d'avoir une opinion sur ce point de pratique. Aussi ne me suffit-il pas qu'un procédé arrive d'Angleterre ou d'Allemagne pour que je l'adopte aussitôt.

Quant aux deux lambeaux que pratique M. Giraldès, comment donc les taille-t-il, sinon par une dissection? Comment parvient-il à les faire pivoter sur leur bord externe, s'il ne les sépare pas de leurs adhérences profondes? Est-il bien sûr aussi de ne pas couper l'artère labiale et de se mettre à l'abri des hémorrhagies?

M. Giraldès. M. Depaul m'oppose les mêmes arguments, presque les mêmes mots, qu'on opposait autrefois aux chirurgiens qui défendaient les ligatures fines et repoussaient l'emploi des ligatures grosses et larges sur les artères. Personne n'emploie plus aujourd'hui les

grosses ligatures. Je me garderai bien de m'opposer à ce que M. Depaul conserve son procédé, puisqu'il le trouve bon.

M. GUERIN. Les explications données par M. Giraldès et le dessin qu'il a fait sur le tableau me semblent prouver qu'il faut nécessairement disséquer une certaine étendue de parties molles, puisque les lambeaux remontent un peu au-dessus et en dehors de l'aile du nez.

M. GIRALDÈS. Il suffit de détacher la muqueuse du cul-de-sac labial pour libérer le lambeau.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résection de la diaphyse humérale. — Régénération.

M. GIRALDÈS présente à la Société un petit malade dont il a été question lors de la discussion sur les fonctions du périoste. Il rappelle qu'une étendue de 10 centimètres de la diaphyse humérale avait été enlevée en conservant le périoste. Le petit malade resta six mois à l'hôpital avec un appareil en gutta-percha destiné à maintenir la longueur du membre en luttant contre la rétraction musculaire. Cependant le bras resta bien longtemps flasque, et M. Giraldès craignait d'avoir fait une opération inutile. Avec le temps et après un séjour de près d'une année à l'hôpital de Berck, il s'est reconstitué un nouvel os, qui, sans être un modèle de forme, permet des mouvements étendus du coude, les mouvements de la main, et est en somme infiniment supérieur à un membre artificiel.

M. DEMARQUAY. Je félicite M. Giraldès du résultat qu'il a obtenu. Si rudimentaire que soit la forme de l'os, celui-ci rend de grands services. J'ai fait trois fois des résections de mâchoires en conservant le périoste; l'os s'est irrégulièrement reproduit, et néanmoins, sur l'un de mes malades qui porte de la barbe, il est à peu près impossible de découvrir les traces de l'opération. Chez un autre malade, auquel j'ai réséqué une portion du fémur, les fonctions du membre se sont rétablies, de telle sorte que la marche est actuellement possible.

M. DEGUISE. J'ai autrefois communiqué à la Société l'observation d'un homme à qui j'avais enlevé 15 ou 16 centimètres de l'extrémité supérieure de l'humérus sans me préoccuper du périoste. Quand je montrai le malade, il n'avait pas encore pu se servir de son bras. Depuis cette époque, pour combattre la flaccidité du membre, l'os ne s'étant nullement reproduit, j'ai fait faire un appareil par M. Charrière. Quand l'opéré en est muni, il peut soulever d'assez lourds fardeaux et utiliser son bras pour toutes les exigences de la vie. C'est pour moi un cas inespéré de succès.

Iridectomie.

M. RICHET. La malade que je présente à la Société entra dans mon service dans le mois de janvier dernier pour une perte presque absolue de la vision des deux côtés; ne voyant pas à se conduire. On avait pensé à un glaucome, mais l'examen ophthalmoscopique ne nous permit de reconnaître qu'un peu d'atrophie de la papille et de la vascularisation de la rétine.

Pendant trois mois, tous les traitements possibles furent mis en usage : antiphlogistiques, vésicatoires, antisyphilitiques, rien ne procura le moindre soulagement. C'est alors que je songeai à pratiquer l'excision de l'iris. Après avoir fait de chaque côté une ponction en haut de la cornée avec le couteau lancéolaire, j'introduisis une double airigne très-fine qui me permit d'attirer l'iris au dehors et de l'exciser avec des ciseaux. Il y eut le lendemain un peu de suffusion sanguine dans la chambre antérieure, mais dès le surlendemain tout était résorbé.

Malgré le résultat très-favorable de l'opération, la vision ne s'améliora qu'avec une extrême lenteur. Au bout de deux mois, je pus envoyer la malade au Vésinet. Elle est, depuis sa sortie, revenue me voir, très-désireuse d'obtenir une plus grande amélioration. La malade peut actuellement lire les caractères d'un titre de journal; elle peut se conduire avec assez de peine. L'ophthalmoscope nous a montré à peu près les mêmes lésions qu'il y a six mois.

Presque à la même époque, un tailleur de pierre entra dans mon service avec perte presque complète de la vision et contraction extrême et persistante de l'orifice pupillaire. Chez celui-là, je pratiquai l'opération d'Hancock, dont M. Serres (d'Alais) nous a entretenus au commencement de l'année. Dès le lendemain, le malade pouvait distinguer le numéro de son lit, et au bout de deux jours il se trouva si bien qu'il voulut quitter l'hôpital. Depuis ce moment, je n'en ai pas eu de nouvelles.

M. FOLLIN. Le résultat opératoire que vient de nous montrer M. Richet est on ne peut plus satisfaisant; mais je me demande s'il s'agissait d'un glaucome. En dehors de l'examen ophthalmoscopique, certains signes physiologiques permettent de reconnaître le glaucome. La douleur oculaire est vive et persistante; le globe de l'œil offre une dureté qui l'a fait comparer à une bille d'ivoire; la pupille est en état de dilatation constante; enfin la cornée est insensible. D'autre part, on observe que la vue faiblit graduellement, parce que le champ visuel se rétrécit chaque jour. Enfin dans le glaucome ce n'est pas une atrophie de la papille qu'on observe, mais bien une dépression profonde taillée de bords abrupts que les vaisseaux rétiniens contournent en formant ce crochet si caractéristique quand on l'observe à l'ophthalmoscope. Je ne vois aucun de ces signes indiqués chez la malade de M. Richet. Aussi suis-je porté à douter du diagnostic primitif et ne puis-je croire à l'existence d'un glaucome.

Quant au procédé opératoire, je suis vraiment un peu effrayé de l'introduction de l'airigne à travers l'ouverture pupillaire. Le moindre mouvement de l'opérateur ou du malade peut occasionner une éraillure légère de la capsule antérieure, et c'est là le vrai danger des opérations de pupille artificielle, car ces blessures de la capsule donnent lieu à des opacités plus ou moins étendues qui compromettent le résultat de l'opération. Aujourd'hui, il est vrai, l'emploi de la fève de Calabar, qui rétrécit l'ouverture pupillaire, permet d'éviter encore mieux qu'autrefois de toucher la capsule cristalline, à la condition toutefois de ne saisir l'iris qu'avec la pince portée à plat.

M. RICHET. J'ai dit que ma malade était atteinte d'un état pathologique qu'on aurait nommé autrefois un glaucome, mais je n'ai pas dit qu'elle eût un glaucome. Je n'ai donc pu indiquer aucun des signes énumérés par M. Follin, car ils n'existaient pas. Chez une malade dont la vue était pour ainsi dire perdue, nous avons trouvé la papille blanche, un peu déprimée, et autour quelques vaisseaux variqueux, dont deux s'anastomosaient largement.

Quant au procédé, il est conseillé et exécuté depuis longtemps; je l'ai moi-même mis en pratique plusieurs fois, et je puis assurer qu'il n'offre pas de difficultés, et que l'action de l'érigne ne m'a paru présenter aucun inconvénient.

M. FOLLIN. Les premières paroles de M. Richet me faisaient croire qu'il regardait sa malade comme atteinte de glaucome. Je ne sais plus maintenant de quelle affection il s'agit, et le long temps nécessaire pour produire un peu d'amélioration me fait craindre que l'opération ne porte que peu de fruits. Dans les cas de glaucome aigu ou subaigu, le rétablissement de la vision fait des progrès rapides qui s'accroissent presque chaque jour.

Je reviens à ce que j'ai dit sur l'usage du crochet. Mes craintes me semblent d'autant mieux fondées que tous les anatomistes s'accordent aujourd'hui à reconnaître qu'il n'y a pas de chambre postérieure; il n'y a donc aucun espace où on puisse glisser la pointe ou les pointes de l'instrument.

M. DEMARQUAY. On a beaucoup pratiqué l'excision de l'iris en Angleterre et en Allemagne, et j'ai moi-même assisté à un certain nombre de ces opérations. En présence du beau résultat obtenu par M. Richet, je ne reculerais pas, pour ma part, à faire l'iridectomie dans certains cas d'atrophie rétinienne.

M. LEFORT. J'ai vu pratiquer l'iridectomie en Angleterre et en Allemagne, et je ne voudrais pas affirmer que cette opération ne soit pas faite un peu trop facilement par nos voisins. Dans certains cas, on n'a besoin d'employer aucun instrument pour saisir l'iris, qui s'échappe seul si la ponction de la cornée est un peu large. Quant à l'épanchement sanguin, Græfe, qui excise presque toujours l'iris dans les opérations de cataracte, n'hésite pas, quand il y a un peu d'épanchement sanguin dans la chambre antérieure, à rouvrir la ponction et à évacuer le sang.

M. RICHET. M. Follin me demande ce qu'a ma malade; je l'ignore comme lui, et j'aurais bien voulu être éclairé à cet égard; mais je ne puis pas méconnaître le résultat, en somme, très-satisfaisant de l'opération.

Quant à l'objection que m'adresse M. Follin sur l'absence de la chambre postérieure, je ne saurais partager son avis, et je m'appuie sur les expériences de Petit, qui évaluait à 1/8e de ligne l'étendue de la chambre postérieure.

M. DEMARQUAY. On pratique, en effet, l'iridectomie avec une grande facilité chez nos voisins, qui nous accusent de ne pas étudier ces questions de pratique chirurgicale. Je serais donc heureux de voir discuter les indications de l'iridectomie dans le sein de la Société.

— La discussion sera continuée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

NOUVELLES DIVERSES.

Par décret du 13 août, M. le docteur Millet (de Cusset), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Marcé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la maison de santé d'Ivry.

— La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance le jeudi 1er septembre. Voici son ordre du jour :

Présentation d'un appareil pour le refroidissement des téguments, par M. le docteur Georges.

Du rhumatisme cérébral après l'accouchement, par M. le docteur Emile Dubois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Dénucé, Desnos, Désormeaux, Devilliers, Alfr. Fournier, H. Gintrac, Giraldès, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hirtz, Jaccoud, Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Marcé, A. Nélaton, Oré, Panas, V. A. Racle, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, illustré de figures intercalées dans le texte, se composera de 12 à 15 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte : 10 fr.

Le premier volume est en vente. Il comprend 812 pages, avec 36 figures. Les principaux articles sont : Introduction, par Jaccoud; Abcès, par Laugier; Abdomen, par Dénucé et Beroutz; Absorption, par Bert; Acclimatement, par Jules Rochard; Accommodation, par Liebreich; Accouchement, par Stoltz et Lorain; Acné, par Hardy; Adhérence, par Alfr. Fournier; Ages, par Lorain; Agglutinatif, par Gosselin; Agonie, par Jaccoud; Aine, par Kœberlé; Air, par Buignet, A. Tardieu et J. Rochard; Aisselle, par Bœckel; Albuminurie, par Jaccoud; Alcoolisme, par A. Fournier; Aliment, par Oré; Alopécie, par Hardy; Amaurose, Amblyopie, par Liebreich; Ambulances, par Sarragus, etc.

Les volumes sont envoyés *franco* par la poste, aussitôt leur publication, aux souscripteurs des départements, sans augmentation sur le prix fixé.

Traité de l'érysipèle, par M. le docteur A. DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux. Prix : 3 fr. 50. — Paris, chez A. Delahaye, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 101. — MARDI 30 AOUT 1864. (37e ANNÉE.) N° 101. — MARDI 30 AOUT 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 AOUT 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une nouvelle communication de M. Davaine sur la nature du sang de rate a été présentée dans cette séance par M. Cl. Bernard.

On a gardé le souvenir des divers travaux de M. Davaine sur ce sujet. On sait que ce savant avait d'abord donné le nom de bactéries aux filaments qu'il avait découverts dans le sang de rate. Sans nous arrêter aux raisons qui ont fait changer en *bactéridies* le premier nom de *bactéries,* il nous semble important de signaler les faits qui ressortent de ces nouvelles expériences.

Les bactéridies ne se développeraient jamais après la mort de l'animal; elles ne passeraient pas du sang de la mère dans celui du fœtus. Le sang gardé sec depuis plus de onze mois communique les bactéridies. Enfin, les effets des substances putréfiées ne vont pas au delà de l'animal chez lequel on ingère ces substances. La putréfaction agit sur l'économie animale comme un poison, le charbon agit comme un virus.

Telles sont les conclusions que l'on peut tirer de la lecture du travail de M. Davaine.

Quelques observations sur le bromure de potassium dans le traitement du nervosisme et sur l'emploi de la ventouse dans les morsures des chiens enragés, complètent les communications relevées dans cette séance. — Dr E. RENAUD.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. GOUPIL.

Tubercules de la protubérance annulaire. — Phthisie pulmonaire.

(Observation recueillie par M. CARESME, interne des hôpitaux.

M... (Jean-Jacques), âgé de vingt-huit ans, et exerçant la profession de clerc d'avoué, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 11 avril 1863, dans le service de M. le docteur Goupil.

Ce jeune homme, d'une taille élevée, d'une constitution lymphatique, d'une grande maigreur, était né d'un père habituellement bien portant, étranger aux habitudes alcooliques, n'ayant eu en définitive d'autres maladies qu'un rhumatisme articulaire, et d'une mère sujette à des battements de cœur et à des syncopes. Il avait un frère bien portant et une sœur qui toussait fréquemment. Dans son enfance, il éprouva à d'assez fréquents intervalles une céphalalgie plutôt gravative que lancinante. Il passa plusieurs années en pension, et il y reçut une certaine instruction; puis il fut employé pendant trois années dans une maison de commerce.

A l'âge de dix-neuf ans, il s'engagea, et resta au service pendant quatre ans; il fut réformé à la suite d'une pleurésie gauche qui lui laissa une déviation du cœur, dont il pouvait lui-même sentir les battements du côté droit.

Après cette maladie, il entra dans une étude d'avoué, où il resta jusqu'au mois de mars dernier.

En 1859, il eut une hémoptysie abondante; quelques semaines après, il contracta une nouvelle pleurésie.

Un an plus tard, sans cause connue, il eut une attaque épileptiforme caractérisée par une chute subite, de la perte de connaissance, un peu d'écume à la bouche, mais sans convulsions des membres. Cette attaque se reproduisit pendant les quatre mois qui suivirent à peu près régulièrement une fois tous les huit jours, et toujours précédée d'une aura. Le malade croyait voir une flamme s'agiter devant lui, puis se rapprocher insensiblement; au moment où elle arrivait à le toucher, il perdait connaissance, mais il avait toujours le temps de cesser son travail et de s'asseoir. Après l'attaque, il ressentait toujours pendant un certain temps une faiblesse considérable, de la pesanteur de tête et des troubles de la vue; il pouvait néanmoins se remettre à son travail. Il n'éprouva pas d'ailleurs d'accidents de ce genre depuis le milieu d'août 1860. Pendant les quelques mois qui avaient précédé l'apparition des phénomènes épileptiformes, la céphalalgie était devenue plus fréquente, presque continuelle. Jusqu'au mois de septembre 1862, pendant une période de près de deux années, il n'éprouva rien autre chose que cette pesanteur de tête; puis il contracta une blennorrhagie, qui fut traitée par le copahu.

Un mois plus tard, il constata un affaiblissement de la jambe, puis du bras, et enfin de tout le côté gauche. Il cessa d'avoir des érections et souffrit d'une constipation opiniâtre; mais son appétit était conservé, son sommeil normal, et il ne fut pas obligé de renoncer à ses fonctions.

A la fin de février 1863, les membres du côté droit s'affaiblirent comme ceux du côté opposé, et il se vit forcé de quitter sa place; puis le voile du palais fut à son tour atteint de paralysie; les aliments furent rejetés par le nez; l'état du malade devint de plus en plus fâcheux. La céphalalgie ne cessait plus, et elle affectait quelquefois la région frontale, mais bien plus souvent l'occipitale. Les attaques d'épilepsie ne se reproduisirent pas, mais tous les matins en se levant il était atteint de vertiges, puis perdait connaissance pendant un court instant.

Le 5 mars 1863, il entra à l'hôpital; on lui prescrivit des bains sulfureux et des douches. S'ennuyant dans les salles, il en sortit au bout de vingt jours; à cette époque, les pertes de connaissance avaient cessé et les vertiges étaient beaucoup plus légers; mais une prompte aggravation l'obligea à entrer dans le service de M. Goupil, où il arriva le 11 avril 1863 : ce fut alors que nous l'examinâmes en détail.

A ce moment, la face était hébétée; une double exophthalmie existait, mieux dessinée à gauche qu'à droite; l'œil droit était beaucoup plus faible que l'autre; de ce côté, le malade ne voyait, disait-il, qu'une sorte de brouillard, tandis qu'il pouvait lire de l'œil gauche; d'ailleurs le bourdonnement était continuel, et marqué surtout du côté gauche. L'oreille droite jouissait de son activité fonctionnelle à peu près intacte; l'oreille gauche était le siége d'un écoulement datant déjà de trois ans.

On ne trouvait aucun trouble du côté du goût ni de l'odorat; la bouche, un peu déviée et relevée à gauche, laissait s'écouler la salive; la langue, sans paraître déviée, se remuait difficilement. La parole était lente, difficile, embarrassée, et l'on remarquait une certaine raucité de la voix; le voile du palais, atteint de paralysie, supportait difficilement le contact des corps étrangers; le chatouillement y était perçu sans provoquer aucun effort de vomissement; la déglutition des liquides s'accomplissait péniblement, et une partie des boissons était rejetée par le nez.

Le malade tenait la tête relevée en avant et l'occiput incliné en arrière, de telle sorte qu'une forte cavité existait à la partie postérieure du cou, tandis qu'à la partie antérieure on observait une convexité; les muscles de la région cervicale présentaient une certaine rigidité, mais on pouvait cependant en triompher et imprimer à la tête des mouvements normaux, ce qui prouvait que les articulations de la tête et le rachis étaient libres.

Une violente douleur siégeait au niveau de l'occiput et des apophyses épineuses des premières vertèbres cervicales; cette douleur, augmentée par la pression, semblait être la cause de la position bizarre qu'avait prise la tête; le crâne, bombé et saillant en avant du côté droit, fuyant et aplati du côté gauche, présentant en arrière une disposition inverse, avait la forme d'un ovale dont le grand diamètre était oblique d'avant en arrière et de droite à gauche.

Le côté droit du corps avait perdu sa motilité; la main était incapable de saisir les objets, bien que la possibilité de fléchir les doigts ne fût pas complétement abolie. Les différents segments du membre supérieur ne se déplaçaient point les uns par rapport aux autres, et pour voir ce membre, le malade était obligé de prendre le poignet droit avec la main gauche et de le porter dans sa nouvelle position; la jambe droite traînait et fléchissait pendant la marche, qu'elle rendait impossible. Du côté gauche, la motilité était diminuée; mais le malade pouvait se servir de ses deux membres, et les phénomènes de paralysie étaient beaucoup moins accusés que dans le côté opposé. Partout on trouvait la sensibilité conservée, mais elle était dans le côté droit considérablement amoindrie; le malade percevait la piqûre aussi bien à droite qu'à gauche; mais si on lui promenait la tête de l'épingle sur le bras ou la cuisse droite, il n'en avait pas la sensation; lorsqu'on lui posait la main sur la cuisse droite, il avait bien la conscience de ce contact, mais il n'aurait pu dire combien il y avait de doigts appliqués. Il avait conservé la notion des différences de température; mais lorsqu'on remuait ses membres droits, il ne s'en apercevait pas; parfois il ressentait dans le membre inférieur de ce côté des douleurs vagues et contusives. L'intelligence était parfaitement nette; la mémoire avait beaucoup baissé, au dire du malade; cependant, il rendait compte de son histoire avec lucidité; il se préoccupait vivement de sa situation. Il parlait lentement, et cependant ne cherchait pas ses mots; il semblait que la lenteur de sa parole tînt uniquement à l'état de la langue et du voile du palais; ses nuits étaient bonnes.

L'appétit était conservé sans qu'il y eût de nausées ou de vomissements. La miction s'accomplissait normalement. Les érections et les désirs vénériens n'existaient plus. Il y avait de la constipation, mais pas d'incontinence de matières. Le pouls, large, mou et dépressible, battait sans accélération. La température était notablement diminuée à droite, et sur le membre supérieur de ce côté on observait une teinte cyanique très-prononcée; le malade était d'une maigreur remarquable, mais la maigreur existait encore bien plus sur les parties paralysées et particulièrement sur l'avant-bras et sur la main. Depuis longtemps il toussait un peu sans cracher. On entendait aux deux sommets une expiration prolongée et soufflante en avant et en arrière, sans râle ni matité.

En présence de ces symptômes, on admit l'existence d'une tumeur siégeant probablement dans la protubérance annulaire ou à son voisinage, ou peut-être dans le cervelet. Quant à sa nature, elle ne pouvait être que syphilitique ou tuberculeuse, car à l'âge du malade, il était difficile de croire à une tumeur cancéreuse, et les tumeurs fibreuses sont si rares qu'elles ne peuvent guère entrer en ligne de compte. En raison des symptômes observés aux sommets des deux poumons, et rendant probable sinon certaine l'existence d'altérations tuberculeuses, on fut fondé à supposer que la tumeur encéphalique était de cette nature. Mais comme il n'était pas incontestablement

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'acide carbonique, de ses propriétés physiques, chimiques et physiologiques; de ses applications thérapeutiques, etc., par J. Ch. HERPIN [de Metz] (1).

Voici un petit livre qui en dit plus qu'il n'est gros. Peu de publications que chaque jour voit naître et quelquefois mourir, ont le don d'intéresser autant les lecteurs.

I. L'auteur y raconte avec une élégante et scientifique simplicité tout ce que l'on a découvert, tout ce que l'on enseigne, tout ce qu'il a lui-même appris, et il en sait long, sur le compte de l'acide carbonique.

Dans l'énumération et l'énoncé exact des propriétés physiques et chimiques de l'acide carbonique et du gaz oxyde de carbone, il ne néglige aucun des renseignements utiles, soit à l'hygiène publique et privée, soit à quelqu'une des branches de l'agriculture.

Peut-être y a-t-il lieu, à propos du rôle que joue l'acide carbonique dans la respiration, de faire une petite querelle à notre auteur. Si, comme il le dit fort bien, page 64, « *les variations dans la quantité d'acide carbonique exhalée sont sensiblement en rapport inverse avec les variations de la température* », le phénomène physiologique ne tient pas seulement « *à la fréquence et à la profondeur des inspirations* », il est encore subordonné, suivant nous, à la densité ou à la raréfaction de l'air qui contient, sous un même volume, tantôt plus, tantôt moins d'oxygène : d'où, par conséquent, plus ou moins d'acide carbonique formé et expiré.

A part ce modeste *desideratum*, les deux premières parties de l'ouvrage sont pleines d'une érudition de bon aloi, grosses de faits et d'expériences, riches d'aperçus d'un admirable bon sens.

II. La troisième et la quatrième partie, qui traitent des applications à la thérapeutique et du mode d'administration de l'acide carbonique, appellent à un plus haut degré encore l'attention, la curiosité, l'intérêt des praticiens.

Nous y voyons d'abord que, de Pline le Naturaliste à MM. Simpson, Follin, Broca, Maisonneuve et Ozanam, le gaz acide carbonique a été employé comme analgésique, même chez les cancéreux, et comme anesthésique en diverses circonstances; que détersif puissant et désinfectant assez fidèle, il est en train de supplanter le *coaltar* à tout jamais; qu'il est appelé à stimuler les lenteurs des cicatrisations tardives, à relever et à entraîner dans une meilleure voie les tissus rebelles à la cicatrisation; que la majorité des expériences tendant à démontrer son action résolutive, tant à l'état gazeux qu'en solution dans l'eau, sur les engorgements de diverses natures en général, sur ceux du corps et du col de la matrice en particulier, ont été suivies d'un succès aussi persistant qu'inespéré; qu'enfin certaines dermatoses et d'autres maladies provoquées par une transpiration supprimée, sont modifiées d'une manière très-heureuse par l'action des bains de gaz acide carbonique.

Dans un livre consacré aux propriétés médicamenteuses du gaz qui fait mousser le vin de Champagne, on ne pouvait passer sous silence les affections des voies digestives. Aussi M. le docteur Herpin, prenant le tube intestinal de son origine à son embouchure, y promène le gaz acide carbonique sur le voile du palais, la luette, les amygdales, la muqueuse nasale, les trompes d'Eustache, le pharynx, l'estomac, les intestins petit et gros, l'anneau hémorrhoïdal, se faisant fort d'en expulser les individualités morbides qui y établissent chroniquement leur siége pour n'en plus sortir.

Les organes respiratoires exigeaient à leur tour un long chapitre, et M. Herpin s'est conformé à leur exigence. Ne fallait-il pas grouper les essais tentés, mettre en lumière les effets obtenus sur le protée qui porte le nom d'asthme, sur les phlegmasies du larynx, sur les angines granuleuses et glanduleuses, sur les vieilles bronchites, enfin sur la phthisie pulmonaire, « *ce scandale des médecins* », comme on disait dans l'autre siècle? Le *scandale*, hélas! dure encore, en dépit des ingénieuses pulvérisations de M. Sales-Girons; demandez plutôt à M. Pidoux.

Les limites d'un feuilleton s'opposent bien malgré nous à ce que nous nous occupions avec détail des chapitres nombreux où il est question des névralgies, des paralysies, de la migraine, des muqueuses, des affections glandulaires et lymphatiques, des organes des sens, des fièvres pernicieuses, de la goutte, du rhumatisme, des ma-

(1) Un vol. in-12. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

démontré que la tumeur fût réellement tuberculeuse ; que d'autre part une tumeur syphilitique peut seule réclamer un traitement, qu'enfin, ce traitement pouvait être efficace et ne pouvait avoir d'inconvénients, on donna l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes, dose que l'on ne tarda pas à augmenter, et l'on administra de temps à autre des purgatifs en même temps que cet agent thérapeutique.

Après l'entrée du malade, on observa d'abord un état stationnaire, puis les symptômes s'aggravèrent. Le 9 mai, on constata de l'engourdissement dans le bras et la jambe du côté droit. L'affaiblissement, qui allait toujours en augmentant de ce côté, croissait aussi du côté gauche. L'écoulement par l'oreille gauche persistait ; les yeux, toujours larmoyants, étaient l'un et l'autre tournés vers la droite, de sorte que pour voir une personne placée à sa gauche, le malade était obligé de tourner la tête vers elle et que, lorsqu'il voulait lire, il promenait son livre à droite ; si l'on faisait passer un objet devant ses yeux en le dirigeant de droite à gauche, les deux yeux suivaient d'abord tous les deux également le mouvement, mais bientôt l'œil gauche s'arrêtait avant d'avoir atteint la ligne médiane, et l'œil droit s'arrêtait aussi lorsqu'il était arrivé à cette ligne, qu'il ne pouvait dépasser. Depuis quelques jours, l'affaiblissement de la vue était tel que la lecture était devenue impossible. A ce moment, la langue était un peu déviée vers la droite, la mastication ne s'opérait plus qu'avec difficulté et d'une façon incomplète ; les mâchoires avaient de la peine à se rapprocher, et, suivant l'expression du malade, les dents ne voulaient plus serrer. Le bol alimentaire était assez bien dégluti, mais les boissons ressortaient par le nez ; l'appétit diminuait de jour en jour.

A dater du 11 mai, on cessa l'iodure de potassium, que l'on remplaça par des pilules de poudre et d'extrait de ciguë, puis par des pilules contenant de l'oxyde de zinc et de l'extrait de valériane. Aucune amélioration ne se produisit. Les symptômes allèrent en s'aggravant.

Le 25 mai, la déglutition même des solides était devenue impossible ; l'urine et les matières fécales étaient involontairement rendues et une eschare se formait au sacrum. D'ailleurs l'intelligence était nette, mais la parole commençait à s'embarrasser. Ce phénomène devint beaucoup plus prononcé dans les premiers jours de juin. A cette même époque on constata que la bouche, toujours relevée à gauche, était habituellement entr'ouverte, que les mâchoires se rapprochaient de moins en moins, que les aliments passaient involontairement entre la joue droite et les arcades dentaires, et que le malade était obligé de les retirer avec ses doigts. Quand il soufflait, la joue droite s'enflait moins que la gauche ; les paupières ne se fermaient qu'incomplétement. Enfin, l'intelligence commençait à s'affaiblir et la volonté était annulée. Le pouls battait avec ampleur et une certaine fréquence.

Pendant la fin de juin, une congestion vive et douloureuse à la conjonctive droite des paupières se produisit, et fut combattue par le sulfate de zinc. En même temps la respiration devint difficile, et l'on trouva un peu de souffle au sommet gauche. Une vive douleur existait à la pression dans les deux membres droits et au niveau des apophyses épineuses des premières vertèbres cervicales. La céphalalgie, toujours fort accusée au-dessus de l'orbite, était devenue plus faible dans les autres points. La sensibilité à la piqûre était abolie dans toute la moitié droite du corps, si l'on en excepte les lèvres, car à cette région, c'était le côté droit qui avait conservé sa sensibilité, et la langue, qui, déviée du côté droit, et comme enroulée sur elle-même, était insensible à gauche sans l'être dans sa partie opposée, et sortait à moitié entre les lèvres. On ne comprenait plus ce que disait le malade, et tous ses mots étaient inarticulés. Dans les derniers jours de juin, la respiration devint de plus en plus pénible ; on entendit des râles humides dans les deux côtés du thorax. Le pouls devint très-petit et très-fréquent, la peau brûlante, l'ouverture des narines pulvérulente ; les lèvres se desséchèrent, la langue et les dents se couvrirent de fuliginosités. Une vive douleur se manifesta dans les membres droits. Enfin, le 30 juin, la mort eut lieu après des phénomènes d'asphyxie très-prononcés.

A l'autopsie, on rencontrait sur le crâne des saillies mamelonnées, dont quelques-unes formaient de véritables apophyses de près d'un centimètre de long ; la voûte osseuse enlevée, il s'échappa une petite quantité de sang et une quantité médiocre de liquide céphalo-rachidien. La dure-mère et l'arachnoïde cérébrale étaient exemptes d'altération ; la pie-mère et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien présentaient çà et là, à la face convexe du cerveau, sur une étendue assez considérable, une arborisation vasculaire anormale ; la pie-mère se détachait de la surface des circonvolutions, sans entraîner de portions de substance grise. La substance blanche des hémisphères, complétement normale d'ailleurs, avait sa consistance habituelle ; le corps calleux était ramolli, de même que le bord inférieur du troisième ventricule, les pédoncules cérébraux et l'espace interpédonculaire ; ce ramollissement était tel qu'en cherchant à dégager le cervelet de sa loge, et bien que le cerveau fût sain, on produisit une rupture des pédoncules cérébraux, et l'on vit le cervelet se séparer du cerveau. Le ramollissement était blanc sur tous les points, et il semblait, en partie du moins, postérieur à la mort. On trouva aussi un ramollissement des portions superficielles de l'extrémité antérieure et de la face supérieure des couches optiques des deux côtés ; quant au corps strié, il était intact, comme le cervelet lui-même, et comme les racines des nerfs crâniens à leur origine apparente. Au niveau de la protubérance annulaire, l'injection de la pie-mère était un peu plus vive que sur les autres points, et le pédoncule cérébelleux moyen gauche, plus large et plus aplati que le droit, était, comme ce dernier d'ailleurs, ramolli à tel point, qu'à la surface on avait une sensation de fluctuation, et qu'on avait peine à enlever les méninges. La partie supérieure de la protubérance était aussi ramollie, et présentait une énorme tumeur grisâtre avec un mamelon saillant et aplati, et d'une teinte jaune rougeâtre dans sa portion latérale gauche ; la partie inférieure de la protubérance avait sa consistance habituelle et une injection à peu près normale. Le bulbe était sain, les calamus scriptorius et les origines du nerf auditif avaient leur aspect ordinaire ; on ne trouva plus de traces des tubercules quadrijumeaux supérieurs, tandis que les inférieurs étaient intacts. On trouva aussi un ramollissement des pédoncules cérébelleux inférieurs et de toute la partie du cervelet correspondante au pédoncule cérébelleux moyen droit, tandis que la portion médiane du cervelet était saine.

Quant à la tumeur de la protubérance, elle était bosselée, dure et résistante sur certains points, fluctuante dans d'autres : à la coupe, on reconnût les caractères du tubercule. L'altération, qui occupait toute la protubérance et prédominait surtout à gauche, était constituée par plusieurs portions qui avaient fini par se confondre en une seule masse offrant tous les degrés d'évolution du tubercule. En effet, on trouva à la partie antéro-supérieure droite de la protubérance un petit kyste du volume d'un pois, renfermant un liquide sanieux et grisâtre ; au-dessous de lui, et occupant à la fois une portion du lobe gauche, la partie moyenne et une portion du lobe droit de la protubérance, existait une masse de granulations très-nombreuses et très-rapprochées, jaunâtres, dures, et séparées par une couche extrêmement mince de parenchyme, soit du kyste déjà décrit, soit d'un autre kyste beaucoup plus volumineux, siégeant à la portion postéro-inférieure gauche de la protubérance ; ce dernier kyste contenait un liquide jaune, puriforme : sa longueur était de deux centimètres et demi, et sa largeur un peu moins considérable. Les parois, tomenteuses, présentaient de nombreuses granulations tuberculeuses, et sans avoir l'aspect d'une membrane isolée de nouvelle formation, elles avaient perdu celui du tissu nerveux.

L'examen fait au microscope révéla dans la tumeur l'existence de cellules de petite dimension, arrondies ou ovoïdes, sans saillies anguleuses, à contours obscurs, remplies de petites granulations très-nombreuses et dépourvues de noyaux ; les éléments étaient complétement semblables à ceux que M. Robin décrit sous le nom de myélocites.

NOUVEAU CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME.

Une enquête a eu lieu au fort Pentridge, lundi 14 décembre 1863, sur le corps de James Sims, prisonnier de la Couronne, mort le 11 courant, des effets du chloroforme. Ce qui suit est la déclaration donnée par les témoins médicaux.

James Reed, chirurgien résidant au fort Pentridge, déclare que le décédé était dans une parfaite santé, autant qu'il pouvait en juger, à cinq heures, vendredi soir 11 courant. A ce moment, le témoin fut appelé pour le voir et le trouva souffrant de distension de la vessie et de rétention d'urine. Le malade lui dit qu'il n'avait souffert de la rétention que depuis le matin. Le témoin sut qu'il avait pris un bain chaud et une mixture diurétique. Il voulut immédiatement introduire un cathéter, mais ne pouvant y parvenir, il essaya deux bougies et ne réussit pas mieux. Il ordonna alors au malade de se coucher, fit appliquer de l'eau chaude sur la région et prescrivit une forte purgation ainsi qu'une potion antispasmodique à prendre toutes les dix minutes. Il revit le malade de nouveau à six heures et demie, et, comme il n'y avait pas de soulagement, il tenta de nouveau l'emploi du cathétérisme, mais sans succès. Le témoin envoya un avis au docteur Mac Crea, chef du service médical, lui indiquant l'urgence du cas et lui demandant son assistance dans une consultation.

Le docteur Mac Crea arriva avant neuf heures, et l'emploi du chloroforme fut décidé d'un commun accord, dans le but d'introduire la sonde. Avant d'administrer l'anesthésique, le docteur Mac Crea examina le cœur du sujet, et ne trouvant rien qui pût être une contre-indication, présida aux premières inspirations, dirigées ensuite par le témoin. Le chloroforme fut administré selon la méthode ordinaire, c'est-à-dire versé sur une toile de coton portée légèrement au nez et à la bouche du patient, qui résista pendant un temps plus qu'ordinaire aux effets du chloroforme. Huit ou dix minutes s'étaient écoulées quand l'insensibilité fut complète. Le témoin tâta le pouls au poignet presque tout le temps que durèrent les inspirations.

Quand le malade fut suffisamment sous leur influence, le docteur Mac Crea prit le cathéter, et le témoin se chargea de l'administration ultérieure du chloroforme. En moins d'une demi-minute, le pouls s'arrêta brusquement, quoique la respiration eût lieu. Le témoin appela de suite l'attention du docteur Mac Crea sur ce fait, et le chloroforme fut écarté. On eut recours à l'impression de l'air froid, de l'ammoniaque concentrée fut placée sous le nez du malade, et le témoin ouvrit une des veines jugulaires et tira environ vingt onces de sang. La respiration continua pendant une minute ou une minute et demie après que le pouls eut cessé de battre. En outre des moyens prescrits, de l'eau froide fut projetée sur la tête et la face du malade. Quelques personnes étaient dans la chambre ou aux alentours au moment où il avait pris le chloroforme et jusqu'au décès.

Le patient n'avait fait aucune objection à l'emploi du chloroforme. Le témoin ne peut dire l'exacte quantité de liquide employée, mais il croit qu'elle ne peut dépasser une demi-once. Aucun symptôme de caractère douteux ou pouvant alarmer en quelque façon le témoin ne s'était présenté jusqu'à la cessation soudaine du pouls. Ce fut là le premier signe du danger.

D'après le registre de l'hôpital, le témoin a trouvé que le décédé avait souffert d'une sorte d'étranglement douloureux pendant trois mois correspondant à la fin de 1861 et au commencement de 1862 ; mais ce dernier ne s'en était pas plaint depuis que le témoin était dans le service. Le docteur Reed a souvent administré le chloroforme et l'a vu administrer ; il croit que celui dont il s'est servi était de bonne qualité.

Le docteur M. Mac Crea, médecin en chef, déclare qu'en conséquence d'une communication reçue vendredi soir du docteur Reed, lui faisant connaître qu'on lui demandait son assistance pour un cas urgent, il s'est empressé de se rendre immédiatement près du malade, qu'il a trouvé dans l'état décrit. Le témoin n'ayant pas réussi dans l'emploi du cathéter, examina le cœur du patient, et trouvant qu'il n'y avait point de maladie des valvules, se détermina à avoir recours au chloroforme. Il est parfaitement d'accord avec le témoignage du docteur Reed, mais il croit que la quantité de liquide employée a été moins grande que son confrère ne l'a déclaré. Il ne pense pas que 3 drachmes aient été consommées. Le mode d'administration était celui que les docteurs Moir et Simpson (d'Edimbourg) ont recommandé. Le but du témoin en donnant l'anesthésique était de surmonter la constriction spasmodique de l'urèthre.

Robert Anderson, prisonnier dans l'établissement, employé comme infirmier dans l'hôpital, a connu le décédé pendant six ou sept semaines, temps pendant lequel le témoin a été dans l'hôpital. Le défunt ne s'était jamais plaint au témoin jusqu'à vendredi dernier, quand il lui dit qu'il souffrait d'une rétention d'urine, et à sa requête, le témoin essaya de recourir au cathétérisme, mais ne put y parvenir. Le témoin avait qualité de médecin. Il recommanda au malade d'attendre le docteur Reed, et lui donna pendant ce temps un bouillon chaud. Le témoin dit au gardien qu'on demandait le docteur Reed, et deux heures après le docteur voyait le patient. Le témoin était présent dans la soirée quand le docteur Reed administra le chloroforme. Le malade ne fit aucune objection à son emploi. On le donna selon la méthode ordinaire, la quantité n'était pas plus considérable que celle généralement prescrite. Les précautions usuelles avaient été prises par les médecins. Les moyens employés ont été ceux adoptés quand le chloroforme paraît produire de fâcheux effets. Le témoin croit qu'il n'y a eu aucune négligence de la part des médecins dans le cas présent. Le décédé avait dit au témoin qu'il avait eu deux attaques d'apoplexie. Ce dernier ne fit pas mention de cela au docteur Reed ni au docteur Mac Crea, et ne pouvait le croire lui-même. Le mort ne s'était jamais plaint de palpitations du cœur. Le témoin ne soupçonnait point que ce dernier eût une maladie de ce genre.

M. J. T. Rudall, chirurgien, déclare qu'il a fait l'autopsie du corps du décédé. Extérieurement la face et les lèvres étaient pâles, les pupilles n'étaient pas dilatées, et l'expression des traits était tranquille. La dure-mère était fortement adhérente à la voûte du crâne. La substance du cerveau était manifestement congestionnée. Des traces de dégénérescence graisseuse s'observaient au cœur, ainsi que quelques vieilles adhérences de la plèvre droite. Les deux poumons étaient partout congestionnés. L'estomac renfermait une certaine quantité de

---

ladies génito-urinaires et calculeuses : on lira tout cela avec fruit dans l'ouvrage lui-même.

Nous avons hâte d'arriver à ce que nous considérons comme la partie neuve du livre et digne de l'attention toute particulière des cliniciens.

Il s'agit de l'organe maternel, cause de mille maux, *sexcentarum ærumnarum causa,* dont dépendent la fécondité de la mère, le bonheur de l'épouse, la force physique, l'énergie et l'état mental de la femme.

L'acide carbonique, discrètement employé *intus et extra,* lève bien des difficultés cataméniales ; peu de catarrhes utérins, compliqués ou non de métrites, d'engorgements, d'ulcération de l'organe, résistent à ses propriétés analgésiques, résolutives, cicatrisantes. Aurons-nous le bonheur, grâce à cet agent doux, inoffensif, efficace, de rejeter un jour de la pratique chirurgicale les douloureuses cautérisations et les amputations aléatoires du col utérin ? En attendant, usons de ce moyen pour faire disparaître en même temps la suppuration et l'odeur infecte, pour calmer les douleurs atroces qui font des pauvres cancéreux un objet de pitié, de répulsion, de dégoût, et grâces en soient rendues à M. le docteur Herpin (de Metz) !

Un mot encore avant de finir. Tous les praticiens voudront lire et placer honorablement sur les rayons de leur bibliothèque notre petit livre, sorti des presses de M[me] veuve Bouchard-Huzard, imprimé en caractères neufs, sur beau papier, dans le format *in-....* A quoi donc reconnaissez-vous un format aujourd'hui ? Autrefois nous avions les *pontuseaux* des papiers à la cuve pour nous reconnaître ; quelle Ariane nous guidera désormais dans le dédale des dimensions données aux feuilles de papier à la mécanique ?

D[r] E. A. ANCELON, D. M.

La médecine du bon sens, de l'emploi des petits moyens en thérapeutique, par M. PIORRY, professeur de clinique à la Faculté de Paris (1).

Le livre sur les petits moyens en médecine de M. le professeur Piorry est un ouvrage complétement en dehors des scolastiques généralement reçus. Bien que l'auteur n'ait dissimulé dans cet ouvrage aucune de ses idées théoriques, il a consacré complétement à la pratique l'écrit remarquable qui vient de paraître.

Sous un titre bien modeste, M. le professeur Piorry traite des parties les plus importantes et les plus utiles de la médecine, avec cette épigraphe : *Science et pratique.* C'est surtout des détails de la thérapeutique dont il s'occupe. Tandis que la plupart des écrivains en médecine recherchent des remèdes nouveaux, aventureux, souvent dangereux et trop fréquemment incertains, M. le professeur Piorry, passant en revue la plupart des souffrances humaines, s'attache presque toujours à démontrer que c'est à des moyens simples pris en général de l'hygiène et des pratiques les moins compliquées dont le véritable médecin doit se servir. Les conseils qu'il donne sont puisés à la bonne source, c'est-à-dire à celle qui consiste à étudier au lit du malade, dans l'observation attentive des phénomènes de la vie et dans l'appréciation des agents divers qui sont propres à les influencer.

Un grand nombre de ces substances, d'après M. Piorry, calment bien les douleurs, pallient bien quelques symptômes ; mais il en est bien peu parmi elles qui vont au fond des choses et qui véritablement guérissent. Nous nous demandons, en effet, avec M. Piorry, quelles sont les maladies du cœur que la digitale a guéries, quel est le malade qui a repris sa marche ordinaire sous l'influence du nitrate d'argent, alors qu'on le disait atteint de ce symptôme dont on a fait à tort une maladie unitaire, de l'*ataxie locomotrice* ; et vous serez convaincu comme moi que la guérison a été plus que douteuse.

M. Piorry vous dit dans son livre : *L'hygiène est la base de la thérapeutique,* et les substances très-simples qu'il emploie ont une extrême utilité, telles que : le sulfate de quinine contre la fièvre d'accès, le phosphate de chaux dans le mal de Pott, l'iode dans la phthisie pulmonaire, etc. ; les respirations profondes et accélérées pour dilater le poumon, et partant rendre la circulation plus facile ; le repos des organes malades quand la chose est possible ; l'émétique pour produire le vomissement devant à son tour produire l'effet qu'on se propose, l'exercice au grand air, la propreté, etc.

Comme on le voit, ce livre est un Traité de thérapeutique qui connaît d'autres remèdes que ceux sanctionnés par l'expérience et le bon sens.

L'auteur a traité en moins de 600 pages la plupart des sujets en

(1) Chez Delahaye, rue de l'École de médecine, 23. Prix : 6 francs.

nourriture en partie digérée, composée spécialement de végétaux. Les intestins paraissaient en bon état. Aucune odeur de chloroforme n'était saisissable en aucune partie du corps. La vessie contenait environ 32 onces d'urine. En examinant l'urèthre, on trouvait une bride épaisse à 5 pouces 3/4 du méat, mesurant 5 lignes de longueur et admettant seulement le passage de la sonde n° 0. Sur le côté droit de la bride était une fausse route s'étendant entre l'urèthre et le rectum, et communiquant de nouveau avec l'urèthre derrière la constriction. Un peu de sang était répandu dans le tissu aréolaire environnant, mais il n'y avait pas d'extravasation d'urine.

Le témoin est d'avis que la mort a été causée par l'administration du chloroforme. L'état du cœur était propre à augmenter la facilité à mourir par le chloroforme, mais le témoin ne croit pas que cet état pouvait être constaté pendant la vie. Il pense, d'après les témoignages, que la prescription de l'anesthésique dans le fait du malade dont il s'agit, était nécessaire et judicieuse. D'après les témoignages, les inhalations ont été faites selon le procédé que le témoin est toujours dans l'habitude de suivre lui-même et qu'il croit être la meilleure méthode. La quantité n'était excessive d'aucune manière. Le témoin a vu employer des doses bien plus considérables, même pour pratiquer une moindre opération. Les moyens tentés par les docteurs Mac Crea et Reed ont été ceux auxquels on a ordinairement recours dans les cas où le chloroforme est mortel.

Le témoin ne pense pas que l'état du cerveau ait pu exercer quelque influence sur le résultat fatal.

Le docteur Reed, rappelé, dit qu'il était présent à l'autopsie, et confirme le témoignage du dernier témoin relativement à l'état des organes. Le décédé ne lui avait jamais dit qu'il eût souffert d'une affection du cerveau.

D'après cela, le jury trouve que le décédé a succombé par suite de l'inhalation du chloroforme convenablement dirigée.

(Traduit du numéro de décembre 1863 du *Medical and Surgical Review*, de Melbourne (Australie). Ernest Berchon, d.-m.-p.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 août 1864. — Présidence de M. Morin.

Nouvelles recherches sur la nature de la maladie charbonneuse connue sous le nom de sang de rate. — Note de **M. C. Davaine**, présentée par M. Bernard. — Depuis les communications que j'ai faites à l'Académie (juillet et août 1863) sur les infusoires du sang de rate, j'ai vérifié par de nouvelles expériences les résultats annoncés dans ces communications, et j'ai abordé plusieurs questions nouvelles.

L'examen du sang de cent cinquante animaux environ inoculés avec le sang de rate ne m'a laissé apercevoir dans les filaments qui s'y trouvent aucune variation, aucune modification nouvelle. La description que j'ai donnée de ces filaments reste donc parfaitement exacte; toutefois, d'après des différences de longueur que l'on voit dans quelques cas à ces filaments, et que j'ai signalées dans ma seconde communication à l'Académie (10 août 1863), j'ai cru convenable de ne plus classer ces corpuscules dans le genre bactérie. Cependant l'ensemble de leurs caractères, qui les rapproche plus des vibrioniens que d'aucun autre genre d'infusoires ou même que des conferves, m'a engagé à n'apporter qu'une simple modification dans le nom par lequel j'avais primitivement désigné ces filaments, et je les ai appelés des *bactéridies*. J'ai donné dans les *Mémoires de la Société de biologie*, avec plus de détails que n'en comporte ma communication d'aujourd'hui, les raisons qui m'ont déterminé à l'adoption de ce nom nouveau.

J'ai confirmé par de nouvelles expériences le fait que les corpuscules du sang de rate se développent pendant la vie et jamais après la mort des animaux, qu'ils se développent dans le sang même et non dans la rate; j'ai pu, en effet, transmettre des bactéridies à des animaux auxquels j'avais enlevé cet organe.

Un autre résultat de mes nouvelles recherches, qui a peut-être de l'intérêt au point de vue de l'indépendance de la circulation de la mère et du fœtus, c'est la non-transmission des bactéridies de l'un à l'autre : j'ai vu chez deux cobayes, qui portaient chacun deux fœtus à terme au moment où je les inoculai, que le sang de ces fœtus était tout à fait exempt de filaments du sang de rate, tandis que celui des mères et celui de leurs placentas mêmes en contenaient par myriades.

J'ai déjà dit que le sang rapidement desséché renferme des bactéridies intactes, et que l'inoculation de ce sang desséché transmet et propage ces corpuscules. Il était intéressant de savoir si le sang sec conserve longtemps cette faculté : or du sang gardé sec depuis plus de onze mois a transmis des bactéridies à des animaux, qui m'ont ainsi mis à même de continuer cette année mes travaux de l'an dernier.

J'ai cherché un moyen de rendre facile l'observation de la disparition des bactéridies dans le sang qui se putréfie. Lorsqu'on examine ce liquide conservé à l'air libre, les vibrioniens qui s'y développent par le fait de la putréfaction rendent l'observation très-difficile et incertaine; j'étais arrivé à des résultats plus concluants en examinant à de courts intervalles le sang renfermé dans les vaisseaux, à l'abri du contact de l'air; mais ce procédé même demande un examen soutenu et très-minutieux. J'ai pu dégager enfin cette observation de toute obscurité, en introduisant le sang frais dans des tubes capillaires, comme on le fait pour la conservation du vaccin, puis en scellant ces tubes à la lampe, sans y laisser d'air. Au bout de peu de jours, s'il fait chaud, toutes les bactéridies disparaissent, et aucun infusoire nouveau ne vient, en s'y développant, troubler l'observation.

J'ai déjà appelé l'attention sur ce fait, que le sang duquel les bactéridies ont disparu est incapable de donner lieu à la propagation de ces corpuscules et de faire naître les phénomènes ou les accidents de la maladie du sang de rate. J'ai constaté de nouveau que l'inoculation du sang charbonneux putréfié, sang qui ne contient donc plus de bactéridies, est tout à fait inoffensive aux faibles doses qui suffisent à transmettre les bactéridies du sang frais. En exagérant les doses, si l'on produit des accidents, ce ne sont point les phénomènes de la maladie du sang de rate, mais ceux que détermine l'introduction de matières putrides dans l'économie, et l'on ne voit se produire aucun infusoire dans le sang des animaux qui succombent.

L'espace de temps qui suffit à faire disparaître du sang les bactéridies et à faire perdre à ce liquide la faculté de déterminer les accidents du charbon, est moindre qu'on n'eût pu le croire; il est, au reste, en rapport avec la température atmosphérique. Dans les grandes chaleurs de l'été, lorsque le thermomètre marquait de 28 à 32 degrés centigrades, j'ai vu disparaître la faculté dont il s'agit en quarante ou cinquante heures, une fois en trente-cinq heures.

Par des expériences faites l'automne dernier, et dont j'ai entretenu la Société de biologie, j'ai reconnu que la maladie du sang de rate est transmissible par l'alimentation. Cette année, j'ai communiqué les bactéridies à des lapins, des cobayes, des rats et des souris, en leur faisant manger le foie ou quelque autre viscère d'animaux qui avaient succombé au sang de rate. Ces viscères ont toujours été ingérés avant qu'ils eussent été atteints par la putréfaction. La proportion des animaux qui ont contracté la maladie par l'alimentation a été, dans ces expériences, de trois sur quatre. Il suffit d'une très-faible quantité de ces viscères, de 2 ou 3 grammes même, pour tuer un cobaye ou un lapin. La connaissance de ce fait me paraît être d'une importance réelle au point de vue de l'hygiène publique. Chez les animaux qui sont soumis à cette alimentation, on ne remarque aucun désordre dans les fonctions digestives, ni aucune lésion dans un organe quelconque; ils meurent un peu plus tardivement, mais avec les mêmes phénomènes que ceux qui ont contracté la maladie par l'inoculation, et leur sang renferme des bactéridies en nombre non moins considérable.

Aujourd'hui encore, c'est une opinion généralement reçue parmi les médecins, que le virus, c'est-à-dire l'agent toxique du charbon, est un produit de la putréfaction, ou, si l'on veut, les affections charbonneuses et celles qui résultent de l'introduction de matières putrides dans l'économie seraient de même nature. Déjà, dans mes expériences de l'année dernière, j'ai reconnu que l'agent toxique du charbon et celui de la putréfaction sont complétement distincts; je crois pouvoir établir aujourd'hui ce fait sur des expériences que je rangerai en trois catégories :

1° Du sang sain que j'ai laissé pourrir a été inoculé à des lapins ou à des cobayes à très-faible dose, une goutte, par exemple, dose qui suffit cependant à transmettre la maladie du sang de rate, et généralement aucun accident n'est survenu. Une dose plus forte, dix, quinze gouttes, tue assez souvent ces animaux, mais ils meurent avec des accidents très-variables : tantôt la diarrhée, tantôt la pneumonie, tantôt la paraplégie, etc., accidents sans rapport avec ceux du sang de rate. Le sang de ces animaux, examiné au moment de la mort, ne m'a jamais offert aucun infusoire.

2° La seconde catégorie d'expériences a consisté à faire manger à des lapins et à des cobayes du foie encore frais d'animaux qui avaient succombé au sang de rate et du foie provenant d'animaux sains, mais que j'avais laissé se putréfier; c'était du foie de bœuf ou de lapin arrivé à un degré de fétidité difficile à supporter. La dose, qu'on leur fis avaler de force, a été assez faible pour qu'elle ne dût pas être dans tous les cas nécessairement mortelle.

Sur huit lapins ou cobayes qui avalèrent chacun 5 grammes de foie pourri, sept vécurent, un mourut.

Sur six lapins ou cobayes qui avalèrent chacun 5 grammes de foie frais d'animaux morts du sang de rate, cinq moururent, un vécut.

Le lapin qui mourut après avoir avalé le foie putréfié avait une pneumonie, et je ne trouvai dans son sang aucun infusoire. Les animaux qui moururent après avoir avalé le foie charbonneux n'avaient aucun organe malade, mais leur sang était infesté de bactéridies.

Ainsi, l'introduction dans l'économie de matières putréfiées est incomparablement moins toxique que l'introduction des substances envahies par les bactéridies; elle n'est point suivie des mêmes phénomènes morbides; enfin elle ne donne point lieu à une génération consécutive d'infusoires filiformes dans le sang.

La troisième catégorie d'expériences achèvera de montrer la différence profonde qui existe entre les deux agents pathologiques.

3° J'ai inoculé plusieurs fois le sang d'animaux qui venaient de succomber à l'infection par des substances putréfiées; six fois j'ai fait manger la rate et le foie de ces mêmes animaux à des lapins et à des cobayes. Dans aucun cas ces animaux n'ont éprouvé le moindre trouble fonctionnel appréciable; il ne s'est manifesté chez eux aucun phénomène pathologique, et leur sang est resté exempt de tout infusoire.

Les effets des substances putréfiées ne vont donc pas au delà de l'animal chez lequel on ingère ces substances; l'agent toxique des matières putrides ne se régénère pas comme celui du sang charbonneux; en un mot, la putréfaction agit sur l'économie animale comme un poison, le charbon agit comme un virus.

— **M. Romain-Vigouroux** présente un mémoire sur *l'état nerveux ou nervosisme, et l'utilité du bromure de potassium dans son traitement.*

La cause prochaine de l'état nerveux consiste, dit l'auteur, dans un excès de vascularisation et par suite d'excitabilité réflexe d'une partie des centres nerveux. J'ai essayé, dans une note présentée à l'Académie au mois de mai dernier, de déterminer la région dans laquelle les vaisseaux ont ainsi perdu leur tonicité; je rappelle cette communication, parce que l'action thérapeutique du bromure de potassium, établie par les observations que contient le présent mémoire, confirment mes premières conclusions. On sait en effet que la principale action produite par ce bromure est la diminution de la vascularité de la moelle. A ce titre, comme l'a remarqué M. Brown-Séquard, il diffère complétement de l'opium, qui augmente l'afflux du sang dans cet organe. (Commissaires, MM. Serres, Bernard et Cloquet).

— **M. Gaillouste** présente des remarques sur l'inefficacité des moyens communément employés contre les morsures de chiens enragés ou de serpents venimeux, et s'attache à faire ressortir la supériorité d'une application de ventouse faite sur la blessure. Pour cet effet il a cru nécessaire de donner quelques détails sur la construction de l'appareil à employer, mais cet appareil ne diffère en rien d'essentiel de plusieurs de ceux qui sont employés pour favoriser l'écoulement du sang après les scarifications.

L'emploi de la ventouse dans des cas semblables est non-seulement très-connu, mais a été apprécié dans un rapport fait à l'Académie, il y a plusieurs années, sur des expériences de M. Alvaro Reynoo. Il a été reconnu que dans la plupart des cas l'action de la ventouse est seulement suspensive, de sorte que son utilité consiste à entraver l'absorption du poison jusqu'au moment où on peut le détruire au moyen de certains agents thérapeutiques.

M. Collin adresse, de Saint-Honoré (Nièvre), une réclamation de priorité à l'occasion d'une communication de MM. Boucbé de Vitray et Desmartis concernant la possibilité de transmission des végétaux à l'homme, d'une espèce d'*oïdium*. M. Collin dit avoir fait dès les premiers jours de mai une communication sur ce sujet à l'Académie de médecine, qui l'a renvoyée à l'examen d'une commission. C'est évidemment devant l'Académie de médecine qu'il doit se pourvoir pour décider la question de priorité. Ce point sera peut-être difficile à établir, puisque c'est aussi des premiers jours de mai que date la note de MM. Bouché de Vitray et Desmartis. Elle a été présentée à l'Académie dans la séance du 9 mai et était partie de Bordeaux quelques jours plus tôt. Dans cette note d'ailleurs les auteurs se réfèrent à une publication faite par l'un d'eux dès l'année 1852.

— A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 juin 1864. — Présidence de M. Guersant, vice-président.

La correspondance comprend :

médecine et un grand nombre de cas chirurgicaux. Il suffit de le lire, et tout le monde le comprendra. N'omettant pas les cas les plus vulgaires, le professeur s'est élevé jusqu'à des considérations philosophiques sur le délire, la folie et leurs causes, sur les épidémies et leur traitement. Il n'a pas plus oublié les souffrances les plus légères des pieds et des mains, que les états pathologiques dont le cœur, le cerveau et les poumons sont susceptibles.

Cet ouvrage peut être le *vade-mecum* du médecin, un *memento* hygiénique qui peut être utile aux malades. On y trouve d'innombrables moyens d'action qui ne laissent presque jamais le médecin désarmé. Si ce livre est généralement lu, comme nous n'en doutons pas, il portera dans la science et dans l'exercice de la profession du médecin plus d'une modification salutaire. Il sera particulièrement utile aux médecins des campagnes et à ceux qui n'ayant point de connaissances médicales élevées, veulent être utiles et ne jamais nuire. Cet ouvrage est la contre-partie de ces livres dans lesquels on ne trouve que des formules dont l'emploi n'est en rien indiqué par l'étude du malade.

Ce n'est pas que M. Piorry n'ait profité de cette publication pour défendre ses opinions, qu'il a justifiées du reste par des arguments auxquels il est difficile de répondre. L'illustre professeur de clinique s'est même fréquemment servi de la nomenclature; mais avant tout il a expliqué les mots et il n'a tracé le tableau du pathonomisme qu'à la fin du livre, précisément pour ne point rendre la lecture de cet ouvrage difficile pour le lecteur non familiarisé encore avec le langage médical moderne.

Pour donner une idée générale de cet ouvrage, qui, dans notre opinion, est appelé à rendre des services, nous terminerons cet article en citant quelques phrases de l'avant-propos et de la terminaison du livre.

« J'ai l'intention, dit l'auteur, de traiter *des petits moyens* que l'on peut utilement employer alors qu'il s'agit de prévenir, de pallier ou de guérir les souffrances, les douleurs, les lésions, les maladies dont notre pauvre humanité est affligée. Ce que je désigne sous le nom de *petits moyens* consiste en des pratiques quelquefois vulgaires, accessibles à tous, *non dangereuses dans leur exécution*, et qui, tirées en grande partie de l'hygiène, comprenant parfois l'emploi de substances très-simples, ont cependant une extrême importance pratique.

« Ces médicaments si peu compliqués flattent bien moins les préjugés ou le goût du public que les médicaments énergiques, ou que les formules complexes des empiristes.

» L'homme est passionné pour les superstitions.

» La drogue lui plaît; l'hygiène, qui contrarie ses habitudes, lui inspire de la répulsion. Il court vers les vendeurs d'orviétan, vers les prôneurs de remèdes spéciaux..., et il en veut presque au médecin honnête qui lui dit la vérité, et qui cherche à le guérir par des médications fondées sur la raison.....

» Ce n'est donc pas pour plaire à la foule ou pour apprendre à *faire du métier* que cet écrit est publié; son but est d'améliorer la pratique, de la fonder sur des faits incontestables; de la vulgariser, et de remplacer des hypothèses systématiques, des préjugés trompeurs, des prétentions hasardées et spéculatives, telles qu'on les admet encore en général, par des notions positives qui, ne compromettant rien, étant incapables de nuire, peuvent avoir sur la santé et sur la vie des hommes une immense influence.....

» Et puisse enfin cet écrit, dit l'auteur, s'il vient à être lu par des personnes non médecins, les préserver contre des préjugés nuisibles, contre les manœuvres des charlatans; les prémunir contre les réclames, les annonces, les prescriptions des somnambules; leur inspirer du dégoût pour les médecins qui secondent ces trafiqueurs de santé; leur faire voir enfin que la médecine véritable est la première des sciences, et que la thérapeutique qui calme, soulage et parfois guérit, ne repose pas sur des remèdes incompris, sur des caprices de médication, mais sur des faits positifs, simples comme la nature et vrais comme la raison. G. Germier.

Le *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure ;*

Le *Bulletin médical du nord de la France*,

L'*Association médicale*.

Contracture du col de la vessie. — M. BEYRAN. Sous cette dénomination, on doit comprendre un état pathologique chronique caractérisé par la contraction *continue et permanente* des fibres musculaires du col de la vessie. Cette affection diffère des autres états morbides connus sous les noms de névralgie, de névroses, et surtout de spasme de cette partie du canal de l'urèthre. En effet, la contracture est permanente, continue, se développe lentement, et laisse souvent après elle des lésions matérielles appréciables, tandis que le spasme du col vésical survient au contraire d'une manière subite, disparaît de même, et ne laisse aucune trace matérielle après son passage. Ces phénomènes sont d'ailleurs constatés par le cathétérisme.

Parmi les causes les plus actives de la contracture, il faut reconnaître l'inflammation chronique de la portion profonde de l'urèthre consécutive à l'uréthrite aiguë, ou déterminée par des causes d'irritation plus ou moins directes sur la muqueuse uréthrale ; tels sont les excès de la masturbation, du coït, le contact des corps étrangers, des tubercules et des tumeurs de la prostate, etc. Toutefois, j'ai vu, en consultation avec M. Trousseau d'abord et avec M. Cerise depuis, des cas dans lesquels la contracture du col de la vessie survint sans le concours de ces causes, mais uniquement sous l'influence d'une irritation spinale ; d'ailleurs, en même temps que le col de la vessie, différentes régions du corps étaient également le siége de la contracture. Mais, quelle que soit la cause productrice de cette affection au col vésical, un de ses premiers effets est un trouble plus ou moins notable de la miction, se traduisant par la difficulté d'uriner et quelquefois même par la rétention d'urine.

En général, pour uriner les malades font de grands efforts, compriment fortement avec la main l'hypogastre, et attendent pendant un temps plus ou moins long avant que le col de la vessie cède pour laisser passer la colonne d'urine. Ils éprouvent des douleurs assez vives dans le canal au moment de cette miction, pendant le passage de l'urine à travers l'urèthre et après cette émission. Cette triple douleur dépend : la première de l'écartement de l'orifice uréthro-vésical contracturé, la seconde du contact de l'urine avec la muqueuse uréthrale, et enfin la troisième du resserrement du col vésical pour achever la miction. La première et la troisième douleur sont plus constantes que la seconde, qui manque souvent, comme nous l'avons constaté dernièrement avec M. le docteur Cerise chez un malade de trente-quatre ans.

Indépendamment de ces phénomènes morbides qui précèdent et accompagnent la miction urinaire, les malades accusent des douleurs au périnée, à l'anus, aux aines et à la région sacro-lombaire ; mais ces douleurs n'existent pas sans les douleurs de la miction, dont elles ne sont en quelque sorte que l'écho. Quant au jet de l'urine, il est plus petit, plus faible et moins net que dans l'état normal, de sorte que l'urine sort du méat pour tomber entre les jambes et les talons du malade. Chez le malade dont je viens de parler, en même temps que cette altération du jet, la verge se gonflait au moment d'uriner, et devenait dure et douloureuse. Le besoin d'uriner était chez lui très-fréquent et parfois si impérieux qu'il n'avait pas le temps de le satisfaire, et l'urine s'échappait immédiatement.

Bien que tous ces symptômes puissent caractériser la contracture du col vésical, il faut y joindre l'exploration directe pour établir le diagnostic de cette affection. Cette exploration se fait à l'aide de certains instruments et en particulier avec la bougie à boule ; celle-ci, introduite dans l'urèthre après en avoir parcouru facilement tout le trajet, s'arrête au-devant du col vésical, et l'obstacle qu'on y rencontre ne cède qu'à une pression douce et soutenue, de manière que la bougie devient alors libre et franchit le col. Au moment où elle traverse cet obstacle, les malades accusent une vive douleur qui est due à l'écartement de l'orifice uréthro-vésical contracturé. Cette douleur est aussitôt remplacée par un besoin irrésistible d'uriner qui disparaît au bout de quelques minutes. On peut répéter cette exploration plusieurs fois le même jour, et le résultat est toujours le même. Dans le spasme, au contraire, les phénomènes sont très-variables : ils paraissent et disparaissent tour à tour ; une sonde ou une bougie qui n'avait pu le matin franchir la portion profonde de l'urèthre, la traverse facilement le soir, *et vice versa.*

M. DUPUY pense que M. Beyran n'a pas suffisamment établi son diagnostic ; car entre les signes qu'il a donnés de la contracture et ceux que nous connaissons des névralgies du col de la vessie, il n'y a pas de différence notable. La névralgie du col ou de la vessie s'accompagne tantôt de spasme, tantôt de contracture, et quant au traitement, elle offre aussi très-souvent cette facilité de franchir le parcours du canal uréthral avec la bougie, qui, arrivée au col, trouve une résistance, détermine de la douleur et franchit le passage sous quelque effort en produisant du soulagement immédiat et souvent la guérison par la persistance de son emploi.

Les contractures du col de la vessie peuvent n'être qu'un symptôme de presque toutes les affections de la région vésicale ou de la vessie elle-même, et elles comportent plusieurs modes de traitement efficaces.

M. BEYRAN insiste sur ce fait que chez son malade les contractures étaient permanentes, ce qui n'arrive pas dans les cas de névralgies où elles ne se produisent que par accès, et où elles sont rémittentes et souvent intermittentes, périodiques.

Ici, la cause est permanente et la contracture aussi, ma définition est catégorique sur ce point.

M. MALLEZ demande à M. Beyran s'il a fait la différence entre la contracture du sphincter interne et celle du sphincter externe, ce qui a quelque importance pour préciser le diagnostic.

Le signe pathognomonique invoqué par M. Beyran est très-vague. On le retrouve dans diverses affections de la vessie. Très-souvent la contracture se mêle à la névralgie, elles vivent ensemble, et il importe de ne pas les confondre.

Quant au traitement, la bougie agit sur l'élément douleur en distendant les fibres rouges, et produit ainsi son effet palliatif, curatif ou nul. L'iodure de potassium n'a, dans le cas particulier, aucune valeur thérapeutique.

M. BEYRAN. Je sais que les corps étrangers, les tubercules, les ulcères, peuvent occasionner des contractures ; mais chez mon malade il n'y avait rien de tout cela. La contracture était le phénomène permanent, dominant. M. Mallez a raison de dire que sans la bougie l'iodure de potassium resterait sans effet ; mais ce qui constitue un traitement, ce n'est pas chacun de ses éléments pris à part, c'est l'ensemble des moyens appliqués contre telle ou telle maladie.

M. MALLEZ. L'iodure de potassium est de si peu d'importance dans ces cas que, prenez une série de dix malades, traitez-en cinq avec la bougie enduite de pommade à l'iodure de potassium et les cinq autres avec la bougie simple, les malades de la deuxième série guériront tout aussi bien et tout aussi vite que ceux de la première.

M. BEYRAN. J'accorde une grande confiance à l'usage des bougies. Elles émoussent la sensibilité, et par là elles calment les exaspérations. Je dirai plus, dans les cas de tumeurs, de rétrécissements fibro-plastiques, elles peuvent les fondre, les faire disparaître.

M. GUERSANT partage l'avis qu'il y a une très grande difficulté à distinguer la contracture de la névralgie et du spasme de la vessie, et que dans chacun de ces cas indistinctement, l'usage de la bougie donne d'excellents résultats et constitue le traitement le plus efficace.

Incision de l'iris en haut dans la kératotomie supérieure. — M. COURSSERANT. Faire subir à la partie inférieure de l'iris une perte de substance semblable à celle que réclame la pupille artificielle ; laisser la plaie cornéo-scléroticale se cicatriser, et six semaines ou deux mois environ plus tard, extraire la cataracte par la kératotomie inférieure, telle est la modification opératoire à laquelle quelques médecins allemands ont cru reconnaître des avantages marqués.

L'innocuité presque absolue de l'iridectomie sur des iris sains, l'influence heureuse qu'elle exerce sur la résolution des inflammations aiguës et chroniques des membranes internes, devaient tout naturellement conduire à expérimenter cette pratique, laquelle, si elle présente les inconvénients réels de deux opérations faites à des distances plus ou moins éloignées l'une de l'autre, et les inconvénients sérieux d'une difformité visible dans la pupille, offre des avantages qu'on ne saurait méconnaître ; de ce nombre sont :

1° Une rareté notable de l'inflammation traumatique consécutive ;

2° Une diminution marquée dans son intensité, quand parfois elle se montre ;

3° Une netteté plus grande de la pupille (ce qui s'explique par la facilité avec laquelle peut être extraite toute la substance opaque, dure, molle ou demi-molle, qui compose la cataracte).

Sans vouloir entrer dans la discussion minutieuse et approfondie d'une infinité de questions que peut soulever ce nouveau *modus faciendi*, qu'il me suffise de dire que deux points principaux, essentiels, semblent dominer le débat : 1° la netteté de la pupille ; 2° le défaut de contraction de l'iris pendant et après le passage du cristallin à travers l'ouverture pupillaire considérablement agrandie. Ou si ces deux conditions fondamentales se trouvent réalisées par une simple incision verticale de l'iris faite avant la sortie de la lentille, j'estime que cette modification opératoire introduite dans la kératotomie supérieure réunira tous les avantages de la pratique allemande, sans présenter aucun de ses inconvénients.

A ce sujet, la Société voudra bien me permettre de lui rappeler une petite note insérée par moi, il y a déjà quelques années, dans nos comptes rendus, relativement à l'incision verticale faite sur l'iris dans la kératotomie supérieure, incision que je réservais pour les cas difficiles, spéciaux, et qui depuis quelque temps est devenue la compagne presque inséparable de toutes mes extractions de cataracte par lambeau supérieur.

Cependant, il faut le dire, il est des cas particuliers, rares, il est vrai, où la pratique allemande offre sur tous les autres procédés d'extraction une supériorité qu'on ne saurait lui contester, surtout si on veut bien ne pas oublier les conditions multiples, souvent compliquées, qui accompagnent la cataracte et qui doivent peser d'un poids bien lourd quand il s'agit de faire choix d'une méthode opératoire. Au reste, je reviendrai moi-même plus tard, au sein de la Société, sur ce sujet de pratique.

M. MAGNE. Je ne ferai, au sujet de cette communication, qu'une simple observation à laquelle je tiens essentiellement. Notre honorable collègue revient souvent sur la pratique allemande en fait d'iridectomie. Je crois devoir rappeler que la première iridectomie a été pratiquée avec succès il y a plus d'un siècle ; que cette méthode, d'un emploi presque journalier, est familière depuis cette époque à tous les chirurgiens, et qu'un oculiste français qui a fait plusieurs centaines d'iridectomies, M. Guépin, a obtenu de ce procédé de si heureux résultats, qu'il proposait, il y a plus de dix ans, de le substituer à l'opération de la cataracte. Je ne nie pas que l'iridectomie appliquée à la cure du glaucome ne nous vienne d'Allemagne, je ne prétends pas discuter aujourd'hui la valeur de cette méthode ; mais je tiens à divulguer certain *procédé* qui consiste à affirmer — jusque devant un public scientifique — que l'iridectomie est inconnue des chirurgiens et des oculistes français, que les Allemands seuls l'ont inventée et pratiquée, que seuls ils obtiennent des succès, et que c'est une découverte récente.

— **M. DUPERTUIS** a été appelé récemment auprès d'un homme d'environ trente ans, sur le bassin duquel, dix-huit jours auparavant, avait passé la roue d'une lourde charrette. Le malade se trouvait tombé de façon que la région trochantérienne gauche reposait sur le sol, et que la roue avait porté directement et transversalement sur la même région du côté droit. Cet homme se rendait à l'église pour remercier Dieu du danger auquel il croyait avoir échappé, lorsqu'il fut pris d'un délire furieux.

Je trouvai, dit M. Dupertuis, au siége des contusions, une énorme fluctuation. Une incision pratiquée d'un côté donna issue à plus d'un litre de sérosité. Aussitôt le délire s'amende et ne tarde pas à cesser ; mais il reprend avec intensité le lendemain soir. Je fais une simple ponction de l'autre côté, d'où il sort également un à deux litres de sérosité. Depuis lors, le délire a complétement disparu.

M. Dupertuis se demande à quelle cause on pourrait rattacher ce délire si tardif. Il paraît évident que le traumatisme peut être seul invoqué, et que le délire n'en a été qu'un épiphénomène symptomatique. *Le vice-secrétaire annuel*, Dr Dupuy (de Frenelle).

Nos lecteurs ont déjà appris par les journaux politiques la mort et les obsèques d'Emile Chevé, docteur en médecine, ancien chirurgien de marine, un des auteurs de la méthode musicale Galin-Pâris-Chevé. Le populaire professeur de musique est mort dans sa soixantième année, à la suite d'une maladie de cœur déjà ancienne, et qu'il avait contractée pendant les longues fatigues de son service maritime, de ses cours de médecine et de sciences accessoires à l'École pratique, et de ses cours de musique multipliés au delà des limites de la force humaine.

Infatigable, toujours sur la brèche prêt à lutter contre les préjugés qui s'opposaient à l'établissement de l'enseignement élémentaire de la musique, malgré les palpitations qu'il ressentait, il a passé les dernières années de sa vie à couvrir la France et la Suisse de cours de chant par la méthode nouvelle, et il venait d'être assez heureux pour voir cet enseignement, d'une utilité et d'une valeur indiscutables, encouragé et admis par les gouvernements de ces deux pays dans les écoles primaires et dans l'armée.

Ce but, qu'il avait poursuivi par philanthropie et pour l'amour de l'art, venait d'être atteint ; l'énergie, la persévérance et le talent d'exposition merveilleux de Chevé avaient détruit les obstacles qu'on lui opposait, lorsque la mort l'a enlevé à ses élèves, c'est-à-dire à toutes les classes de la société.

Quoique Chevé fût devenu une célébrité en dehors de la médecine, quoiqu'il ait été éloigné de nos études, le juste tribut qu'ont payé à sa mémoire les journaux politiques doit trouver un écho chez nous, où nous pouvons compter Chevé comme une des gloires de la famille médicale.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 AOUT 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Lorsqu'un fait singulier non expliqué se reproduit sans cesse et reste, malgré des caractères tranchés, insaisissable dans son essence, certains hommes s'irritent, ils cherchent avec une ardeur fiévreuse les moindres traces qui puissent révéler la cause des phénomènes étranges qu'ils rencontrent, ils bâtissent et renversent cent théories laborieusement construites, et ne se lassent que quand ils ont pu laisser à la génération qui les suit le soin de poursuivre une découverte autour de laquelle ils ont essayé d'aplanir les difficultés. D'autres, satisfaits de quelques analogies, sollicités par le désir d'attacher leur nom à l'étude d'une maladie, jettent des idées qui n'ont d'autre valeur que la singularité.

C'est ainsi qu'après les disputes passionnées du seizième et du dix-septième siècle, soulevées par Paracelse et Van Helmont, à côté des Sennert, des Baillou et des Sydenham, qui étaient de véritables chercheurs, l'on a vu des hommes comme Fuld, qui, pour résoudre les questions d'étiologie médicale, pour expliquer l'origine des maladies où il n'y avait pas de lésions d'humeurs, attribuaient bon nombre de ces maladies à des démons intérieurs qui gênaient l'archée ou l'esprit vital.

Cette page de l'histoire des erreurs de l'esprit humain devrait, comme l'a dit Bacon, être présente à l'esprit de tous ceux qui cherchent des explications, et l'on ne saurait être en droit de rien affirmer sans avoir, comme l'a dit le philosophe anglais, pris le conseil de l'expérience.

Certes, nous ne voulons faire aucun rapprochement, mais il est certain que pour poser en fait la rage spontanée chez l'homme, M. Girard de Cailleux aurait dû instituer une expérience; il aurait dû inoculer sur des chiens la salive, le sang d'individus atteints de délire aigu, pour prouver que cette maladie est réellement la rage. Jusqu'à ce qu'il soit démontré que le délire aigu qu'on traite dans les asiles d'aliénés, et qui se montre chez des individus non atteints de manie, n'est pas une méningo-encéphalite, on repoussera justement l'assimilation du délire aigu à la rage; et il n'est personne qui méconnaîtra que le délire aigu existe dans la rage, seulement à l'état de manifestation tardive ou de symptôme.

Que le virus rabique agissant sur le système nerveux arrive à produire le délire aigu, qu'il soit capable même d'engendrer les lésions d'une méningo-encéphalique, cela pourra-t-il signifier que le délire rabique soit toute la rage? Non certes, et cela ne serait pas plus raisonnable que de confondre le coma consécutif à un empoisonnement par la belladone, par exemple, avec le coma de l'épilepsie, dans une même expression nosologique.

M. Magne a apporté son contingent à la discussion sur la pustule maligne et les maladies virulentes. La pustule maligne spontanée a été admise en principe par l'orateur, avec restriction cependant. Le sang de rate, la morve, envisagés comme maladies virulentes, ayant une origine spéciale, en dehors des causes générales, ont été l'objet principal des arguments de M. Magne. Il y a dans le discours de ce dernier une foule d'excellentes choses, et des remarques qui dénotent un bon esprit et un homme pratique.

M. Magne était à son début. C'était la première fois qu'il prenait la parole à l'Académie. Son discours avait une couleur méridionale qui ne manquait ni d'originalité ni d'animation. L'argumentation de l'orateur se fait remarquer par deux points importants, à savoir, que le sang de rate est dû en grande partie, sinon pour le tout, à l'influence des caractères géologiques du terrain où vivent les moutons; et que la morve qui survient après un excès de fatigue ou une nourriture qui ne convient pas à un animal, est due à une altération du sang, par suite d'un défaut d'équilibre entre la dépense des matériaux du sang pendant la respiration et le défaut de réparation de l'animal par des aliments respiratoires.

Mardi prochain, M. Briquet aura la parole et traitera la question des maladies spécifiques en général.

Dr Armand Després.

HOSPICE DE LA VIEILLESSE (hommes). — M. Foucher.

Tumeur épidermique avec production cornée de la jambe.

(Observation recueillie par M. A. de Montméja, interne du service.)

Les productions cornées ont pour siége habituel la tête et la main ; les productions épidermiques proprement dites se rencontrent surtout à la langue, aux lèvres et au nez.

La tumeur que nous allons décrire, remarquable d'ailleurs par sa forme, l'est encore à cause de sa situation à la partie interne de la jambe et par son volume assez considérable.

La présence de cette tumeur coïncidait avec un état général excellent de la part de la femme qui la portait, et pour la première fois seulement elle se trouvait atteinte d'une semblable affection, qui n'a pu être rattachée à aucun antécédent de syphilis ou de scrofule.

Elle est placée à la partie antéro-interne de la jambe gauche, chez une femme, à deux travers de doigt au-dessous de la rotule : son volume est celui d'une noix un peu allongée ; l'aspect peut être comparé à celui qu'offriraient des lambeaux charnus desséchés, entre lesquels on apercevrait un tissu cellulaire également desséché. Cette tumeur, dont la conformation est irrégulière, présente une saillie assez considérable vers son extrémité inférieure.

La coloration, qui est actuellement noirâtre, jaunâtre et d'un rouge sale, était jaune pâle dans le principe. Le changement ne s'est opéré que depuis quelques jours, à la suite d'un coup porté sur la tumeur.

Le pédicule qui supporte cette production épidermique est assez volumineux, et il est nécessaire de renverser cette dernière pour voir ce pédicule, qui est très-court.

Les téguments voisins ne présentent aucune altération dans leur consistance non plus que dans leur couleur. La surface seule de la tumeur est dure; le centre paraît élastique.

Une odeur nauséabonde se fait sentir depuis le jour où la tumeur est entrée en suppuration, par suite de la contusion dont nous avons parlé.

Depuis son apparition jusqu'au 3 juin, l'évolution de cette tumeur s'est effectuée de la manière suivante : au début, on a remarqué dans la région précitée *un petit poireau* qui est survenu sans cause appréciable.

Plusieurs croûtes se sont formées : il y avait quelques élancements momentanés et provoqués par des pressions ou par le contact de la jarretière. La tumeur a ensuite acquis le volume qu'elle possède actuellement.

Aucun traitement n'a été fait jusqu'au 3 juin, jour où M. Foucher a vu la femme qui portait cette tumeur et qu'il a opérée sur-le-champ. Le pédicule a été circonscrit par une incision circulaire pratiquée en deux temps. Le bistouri a été ensuite porté parallèlement à la base de la tumeur, qui n'avait aucune adhérence avec les parties profondes.

Une petite artériole donne momentanément quelques jets de sang. On applique un pansement avec des bandelettes de diachylon. Quatre jours après, on enlève les bandelettes : l'état de la plaie est très-satisfaisant; on fait un pansement simple.

Le 13 juin, nous avons revu la malade : la plaie était entièrement cicatrisée.

HOPITAL MILITAIRE DE NEUF-BRISACH.

M. E. Sonrier, médecin en chef.

Pleurésie aiguë avec épanchement. — Thoracentèse. Guérison.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié tout récemment (20 août

BIBLIOGRAPHIE.

La vie et la santé. Précis de physiologie et d'hygiène. Doctrines et superstitions médicales, par le docteur A. Tripier (1).

Après avoir, dans sa préface, déclaré qu'il est dangereux de parler médecine à d'autres qu'à des médecins, M. Tripier se flatte d'avoir touché à l'*hygiène*, à la *physiologie* et même aux généralités de la *nosologie*, sans avoir *fait de la médecine*.

Tout en reconnaissant que cette prétention est aussi justifiée que possible, nous nous demandons si les préceptes de l'hygiène peuvent être sans inconvénient présentés aux gens du monde autrement que sous la forme d'aphorismes, et si les lecteurs n'ont pas plus à perdre qu'à gagner à une initiation plus complète, à une discussion qui, leur permettant de raisonner sur les choses de la santé, les conduira presque inévitablement à déraisonner sur la maladie. Cependant l'Académie de médecine avait jugé autrement, puisque, acceptant le programme de M. Nadaud, elle avait mis au concours *un cours d'hygiène populaire en 25 leçons*, dans lequel une large part était nécessairement réservée aux développements théoriques ; or, c'est un travail primitivement destiné à ce concours que nous donne aujourd'hui M. Tripier. Le programme académique ne comprenait que l'hygiène, l'auteur y a ajouté de la physiologie et de la pathologie générale. « Il nous a semblé impossible, dit-il, de séparer l'hygiène de la physiologie, l'étude des conditions de la santé de celle du mécanisme de la vie. » Sur ce point nous sommes de son avis. « Deux chapitres sont consacrés à des vues d'ensemble sur la maladie, sur les doctrines et les superstitions médicales. Du moment qu'on s'adresse à un public dont il n'y a pas lieu d'essayer l'instruction médicale, il importe de le garantir contre les applications dangereuses qu'il pourrait être tenté de faire de notions incomplètes ou erronées. C'est pour cette raison que, persuadé de l'inutilité des connaissances médicales chez les gens du monde, nous avons regardé néanmoins la matière de ces chapitres comme appartenant légitimement à leur éducation hygiénique. »

Nous ne nous arrêterons pas sur les premières parties de cet ouvrage ; elles sont traitées dans un style clair, concis, et renferment sur un grand nombre de points des aperçus neufs et des vues originales. La physiologie offre successivement une étude très-sommaire de la *vie de relation* et de la *vie de nutrition*. Un chapitre consacré au *sang* vient ensuite, résumant les conditions d'existence du milieu interne et les causes normales de ses variations. Les divisions adoptées pour l'hygiène sont les divisions classiques ; elles reproduisent, sous des titres français, les *ingesta, gesta, circumfusa, applicata*.

La troisième partie est consacrée à quelques généralités sur la maladie et à un examen des doctrines et superstitions médicales. Parmi ces dernières, *l'homœopathie* et le *magnétisme animal* sont exposés sous leur vrai jour et discutés dans une argumentation serrée. M. Tripier s'applique avec grand soin à préciser les termes sur lesquels peuvent porter les discussions de principe ; c'est le seul moyen d'éviter les échappatoires et les débats à côté de la question.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire, pour donner une idée de la manière dont l'auteur a traité ces sortes de questions, que de citer quelques passages relatifs aux doctrines médicales, à la nature médicatrice, au vitalisme et à l'organicisme : « L'organisme peut être considéré comme une machine, comme un système de rouages, liés entre eux par une solidarité tellement étroite, qu'une modification survenue dans la structure et par suite dans la marche de l'un d'eux, amène une perturbation dans le fonctionnement de tout le système. Les lois de la mécanique sont générales, et on ne saurait admettre que la machine vivante échappe à ces lois.

» En revanche, la solidarité fonctionnelle qui existe entre les pièces de la machine fait que le rouage malade est entraîné à continuer ses fonctions par le mouvement qu'ont conservé les autres rouages, mouvement qui est l'expression tant de leur vitesse acquise que de la réparation par les influences extérieures de la force qu'ils dépensent incessamment.

» On peut concevoir assez nettement, par cette comparaison, comment l'altération d'une partie peut, gênant ou arrêtant le jeu des autres, devenir une cause de maladie ou de mort; comment aussi l'intégrité absolue ou relative des autres parties peut maintenir dans le jeu des fonctions une harmonie favorable au rétablissement du rouage malade, si les troubles de nutrition dont il est le siége peuvent être modifiés et permettre le retour aux conditions normales.

» On donnait autrefois le nom de *nature médicatrice* à cette capacité mécanique de résistance qu'oppose l'organisme aux causes de destruction. Mais c'est gratuitement qu'on voyait là un *effort conservateur*, manifestation d'une force mystérieuse et intelligente, d'une âme qui gouvernerait la machine dans le sens le plus favorable à l'éloignement de la cause perturbatrice. Le phénomène est tout à fait passif : l'organisme oppose simplement aux influences qui tendent à arrêter le mouvement vital une résistance d'autant plus grande que la somme de ce mouvement est plus considérable. . . . . . .

(1) Un vol. in-12, avec figures. Paris, 1863. Mayer-Odin, 24, place Dauphine.

1864) une observation de pleurésie aiguë avec épanchement traitée par la thoracentèse. L'invasion, la symptomatologie, les indications d'opérer, ayant présenté quelque analogie avec un fait à peu près identique que nous venons de traiter par le même moyen, nous nous sommes décidé à l'adresser à ce journal, afin de prouver une fois de plus que dans les épanchements pleurétiques considérables, lorsque la vie est compromise et que l'asphyxie est imminente, il vaut mieux agir par un moyen même dangereux que s'abstenir, et que cette opération, ayant pour but de venir au secours de la nature qui succomberait inévitablement dans cette lutte inégale, doit être pratiquée le plus tôt possible.

B..., âgé de vingt-neuf ans, fusilier au 45e régiment, bonne constitution, tempérament mélangé, sans antécédents morbides, entre à l'hôpital de Neuf-Brisach le 24 mai dernier, pour une pleurésie du côté gauche.

Interrogé de suite dans le sens de l'épanchement, il raconte que le 8 mai il fut surpris en pleine campagne, alors qu'il était en sueur, par une pluie glacée qui l'impressionna d'une manière désagréable. Rentré à la caserne, il ressent dans la nuit quelques frissons vagues irréguliers, répandus dans le dos et les lombes, avec des douleurs d'abord obtuses puis mieux dessinées du côté gauche, vers les attaches du diaphragme : toux sèche, sans expectoration. Malgré l'acuité des symptômes, il dissimule son mal, dans l'appréhension d'entrer à l'hôpital, et continue à faire son service ; mais l'oppression étant devenue plus forte, la douleur plus vive, les syncopes plus fréquentes, il se décide à réclamer les soins de son médecin, qui nous l'envoie d'urgence.

La pleurésie a donc pu, pendant quinze jours, parcourir toutes les phases morbides de la période aiguë sans avoir été entravée par aucun traitement. Notons ce fait.

Le 24 mai, décubitus dorsal, face anxieuse, légère cyanose des lèvres, douleur obtuse au-dessous du teton ; le côté gauche, soupçonné du reste d'être rempli de liquide, est interrogé par tous les moyens d'investigation connus.

Lorsque le malade est assis et qu'il fait de fortes inspirations, ce côté reste presque immobile ou bien se soulève en masse par saccades, sans ampliation des côtes ; le frémissement vibratoire pendant la phonation n'existe plus ; sonorité sous-claviculaire tympanique, exagérée, skodique, mais qui va s'éteignant au niveau du mamelon, pour être remplacée par une matité absolue vers la huitième côte ; cette matité pleurétique est bien plus complète que la matité pneumonique, à travers laquelle on entend presque toujours une résonnance plus ou moins claire ; souffle tubaire avec broncho-égophonie à l'angle inférieur de l'omoplate. La voix semble arriver des profondeurs de la poitrine, avec un timbre voilé, sifflant. Respiration courte, fréquente, obscure à gauche, puérile et supplémentaire du côté droit. Pouls à 92, peu développé. Le côté sain mesure 44 centimètres, l'autre 46. Notons de plus que, d'après nos expériences, le côté droit est habituellement plus développé de 1 à 2 centimètres chez les individus bien portants.

En présence d'une affection aussi bien dessinée, l'ombre d'un doute ne peut surgir dans l'esprit de personne. Nous avons affaire à un épanchement pleurétique qu'il faut traiter avec énergie ; aussi faisons-nous appel à toutes les fonctions pour nous prêter une solidarité si nécessaire. La diète absolue est prescrite, afin de laisser pour ainsi dire les vaisseaux absorbants faméliques. La paroi thoracique est couverte d'un large vésicatoire ; purgatifs légers, diurétiques, sudorifiques, rien n'est négligé. L'état de débilité s'opposait formellement à toute émission sanguine, même locale.

Malgré cette médication complexe continuée pendant dix jours, la gravité de la maladie augmente ; l'épanchement remonte jusqu'à la clavicule : matité plus grande ; respiration très-courte, anxieuse ; orthopnée ; bouffissure violacée de la face, déterminée par une imperfection notable de l'hématose, et un obstacle marqué aux mouvements du cœur déplacé à droite ; chaleur sèche à la paume des mains ; amaigrissement progressif ; anémie confirmée, qui annonce un état de souffrance de l'économie ; insomnie ; pouls à 120, déprimé. Pronostic très-grave.

Enfin, le 4 juin, la position de notre malade s'est encore aggravée ; il ne respire plus qu'assis, même en sommeillant, et peut à peine compter à voix basse.

Après avoir pris l'avis de nos collègues des 45e et 89e réunis en consultation, nous demeurons convaincus que la nature abandonnée à elle-même est devenue impuissante à sauver notre malade ; qu'il ne faut pas compter sur la résolution, quoique nous en ayons publié un cas de guérison (*Gazette des Hôpitaux*, juin 1862) ; que, d'un autre côté, aucun travail pour l'évacuation de l'épanchement par la paroi thoracique n'est commencé ; qu'il faut encore moins espérer sur l'élimination du liquide pleurétique par les voies aériennes (vomique), quoique cette terminaison soit assez fréquente ; qu'enfin, dans ces conjonctures, il faut agir de suite, car chaque inspiration plus courte annonce déjà l'asphyxie, chaque indécision est une faute, chaque retard nous précipite vers une mort imminente qui n'est plus éloignée que de quelques respirations incomplètes, et que la seule chance de salut existe dans la thoracentèse.

Nous avons employé le procédé Trousseau, en ayant soin de plonger rapidement le trocart dans la poitrine afin de pénétrer au sein même de l'épanchement sans refouler la plèvre, peut-être tapissée de fausses membranes. 950 grammes de sérosité citrine, qui se prend aussitôt en masse gélatineuse, soulagent le patient. La matité disparaît à la base de la poitrine, mais subsiste dans les parties supérieures. Aurions-nous affaire à un épanchement multiple séparé par des cloisons ? Quel que soit le diagnostic, le pouls se relève et diminue de fréquence (104), la respiration est plus libre, et le malade éprouve un bien-être inexprimable. Décubitus dorsal facile.

Rien de spécial à noter dans la soirée.

Le 5, insomnie, anxiété, même gêne de la respiration, pouls à 115, peu développé. — Prescription. D. D. 8 ventouses scarifiées sur la poitrine, purgatifs, lavement idem ; boissons nitrées, 10 gr. par jour.

Les 6 et 7, même état. Malgré une sécrétion urinaire abondante, de nombreuses déjections alvines, les ventouses scarifiées et l'action combinée de deux vésicatoires en pleine activité, l'épanchement se reproduit lentement. — Diète. D. potion : poudre de digitale, 50 centigrammes.

Les 8 et 9, rien de changé, un peu de sommeil. — Potion éthérée avec 30 gouttes de teinture de digitale.

Les 10, 11, 12 et 13, légère amélioration, respiration un peu plus libre, bon sommeil, appétence, soif modérée, trois selles tous les jours, urines abondantes, diaphorèse, un peu moins de matité, souffle tubaire, égophonie. — Soupe, vermicelle au lait et pruneaux ; boissons nitrées.

Les 14 et 15, insomnie, sueurs abondantes, angoisse, oppression, pouls à 120, déprimé. Etat plus grave, que rien ne motive de prime abord, mais qui nous est expliqué par l'intervention inopportune d'une sœur du service par trop envahissante et enflammée d'un zèle trop religieux ; quelques paroles de notre part suffisent pour rendre le calme à cette conscience timorée.

Inutile de fatiguer l'attention du lecteur en lui faisant parcourir jour par jour ces longues étapes de la douleur ; qu'il lui suffise de savoir que du 16 au 30 juin l'amélioration devint progressive. D'après le conseil de M. Michel Lévy lors de son inspection médicale, nous augmentons avec prudence l'alimentation. Sommeil excellent, facies plus animé, respiration plus libre, matité moindre au-dessous du mamelon et surtout aux confins de la ponction, où l'on constate une sonorité tympanique exagérée. Le souffle tubaire persiste avec un peu d'égophonie, mais plus faible ; cependant, on commence à percevoir le murmure respiratoire un peu rude au sommet de la poitrine, et surtout en arrière, le long des gouttières vertébrales, où le poumon se trouve sans doute encore emprisonné au milieu de fausses membranes qui le retiennent sur le médiastin postérieur. Mais ce qui nous frappe dans cette période, c'est l'abondance des sueurs nocturnes et de la sécrétion urinaire : chaque nuit il mouille deux ou trois chemises et rend 3 ou 4 litres d'urine, en même temps qu'il est pris d'une légère diarrhée. Ce départ de l'épanchement par toutes les voies de l'économie, que nous respectons tout en le modérant, épuise chaque jour le malade par un redoublement de fièvre (90 à 100 pulsations) et par une débilité plus grande, et malgré l'amélioration des symptômes locaux, l'état général reste en souffrance, la maigreur est excessive, l'anémie profonde, les forces éteintes. On augmente le régime, qui est porté à la demi-portion. — Vin de quinquina, fer réduit par l'hydrogène, 0,5 décigrammes par jour. La mensuration de la poitrine, qui avant l'opération donnait pour le côté sain 44 et 46 pour le côté malade, n'est plus aujourd'hui que de 44 pour le côté sain et 42 pour l'autre côté.

Du 1er au 15 juillet, l'amélioration se soutient ; bon sommeil, appétit vorace, mange les trois quarts de portion, sueurs moins abondantes ; l'embonpoint dessine lentement ses reliefs ; matité moins étendue, moins sourde, respiration plus large.

Nous engageons le malade à faire de longues inspirations, puis à fermer la bouche afin de refouler avec effort l'air dans l'intérieur de la poitrine pour détruire les adhérences cellulo-fibreuses qui empêchent l'ampliation du poumon. Cette gymnastique intérieure d'un nouveau genre produit d'assez bons effets : le malade a entendu un craquement douloureux suivi de toux sèche, provoquée sans doute par la pénétration de l'air dans les ramuscules bronchiques jusqu'alors oblitérés. Pouls à 80, plus développé, respiration plus libre ; le malade commence à sortir pour se promener dans le jardin.

Enfin, du 16 au 28 juillet, jour de sa sortie de l'hôpital, l'amélioration fait encore des progrès ; les sueurs et la diarrhée ont disparu, le pouls est tombé à 64, les forces avec l'embonpoint sont en partie revenus ; appétit excellent, bon sommeil, deux heures de promenade à pied à la campagne ; mais la matité, due sans doute à la présence de fausses membranes, persiste toujours avec un peu de gêne dans la respiration.

Ce militaire, après avoir passé trois mois au dépôt de son corps à Bourg, sera envoyé pendant l'hiver aux eaux d'Amélie-les-Bains, puis plus tard proposé pour la réforme.

HOPITAL MILITAIRE DE BOGHAR (Algérie). — M. Morand, médecin-major de 2e classe.

Pleurésie diaphragmatique compliquée de pneumonie et de cirrhose du foie. — Mort. — Autopsie.

J... (Joseph), âgé de trente-deux ans, soldat au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, entre à l'hôpital de Boghar le 5 décembre 1863. Cet homme toussait depuis plusieurs jours et continuait néanmoins son service, quand la veille il a été pris d'un redoublement de toux, avec expectoration sanguinolente et difficulté de respirer.

J... est un homme robuste, lymphatico-sanguin ; il a un remarquable développement de la cage thoracique. Il est en Afrique depuis trois ans, et n'a jamais été malade. Depuis quelques mois cependant il se sent moins vigoureux et se voit pâlir et maigrir, bien qu'il n'éprouve pas d'autre souffrance qu'un malaise général qu'il ne peut définir.

Au moment de la visite, on constate sous l'angle inférieur de l'omoplate du côté gauche, et dans l'étendue de la paume de la main, une submatité assez prononcée, et la présence d'un râle crépitant nettement caractérisé avec bronchophonie légère ; dans tout le reste du poumon, il y a des râles muqueux disséminés en assez grand nombre. La joue gauche est plus rouge que la droite ; les lèvres sont légèrement cyanosées, et le malade nous montre dans son crachoir quelques crachats rouillés, visqueux, adhérant au vase. Les battements du cœur sont un peu accélérés, mais la fièvre est modérée, et le pouls ne dépasse pas 70-75 pulsations.

Je fais inscrire au diagnostic : Pneumonie lobulaire avec bronchite, et je prescris : Diète ; tilleul édulcoré tiède, trois pots ; potion stibiée, 0,15, à prendre une cuillerée toutes les demi-heures, et large vésicatoire sous l'angle de l'omoplate.

Le 6, le râle crépitant paraît s'étendre légèrement vers la région sous-axillaire. Même état général d'ailleurs. Il s'est produit hier quelques vomissements. — Même potion à prendre à intervalles un peu plus éloignés.

Le 7, le râle crépitant devient plus humide : les bulles sont plus grosses et rappellent de fort près le râle sous-crépitant. Il n'a pas gagné en étendue ; la dyspnée est moindre et le pouls à 60-65. Les crachats, toujours sanguinolents, sont moins visqueux et peu abondants. Quelques nausées hier sans vomissement. — Bouillon matin et soir ; potion stibiée, 0,1.

Le 8, pouls normal, à 60 ; facies naturel, à part les lèvres, qui restent cyanosées. Il n'y a plus que quelques bulles de crépitation grasse, et la matité est notablement moindre. Le malade ne tousse presque plus ; il a passé une bonne nuit, et les crachats sont simplement muqueux. Appétit. — Quart matin et soir ; potion gommeuse avec 10 grammes d'oxymel scillitique.

Le 9, le malade se trouve comme à l'état normal ; à droite, quelques râles muqueux seulement, et à gauche, là où la crépitation se faisait encore entendre hier, on ne perçoit plus qu'un bruit sec de frottement pleurétique, sans matité appréciable. Plus de toux ni d'expectoration. Grand appétit. — Demi-portion avec légumes matin et soir ; même potion.

Du 10 au 15, la guérison se consolide, et dès le 11 le malade mange les trois quarts. Il se promène dans les cours et fait des instances pour obtenir sa sortie, que je lui accorde le 15.

» En même temps qu'on cherchait à se faire une idée de la *nature intime* de la maladie, on dut se préoccuper des *relations* qui existent entre l'état sain et l'état morbide, soit qu'on vît dans cette dernière condition une manifestation de nature spéciale, soit qu'on n'y vît qu'une manière d'être physiologique particulière.

» Portée sur le terrain de ces rapports, la discussion aurait sans doute amené les écoles divergentes à tomber d'accord sur quelques propositions. Mais il est remarquable combien, dans les polémiques médicales, on a su toujours éviter de préciser les points sur lesquels portait le débat. . . . .

. . . .

» Chaque doctrine s'est donné pour tâche d'expliquer les faits ; et ceux qui étaient tentés d'admettre l'identité physiologique des actes normaux et des actes morbides comme ceux qui la repoussaient, ont eu recours, pour en rendre compte, à l'intervention de forces auxquelles ils ont accordé des attributs divers.

» Les systèmes dans lesquels on fait intervenir des forces *surnaturelles*, c'est-à-dire *indépendantes de la matière*, forment le groupe des doctrines *vitalistes*.

» Ceux qui obéissent à la tendance opposée ne veulent admettre, pour expliquer les mêmes faits, que l'intervention des forces générales dont l'étude ressort des sciences qui s'occupent des corps bruts. L'*organicisme* procède de cet ordre d'idées, bien que la filiation n'ait jamais été franchement avouée.

» Pour les vitalistes purs, il n'y a aucune analogie entre les êtres vivants et les corps bruts. L'être vivant a tantôt une âme qui suffit à tout : tantôt deux, une pour le spirituel et une pour le temporel. Ce moteur ou ces deux moteurs existent indépendamment de toute matière, le vitalisme est la négation d'une science de la vie. Aussi tous les progrès qu'a faits la physiologie ont-ils été accomplis en dehors de lui.

» Heureusement on a reconnu qu'aucun progrès scientifique ne peut procéder du vitalisme, et on a senti la nécessité d'opposer à son inertie systématique une méthode féconde en enseignements. Au lieu donc de repousser toute analogie de propriétés entre la matière vivante et la matière brute, on a recherché quelles étaient leurs conditions d'existence communes, par quels liens la physiologie pouvait se rattacher à la physique générale. Jusqu'ici rien de mieux. Mais cette manière de procéder ayant permis d'expliquer d'une façon satisfaisante quelques-uns des phénomènes de la vie, on s'est laissé entraîner à prétendre que la physiologie était tout entière dans la physique, et à refuser de reconnaître dans les actes vitaux l'action de forces autres que celles que manifestent les changements d'état de la matière inanimée.

» L'erreur des organiciens a été de voir les bases d'une *doctrine* dans le programme d'une *méthode* d'observation. »

Après avoir défini le vitalisme organique qui, regardant la vie comme entretenue par le concours d'un plus ou moins grand nombre de forces *inhérentes aux tissus qui les manifestent*, comme dans la nature brute et susceptibles d'être étudiées comme *propriétés de la matière vivante*, M. Tripier résume, d'après les vues de M. Claude Bernard dont il est l'élève, les moyens d'accroissement de nos connaissances biologiques. Il se trouve ainsi conduit à définir la pathologie : *l'étude du rôle physiologique des conditions dans lesquelles s'accomplissent les phénomènes de la vie.*

Enfin, après l'exposé de vues puisées encore dans l'enseignement de M. Claude Bernard, sur le rôle réciproque des phénomènes locaux et des phénomènes généraux dans les maladies, l'auteur passe à la thérapeutique :

« Dans la médecine, comme dans toutes les sciences susceptibles d'applications, et plus que dans aucune d'elles, la pratique devance la théorie ; celle-ci n'est appelée qu'à systématiser les faits acquis à l'art de guérir. L'*empirisme* constitue donc une *tradition* commune aux vitalistes et aux organiciens.

» Les données de l'empirisme ont toujours été respectées par les vitalistes, dont le fatalisme n'a aucune raison pour n'être pas accommodant. En dehors de l'empirisme, deux lignes de conduite sont encore possibles aux vitalistes : l'*expectation*, qui laisse aux prises l'âme du malade et l'âme de la maladie, et l'*homœopathie*, qui oppose à l'âme de la maladie l'âme d'un médicament.

» Quant aux organiciens, on peut leur reprocher un dédain trop général pour l'empirisme. Ils se sont trop souvent, au mépris de l'observation traditionnelle, basés sur une physiologie insuffisante ou dérisoire pour instituer et prôner sous le titre de médications rationnelles des pratiques ridicules ou meurtrières. »

Après avoir lu avec intérêt le volume de M. Tripier, et constaté la portée sérieusement scientifique de cet ouvrage, nous nous sommes demandé si l'auteur ne s'est pas trompé en le destinant aux gens du monde. Pour ceux-ci, des indications pratiques soigneusement détaillées, une compilation judicieusement faite suffisaient ; ils apprécieront peu une concision d'exposition qui frise parfois la sécheresse. Commencé en vue du concours Nadaud, ce livre a été évidemment refait une ou plusieurs fois, et le fonds en a changé avec le cadre. Tel qu'il est, nous le recommandons surtout aux médecins ; ils y trouveront un résumé bien fait, dans lequel l'auteur a su remuer un grand nombre d'idées.

Dr Guiard.

A cette époque, il ne restait plus qu'un bruit de frottement pleural à peine perceptible, en outre d'une pâleur et d'une cyanose des lèvres très-prononcées, mais, paraît-il, habituelles.

Quatre jours après, le 19, J... est rapporté à l'hôpital à dix heures du soir, dans un état effrayant d'orthopnée, la figure cyanosée, la langue froide, les mains bleues. Il se plaint de nausées continuelles et d'une douleur atroce s'étendant comme une ceinture à la base de la poitrine, et qui le suffoque. Cette douleur s'exaspère à la pression et a son maximum d'intensité à droite, sur l'épigastre, au point d'intersection de deux lignes dont l'une se dirigerait suivant le prolongement de la portion osseuse de la dixième côte, tandis que l'autre descendrait suivant le bord externe du sternum. Les nerfs diaphragmatiques, interrogés à travers les insertions pectorales des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, suivant les données de M. Noël Gueneau de Mussy, restent sans réponse. Quand on presse l'abdomen de bas en haut, de manière à refouler les organes intestinaux contre le diaphragme, on détermine une douleur insupportable, tandis que la pression en sens inverse amène plutôt du soulagement. Le malade peut à peine tousser, et la respiration, très-ncomplète et difficile, ne se fait que par le sommet de la poitrine. L'anxiété du malade est extrême; il ne peut garder que la position assise, et sa figure, contractée par le *rire sardonique*, porte un cachet de profonde terreur. Les efforts de toux amènent de temps en temps l'expuition de crachats sanguinolents et très-visqueux, qui restent attachés aux lèvres du malade. La percussion de la poitrine n'offre rien de particulier, et l'auscultation fait entendre des râles sibilants très-profonds, mélangés des deux côtés, en bas et en arrière, de bulles de râle crépitant fin. Ces râles, au reste, ne se produisent qu'à intervalles éloignés, et il est manifeste que le poumon n'est que très-imparfaitement perméable et que l'asphyxie est imminente. Pouls misérable, et qu'on ne peut compter; battements du cœur tumultueux et impossibles à distinguer. Plus de 40 respirations par minute.

J... m'apprend qu'il a été repris de toux le surlendemain de sa sortie de l'hôpital, mais que c'est depuis quelques heures seulement qu'il se trouve dans l'état où je le vois, et il me supplie de lui donner un vomitif.

Je lui fais administrer en effet, sur-le-champ, une potion d'ipéca stibié et je prescris des sinapismes à demeure sur les membres inférieurs et 30 sangsues à l'épigastre.

Le 20, le vomitif n'a produit que peu d'effet, et n'a pas déterminé de selles. Les sangsues ont saigné abondamment et amené quelque soulagement; mais l'orthopnée et son cortége de symptômes ont repris ce matin toute leur intensité. Pouls misérable, respiration singultueuse, nausées continuelles, cyanose intense, crachats jus de pruneaux. — Potion stibiée, 0,1, opiacée à 12 gouttes; vésicatoire ammoniacal à la base de la poitrine, antérieurement au-dessus du foie; thé édulcoré à boire tiède; sinapismes *ut supra*.

Le 21, l'émétique n'a produit que quelques selles. La journée d'hier a été assez bonne; le malade a pu se coucher quelques heures, et il a même un peu dormi la nuit, mais dans la position assise. Ce matin, nouvelle recrudescence des symptômes; la cyanose est toujours aussi intense, la dyspnée aussi extrême. Les mains ont recouvré cependant un peu de chaleur, ainsi que la langue, bien que le pouls soit toujours aussi imperceptible. Crachats toujours sanglants. En arrière, des deux côtés et à la base, le râle crépitant devient plus distinct. J'y fais appliquer un double et large vésicatoire, et vu l'état de prostration du malade, je remplace l'émétique par une potion avec 10 grammes d'acétate d'ammoniaque. — Sinapismes *ut suprà*, et boules d'eau chaude aux pieds.

Le 22, comme les deux jours précédents, amendement passager, suivi dès le matin d'une recrudescence intense; de plus, ventre météorisé, plusieurs selles involontaires et émission de gaz par les voies inférieures. — Nouveau vésicatoire à la base de la poitrine, en avant et à gauche; continuation de l'acétate d'ammoniaque, plus 1 gramme de sulfate de quinine à prendre le soir.

Le 23, reprise encore des phénomènes morbides sur le matin; le pouls, toujours misérable, se laisse cependant compter et dépasse 130 pulsations. Il semble qu'il pénètre un peu plus d'air dans les poumons, et l'on peut au sommet, antérieurement surtout, percevoir un peu de murmure vésiculaire. Orthopnée toujours, rire sardonique et respiration singultueuse; une selle involontaire, moins de météorisme abdominal. — Potion avec 15 grammes d'acétate ammoniacal, friction avec l'huile de croton tiglium sur les parties de la poitrine non recouvertes de vésicatoires. Sulfate de quinine, 1 gramme le soir.

Le 24, calme relatif. Le malade a dormi quelques instants cette nuit. Vers trois heures du matin, il a pu prendre la position horizontale, qu'il garde encore au moment de la visite. Le pouls, toujours faible, est à 90-100, la peau est plus chaude. Mêmes résultats de l'auscultation et de la percussion. Dyspnée toujours considérable. 38 respirations par minute, crachats rouillés, mais moins abondants. — Même prescription, moins l'huile de croton tiglium, dont l'effet a été de produire une éruption miliaire abondante.

Le 25, le malade me montre ce matin son crachoir plein de sang presque pur. Il prétend se trouver mieux et avoir dormi la nuit. Il est en effet couché sur le dos. La respiration est cependant toujours très-oppressée et entrecoupée de soupirs et de cris involontaires. Des râles muqueux et sibilants s'entendent dans toute la poitrine. En arrière et inférieurement ils sont entremêlés de bulles éloignées de râle sous-crépitant. Pouls à 90-100; 36 respirations. Cyanose persistante. — Même prescription.

Le 26, même état, bien que le malade prétende se trouver mieux et avoir dormi six heures la nuit. Il demande même un peu de bouillon, ce qui lui est accordé. — Même prescription d'ailleurs.

Le 27, délire la nuit, pouls à 120-130; 40 respirations, notable matité dans tout le côté droit de la poitrine en arrière, anxiété extrême, face cyanosée. Mort dans la soirée.

Autopsie pratiquée trente heures après la mort. — Cyanose très-foncée de tout le tégument externe. A l'ouverture de la poitrine, on constate que la cavité pleurale droite est pleine d'une sérosité sanguinolente qui peut être évaluée à plus de 2 litres, et que les deux feuillets de la plèvre sont tapissés par des fausses membranes jaunâtres, tomenteuses et épaisses. Du côté gauche, on trouve seulement des adhérences rubanées, évidemment anciennes, qui relient postérieurement la partie moyenne du poumon à la paroi costale. Enfin, à droite comme à gauche, il y a adhérence du poumon au diaphragme, adhérence telle qu'on ne parvient à extraire le poumon de la cage thoracique qu'au prix de la déchirure de cet organe, dont les débris restent attachés au diaphragme, de chaque côté de l'insertion du péricarde, dans une étendue égale à la largeur de la paume de la main.

Les poumons, étalés sur une table, présentent une adhérence extrême de la plèvre, sous laquelle existent à droite plusieurs abcès du volume d'un petit pois. Les lobes supérieurs du poumon sont crépitants, et à l'incision il s'en écoule une grande quantité de sérosité rougeâtre, spumeuse et aérée, tandis que les lobes inférieurs sont indurés, friables, et offrent tout à fait l'aspect du tissu splénique; ils se laissent aisément déchirer et montrent une *cassure* grumeleuse, déchiquetée, sur laquelle le doigt s'enfonce dans une bouillie putrilagineuse d'un noir extrêmement foncé. Ces caractères sont surtout tranchés sur le bord mousse du poumon, et pendant qu'à gauche le lobe inférieur seul est splénisé, l'altération occupe à droite au moins le tiers inférieur du lobe moyen.

Mis en masse dans un baquet d'eau, le poumon ne surnage qu'incomplétement; si l'on place sur l'eau les lobes supérieurs seuls, ils surnagent: dans les mêmes conditions, les lobes inférieurs vont au fond du vase.

Quant au cœur, il est volumineux, entouré d'une couche de graisse et baigné par à peu près deux cuillerées à bouche de sérosité transparente que renferme le péricarde. Il ne présente à l'intérieur rien d'anormal, si ce n'est un caillot de fibrine, décoloré, d'un volume médiocre, filamenteux, et qui est comme moulé sur les colonnes charnues de la valvule tricuspide.

Le foie est adhérent par sa face convexe au diaphragme, et il faut un certain effort pour l'en détacher. Son volume est normal, plutôt au-dessus cependant qu'au-dessous de la moyenne. Il offre une friabilité remarquable, qui se décèle quand on y enfonce le doigt, lequel pénètre le tissu hépatique en soulevant autour de lui des grumeaux presque pulvérulents. L'aspect de ce tissu est caractéristique. Il est d'une teinte jaunâtre très-prononcée.

La vésicule biliaire est pleine d'une bile vert pâle, très-fluide, sans calculs.

Rien à noter dans les autres organes, à part les intestins, qui sont distendus par des gaz, et les sinus et veines encéphaliques, qui sont gorgés de sang noir.

L'ensemble de la phénoménisation morbide, dans l'observation qui précède, était de nature à faire prévoir sans difficulté les lésions de l'appareil respiratoire constatées à l'autopsie, et il serait, je pense, oiseux de s'appesantir là-dessus. Je me bornerai à dire quelques mots du mode probable de filiation des accidents pathologiques.

L'altération cirrhosique du foie, que j'étais loin de soupçonner, je l'avoue, et qui, pour le dire en passant, me paraît responsable de l'amaigrissement progressif et de la pâleur habituelle du malade, cette altération, dis je, j'incline à la regarder comme le point de départ de la maladie. L'adhérence du foie au diaphragme légitime à mes yeux cette interprétation; car, quelque opinion que l'on ait sur la nature de la cirrhose, j'estime qu'on ne saurait dénier le caractère inflammatoire au travail qui a déterminé l'adhérence en question.

Dès lors, le diaphragme lui-même aurait servi d'intermédiaire pour propager l'inflammation à la plèvre qui tapisse sa face supérieure, et de là aux lobes correspondants du poumon. Cette propagation par voisinage a même pu se produire d'autant plus aisément que les organes thoraciques devaient se trouver plus impressionnables à la suite de la pleuro-pneumonie qui avait nécessité une première fois l'entrée du malade à l'hôpital. A l'appui de la pathogénie que j'indique, on peut invoquer aussi la solidarité qui existe entre le foie et le poumon au point de vue de l'hématose, et qui est cause en grande partie sans doute que la pneumonie est une des terminaisons accoutumées de la cirrhose hépatique. Que ces explications soient fondées ou non, l'observation qu'on vient de lire n'en reste pas moins comme un exemple nettement caractérisé de pleurésie diaphragmatique, et à ce seul titre je la crois digne d'être publiée.

Un mot du traitement. Si j'ai été aussi sobre d'émissions sanguines, c'est qu'à mon avis, s'il y a des faits bien prouvés dans la pathologie algérienne, de ce nombre est assurément le danger que présentent, dans l'immense majorité des cas, les pertes de sang sous ce climat essentiellement hypo sthénisant. D'ailleurs, j'avais affaire ici à un sujet miné par des souffrances antérieures, et il y avait urgence de ménager les forces de cet organisme affaibli, en vue d'une réaction possible bien que peu probable. Au demeurant, l'amélioration notable qui s'est montrée dans les deux ou trois jours qui ont précédé la mort, me semble la preuve incontestable que j'étais dans la bonne voie. Quant à l'épanchement pleurétique, c'est là certainement un phénomène ultime qui a précédé d'un petit nombre d'heures la catastrophe finale, et qu'il est rationnel de considérer comme la cause déterminante de la mort.

INSERTIONS VICIEUSES DU PLACENTA.

Par M. le Dr P. Chaillous.

M. le docteur Jounia-Raymond vient de publier dans le numéro 85 de la *Gazette des Hôpitaux* une note sur les insertions vicieuses du placenta; depuis un an, j'ai vu trois fois cet accident, et les faits que j'ai observés viennent par leur résultat appuyer les idées émises dans l'article cité.

Obs. Ire. — Je fus appelé l'année dernière à Vritz (Loire-Inférieure) pour voir une femme âgée de quarante-six ans, qui, enceinte de sept mois et pour la neuvième fois, avait depuis trois semaines des hémorrhagies assez abondantes contre lesquelles aucun traitement n'avait été employé.

Au moment où j'arrivai chez elle, je trouvai la femme B... pâle et très-affaiblie; la perte était très-modérée mais continue depuis deux jours. Je ne pratiquai pas le toucher, craignant d'augmenter l'hémorrhagie, et je prescrivis le repos absolu jusqu'au moment de l'accouchement et un gramme de perchlorure de fer dans une potion.

La perte cessa complétement dans la journée.

Deux jours après, nouvelle hémorrhagie, nouvelle potion de 1 gr. 50 centigr. de perchlorure de fer, tisane de grande consoude.

Les accidents cessent encore et ne se renouvellent qu'après huit jours, au commencement de mai 1863, où l'on vint en toute hâte me chercher pour voir de nouveau cette femme: « Depuis quelques heures, me dit-on, elle perd beaucoup de sang, et elle est sans connaissance. » Je partis immédiatement, et à mon arrivée je la trouvai morte. Elle n'était pas accouchée; depuis quelques semaines elle n'avait pas senti les mouvements de l'enfant, et je n'avais pu constater les battements du cœur.

Obs. II. — Un mois après environ, je fus mandé à la Cornuaille (Maine-et-Loire) pour la femme G..., âgée de quarante-quatre ans, mère de huit ou dix enfants, qui ne savait à quelle époque remontait sa grossesse. « Elle avait toujours été réglée, me dit-elle, mais depuis six semaines elle n'était pas deux jours sans perdre. » L'hémorrhagie était considérable, et la femme G... eut en ma présence un commencement de syncope. Je recommandai le repos absolu au lit, et fis donner vingt gouttes de perchlorure de fer dans un demi-verre d'eau, à prendre par cuillerée d'heure en heure. Ce médicament fut continué pendant quinze jours jusqu'au moment où arriva l'accouchement. Dans l'intervalle, les pertes, sans être arrêtées complétement, étaient peu abondantes.

Le 17 juin 1863, on vint me chercher pour faire l'accouchement. Depuis quelques heures les douleurs étaient très-fortes, et même, me dit-on, elle avait rendu quelque chose de très-gros.

A mon arrivée, je trouvai la femme G... très-affaiblie, pouvant parler à peine et disant qu'elle se sentait mourir. J'examinai ce quelque chose de très-gros, et je trouvai un placenta entier, d'une coloration ardoisée et ramolli dans plusieurs points. L'enfant présentait le tronc avec procidence d'un bras. Je fis immédiatement la version, et l'enfant, mort depuis plusieurs jours, me parut âgé de sept mois environ.

Cette femme, pauvre, maladive, dont deux sœurs et une nièce sont mortes phthisiques depuis un an, s'est rétablie en moins de deux mois, à l'aide de toniques et d'une nourriture à laquelle elle n'était pas habituée.

Obs. III. — Le 30 mai de cette année, je vis le dernier cas chez la femme J..., de Vigneux (Loire-Inférieure).

Cette femme, âgée de trente-six ans, enceinte pour la quatrième fois, n'avait mis au monde que des enfants morts; chez elle, les pertes dataient de six semaines; on lui avait donné du seigle ergoté pour les arrêter.

Je ne fus appelé ici pour la première fois qu'au moment de l'accouchement et lorsque le travail était déjà commencé.

Les pertes ne se renouvelèrent pas pendant l'accouchement, qui se termina facilement au bout de quelques heures par une présentation du siége.

Mais un instant après arriva une perte considérable qui m'obligea à extraire immédiatement le placenta.

J'employai pour arrêter cette perte tous les moyens usités en pareil cas; mais celui qui me paraît le plus efficace, et dont j'ai en plusieurs circonstances semblables retiré les meilleurs résultats, la compression de l'aorte, fut encore pour moi le meilleur auxiliaire.

La perte s'arrêta complétement après une heure environ de compression non interrompue.

Deux heures après, tourmentée par des idées de mort, par le souvenir de sa mère et d'une sœur qui étaient mortes avec des accidents semblables à ceux qu'elle avait éprouvés, la femme J... fut prise de délire, se débattant dans son lit, se levant tout debout, se livrant à des mouvements désordonnés; la perte reparut, mais cette fois foudroyante; en cinq minutes, la femme J... était morte.

Le placenta, que j'avais examiné, me présenta dans un peu plus de sa moitié la même coloration que celui du deuxième cas; plusieurs points étaient ramollis et gorgés d'un sang très-noir; le cordon ombilical, d'un petit volume, se rompit sous une faible traction.

L'enfant, du sexe féminin, bien conformée, était à terme, et se porte aujourd'hui à merveille.

De ces trois cas, si différents dans leurs résultats, le deuxième certainement ne peut être mis en doute, puisque le placenta, sorti le premier, est venu prouver l'exactitude de mon diagnostic.

Dans les deux autres, je ne pus porter de diagnostic que d'après les symptômes, puisque je ne touchai pas dans le premier et que je ne pus examiner le placenta; dans le troisième, l'examen seul du placenta et les renseignements qu'on m'avait donnés confirmèrent mon jugement.

Ce sont donc pour moi trois nouveaux cas d'implantation vicieuse du placenta.

EMPLOI DE L'OXYDE DE MANGANÈSE

dans certaines formes de dyspepsies.

L'oxyde de manganèse, dit M. Leared, calme bien plus efficacement la sensibilité exagérée de la muqueuse stomacale que le sous-nitrate de bismuth, et il n'a pas, comme celui-ci, l'inconvénient de produire la constipation. Son prix est, en outre, beaucoup moins élevé.

M. Leared a donné le relevé de 40 malades qu'il a soignés. L'affection remontait, au minimum, à trois semaines, et chez beaucoup de malades, elle persistait depuis plusieurs mois ou plusieurs années. L'oxyde de manganèse leur a été administré généralement à la dose de 0,60 trois fois par jour avant les repas.

Au bout d'une semaine de traitement, la douleur avait complétement disparu chez 12 malades; elle était très-notablement calmée chez 15, moins amendée chez 10, et persistait au même degré chez 3.

Chez les 20 ou 28 malades qui n'étaient pas guéris au bout d'un traitement d'une semaine, les résultats étaient les suivants: après quinze jours de traitement, 8 n'ont pas été revus; 4 ne conservaient aucune trace de douleur; 15 étaient très-notable-

ment soulagés, et 1 seul se trouvait moins bien que dans la première semaine.

Chez la plupart de ces malades, la guérison paraît avoir été complète quelques semaines plus tard.

L'oxyde noir de manganèse ne doit pas être employé tel qu'il est fourni par le commerce, à cause de ses nombreuses impuretés. On le donne à des doses variant de 0,30 à 2 grammes, suivant la violence de la douleur.

M. Leared a essayé comparativement le carbonate et le sulfate de manganèse, mais ces préparations ne lui ont pas donné des résultats aussi avantageux que l'oxyde noir.

(*Dublin med. Press.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 août. — Présidence de M. MALGAIGNE, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté, après une réclamation de M. Bouley.

CORRESPONDANCE.

1° M. le préfet de police adresse deux exemplaires du *Rapport général sur les travaux du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine depuis* 1859 *jusqu'en* 1861 *inclusivement*.

La correspondance comprend de plus :

2° Une note de M. le docteur Ch. Cailloud, pharmacien à Chambéry, *Sur le retour septénaire des accès de fièvre intermittente après leur réduction par les sels de quinine*.

3° La description et la figure de plusieurs bandages et appareils imaginés ou modifiés par M. Goldsmith, de Berlin.

4° La description et le modèle d'un ténotome concave fabriqué par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, sur les indications de M. Emile Martin, de Marseille, pour l'opération du strabisme.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Chauveau, de Lyon, membre correspondant, assiste à la séance.

— M. BOUVIER présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Laborde, un mémoire sur les paralysies essentielles des enfants. Ce travail renferme, dit M. Bouvier, une étude approfondie des paralysies essentielles; de nombreuses divisions établies permettent de définir exactement ce que c'est que la paralysie essentielle, et précisent les lésions des autres paralysies que l'on rencontre chez les enfants et qu'on peut confondre avec les paralysies qui ne se rattachent à aucun trouble appréciable des organes.

— M. JULES CLOQUET donne lecture du discours qu'il a prononcé, le 15 août, à Tarbes, à l'occasion de l'érection d'une statue de Larrey. Ce discours est accueilli par des applaudissements répétés.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. GIRARD DE CAILLEUX lit ces mots :

J'étais absent lors de la lecture du procès-verbal de la dernière séance de l'Académie, dans laquelle on m'a prêté l'idée monstrueuse que les aliénés sont des enragés : je proteste contre de semblables allégations.

En parlant de l'une des variétés du délire aigu fébrile, sous la forme duquel se présente la maladie dite rage spontanée, qui se prête, selon moi, à un rapprochement utile avec la rage communiquée, je n'ai nullement confondu cette variété de délire avec la folie proprement dite, dont elle se distingue, à mon sens, par des caractères spéciaux.

Je n'ai point non plus manifesté l'intention de publier mon mémoire, et les faits matériels sont là qui le prouvent, dans un journal politique; on a pris à tort le journal *la France médicale* pour la *France*, journal politique.

Quant à la différence qui nous sépare, M. Baillarger et moi, sur les symptômes et les lésions du délire aigu hydrophobique que j'ai décrit, elle se justifie par la manière dont nous envisageons la maladie; le délire aigu dont je parle n'étant aux yeux de M. Baillarger qu'une manie suraiguë, une forme de la folie, tandis qu'avec beaucoup d'auteurs qui ont traité du délire aigu, fébrile, hydrophobique, je considère ce dernier comme étant essentiellement distinct de la folie, nous ne devions donc nous entendre ni sur les symptômes ni sur les lésions de cette maladie.

M. BOULEY. Lorsque dans la dernière séance j'ai pris la parole, j'avais sous les yeux les conclusions de M. Girard de Cailleux. Il a dit que le délire aigu simple est la rage spontanée. La haute position officielle qu'occupe M. Girard de Cailleux pouvait donner de l'importance à son assertion. Je me suis élevé contre celle-ci afin de lui ôter la valeur qu'on pouvait lui attribuer. Il faut qu'un honnête homme arrête sa démangeaison d'écrire pour écrire, sans cela on verrait naître chaque jour des opinions désastreuses.

M. GIRARD DE CAILLEUX. J'ai parlé du délire aigu traité dans les asiles d'aliénés; c'est ce délire que j'ai assimilé à la rage.

M. BOULEY. Est-ce la rage ou n'est-ce pas la rage?

M. GIBERT. La rage, quoique très-rare, a été observée; elle se révèle avec des caractères spéciaux, et qu'il est impossible de confondre avec autre chose.

Discussion sur la pustule maligne et les maladies spécifiques.

M. MAGNE résume en quelques mots l'état de la question, et dit qu'il essayera de montrer comment les maladies spécifiques, telles que le charbon et la morve, peuvent se produire. Etudiant d'abord le charbon, il formule cette proposition, que le sang de rate peut être lié à des conditions géologiques. Il expose le résultat d'enquêtes qu'il a faites depuis longtemps; il lit des lettres de vétérinaires des départements de l'ouest de la France et de la Beauce, montre des cartes qui indiquent les localités où règne endémiquement le sang de rate, et de ces faits il conclut que les terrains plus ou moins calcaires, les pays plus ou moins marécageux, ont une relation avec la production du sang de rate. Les causes générales n'ont dans ce cas qu'une action accessoire; est-ce, dit l'orateur, la sécheresse, la chaleur excessive, qui peuvent quelque chose, voyons les pays exposés aux mêmes conditions climatériques : la Beauce et le Berry sont dans des conditions à peu près identiques; il y a du sang de rate dans la Beauce, il y en a à peine dans le Berry. Encore une preuve : dans les pays où l'on a, en vertu des améliorations agricoles, changé le terrain par le drainage ou d'autres moyens, on voit, par exemple, la cachexie aqueuse disparaître et le sang de rate se montrer, alors qu'on n'en avait pas encore vu d'exemple dans la contrée.

Abordant ensuite la question de la morve, l'orateur dit que les trois causes spécifiques de la morve sont l'excès de fatigue, la nourriture qui ne convient pas à l'animal, et l'insuffisance de nourriture.

Il cite plusieurs faits à l'appui, l'histoire de chevaux qui sont devenus morveux dans un pays où l'on avait fait des routes en pierre et où la fatigue de ces animaux a été plus grande. Ce n'est pas tant, du reste, dit M. Magne, la fatigue mesurée au dynamomètre qui est une cause de la morve, c'est la fatigue pendant laquelle les mouvements de la respiration sont accélérés; il cite à cette occasion le fait de chevaux de halage qui engraissaient en tirant les bateaux pour les faire remonter, et qui maigrissaient lorsqu'il les redescendaient; on ne s'expliquerait pas ce fait, si l'on ne rappelait que le conducteur des chevaux les faisait trotter en redescendant.

La nourriture des chevaux qui trottent doit être le foin, la paille et l'avoine; si on leur fait faire le même travail et si on les nourrit avec de la luzerne, de la fève de sarrasin, ces aliments ne conviennent pas au cheval, et c'est dans des conditions aussi défavorables que l'on voit les animaux devenir morveux.

La nourriture insuffisante est encore dans le même cas; les animaux sont débilités même avec une ration ordinaire et suffisante, si on leur fait exécuter des travaux pénibles. L'orateur rapporte plusieurs exemples, et il cite des chevaux qu'on a pu entretenir et préserver de la morve en leur donnant vingt-cinq litres d'avoine par jour.

Toutes les fois, dit l'orateur, qu'il y a disproportion entre la rapidité des mouvements respiratoires et la quantité des aliments respiratoires ingérés, il y a altération du sang.

Des faits empruntés à l'expédition française au Mexique sont invoqués. Les chevaux font un exercice actif, trottent pendant quatre heures de suite et ne sont pas malades. On ne les nourrit cependant qu'avec du maïs et peu de foin. Ce serait là sans doute une contradiction, mais le maïs est un aliment sur le compte duquel M. Magne est revenu, malgré les préventions qu'il avait eues pendant quelque temps. Le maïs est un élément respiratoire qui fournit beaucoup de matières destinées à être brûlées, et on s'explique très-bien comment les chevaux au Mexique supportent de grandes fatigues avec une pareille nourriture.

Tout ce qui vient d'être dit prouve donc que les causes générales n'agissent pas pour produire la morve; il faut qu'il y ait un défaut de proportion entre le travail excessif et une nourriture ne fournissant pas une quantité suffisante d'aliments respiratoires.

L'orateur aborde la question des maladies spécifiques et demande comment il se fait qu'il y ait altération du sang. Nous ne savons pas, dit M. Magne, si le virus est un végétal, un animal ou un élément chimique. Ce point est encore obscur; mais il semble que le virus n'existe pas avant la maladie. Ainsi, pour le sang de rate, nous voyons les animaux mourir par six ou huit chaque jour; on les change de pays, il en meurt encore un ou deux le lendemain, puis après il n'en meurt plus. Cela prouve, à mon avis, que le virus du sang de rate n'existe pas avant le développement de la maladie.

Je dirai en terminant, ajoute M. Magne, que tout en faisant mes réserves et en avouant que ma compétence sur ce sujet n'est pas complète, dans ma pensée la pustule maligne peut être spontanée; seulement je regrette que M. Gallard n'ait pas dit à quoi elle peut être rattachée et comment elle se développe.

On a craint peut-être qu'on ne cautérisât plus si l'on admettait une pustule spontanée, c'est aller trop loin; on n'en cautérisera pas moins, car la cautérisation est répandue outre mesure dans les campagnes.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous sommes priés d'annoncer dès à présent que la séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine aura lieu le 3 novembre prochain. Les actes et les cours commenceront immédiatement après. Les amphithéâtres de l'Ecole pratique seront ouverts à partir du 17 octobre.

— Diverses associations médicales de Belgique, partant de la devise nationale : *l'Union fait la force*, ont décidé d'établir une fédération qui a pour but de faire sortir les sociétés de leur isolement, de donner aide et protection à ses membres, d'entretenir la bonne confraternité, de travailler en commun au développement des intérêts matériels de la profession, de maintenir par son influence moralisatrice l'exercice de l'art de guérir dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession.

C'est là certainement un but très-louable; car la Fédération, on le voit, travaille non-seulement à l'amélioration de la position de la grande famille médicale, mais encore à l'augmentation de la richesse nationale, en assurant mieux la santé de ceux qui la procurent, par la création d'un bon service médico-rural.

La Fédération, à peine née d'hier, compte déjà environ un millier d'adhérents. Il est à espérer qu'elle trouvera bon accueil, et que tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de la médecine en Belgique et à la santé des classes laborieuses, surtout de celles qui habitent les campagnes, voudront bien lui apporter leur quote-part d'action et de lumière.

La Fédération est représentée par des assemblées générales. Elle est dirigée et administrée par un conseil central. Le bureau de la Fédération médicale belge se compose de MM. Crocq, *président;* Bougard et Masen, *vice-présidents;* Van Holsbeek, *secrétaire;* Feigneaux, *secrétaire-adjoint* et *trésorier*.

— M. le docteur Fano commencera un cours clinique des maladies des yeux et des tumeurs, le jeudi 1er septembre, à midi, à sa clinique, 14, rue Pavée Saint-André des Arts, et le continuera les jours suivants à la même heure pendant toute la durée des vacances.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 103. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 103. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De l'élément nerveux dans le croup. — De l'urémie dans le cancer de l'utérus. — De l'écoulement de sang par l'utérus dans l'hématocèle rétro-utérine. — Du traitement des angines aiguës par la résection des tonsilles. — Nouveau traitement de la variole. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 24 août. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'élément nerveux dans le croup.

Il y a dans l'histoire de la diphthérie laryngée un point très-limité et sur lequel on a jusqu'ici très-peu appelé l'attention des médecins. Nous voulons parler de l'élément nerveux, auquel les médecins du dernier siècle ont fait jouer un si grand rôle dans l'explication des accidents de suffocation dans le croup; tels sont : Fabrice de Hilden, Ettmuller, Bunel et Bard, Michaelis, Cullein, etc. ; et au commencement de ce siècle, Valentin, Blaud, Lobstein et Bricheteau : Blaud et Lobstein surtout; et tandis que le premier admet que le spasme est proportionnel à l'intensité de l'inflammation, Lobstein considère le croup comme une maladie essentiellement nerveuse; et c'est à l'irritation spécifique exercée par le principe catarrhal sur la huitième paire, qu'il attribue tous les phénomènes du croup et même les modifications de sécrétion de la muqueuse.

C'était aller trop loin dans la voie des explications; Bretonneau, qui survint, rejeta bien loin cette théorie humoristique; pour lui, « *l'état spasmodique n'existe pas.* » L'obstruction par les fausses membranes, la possibilité de leur déplacement, expliquent suffisamment bien les rémissions et les accès de suffocation dans la diphthérie laryngée.

Cependant, M. Andral, en 1829, tout en se rangeant à l'avis de Bretonneau pour la majorité des cas, admet parfois « *une contraction spasmodique des muscles du larynx.* »

Pour Guersant, qui s'éloigne encore davantage des idées de Bretonneau, la véritable cause de l'asphyxie croupale est due à une espèce de *spasme* du larynx et de la trachée-artère, lequel s'étend à tous les organes respiratoires, entrave et paralyse l'hématose. Et ce spasme n'est pas même toujours en raison de l'étendue de l'obstacle.

MM. Monneret et Fleury établissent aussi une distinction entre les phénomènes mécaniques et nerveux dans le croup, et attribuent à ce dernier une grande importance. Ils font observer que la mort ne peut être expliquée par un simple obstacle à l'entrée de l'air, puisque l'espace que les concrétions pseudo-membraneuses laissent entre elles est plus que suffisant pour l'introduction de l'air.

Valleix et M. Grisolle rejettent le spasme, M. Bouchut est disposé à l'admettre; mais parmi les auteurs contemporains, MM. Rilliet et Barthez sont ceux qui acceptent le plus nettement cette théorie du spasme venant s'ajouter à l'obstruction mécanique; ils admettent que les alternatives d'extinction de voix, d'enrouement qu'on observe dans le croup, sont tout à fait indépendantes du rejet des fausses membranes et tiennent probablement au spasme de la glotte.

Mais le spasme de la glotte est loin d'être le seul phénomène nerveux du croup. Les accidents ataxiques, adynamiques et convulsifs ont été signalés par presque tous les auteurs; il en est de même de cet autre ordre de phénomènes consécutifs à la diphthérie, qui a fixé l'attention du monde médical depuis quelques années : nous voulons parler des paralysies diphthéritiques.

Un interne, lauréat des hôpitaux, M. Lallement, vient, dans une excellente thèse, de réunir et de grouper dans un même cadre toutes ces manifestations si diverses de l'élément nerveux dans le croup.

Dans cette maladie, l'inflammation de la muqueuse laryngée, la présence d'une couenne à sa surface, en un mot l'irritation de cette membrane muqueuse est le point de départ d'actions réflexes dont le résultat est, d'une part, la contraction des muscles respirateurs (efforts d'inspiration, toux), et d'autre part, la contraction des muscles du larynx (sifflement laryngé, occlusion spasmodique de la glotte, qui produit les accès de suffocation). Ces mouvements réflexes, qui atteignent un si haut degré dans l'angine spasmodique, sont très-variables dans la laryngite pseudo-membraneuse.

C'est dans le croup *simple localisé* que l'élément nerveux présente son maximum d'intensité ; c'est dans la seconde forme, croup *infectieux septique*, que ces réactions sont à peu près nulles : cette seconde forme se distinguant essentiellement de la première par la diminution ou l'abolition de l'excitabilité locale ou générale, par la résolution des forces et l'affaissement de tout l'organisme.

Dans la seconde partie de la thèse de M. Lallement se trouve très-bien exposé le rôle de l'élément nerveux, non plus dans la période d'état, mais dans la convalescence de la diphthérie laryngée.

Telles sont : la paralysie des muscles du larynx et du pharynx, et par ce fait même, les altérations de la voix consécutives à la trachéotomie.

Mentionnons encore les lésions pulmonaires par paralysie des nerfs vagues; ces accidents du côté des poumons qui s'observent dans le cours des paralysies diphthéritiques, et qu'on ne peut rapporter à aucune des causes habituelles de la pneumonie.

M. Lallement voit là un véritable rapport de cause à effet entre les inflammations pulmonaires et les accidents paralytiques, rapport qui a complétement passé inaperçu à presque tous les observateurs, et dont M. Gubler seul a signalé la possibilité.

Dans quelques rares observations, on a signalé aussi des accidents plus ou moins foudroyants survenant dans la convalescence de la diphthérie, et qu'on ne peut rapporter qu'à un trouble subit du cœur ou de l'innervation.

Comme explication de tous ces accidents nerveux du croup, M. Lallement propose d'admettre une série de phénomènes réflexes.

Or, dans l'irritation toute spéciale causée par l'inflammation diphthéritique de la muqueuse des voies aériennes, il trouve un point de départ initial.

Les nerfs sensitifs de ces muqueuses éminemment excitables transmettent l'irritation à l'isthme de l'encéphale, et là, avec ou sans altération sensible (congestion ou anémie), l'impression se transforme :

1° Par l'intermédiaire des nerfs moteurs, on a :

a. Phénomènes spasmodiques dont nous avons rappelé les divers effets, soit dans les muscles du larynx, soit dans les muscles respirateurs.

b. Convulsions générales.

2° Par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, on a :

Paralysie des vaisseaux ; d'où la congestion accessoire (enchifrènement), l'augmentation des sécrétions, etc.

Plus tard, lorsque ces lésions diphthéritiques ont disparu, une modification difficile à apprécier, mais bien probable dans l'excitation locale favorisée par l'épuisement général de la convalescence d'une affection aussi grave, produit des phénomènes nerveux, non analogues comme mécanisme, dans les deux ordres de nerfs ; alors surviennent, *toujours par actions réflexes* :

1° La paralysie des muscles du larynx et du pharynx ;

2° L'engouement pulmonaire et ses conséquences ;

3° Les accidents du côté du cœur ;

4° Les congestions multiples.

5° Et enfin la paralysie diffuse de tous les membres, leur atrophie, laquelle peut être due elle-même à l'altération de nutrition causée par la contraction des vaisseaux et les altérations secondaires du sang.

C'est ainsi, comme le fait remarquer judicieusement M. Lallement, que la physiologie pathologique, tenant compte des phénomènes biologiques normaux et morbides, locaux et généraux, peut faire comprendre l'enchaînement des accidents si multiples et si graves déterminés par une maladie bien restreinte, la diphthérie laryngée.

De l'urémie dans le cancer de l'utérus.

Aran signalait dans ses leçons cliniques professées à l'Hôtel-Dieu en 1860, les accidents urémiques qui surviennent quelquefois comme conséquences éloignées du cancer de l'utérus.

M. Wannebroucq, dans un des derniers numéros du *Bulletin médical du Nord*, en rapporte trois exemples intéressants, dont voici le résumé :

Il s'agit, dans la première observation, d'une femme atteinte de cancer utérin peu avancé, pouvant permettre encore de longs jours s'il ne survient aucune complication. Dans un état de santé relativement bon, apparaissent de la céphalalgie et des vomissements qui semblent ne se rattacher à aucune lésion de l'appareil digestif. A ces symptômes prodromiques de l'urémie ne tardent pas à se joindre du délire, de l'ataxie, et finalement du coma, au milieu duquel la malade succombe.

Dans la seconde observation, le cancer de l'utérus ne remonte pas à plus de six mois, et n'a encore déterminé l'apparition d'aucun signe de cachexie. La mort a lieu brusquement, presque d'une manière foudroyante, par suite d'accidents urémiques.

Dans la troisième observation, nous voyons une femme vigoureuse, encore peu amaigrie, chez laquelle la maladie cancéreuse n'a encore produit que des accidents locaux, et qui meurt rapidement après avoir présenté de l'insomnie, de la céphalalgie, des vomissements incoercibles, etc.

Il serait important de pouvoir prévoir ces accidents, qui sont peut-être moins rares qu'on ne le suppose ; mais dans la majorité des cas, il est peu probable que l'on puisse porter ce pronostic. Cependant, on pourra peut-être quelquefois être mis sur ses gardes par une observation attentive.

C'est, dit M. Wannebroucq, la miction et la sécrétion urinaire que l'on consultera dans ce but très-attentivement ; quand les urines deviennent rares, tout en conservant leurs caractères normaux ou même en étant plus claires, plus aqueuses qu'à l'état ordinaire, quand en même temps la palpation et la percussion apprennent que ce n'est pas dans la vessie qu'elles sont retenues ; si dans ce cas il est possible de sentir, à la place des reins, quelque tumeur plus considérable que ces organes à l'état normal ; si, en même temps que l'on observe ces signes objectifs, la malade est en proie à quelque malaise général ; si dans son intelligence ou dans son caractère il se fait quelque changement notable ; si des vomissements se montrent sans qu'on puisse en accuser l'état organique des voies digestives, il y a lieu de croire à l'oblitération d'un ou des deux uretères, et dès ce moment il faut se tenir averti qu'à un moment indéterminé, prochain peut-être, éclateront des phénomènes nerveux qui mettront en péril la vie de la malade.

De l'écoulement de sang par l'utérus dans l'hématocèle rétro-utérine.

Dans une de nos dernières Revues cliniques, un fait d'écoulement sanguin par l'utérus, coïncidant avec une hématocèle rétro-utérine, nous avait paru digne d'attention. M. Letenneur, professeur titulaire de clinique externe à l'Ecole de médecine de Nantes, et dont les travaux ont été depuis longtemps appréciés à Paris, vient de nous communiquer deux faits empruntés à sa pratique, où l'hématocèle rétro-utérine s'était accompagnée d'écoulement sanguinolent par l'utérus.

Voici le premier fait qui a été soumis à l'observation de M. Letenneur; il a été publié dans le *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure.*

Une dame âgée de trente ans vit survenir tout à coup, le 17 janvier 1855, après un retard de dix jours, des douleurs abdominales vives, suivies de syncope, qui passèrent. Les règles ne parurent pas néanmoins.

Le 5 février, les accidents se reproduisirent; ensuite, quoique l'utérus n'eût pas acquis un développement qui pût faire supposer la rétention des règles, les époques manquèrent; seulement un écoulement de sang noirâtre, grumeleux, se montra régulièrement. L'amaigrissement, qui avait existé au début du mal et s'accompagnait d'envies de vomir, avait fait croire à une grossesse; aussi l'écoulement de sang altéré a-t-il été d'abord attribué à une fausse couche. Cependant, les douleurs abdominales dans le petit bassin continuaient. On ne trouvait pas de tumeur par le palper hypogastrique; au toucher vaginal, on constatait que le col était entr'ouvert, et l'utérus semblait un peu volumineux.

Enfin trois époques menstruelles étaient survenues, et du sang vermeil avait fait place au sang noirâtre qui s'écoulait de l'utérus d'une manière continue.

Consulté à ce moment par lettre, M. Letenneur a diagnostiqué une hématocèle péri-utérine avec cette particularité :

« Chez Mme A..., disait le chirurgien, la trompe s'est trouvée englobée dans le kyste et est restée libre au milieu de sa cavité. C'est ce qui a permis au sang de s'échapper par la voie qui lui était offerte du côté de la cavité utérine.... C'est ainsi qu'il a été facile de comprendre comment on n'a pas trouvé de tumeur bien circonscrite dans l'abdomen. »

La malade, vue ensuite par M. Letenneur, se présentait avec des caractères peu différents de ceux indiqués plus haut : il n'y avait pas de tumeur dans le petit bassin ; les douleurs étaient très-vives ; la malade ne pouvait marcher.

Au mois de juillet, l'écoulement avait cessé.

MM. Nélaton et Danyau, consultés à ce moment, ont diagnostiqué une hématocèle péri-utérine, et ont constaté une tumeur rétro-utérine du volume d'un œuf. Des vésicatoires répétés sur l'abdomen, des bains alcalins ont été prescrits, et l'état de la malade étant amélioré, elle put aller passer une saison à Vichy. Elle n'était pas guérie cependant, et dans la lettre récente de notre confrère nous voyons que, même après son séjour aux eaux, il existait encore chez Mme A... une gêne extrême de la marche, des douleurs abdominales et de la fièvre après la moindre mar-

che. M. Letenneur nous apprend que c'est seulement en 1863, après un traitement hydrothérapique et une saison à Plombières, que la guérison a été établie d'une manière définitive.

M. Letenneur nous transmet aussi une note sur un fait plus récent qu'il a observé :

Une jeune fille de vingt-cinq ans, qui en 1856 avait éprouvé tous les accidents dépendant d'une hématocèle péri-utérine, présentait dans l'intervalle de ses époques menstruelles un écoulement continu de sang noirâtre. Cet écoulement augmentait par la marche, et surtout par la pression sur une tumeur existant dans la fosse iliaque. Lorsque l'écoulement était très-abondant, la tumeur s'affaissait et semblait disparaître.

La guérison eut lieu, mais il restait de l'endolorissement et un certain empâtement mal circonscrit dans le point où siégeait précédemment la tumeur.

L'année dernière, l'hématocèle s'est reproduite avec des symptômes très-alarmants; l'écoulement se fit par l'utérus, comme autrefois; il dura pendant plusieurs mois; aujourd'hui tout est terminé.

Voilà donc jusqu'ici trois faits on ne peut plus concluants indiquant la possibilité de l'évacuation spontanée du sang contenu dans une hématocèle. Les deux faits que nous venons de rapporter sont beaucoup plus concluants que celui que nous avons reproduit dans une de nos Revues cliniques ; l'observation inédite dont M. Letenneur nous a envoyé le résumé est peut-être la plus significative. En effet, on voit une tumeur dans le petit bassin qui augmente ou diminue suivant l'abondance de l'écoulement sanguin. Rien n'est plus caractéristique.

Mais, ainsi que le disait M. Letenneur dans la relation de ses observations à la Société de médecine de Nantes, il y a des conditions nécessaires, absolues, pour que ce phénomène se produise : il faut que le pavillon de la trompe soit libre et englobé dans le kyste de l'hématocèle. Cela était une supposition alors; l'observation recueillie dans le service de M. Goupil par M. Caresme a eu cet excellent côté qu'elle montre une disposition analogue sur le cadavre. Le lecteur se souvient que le pavillon de la trompe, accolé à l'ovaire, formait une paroi du kyste sanguin (1).

D'un autre côté, au point de vue clinique, les trois observations dont il est question ici montrent qu'il peut y avoir une évacuation du sang altéré d'une hématocèle par des voies qu'on peut appeler naturelles, mais avec des résultats différents. La tendance à la guérison spontanée existe, mais elle est le plus souvent impuissante si l'on n'emploie pas quelques moyens adjuvants, qui, comme dans la première observation de M. Letenneur, avaient pour effet de combattre les accidents inflammatoires dans le petit bassin.

(1) Voir la *Revue clinique* du samedi 13 août : *Hématocèle rétro-utérine consécutive à une apoplexie de l'ovaire.*

DU TRAITEMENT DES ANGINES AIGUES

par la résection des tonsilles.

Par M. Alfred Simyan, chirurgien de l'hôpital de Cluny, etc.

Depuis les intéressantes observations de M. le docteur Bouchut sur le traitement de l'angine couenneuse par l'amputation des amygdales, consignées dans les premiers numéros de l'*Union médicale* de l'année 1860, la *Gazette des Hôpitaux* a enregistré quelques faits venant à l'appui de ceux du savant médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Dans le courant de l'année 1860, je publiai dans le même recueil l'observation d'une esquinancie très-aiguë avec suffocation imminente, traitée par le même moyen avec succès. Quelques jours après, parut dans ce journal une observation de M. le docteur Liégard, de Caen.

Depuis cette époque, j'ai eu occasion de pratiquer cette petite opération, dans huit à dix cas d'esquinancie phlegmoneuse, avec le même succès. A la fin de cette note, je donnerai le plus brièvement possible l'histoire de quelques-unes de ces observations.

Je ne puis donc partager l'opinion de notre éminent maître M. le professeur Trousseau sur l'innocuité toujours constante des angines phlegmoneuses aiguës et partant sur l'inopportunité de toute espèce de traitement. Comme lui j'ai voulu laisser à la nature tout le bénéfice du traitement dans trois cas d'angine très-aiguë; eh bien, la douleur atroce, la suffocation, l'anxiété des malades, la durée de l'affection, etc., m'ont forcé d'intervenir, et toujours je me suis applaudi d'avoir employé une médication active.

Je lis dans la si remarquable *Clinique de l'Hôtel-Dieu* de M. Trousseau, que l'expectation est la meilleure médecine que nous puissions faire dans cette affection : « L'angine phlegmoneuse, dit-il, fait le désespoir des médecins, en ce sens que nous sommes toujours impuissants pour l'enrayer dans sa marche, pour en abréger la durée; elle fait leur gloire, parce qu'elle guérit d'elle-même, quoi que nous fassions. »

Cette opinion, qui est celle d'une des plus hautes personnalités médicales de notre époque, est loin de faire doctrine parmi les praticiens.

Certainement, dans un grand nombre de cas, on peut s'abstenir de toute espèce de traitement : ce sont les cas légers; les cas dans lesquels la guérison arrive nécessairement par les seules forces de la nature sont nombreux, je l'avoue; mais en présence des accidents effrayants d'une angine phlegmoneuse aiguë, à quelque période de l'affection qu'il soit appelé, le praticien pourra-t-il rester simple spectateur?

Non, il devra agir avec plus ou moins d'énergie, suivant les degrés de l'affection.

Les uns cautérisent : le moyen me paraît inutile, mieux vaudrait l'expectation; d'autres scarifient : c'est déjà mieux; au début, on peut obtenir la résolution, encore ce résultat est-il rare. D'autres, et je suis de ce nombre, pratiquent l'ablation d'une ou des deux tonsilles; je ne la crois pas indispensable; la résection me paraît suffisante. Le traitement, pour moi, est essentiellement local; il est tout chirurgical : toute médication interne est inutile.

Je disais que l'ablation complète de la glande n'était pas toujours nécessaire; dans la majorité des cas, on peut s'en tenir à la résection de la portion qui fait hernie entre les piliers du voile du palais.

Rien n'est simple comme cette opération, que je fais avec le tonsillotome dont se sert M. Velpeau : jamais d'accidents, très-peu de douleurs et un soulagement presque immédiat, puisqu'il se produit dans les vingt-quatre heures; pas d'hémorrhagies inquiétantes : je fais gargariser avec un peu d'eau froide et toucher les moignons avec le borax.

Chez les individus sujets aux récidives, chez ceux dont les amygdales sont chroniquement hypertrophiées, cette méthode de traitement est nécessaire et met certainement à l'abri de nouvelles atteintes de cette phlogose sinon dangereuse, du moins fort inquiétante pour les malades.

Dans les angines de moyenne intensité, soit au début, soit plus tard, je scarifie assez profondément pour obtenir un écoulement de sang suffisamment abondant : toujours une amélioration notable se produit; quelquefois on est obligé d'y revenir deux ou trois fois; les malades viennent eux-mêmes réclamer ces scarifications.

C'est par centaines que je compte les cas d'angine que j'observe dans l'année, et dans l'immense majorité des cas, c'est aux scarifications que j'ai recours; je réserve l'ablation ou résection tonsillaire pour les cas extrêmes, qui ne sont cependant pas très-rares, puisque dans l'espace de moins d'une année j'ai pu mettre en usage sept ou huit fois ce mode de traitement.

Les sangsues appliquées aux régions sous-maxillaires sont un moyen dispendieux et qu'on doit abandonner : rarement de bons résultats; il en est de même de la saignée générale, qui cependant peut être employée au début et chez les sujets essentiellement phléthoriques.

Broussais avait bien préconisé les sangsues appliquées aux amygdales mêmes : ce moyen a été peu employé, parce qu'il est à peu près impraticable et qu'il est sans résultat.

Notre regretté maître Chomel était loin de partager en cette matière l'opinion de son successeur à l'Hôtel-Dieu et à la Faculté.

Dans un de ses intéressants entretiens cliniques, je me rappelle qu'il nous disait que l'amygdalite aiguë peut donner lieu à des accidents graves, et parmi ces derniers le plus grave est la suffocation déterminée par le gonflement énorme des amygdales; à cette occasion, il nous indiquait un moyen mécanique qu'il mettait en usage pour prévenir cet accident : il exerçait au moyen des doigts introduits dans la bouche une forte pression sur les tonsilles; sous l'influence de cette pression, il s'écoulait à travers la muqueuse une humeur visqueuse plus ou moins abondante, et les amygdales ainsi dégorgées diminuaient de volume. Il citait à cette occasion l'observation d'une dame affectée d'amygdalite très-intense avec suffocation, et qu'il soulagea très-promptement par ce dégorgement mécanique.

Malgré tout le respect que m'impose la haute autorité de ce nom, je ne puis conseiller ce moyen, qui me paraît d'une impuissance absolue en présence des phénomènes qui accompagnent ces violentes phlogoses de la gorge, et auxquels il faut porter remède le plus promptement possible.

Les scarifications d'abord, en cas d'insuccès l'ablation ou la résection, sont des moyens bien préférables par la promptitude de leur action et leur innocuité.

Voici très-succinctement rapportés quelques cas observés dans le courant de l'année dernière à l'hôpital et en ville :

Obs. I. — Fille P..., âgée de dix-sept ans, forte constitution, santé excellente, menstruation régulière, entre à l'hôpital le 27 septembre 1863. Angines fréquentes, plusieurs dans l'année; difficulté extrême de la déglutition; respiration anxieuse; toute l'arrière-gorge d'un rouge vineux foncé, tonsilles très volumineuses, se touchant par leurs bords internes; pas d'exsudation plastique.

Je propose la résection, refus de la malade; l'affection marche, la dyspnée même augmente. Cette fille s'inquiète, elle réclame elle-même cette petite opération, qui consiste dans la section des bords internes de ces glandes; l'amélioration se produit dans la journée. Le lendemain, elle sortait guérie.

Peut-on demander à un agent thérapeutique un effet plus prompt et d'une plus facile exécution? Douleur à peine égale à celle produite par les scarifications, manuel opératoire aussi facile; jamais d'hémorrhagies inquiétantes.

Obs. II. — Cette observation est à peu près semblable à la précédente, et par ses symptômes et par ses résultats thérapeutiques.

Jean D..., âgé de quatorze ans, entre à l'hôpital dans le courant d'octobre dernier.

Constitution délicate; sujet aux angines; la déglutition des liquides même n'est possible qu'avec de grandes douleurs; respiration haletante. Il faut obvier le plus promptement possible à ces accidents, qui inquiètent les parents de ce jeune garçon.

Je pratique l'ablation entière d'une des amygdales; hémorrhagie insignifiante, peu de douleur; le malade se trouve soulagé le jour même.

Deux jours après, il quittait l'hôpital entièrement guéri.

Obs. III. — En janvier dernier, ce jeune homme nous revenait avec une violente angine du côté droit : même opération, même résultat.

Obs. IV. — R..., âgée de dix-sept ans, constitution mauvaise, née d'une mère phthisique, récidives d'angine fréquentes, entre à l'hôpital en novembre dernier pour une amygdalite très-aiguë; résection de ces deux glandes, mêmes résultats que dans les faits précédents.

Dans les quatre cas, il n'a été fait aucune médication; les malades nous arrivaient après cinq ou six jours de l'affection, n'ayant employé pour tout traitement que quelques gargarismes insignifiants.

Obs. V. — A la fin du même mois, j'observe le nommé M..., valet de ferme près Cluny, âgé de cinquante et un ans. D'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-bilieux, il a eu de fréquents maux de gorge pendant sa jeunesse, et s'expose souvent au froid et à l'humidité. Tuméfaction considérable des tonsilles, couleur vineuse du pharynx; déglutition impossible, même des liquides; respiration très-anxieuse; altération profonde des traits, je crains une asphyxie; prostration morale, etc. C'est bien l'angine dans son expression la plus aiguë. Saignée générale, sangsues en grand nombre, mouchetures, scarifications, tout échoue. Le malade se désespère. Après cinq jours d'atroces souffrances, il réclame la résection, elle est pratiquée; le jour même, le patient était soulagé, et deux jours après il pouvait sortir de sa chambre.

Je pourrais citer quelques autres cas semblables observés dans ces derniers temps, et chez lesquels les mêmes résultats ont été obtenus par les mêmes moyens; mais ce serait se répéter bien inutilement : nous nous en tiendrons donc là. Les observations ci-dessus relatées suffisent, je pense, pour asseoir nos conclusions.

Voici donc cinq angines aiguës graves, les unes abandonnées à la nature, les autres traitées par les moyens ordinaires, qui résistent et même s'aggravent. On pratique la tonsillotomie, et toujours une amélioration prompte suit ce mode de traitement.

En résumé, dans les amygdalites aiguës avec difficulté extrême de la déglutition et de la respiration, je conseille, à l'exclusion de tout autre moyen, l'ablation ou du moins la résection des amygdales dans la période même la plus aiguë de l'affection. Cette légère opération est toujours suivie d'un soulagement immédiat; elle met de plus à l'abri des récidives, qui ne peuvent être prévenues par tout autre traitement : c'est donc à la fois une médication curative et préventive.

Cette note était depuis longtemps rédigée, lorsque parut dans la *Gazette des Hôpitaux* une leçon très-remarquable de M. le professeur Champouillon, du Val-de-Grâce, qui venait à l'appui de la thèse que je viens de soutenir, savoir, qu'une médication active doit toujours être dirigée contre l'amygdalite aiguë. Il pense que l'on peut s'en tenir aux scarifications légères : comme dit ce savant clinicien, dans les angines de moyenne intensité, c'est-à-dire dans l'immense majorité des cas, elles suffisent, mais à la condition qu'elles seront pratiquées profondément.

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA VARIOLE.

Récemment importé de Chine, ce traitement consiste à frictionner, avant que l'éruption apparaisse, le devant de la poitrine avec un mélange d'huile de croton et de tartre stibié. L'irritation ainsi provoquée sur une partie du tégument, sauve pour ainsi dire le reste à ses dépens. Elle a aussi pour résultat de produire une éruption complète, et par conséquent d'affranchir les organes internes de toute chance de fluxion ou de métastase dangereuse.

Ce mode de traitement est maintenant mis en usage par ordre officiel dans l'armée anglaise en Chine.

Cette méthode thérapeutique a été appliquée à Lyon par M. le docteur Ch. Perrin, et son emploi a eu entre les mains de ce confrère d'avantageux effets, notamment par rapport à l'atténuanion de l'éruption à la face. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 août 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. FOLLIN. M. Richet nous a montré, dans notre dernière séance, une malade à laquelle il a pratiqué une iridectomie aux deux yeux. Le résultat opératoire était des plus satisfaisants, car l'iris était largement et nettement excisé; la vision était améliorée, mais pas revenue toutefois à de bien bonnes conditions. Le diagnostic de cette maladie a donné lieu, entre M. Richet et moi, à une discussion sur laquelle j'ai à fournir quelques explications.

M. Richet a soutenu que cette malade était seulement atteinte d'une atrophie de la papille optique, et qu'il n'y avait pas de glaucome; devant l'amélioration observée, j'ai pensé le contraire, et j'ai dû rechercher s'il n'y avait pas en même temps quelques signes d'une affection glaucomateuse chronique. Pour m'aider dans cette recherche, M. Richet a eu l'obligeance de me permettre d'examiner de nouveau avec lui cette malade à l'ophthalmoscope.

J'ai observé, ce qui est incontestable, une atrophie très-avancée de la papille, mais en même temps j'ai constaté un excès de tension oculaire, un pouls rétinien, puis, sous la moindre pression exercée sur le globe, un effacement complet des vaisseaux; enfin, une petite

excavation de la papille du nerf optique. Ces signes établissent, selon moi, l'existence d'un glaucome chronique à marche lente et permettent de comprendre la nature de l'amélioration que cette malade doit à l'iridectomie. L'opération a fait disparaître l'excès de tension intra-oculaire qu'avait amené le glaucome, et elle a amélioré dans une certaine mesure la vision; mais l'atrophie de la papille a empêché, malgré les excellentes conditions opératoires, que ce résultat fût plus satisfaisant. Voilà comment mon opinion peut s'accorder avec celle de M. Richet. On doit craindre d'ailleurs que cette femme, dans un temps qui ne sera pas éloigné, ne perde tout à fait la vue.

A la suite de cette présentation de malade s'est élevée dans la Société une discussion sur les applications de l'iridectomie au traitement des affections des yeux; mais comme nous étions à la fin de la séance et peu nombreux, il a été décidé que la question serait maintenue à l'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui. Comme j'ai eu l'occasion de pratiquer déjà un bon nombre de fois cette opération dans des cas de glaucome, j'ai demandé la parole, et je viens apporter dans cette discussion importante les résultats de mon expérience personnelle.

Depuis Cheselden, qui pratiqua le premier l'iridectomie, jusqu'à ces dernières années, on faisait surtout l'iridectomie dans le but de créer une pupille artificielle, c'est-à-dire de donner aux rayons lumineux une porte d'entrée plus large ou qui cessât d'être en rapport avec quelque opacité centrale de la cornée. C'est dans ce but que sont journellement faites les iridectomies à l'aide desquelles on cherche à s'opposer aux tristes conséquences d'un leucome central. Mais depuis dix ans environ, l'iridectomie est aussi pratiquée dans le but de modifier la sécrétion des liquides intra-oculaires, et de prévenir quelques accidents phlegmasiques de l'œil.

Je n'ai point l'intention de parler de l'iridectomie qui a pour but de créer une pupille artificielle, et je ne veux m'occuper ici que de l'iridectomie de la seconde espèce, de celle qui trouve sa meilleure application dans le traitement des affections glaucomateuses. On sait que M. de Graefe eut le premier l'idée de cette heureuse application de l'iridectomie au glaucome, et, selon moi, ce sera toujours pour lui un immense honneur.

Pour bien comprendre la valeur de l'iridectomie dans le traitement du glaucome, il faut bien se rendre compte de la nature de cette maladie. C'est pourquoi je vous demande la permission d'entrer de suite dans quelques détails sur la condition anatomique essentielle du glaucome, condition que je rechercherai avec soin dans la plupart des phénomènes par lesquels s'exprime cette grave affection.

Le glaucome n'est pas une maladie que l'ophthalmoscope ait seul permis de constater, comme quelques personnes semblent le croire et comme cela a eu lieu pour beaucoup d'affections profondes des yeux. Vous en trouverez une description exacte dans des ouvrages déjà anciens, et Weller, qui écrivait il y a longtemps, en avait déjà donné un aperçu assez net, dans lequel il avait bien noté la dureté et la tension du globe oculaire. Je dois même dire que les premières recherches ophthalmoscopiques sur le glaucome ne furent guère favorables à l'idée juste qu'on doit se faire aujourd'hui de cette affection. Ainsi, quand Ed. Jæger annonçait que la papille du nerf optique était saillante dans le glaucome, il exprimait une opinion erronée, qui renversait un peu toutes nos idées sur l'évolution de cette maladie.

Aujourd'hui, l'accord s'est fait entre les résultats des observations ophthalmoscopiques et ceux des études antérieures sur le glaucome; quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur la nature de cette maladie, on reconnaît dans l'œil glaucomateux un excès de tension, et pour ma part je pense, avec M. de Graefe, que cette tension exagérée est due à une irido-choroïdite fournissant en abondance une sérosité qui infiltre le corps vitré et comprime les éléments les plus importants de la rétine. La cécité glaucomateuse est ainsi une cécité par compression. Le but du traitement doit donc être de faire cesser cette tension, et pour ma part je pense que l'iridectomie remplit bien ce but.

Je désire, pour démontrer que l'excès de tension intra-oculaire domine toute l'histoire du glaucome, rappeler rapidement les principaux caractères de cette maladie. La dureté quelquefois pierreuse du globe, la difficulté que le malade éprouve à le faire rouler dans l'orbite, l'hyperémie veineuse sous-conjonctivale, l'effacement de la chambre antérieure, les douleurs orbitaires et ciliaires, sont tous signes qui peuvent se rapporter facilement à une augmentation de la tension du globe par les liquides intra-oculaires. La presbyopie, qu'on voit souvent au début du glaucome, s'explique facilement par l'aplatissement consécutif du cristallin; et la compression des nerfs ciliaires rend bien compte de l'anesthésie de la cornée et de la dilatation de la pupille. Les obscurcissements partiels de la vue ont aussi leur raison d'être dans la tension exagérée du globe, et l'on peut reproduire artificiellement ce phénomène en comprimant peu à peu et progressivement le globe de l'œil avec le doigt. On diminue aussi dans cette expérience l'étendue du champ visuel, comme cela se produit naturellement dans l'évolution des affections glaucomateuses. Enfin, il n'est pas jusqu'aux signes ophthalmoscopiques qui ne témoignent de cette tension exubérante de l'œil. L'enfoncement de la papille optique dans le glaucome est la conséquence d'une pression exagérée et progressive au niveau de l'entrée du nerf optique, point où la résistance de la coque oculaire est le plus faible. Quant au pouls rétinien, si marqué dans les affections glaucomateuses, il est si bien la conséquence d'une augmentation de pression dans l'œil, qu'on peut, comme on sait, le produire artificiellement par la seule pression du doigt sur un globe oculaire sain.

Ainsi, quel que soit le signe qu'on interroge, il témoigne d'une tension exagérée, et ce témoignage, vous le retrouverez dans les diverses périodes et dans les diverses formes du glaucome. Il faut bien se pénétrer de cette idée pour comprendre la haute valeur d'une méthode opératoire qui a la juste prétention de diminuer la pression intra-oculaire.

Que vous constatiez dans la période prodromique du glaucome une dureté plus notable du globe, une presbyopie légère, une petite dilatation de la pupille, des obscurcissements partiels, ou que vous soyez appelés à constater un de ces cas aigus où ne manque aucun des signes indiqués plus haut, vous trouverez partout un excès faible ou fort de la tension intra-oculaire normale, et vos malades arriveront dans tous les cas plus ou moins vite à un résultat fatal, la cécité par compression.

Bien avant que l'iridectomie fût appliquée au traitement du glaucome, on avait déjà songé à combattre cette maladie à l'aide de moyens qui diminuent la tension intra-oculaire. Les mydriatiques ne paraissent pas agir autrement; tel est le but de la paracentèse cornéenne que M. Sperino vient de vanter de nouveau dans le traitement du glaucome, mais que Wardrop avait proposée naguère pour guérir certaines affections des yeux, parmi lesquelles il est facile de reconnaître des affections glaucomateuses. L'expérience nous a appris que la paracentèse par la cornée est un simple moyen palliatif.

Certes, la tension oculaire diminue après la ponction de la cornée, mais le liquide se reproduit si vite que le malade se trouve bientôt dans des conditions analogues à celles où il était avant l'opération. De plus, ce n'est pas sans quelques accidents inflammatoires du côté de la cornée qu'on pratique plusieurs fois de suite des ponctions sur cette membrane.

Je pense donc qu'il ne faut pas accorder beaucoup de confiance à la paracentèse cornéenne dans ce cas, que l'emploi de ce moyen peut nous faire perdre un temps précieux, et qu'il ne saurait être préféré à l'iridectomie.

J'en dirai autant de l'opération de M. Hancock, qu'il a baptisée du nom de *section du muscle ciliaire*, mais qui n'est en vérité qu'une ponction oculaire par la sclérotique. J'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer à cet égard à propos d'une communication que nous a faite M. Serres (d'Alais). Je rappellerai qu'au point de vue théorique comme au point de vue pratique, rien n'autorise à préférer l'opération de M. Hancock à l'iridectomie; d'une part, rien ne prouve en effet que le glaucome soit le résultat d'une altération particulière du sang, qui donnerait lieu à une contracture du muscle ciliaire; et de l'autre, l'examen anatomique du muscle ciliaire démontre que la section pratiquée par M. Hancock, c'est-à-dire la ponction qu'il fait dans la sclérotique à 1 millimètre en arrière de l'union de la sclérotique avec la cornée, ne peut avoir pour but réel que d'écarter ou de couper quelques fibres longitudinales du muscle et non cette portion circulaire qui devrait être l'agent de la tension du glaucome. Je crois, du reste, inutile d'insister sur cette opération, qui paraît être jugée par les compatriotes de M. Hancock comme par moi.

J'arrive maintenant à l'iridectomie, que je tiens, au contraire, pour une opération rationnelle, qui fait diminuer sûrement et le plus souvent d'une façon permanente la tension intra-oculaire exagérée. Les expériences sur les animaux établissent qu'après l'excision de l'iris la tension normale de l'œil diminue, et après la même opération pratiquée avec succès sur un œil glaucomateux, vous retrouvez encore une tension oculaire moindre. Comment cela se produit-il? je n'en sais rien, malgré les hypothèses proposées; mais la réalité du fait est certainement incontestable. L'iridectomie, faisant diminuer la tension intra-oculaire, est donc parfaitement indiquée dans tous les cas comme le glaucome, où cette tension est exagérée.

Il faut maintenant examiner si cette opération est applicable aux différentes formes de glaucome, dans quels cas elle est plus favorable, et à quelle période de la maladie elle peut être pratiquée avec le plus de chances de guérison. Sans des indications précises, nous risquons de compromettre les plus belles opérations.

C'est dans la période prodromique du glaucome qu'il serait le plus utile de pratiquer l'iridectomie : l'excès de tension est encore peu considérable, les lésions intra-oculaires sont peu marquées et partant le succès plus assuré. Mais on décide rarement les malades à se laisser opérer à cette période du glaucome, surtout s'ils ne souffrent que d'un œil et que l'autre soit encore sain. Les malades se décideront plus facilement si déjà ils ont eu le malheur de perdre un œil.

Du reste, il y a dans la période prodromique du glaucome pour ainsi dire deux phases : l'une marquée par des intermittences franches, dans lesquelles l'œil revient tout à fait aux conditions normales; l'autre où il n'y a que de simples rémissions des phénomènes morbides.

Je pense que si durant la première phase de la période prodromique, on peut encore attendre, il faut, dans la seconde, tâcher de décider le malade à se soumettre promptement à l'opération, en lui démontrant que d'un jour à l'autre il peut être frappé d'une attaque de glaucome aigu, quelquefois foudroyant.

On est plus souvent conduit à opérer dans le glaucome aigu, parce qu'à la cécité glaucomateuse se joignent des douleurs qui engagent le malade à laisser pratiquer l'iridectomie. Il faut en tout cas opérer le plus tôt possible, et c'est l'état de la vision qui doit nous guider surtout ici dans l'appréciation des chances de succès.

La vision peut être très-obscurcie, si obscurcie même que le malade voit à peine des lumières qui passent devant lui. Mais cela peut tenir soit à un énorme excès de tension, chose très-fâcheuse, soit à un défaut de transparence des milieux au sein desquels s'est faite une exsudation séro-sanguine. Il est donc très-important d'interroger avec l'ophthalmoscope l'état de transparence du corps vitré, car dans le second cas les chances de succès seront plus nombreuses que dans le premier. Cependant j'ai opéré heureusement avec notre honorable confrère, M. Ch. Fournier, une dame frappée d'un glaucome aigu double et dont la vision était si éteinte par l'excès de tension oculaire que la malade distinguait à peine le feu placé près de son lit. Cet état durait depuis une quinzaine de jours, lorsque l'opération fut pratiquée, et le résultat en a été très-satisfaisant, car la malade lit très-facilement les différentes impressions de nos journaux politiques.

Afin de bien m'assurer du degré de la vision, j'ai l'habitude de l'explorer dans une chambre obscure, et j'ai plus d'une fois constaté que tel individu qui ne donnait que des signes fort douteux de perception visuelle lorsqu'on l'examinait au grand jour, pouvait, dans une chambre obscure et avec une lumière artificielle vive, indiquer assez nettement des traces d'une sensibilité rétinienne encore assez notable.

Les chances de succès de l'iridectomie sont moins grandes dans les cas où le champ visuel est très-rétréci, où il est disposé sous la forme de fente, et où la fixation, au lieu d'être centrale, est excentrique, c'est-à-dire quand l'œil est obligé de diriger son axe optique en dehors de l'objet qu'il examine pour le distinguer plus nettement.

Il convient aussi, pour apprécier les chances de guérison, de prendre avec soin la mesure de la tension oculaire, qui est la cause de douleurs orbitaires et péri-orbitaires souvent atroces, douleurs qui peuvent aller jusqu'à produire des vomissements réflexes. Toutes choses égales d'ailleurs dans l'état de la vision, il faut, lorsque la tension est grande, opérer vite. Les chirurgiens qui conseillent de ne faire l'iridectomie que lorsque les douleurs sont moins vives et que les vomissements cessent, donnent, selon moi, un conseil dangereux. L'iridectomie est le meilleur moyen de faire cesser ces douleurs et ces vomissements.

Cela me conduit, Messieurs, à dire qu'il n'y a pas de limite de temps pour opérer après le début de la maladie. Je crois même qu'il y aurait quelque danger à fixer, même approximativement, une limite, car elle pourrait servir de règle et être d'une application dangereuse. Il faut opérer le plus promptement possible, car on a vu des yeux perdus en vingt-quatre heures dans une attaque foudroyante de glaucome. Au bout de quinze jours, les chances de retour à la vision sont faibles dans le glaucome aigu; mais je vous ai cependant cité un succès exceptionnel dans ce cas. C'est en réfléchissant à toutes ces circonstances qu'on a lieu de se plaindre des retards trop souvent apportés à l'opération, et qu'on doit espérer que l'iridectomie sera un jour pratiquée partout comme l'est la trachéotomie, car c'est, comme l'ouverture de la trachée, une opération d'urgence.

Du reste, le plus souvent le malade se félicite bientôt de l'opération qu'il a subie dans le glaucome aigu. Les douleurs cessent, le sommeil revient, la tension oculaire diminue peu à peu, et la vision reparaît. C'est d'abord celle des gros objets; mais peu à peu l'opéré distingue des objets fins, les caractères habituels d'impression. J'ai opéré une malade qui au bout de deux mois lisait nettement les n°s 7 et 8 du livre de Jæger. Il paraît aussi se passer dans le fond de l'œil, du côté de la papille optique, des changements qui témoignent d'une diminution dans la tension oculaire.

Il y a une forme de glaucome aigu à marche rapide, le *glaucome hémorrhagique*, dans laquelle l'opération réussit moins bien, non pas que l'iridectomie ne fasse pas cesser la tension oculaire, mais parce qu'elle n'empêche pas la production d'hémorrhagies intra-oculaires fatales à la vision.

Dans le *glaucome chronique*, dont la marche est souvent si insidieuse, et qui ne se traduit parfois que par un petit nombre de signes, l'iridectomie ne donne pas d'aussi brillants résultats que dans le glaucome aigu : cependant elle fait sûrement cesser les douleurs, elle arrête souvent la marche de la maladie pour un temps indéterminé, et parfois elle amène une amélioration des plus satisfaisantes dans la vision. Je ne peux indiquer ici que les résultats généraux de l'opération, mais ils me semblent assez satisfaisants pour engager les chirurgiens à la pratiquer dans tous les cas de glaucome chronique où existe encore une certaine somme de vision.

C'est dans le glaucome chronique qu'on observe assez souvent des récidives, mais elles ne doivent pas faire désespérer de l'iridectomie. Il faut, dans ce cas, pratiquer de nouveau l'opération, et la faire largement dans les conditions que je dirai plus loin. Malheureusement, ces récidives sont d'assez mauvais augure; l'atrophie des nerfs optiques complique assez souvent la tension glaucomateuse, et les malades finissent par devenir peu à peu aveugles. C'est le cas de la malade de M. Richet.

Jusqu'alors je n'ai parlé que de faits dans lesquels peut s'opérer un certain retour à la vision. Il y a malheureusement certaines formes glaucomateuses où l'on ne peut rien espérer. Dans ce nombre, il faut placer cette forme de glaucome à laquelle M. de Graefe a donné le nom d'amaurose avec excavation de la pupille, parce qu'il ne voit pas là un glaucome, mais que je crois être un glaucome, car il y a un excès de tension oculaire, une dépression de la papille et d'autres phénomènes encore, tout cela, il est vrai, sans aucune poussée phlegmasique. On ne doit guère espérer davantage dans le *glaucome absolu*, où il y a une perte de la perception même quantitative de la lumière.

Mais il ne suffit pas d'opérer de bonne heure; il faut que l'opération soit faite dans certaines conditions qui en assurent le succès. Lorsque le lambeau excisé de l'iris est trop étroit et qu'il ne comprend qu'une partie voisine du bord pupillaire, l'iridectomie ne donne pas un résultat satisfaisant. Il faut exciser un large lambeau de l'iris et l'exciser jusqu'au bord ciliaire de cette membrane. Pour atteindre ce but, on doit pratiquer une ponction scléroticale. On pénétrera dans la chambre antérieure avec le couteau lancéolaire par une ponction oblique faite sur la sclérotique à 1 millimètre en arrière de l'union de la sclérotique avec la cornée. L'iris sort de lui-même ou est attiré au dehors, et grâce à ses rapports avec l'incision faite à la sclérotique, il est facile d'atteindre l'iris jusqu'au bord ciliaire. Si l'on faisait une ponction à la cornée, on ne pourrait pas facilement exciser l'iris aussi loin, jusqu'à la limite de ce bord ciliaire.

Tout en vantant beaucoup ici l'iridectomie, je ne veux pas dire que cette opération soit absolument dépourvue de dangers. Ainsi, dans certains cas de glaucome où existe une énorme tension, surtout si l'on n'a pas soin de laisser l'humeur aqueuse s'écouler lentement au dehors, on court risque de voir se produire une redoutable *hémorrhagie intra-oculaire* par cessation brusque de la tension. Des *décollements de la rétine* peuvent se faire aussi dans des conditions analogues. Il n'est pas impossible qu'après la détente produite par la ponction de l'œil, le cristallin se soit porté brusquement en avant, et qu'il y ait une rupture de la capsule antérieure du cristallin et consécutivement une *cataracte*; enfin des *irido-choroïdites* avec des synéchies consécutives, une *ophthalmite* même ont été vues après l'iridectomie. Mais ce sont là des accidents relativement rares et qui ne peuvent être mis en balance avec les admirables résultats curatifs de l'opération.

Le bilan de l'iridectomie appliquée au traitement du glaucome est aujourd'hui des plus satisfaisants. Les services rendus par cette opération sont immenses, et j'ai la profonde conviction d'avoir, grâce à elle, conservé une vue souvent très-satisfaisante à des individus qui sans cela seraient aujourd'hui complétement aveugles. On comprend donc l'enthousiasme avec lequel de divers côtés cette opération a été accueillie, et on ne s'expliquerait pas une certaine indifférence à son égard.

Du reste, Messieurs, ce n'est pas seulement dans la cure du glaucome classique que l'iridectomie a donné d'heureux résultats, elle est indiquée aussi partout où existe un excès de tension intra-oculaire, que la vision soit ou non conservée.

Lorsque l'irido-choroïdite glaucomateuse suit une marche continue, l'œil subit, vous le savez, une sorte de dégénérescence dans laquelle on constate des altérations ulcéreuses de la cornée, la formation d'un hypopion, de nombreuses synéchies postérieures avec une augmentation progressive de la tension oculaire. Cet état s'accompagne de douleurs térébrantes qui ne laissent au malade aucun repos et exercent sur l'œil resté sain une influence réflexe des plus nuisibles. J'ai un bon nombre de fois pratiqué une large iridectomie dans des cas

analogues, et j'ai obtenu de suite une rémission des douleurs, une cessation de cet état phlegmasique, et enfin le retour de l'œil à une condition très-tolérable. Il est bien entendu que dans ces cas le malade ne doit rien espérer du côté de la vision.

Il y a une forme d'iritis à récidives contre laquelle l'iridectomie est encore bien utile. On sait que chez quelques individus, surtout chez des rhumatisants, l'iritis récidive quelquefois d'une façon désespérante. Chaque attaque d'iritis est marquée par la production de synéchies postérieures, et ces synéchies, sans cesse tiraillées dans les mouvements de dilatation et de rétrécissement de la pupille, sont une cause incessante de nouvelles phlegmasies iriennes. Au bout d'un certain temps, le bord pupillaire de l'iris adhère complétement à la surface antérieure du cristallin, que recouvrent aussi des produits plastiques grisâtres. Je pense qu'il ne faut pas attendre un résultat aussi fâcheux et qu'après deux ou trois récidives de l'iritis avec synéchies, il faut pratiquer une large iridectomie, qui met souvent un terme à ces phlegmasies récidivantes de l'iris.

Lorsqu'après l'opération de la cataracte par abaissement surviennent de ces irido-choroïdites traumatiques qui plongent dans de vives douleurs les malades, et cela parfois durant plusieurs années, il n'est pas, selon moi, de meilleur moyen de faire cesser la douleur et les accidents consécutifs que de pratiquer l'excision de l'iris. Dans un cas où des douleurs atroces et un décollement de la rétine s'étaient montrés quarante jours après une opération d'abaissement de cataracte qui jusqu'à ce moment avait été un beau succès, je suis arrivé à faire cesser tous les accidents phlegmasiques par une large excision de l'iris. — Enfin c'est à l'iridectomie qu'il faudrait encore avoir recours pour combattre les accidents inflammatoires qui suivent l'introduction de corps étrangers dans l'œil, ou pour en extraire ceux qui se forment dans cet organe, comme les cysticerques, par exemple.

Jusqu'alors, Messieurs, j'ai considéré l'iridectomie comme moyen de traitement de ces phlegmasies de l'œil qui s'accompagnent toutes, à un degré plus ou moins fort, d'une augmentation notable de la tension intra-oculaire. Il faut maintenant étudier ce qu'elle peut fournir à la chirurgie comme moyen préventif d'accidents inflammatoires dans une opération souvent pratiquée, la cataracte.

Il n'y a aujourd'hui que trois méthodes opératoires qui se partagent le traitement de la cataracte : l'abaissement, le broiement et l'extraction. Le broiement n'a jamais été une méthode générale; l'abaissement, mieux jugé, perd de plus en plus de partisans, et l'extraction reste maintenant seule maîtresse du terrain. Quoique, selon moi, l'extraction doive devenir la méthode générale de traitement de la cataracte, je suis prêt à reconnaître qu'un grand lambeau comprenant la moitié de la cornée est exposé à des accidents graves qui compromettent assez souvent la réussite de l'opération. J'ai l'intime conviction que là est le principal obstacle à de très-nombreux succès. Aussi depuis longtemps les chirurgiens ont été préoccupés de l'idée de rétrécir ce lambeau. C'était la pensée de Pourfour du Petit, de Saint-Yves de Pallucci, de Wardrop et de Gibson. Dans ces dernières années on est revenu à cette idée avec une persévérance plus grande, et ainsi s'est peu à peu constituée la *méthode de l'extraction linéaire* dans laquelle on n'incise guère la cornée que dans l'étendue du quart de sa circonférence.

Je n'ai point à faire ici l'histoire de ce mode opératoire, je ne veux en parler que dans ses rapports avec l'iridectomie. Eh bien, l'extraction linéaire simple avec une incision d'un quart seulement de la circonférence de la cornée n'est applicable qu'aux cataractes des adultes complétement molles ou liquides, sans noyau, à quelques cataractes congéniales, enfin à certaines cataractes traumatiques ramollies qui se gonflent rapidement. Les cataractes à noyau dur, les plus fréquentes, ne peuvent pas sortir par une ouverture aussi étroite de la cornée. C'est pour étendre les applications de l'extraction linéaire, c'est aussi dans le but de diminuer les chances d'une phlegmasie intra-oculaire qu'on a voulu combiner l'iridectomie avec l'opération de la cataracte. Les uns, avec M. Schuft, conseillent d'exciser l'iris immédiatement avant l'opération, et les autres, avec M. A. Mooren, une quinzaine de jours environ avant l'extraction linéaire.

J'ai pratiqué plusieurs fois l'iridectomie immédiatement avant d'extraire une cataracte par une petite incision de la cornée, et je crois que cette méthode est parfaitement indiquée dans le cas où les yeux sont irritables et le siége d'une phlegmasie chronique de la conjonctive, quand il y a des cataractes adhérentes ou une cataracte molle qui, en se gonflant rapidement, a amené de l'iritis, et encore dans ces cas de cataracte à noyau dur et à substance corticale très-molle. Je n'ai eu le plus souvent qu'à me louer de cette opération. J'ajoute toutefois qu'elle me paraît devoir constituer une méthode exceptionnelle pour le traitement de la cataracte, et que la méthode ancienne avec une légère réduction dans l'étendue du lambeau doit rester longtemps encore dans la pratique de la chirurgie. Ceux qui veulent toujours faire l'iridectomie avant d'extraire la cataracte semblent oublier que cette opération est quelquefois suivie d'accidents, qu'elle déforme la pupille et rend l'aspect de l'œil peu gracieux, enfin que dans certains cas le sang qui s'écoule de l'iris excisé peut, lorsqu'il n'est pas adroitement enlevé, contribuer à donner lieu à des fausses membranes secondaires dans le champ de la pupille. Mais dans les cas où il n'y a que peu ou point d'épanchement de sang dans la chambre antérieure, l'opération se fait rapidement et est en général suivie de succès.

De toutes ces remarques sur l'application de l'iridectomie au traitement des maladies des yeux, je crois pouvoir conclure :

1° Que cette opération contribue à diminuer la tension oculaire en débridant l'œil et sans doute en modifiant la sécrétion des liquides intra-oculaires ;

2° Qu'elle est indiquée dans tous les cas où il y a primitivement un excès de tension intra-oculaire, comme dans le glaucome franc et dans d'autres affections des yeux qui se compliquent d'une pression exagérée des liquides de l'œil ;

3° Enfin, qu'elle peut être aussi un moyen préventif de l'irido-choroïdite séreuse qui complique certaines opérations de cataracte, et qu'elle doit être utilement associée à l'extraction linéaire dans les cas que j'ai indiqués déjà.

L'espèce d'iridectomie dont je viens de parler a donné des preuves solides et nombreuses de sa valeur, et malgré quelques exagérations faciles à comprendre dans l'application de toutes les méthodes nouvelles, elle ne sortira pas maintenant de la thérapeutique des affections oculaires.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. PERRIN présente un malade opéré avec succès d'*iridectomie* et communique l'observation suivante, qui a été recueillie dans son service par M. le docteur Picard, médecin requis.

(Cette observation sera publiée prochainement.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 13 août 1864, ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Pamiers (Ariége), M. le docteur Pauly, chirurgien en chef de l'hospice ;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Toulouse (Haute-Garonne), M. le docteur Marchant ;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Lons-le-Saulnier (Jura), M. le docteur Bergeret ;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Montauban (Tarn-et-Garonne), M. le docteur Rivayrol ;

De la Société de secours mutuels de la commune de Villeneuve-l'Archevêque (Yonne), M. le docteur Juste ;

De la Société de secours mutuels des pharmaciens du département, à Besançon (Doubs), M. Schœndœrffer, pharmacien.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 7 septembre, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville. Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société ;

2° Nouvelle classification des maladies, par M. le docteur Dupré ;

3° Considérations sur l'organisation médicale en France, et de la suppression des officiers de santé, par le docteur Sandras ;

4° Communications diverses, par MM. Coursserant, Gaye, Boyer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les onvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité élémentaire de pathologie interne, par M. Ed. MONNERET, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu. La troisième livraison vient de paraître. Prix : 3 fr., rendue *franco* dans toute la France. — Paris, chez P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

NOTA. — L'ouvrage se composera de trois forts volumes grand in-8°, et sera publié en 12 livraisons de 160 pages chacune, qui paraîtront régulièrement de quatre en quatre mois.

Bulletins de la Société anatomique de Paris pour l'année 1862. (Anatomie normale, Anatomie pathologique, Clinique.) — Trente-septième année, 2e série, tome VII. Un vol. in-8° de 610 pages, rédigé par le docteur E. SIMON, secrétaire, et accompagné d'un portrait gravé de E. Godard. Prix : 7 fr. La collection complète de la 2e série (1856 à 1862), sept volumes; prix réduit, 30 fr. — Paris, chez Victor Masson et fils.

Recherches physiques sur la respiration de l'homme, par le docteur N. GRÉHANT. Un vol. grand in-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Notice sur la grotte thermale de Monsummano (Toscane), par M. Louis GRANDEAU, docteur ès sciences. Un vol. in-8°. Prix : 1 fr. 25. Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

De la paralysie (dite essentielle) de l'enfance, des déformations qui en sont la suite et des moyens d'y remédier, par le docteur LABORDE, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat (médaille d'or) de la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société de biologie. Un vol. in-8° de 253 pages, et deux planches dont une coloriée. Prix : 4 fr. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Traité de la stérilité chez la femme, considérée particulièrement sous le rapport de ses causes et de son traitement, suivi de nombreuses observations de guérison; par M. le docteur H. D. MAHEUX. Un vol. grand in-18 de 216 pages. Prix ; 2 fr. 50. — Paris, chez G. Baillière.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔTEL-DIEU (M. Noël Gueneau de Mussy). Des éruptions rubéoliques et érythémateuses observées au printemps de l'année 1864. — Glaucome inflammatoire aigu traité par l'iridectomie pratiquée dès le début; guérison. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 29 août.

PARIS, LE 5 SEPTEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Jules Cloquet ouvre cette séance par le dépôt du discours qu'il a prononcé le 15 août à Tarbes. Il rend compte de l'inauguration de la statue du baron Larrey. L'Académie ne pouvait choisir un plus digne représentant à cette fête médicale.

A M. Cloquet succède l'illustre physiologiste M. Claude Bernard. On sait avec quelle lucidité sont exposées les expériences du professeur du Collége de France. Cette année, il recherchait devant ses élèves quels étaient les divers moyens physiologiques dont on disposait pour se rendre maître des animaux soumis à l'expérimentation. L'opium et ses alcaloïdes devaient tenir une place importante dans cet examen, et c'est le résultat de ses recherches que M. Claude Bernard présente aujourd'hui à l'Académie.

L'opium est, on le sait, un mélange d'une grande quantité de substances, dont plusieurs diffèrent essentiellement les unes des autres par la nature de leur action sur l'économie animale. Les alcaloïdes, séparés de l'opium par la chimie, sont en train de détrôner l'opium. C'est là, dit M. Bernard, une heureuse tendance, qu'on ne saurait trop encourager dans l'intérêt des progrès thérapeutiques.

Le travail de M. Claude Bernard n'est, selon lui, qu'une ébauche; mais nos lecteurs savent ce qu'on peut attendre de notre grand physiologiste. Nous désirons donc placer sous leurs yeux la communication telle qu'elle a été faite à l'Académie. En attendant que nous la reproduisions, nous allons en présenter les conclusions.

Les alcaloïdes de l'opium possèdent trois propriétés principales : une action soporifique, une action excitante ou convulsivante, une action toxique.

Dans l'ordre soporifique, la narcéine occupe le premier rang, la morphine tient le second, après elles vient la codéine. La narcotine, la papavérine et la thébaïne sont dépourvues de propriétés soporifiques.

Dans l'ordre convulsivant, on peut renverser l'ordre précédent, car la thébaïne, la papavérine, la narcotine, viennent dans cet ordre, avant la codéine, la morphine et la narcéine. Ce dernier alcaloïde, le plus soporifique, arrive naturellement au dernier rang des excitants.

Dans l'ordre toxique, la thébaïne, la codéine, la papavérine, priment la narcéine, la morphine, la narcotine.

En physiologie plus que partout ailleurs, il est plus facile de faire de mauvaises expériences que d'en faire de bonnes, c'est-à-dire de comparables. C'est là la cause des contradictions si fréquentes dans les expériences. M. Claude Bernard avait besoin, pour établir la classification qu'on vient de lire, de choisir des animaux très-sensibles et très-comparables. Il a choisi de jeunes moineaux, si nombreux à Paris au printemps. Il les a pris sortant du nid, de même âge, de même taille, aussi comparables que possible, et en outre très-sensibles aux actions toxiques, soporifiques et convulsivantes. La seringue de Pravaz lui servait à injecter les liquides.

Mais nous renvoyons nos lecteurs à ce travail, pour leur signaler, au Compte rendu, une note que MM. Davaine et Raimbert ont présentée sur les bactéridies dans la pustule maligne chez l'homme. Ces deux médecins insistent sur le fait de l'existence des bactéridies dans cette maladie. Ils pensent que leur constatation doit lever tous les doutes sur le diagnostic, et que le médecin doit y avoir recours.

Une dernière communication, due à M. Jousset, nous montre l'aliénation constituée par trois éléments : hallucination, impulsion, idée délirante. Par leur association elles donnent lieu à des variétés d'aliénation très-distinctes : manie, monomanie et lypémanie. L'aliénation est un symptôme : la folie, au contraire, est une maladie. La folie présente à étudier cinq formes : la forme commune, la forme bénigne, la stupidité, la forme périodique, la forme grave. La paralysie générale est une maladie distincte, ainsi que la démence.

Pour M. Jousset, tout problème de médecine légale se résume en une question de séméiotique. Nous laissons aux médecins spéciaux le soin d'apprécier cette communication.

Dr E. Renaud.

HOTEL-DIEU. — M. Noël Guéneau de Mussy.

Des éruptions rubéoliques et érythémateuses, observées au printemps de l'année 1864.

La roséole s'est montrée ce printemps avec une fréquence que je n'avais pas observée depuis une quinzaine d'années. En remontant dans mes souvenirs jusqu'à cette date, je me rappelle une épidémie de roséole qui pouvait peut-être rivaliser avec celle-ci pour le nombre des personnes qui en furent atteintes dans le cercle de mes relations médicales, mais qui n'offrait peut-être pas tout à fait les mêmes caractères cliniques, autant du moins qu'on peut s'en rapporter aux impressions que garde la mémoire et à des notes qui manquent de précision.

La roséole de cette année s'est montrée sous plusieurs formes que j'étudierai successivement; je distinguerai :

1° Une forme rubéolique franche;

2° Une forme rubéolo-érythémateuse;

3° Celle-ci nous conduit, par une transition presque insensible, à un troisième groupe qui n'est pas le moins curieux : c'est la forme érythémateuse; je la rapproche de la roséole, parce qu'elle me paraît s'être développée sous les mêmes influences épidémiques, et que j'ai observé entre les deux des formes intermédiaires qui semblent justifier cette juxtaposition.

1° *Roséole franche.* — Je l'ai principalement observée chez des femmes et des enfants. L'éruption a débuté quelquefois sans prodromes, envahissant d'emblée une grande étendue de la périphérie cutanée, mais suivant la loi qui régit les maladies exanthématiques, commençant par les parties supérieures : la tête, la poitrine et la membrane muqueuse buccale.

D'autres fois, et je crois qu'il en était ainsi dans le plus grand nombre des cas, un ou deux jours de malaise, de fatigue, d'inappétence, de tristesse, précédaient l'explosion éruptive.

Celle-ci, dans la forme rubéolique, se montrait sous l'aspect de taches d'un rouge vif, quelquefois un peu framboisé, offrant pour la plupart l'apparence de croissants. Parfaitement dessinés, ces croissants semblaient eux-mêmes constitués par la réunion de petites taches papuloïdes, ayant au centre un follicule saillant. Souvent ces croissants se réunissaient deux à deux, sous leurs cornes, et circonscrivaient entre eux un espace circulaire.

L'éruption était plus abondante en général sur la face, les bras et le tronc, que sur les membres inférieurs et particulièrement sur les jambes, où elle fut plus clair-semée qu'ailleurs. Un léger prurit, quelquefois un peu d'agitation nocturne, accompagnaient cette efflorescence. Dès le début, on trouvait le voile du palais et la partie postérieure de la voûte palatine couverts de petites taches rouges, semblables, moins la forme en croissant, à celles de la peau. Chez un petit malade, un groupe herpétique constitué par des vésicules blanches, recouvrait la luette et le bord gauche du voile palatin. En même temps, chez tous les malades, les ganglions cervicaux postérieurs, quelquefois les ganglions mastoïdiens, étaient notablement engorgés.

En général, le troisième jour, l'éruption avait atteint son maximum, elle pâlissait le cinquième, et du septième au huitième elle avait disparu. Souvent un peu d'embarras gastrique survivait à l'affection cutanée et cédait facilement à un léger purgatif.

Comme caractères de cet exanthème, je ferai remarquer cette forme en croissant, attribuée par Willan à la rougeole, et plus nette chez mes rubéoleux que je ne l'ai jamais vue dans l'éruption morbilleuse. Je souligne également l'existence constante de l'exanthème coïncidant, comme on l'observe dans les fièvres exanthématiques, avec l'affection cutanée; enfin, je noterai ces engorgements ganglionnaires post-cervicaux et sous-mastoïdiens; je les ai déjà signalés dans un Mémoire publié en 1852 par le *Moniteur des Hôpitaux*, sur l'adénite post-cervicale, pour prouver que celle-ci n'appartenait pas exclusivement à la syphilis constitutionnelle, et qu'elle était toujours liée à une lésion concomitante du système tégumentaire.

La seconde forme, *rubéolo-érythémateuse*, est beaucoup plus rare que la première; l'observation suivante en est un type.

M. de D..., âgé de vingt-deux ans, a eu une enfance délicate; quoique sa constitution soit robuste en apparence, il est lymphatique. Ses cheveux sont d'un blond très-pâle, et il a dans sa race des antécédents tuberculeux. Depuis plusieurs années il mène une vie active, mais intempérante; il éprouvait depuis quelques jours des malaises, de la fatigue; son appétit avait diminué; on l'avait vu refuser de l'eau-de-vie et des cigares, ce qui était en dehors de ses habitudes.

Le 2 mai, après son dîner, il éprouva un sentiment de congestion vers la tête; sa face devint rouge, turgescente; son cou se tuméfia. Sur la poitrine et sur les membres apparut une éruption papuleuse, d'apparence varioliforme.

Le lendemain, cette éruption était remplacée par une rougeur continue, écarlate, de tout le buste. La tuméfaction était énorme; le cou semblait avoir doublé de volume; la face était hideuse; les paupières, gonflées, écarquillées, montraient des bords rouges et renversés. Les yeux étaient sanglants; les lèvres, violacées, turgides, rabattues en dehors, laissaient écouler une salive abondante. Les bras étaient couverts de saillies rougeâtres, arrondies, presque confluentes, qui au premier abord pouvaient être prises pour des pustules varioliques; mais outre qu'elles étaient exclusivement papuleuses, elles n'étaient pas coniques. Leur volume était un peu moindre que celui d'une lentille; sur le ventre et sur la poitrine, elles étaient plus larges; plus rares et plus pâles sur les membres inférieurs, elles y étaient plus larges encore que sur les bras. Tous les follicules sébacés étaient saillants et développés. La voûte palatine et le voile du palais étaient le siége d'une rougeur marbrée; la muqueuse buccale était injectée, la langue saburrale; pas de fièvre.

Le 4 mai, la face commence à s'affaisser, et sa coloration est moins foncée; rougeur confluente de la poitrine, du ventre et d'une partie des cuisses, avec des intervalles sinueux découpés en carte de géographie, où la peau est blanche, déprimée, et ressemble à du tissu cicatriciel. Sur les bras, taches en croissant, dont quelques-unes, réunies par leurs extrémités, circonscrivent des espaces circulaires; léger prurit.

A partir du 5 mai, l'exanthème alla décroissant, et le 10 il avait disparu. La langue restait sale; l'appétit ne se relevait pas franchement. Un purgatif fit justice de cet état gastrique.

Dans un autre cas, l'éruption rubéolique a présenté des caractères différents et qui m'ont fait hésiter sur le diagnostic.

Mme P..., âgée de dix-huit ans, née d'une mère phthisique, a eu la rougeole l'hiver dernier, pendant le cours d'une grossesse qui est arrivée heureusement à son terme. Elle a toussé tout l'hiver, sans que l'examen des organes thoraciques y fasse constater aucune lésion.

Le 13 juin, on m'appelle auprès d'elle, en me disant qu'elle était gravement malade; voici ce qu'elle me raconta :

Le 12, au matin, après une vive contrariété, elle avait aperçu quelques rougeurs sur ses bras et sur sa poitrine; en même temps, elle avait ressenti un malaise accompagné de troubles digestifs. Elle sortit néanmoins; mais le soir sa figure se tuméfia, et elle passa la nuit dans une agitation provoquée, autant peut-être par l'inquiétude morale que par la réaction du travail morbide.

Je lui trouvai le pouls fréquent, 120 pulsations environ, fréquence qui, d'après mon expérience de cette malade, n'offrait rien d'alarmant. Les yeux étaient rutilants, injectés; la face turgide; tout le corps, dans les parties supérieures principalement, couvert de petites rougeurs très-nombreuses ressemblant au *granité* de la scarlatine, avec cette circonstance que les taches étaient plus larges et plus saillantes que celles de l'exanthème scarlatineux; çà et là, quelques cercles n'offrant pas cette détermination nette de contours observée dans mes autres cas de roséole. Sur le cou et sur la poitrine, la rougeur devenait *continue, érythémateuse.* La muqueuse buccale était injectée, boursouflée, humide; elle offrait une couleur rose vif. Sur le voile du palais, la voûte palatine et l'isthme du gosier, on apercevait une éruption très-prononcée, et d'une coloration rouge foncé qui donnait à ces parties l'aspect angineux, mais *sans tuméfaction notable* cependant, et *sans aucune douleur.* Quelques ganglions cervicaux postérieurs offraient un développement anormal; la langue était saburrale.

La fréquence du pouls, les caractères de l'exanthème, l'état du gosier posèrent devant mon esprit la question de la scarlatine. Je suspendis mon diagnostic, prescrivant le séjour au lit, des bouillons et quelques gouttes d'alcoolature d'aconit pour modérer cette excitation circulatoire qui me paraissait hors de proportion avec l'état morbide.

Le lendemain, 14 juin, l'état général était heureusement modifié M. P... affirmait ne plus se sentir malade, avoir de l'appétit; la peau était sans chaleur fébrile, bien que le pouls conservât de la fréquence; l'éruption était aussi complète, aussi colorée que la veille. Ce désaccord frappant entre le phénomène éruptif et l'état général venait augmenter la valeur des différences que j'avais constatées entre l'exanthème scarlatineux et celui que j'avais sous les yeux. L'excitation circulatoire, qui m'avait surtout fait hésiter, n'était qu'un fait accidentel dépendant de la constitution de la malade et non de la nature de la maladie. Je m'arrêtai dès lors au diagnostic d'une roséole scarlatiniforme, et j'accordai à la malade quelques aliments. Le troisième jour la face s'était affaissée, et l'injection oculaire avait notablement diminué.

Le 15 juin, l'éruption avait pâli et commençait à s'effacer.

Du 17 au 18, quelques obscures vergetures, un léger prurit marquaient seuls le passage de l'exanthème. La malade se trouvait parfaitement rétablie.

Pendant les quatre semaines qui suivirent, j'eus l'occasion de surveiller Mme P..., et je m'assurai qu'il n'y eût chez elle aucune trace de desquamation, circonstance qui venait apporter un nouveau et irrécusable témoignage à l'appui de mon diagnostic.

J'ai cherché vainement dans les auteurs que j'ai sous la main une description qui répondit exactement à la forme que je viens d'indiquer. Joseph Frank parle bien d'une roséole confluente, constituée par des points rouges tellement nombreux que la peau intermédiaire en est rouge. Chez mon premier malade, tout pointillé avait disparu dans la coloration uniforme qui occupait la tête et le tronc. Ce gonflement de la face, porté à ce degré excessif, avait quelque chose de tout spécial, et justifie d'autant mieux le nom d'érythémateux sous lequel nous l'avons désigné qu'il va se représenter à nous dans notre troisième groupe, où sa forme rubéolique a disparu : l'érythème se montre seul.

Les affections érythémateuses qui vont nous occuper, se sont développées dans les mêmes conditions épidémiques que la roséole; leur parenté avec celle-ci est rendue vraisemblable par ces cas mixtes où les deux éléments sont réunis; aussi suis-je disposé à y voir deux variétés d'une même espèce morbide plutôt que deux espèces distinctes.

Forme érythémateuse. — Mme X..., âgée de soixante-douze ans, avait eu souvent, affirme-t-elle, ce qu'elle appelle des érysipèles, occupant diverses régions et se développant principalement à la suite d'émotions morales.

Dans le mois de mai 1864, elle perdit subitement son mari : la violence d'un choc si inattendu, les soucis d'affaires que les malheurs de ce genre entraînent inévitablement à leur suite, affectèrent vivement ses facultés morales déjà fort ébranlées depuis plusieurs années. Dans ces conditions, elle sentit tout à coup de la chaleur à la tête, et cette région devint le siége d'une rougeur vive, qui s'étendit très-rapidement au cou, à la poitrine, au dos, au ventre et aux membres supérieurs. Elle avait, disait-elle, un de ces érysipèles auxquels elle était sujette. Toutes les parties que nous venons d'indiquer semblaient avoir été trempées dans du jus de framboises. En même temps la face était tuméfiée, les yeux présentaient une vive injection : sur le front, sur le cou, sur les épaules, sur la partie antérieure du thorax et au niveau des aisselles, on apercevait des vésicules eczémateuses réunies par plaques et confluentes, siége d'un prurit insupportable, qui s'étendait moins intense aux parties érythémateuses. La malade se grattait sans cesse, et, sous le frottement de l'ongle, la rougeur de la peau devenait plus vive. Sur les cuisses et sur le haut des jambes cette rougeur était moins uniforme, moins continue; et sur la partie inférieure des jambes, elle se segmentait en plaques saillantes, arrondies, résistantes au toucher, et offrant les caractères de l'érythème papuleux. La langue était rouge, couverte d'un enduit saburral, visqueux, avec tendance à la sécheresse; la muqueuse buccale était notablement injectée. A ces phénomènes extérieurs s'ajoutaient de l'inappétence, du malaise épigastrique, de la céphalalgie, une anxiété extrême. Pendant la nuit, il y avait eu beaucoup d'agitation et même du délire; mais en tenant compte de l'état cérébral habituel de cette malade, ce symptôme perdait beaucoup de sa valeur; le pouls d'ailleurs offrait une médiocre fréquence. Pour combattre la complication gastrique et provoquer en même temps une légère dérivation au profit du cerveau, je prescrivis un verre d'eau de Pullna à prendre tous les matins, et je fis ajouter dans une tasse d'infusion de tilleul 30 gouttes d'alcoolature d'aconit, qui devaient être administrées en trois doses pendant la nuit, pour modérer l'agitation nerveuse et l'excitation circulatoire, et peut-être adoucir le prurit, mode d'action que l'aconit paraît exercer quelquefois; des cataplasmes de fécule, des onctions de glycérine, furent appliqués successivement sur les groupes vésiculeux.

Au bout de quatre ou cinq jours l'excitation se calma, la rougeur diminua; une desquamation furfuracée très-abondante s'échappait en poussière tous les matins de la surface cutanée, et dura plusieurs jours. Dans certaines parties, les plaques vésiculeuses se couvrirent de croûtes flavescentes, ressemblant à celles de l'impétigo. Le neuvième jour, la malade était guérie; la desquamation, après quelques bains, cessa complétement.

S'il était démontré que la roséole fût contagieuse, comme Joseph Frank inclinait à le croire, et comme je suis moi-même assez porté à l'admettre, malgré la grave autorité contraire de MM. Blache et Guersant, une circonstance que j'ai observée viendrait à l'appui du rapprochement que j'établis ici entre la roséole et l'érythème : peu de jours après la maladie de cette dame, ses deux petits enfants, qui vivaient avec elle, furent affectés de roséole.

Un fait de même ordre, non moins intéressant, se présenta un mois après à mon observation, dans mon service de l'Hôtel-Dieu.

B..., âgée de vingt-deux ans, domestique, bien réglée depuis l'âge de seize ans et habituellement bien portante, éprouva le 2 juin du prurit à la tête; le lendemain, elle s'aperçut d'une rougeur insolite de la face; du reste, ni frisson ni fièvre, pas de nausées ni de vomissements; pas de diarrhée, un peu d'anorexie et de soif; sommeil agité. Sur l'ordonnance d'un médecin, auquel elle expose ces symptômes, elle prit le 3 juin un pédiluve sinapisé.

Le 4 juin, la rougeur s'étant généralisée, elle se présenta au Bureau central, où on la dirigea sur mes salles avec l'étiquette d'érysipèle à la face. En effet, au premier abord, quand je la vis le 5 au matin, son aspect justifiait ce diagnostic sommaire : rougeur vive, *vermillonnée*, de toute la face, siége d'une tuméfaction considérable; plus développée dans les parties où le tissu connectif offre le plus de laxité, cette tuméfaction détermine l'occlusion presque complète des paupières, l'écartement et le renversement des lèvres.

Toute la muqueuse buccale est rouge, gonflée, et garde sur les côtés l'impression festonnée des arcades dentaires. L'isthme du gosier participe à cet état congestif; les amygdales sont rouges et parsemées de petites taches blanches qui lardent leurs lacunes, mais sans tuméfaction notable cependant ni douleur pendant la déglutition. Il y a bien dans cet ensemble un facies érysipélateux; cependant, en y regardant de plus près, la rougeur s'est trop uniformément et trop soudainement généralisée à la tête et au cou, et avec cela pas de fièvre. Et puis, quand on examine attentivement la malade pour chercher les limites de cet exanthème, on l'aperçoit qui s'étend sur tout le tronc, sur les membres supérieurs, plus pâle et moins continu à mesure qu'on se rapproche des extrémités inférieures.

En même temps, comme chez la malade précédente, des groupes vésiculeux se montrent sur le front, sur les joues, sur le cou, à la partie supérieure du dos.

La langue est blanchâtre; la malade a mal dormi; elle a peu d'appétit, la soif est augmentée, tels sont les seuls troubles fonctionnels qui manifestent le *consensus* de l'organisme avec le travail morbide étendu sur presque toute la périphérie cutanée; l'insignifiance de ces symptômes, l'apyrexie, le gonflement considérable de la face, ne permettent pas de confondre cette éruption avec la scarlatine, à laquelle on aurait pu songer si on n'avait considéré que l'aspect du tronc et des membres supérieurs; je la désignai sous le nom d'érythème général scarlatiniforme.

Le 5, les vésicules de la face s'étaient rompues et recouvertes de croûtes jaunâtres d'apparence impétigineuse; les jours suivants, les groupes observés sur le cou subirent la même évolution.

Le 8, la rougeur et la tuméfaction ont considérablement diminué; le front, les sourcils, le nez, les joues, la lèvre supérieure, les plis des oreilles et le cou, sont parsemés de croûtes jaunâtres qui s'arrêtent au niveau de la poitrine.

Le 11, depuis quelques jours l'appétit est revenu, le sommeil est meilleur; la malade se plaint d'un peu de cuisson à l'intérieur de la bouche; en examinant cette partie, on constate une desquamation épithéliale consécutive à l'exanthème qui avait accompagné l'éruption cutanée. Un collutoire avec quelques grammes de chlorate de potasse et quelques gouttes de laudanum fait disparaître la sensibilité morbide de la muqueuse buccale.

Du 11 au 13 juin, la rougeur s'éteint graduellement; les croûtes se détachent et tombent; on observe à la nuque seulement une desquamation furfuracée; sur aucun autre point de la périphérie cutanée, ni à cette époque ni pendant le cours des semaines suivantes, on ne put découvrir aucune altération de l'épiderme dans les régions que l'érythème avait envahies.

Dans le second groupe, nous avions vu l'érythème uni à la roséole; ici à l'érythème s'ajoute une éruption vésiculeuse qui offre une grande analogie avec celle de l'eczéma impétiginoïde; cette éruption, beaucoup moins étendue que l'exanthème érythémateux, suit cependant la marche de celui-ci, et parcourt dans les mêmes limites de durée les différentes phases de son évolution.

J'ai cherché vainement une description de cette forme dans les ouvrages des dermatologues contemporains. Je suis porté à penser qu'elle peut être rattachée à la roséole miliaire de Joseph Frank. L'éruption vésiculeuse, dit-il, est limitée à la face, et n'est pas accompagnée de sueurs comme la miliaire rouge.

Si nous résumons tous ces faits, nous voyons que ces différentes formes morbides se sont développées sous les mêmes influences épidémiques; leur durée a été en moyenne de cinq à dix jours, pouvant s'arrêter en deçà de ces limites, plus rarement se prolongeant au delà. La participation de la muqueuse buccale à l'exanthème, l'engorgement des ganglions post-cervicaux, peuvent être regardés comme des phénomènes constants. Cette maladie est habituellement apyrétique; dans l'épidémie actuelle, des troubles gastriques ont souvent précédé l'éruption, en ont toujours accompagné le début, et lui ont quelquefois survécu.

J'ai déjà touché la question de la contagion; j'ai dit qu'elle était généralement repoussée aujourd'hui, et que cependant, avec Joseph Frank, j'inclinais à en admettre la possibilité. J'ai vu plusieurs fois les différents membres d'une même famille successivement affectés de roséole. Je sais bien qu'on ne peut voir là qu'une coïncidence, l'action de la cause épidémique sur plusieurs personnes soumises aux mêmes influences et placées dans les mêmes conditions. Je suis loin de contester ce que cette objection a de spécieux et même de vraisemblable; mais, je le répète, il y a là un point de doute, une obscurité difficile à éclairer, comme toutes celles qui entourent les problèmes étiologiques.

Je ferai une dernière remarque, c'est que ces roséoles, qui appartiennent à la variété décrite sous le nom de roséole æstivale, ont débuté pendant le printemps, comme je l'avais déjà observé il y a quinze ans, et se sont montrées plus fréquentes durant cette saison.

L'érythème et la roséole peuvent compliquer d'autres éruptions. Ainsi, dans le mois de juillet, nous avons reçu à l'Hôtel-Dieu une femme qui, après quelques jours de malaise et de troubles gastriques, vit apparaître de chaque côté du cou quatre plaques d'herpès; trois autres plaques de même nature, qui n'arrivèrent pas à un développement complet, se montrèrent sur la face dorsale de chaque main et sur les deux avant-bras. La face était parsemée de pustules d'acné. Sur les deux bras existait une éruption rubéolique bien distincte, avec des taches en croissant. Sur chacune des deux jambes on voyait près de la crête du tibia deux ou trois plaques d'érythème noueux, très-sensibles à la pression, qui y laissait une empreinte œdémateuse. Enfin le genou droit était volumineux, douloureux, distendu par un épanchement.

Cette arthrite ne semble-t-elle pas donner l'étiquette de l'ensemble des phénomènes morbides observés chez cette femme, la roséole exceptée? Certes, j'admets que toute arthrite n'est pas nécessairement d'origine rhumatismale ou goutteuse; je sais d'une autre part que l'érythème noueux est quelquefois compliqué d'arthrite. Mais l'érythème noueux me paraît, souvent au moins, relever de la diathèse arthritique; l'herpès zoster, dont l'éruption herpétique de cette femme n'est à mes yeux qu'une variété, s'est presque toujours montré à moi chez des goutteux ou dans les races goutteuses. Je suis donc disposé à imputer à l'arthritisme, et l'herpès, et l'érythème noueux, et l'arthrite qui l'accompagne, et peut-être l'acné observés chez cette malade.

Quant à la roséole, je ne la crois pas une maladie constitutionnelle, mais une affection accidentelle, et c'est pour montrer qu'elle peut accompagner d'autres états morbides de la peau que je rapporte ici cette observation.

Un autre malade, entré le 6 juillet à l'Hôtel-Dieu, nous montre la variole compliquée d'une éruption que je crois érythémateuse.

C'est un jeune homme âgé de vingt ans; après quelques jours de fièvre et de douleurs lombaires, tous ses téguments se couvrirent d'une rougeur continue, au milieu de laquelle pointaient une multitude de petites saillies coniques.

C'est dans cet état qu'il se présenta à nous; la peau était d'une teinte scarlatineuse, l'isthme du gosier tuméfié offrait la même coloration; un abattement profond, une grande faiblesse musculaire s'ajoutaient à ces symptômes. Dans la nuit du 6 au 7, il eut du délire.

Le 7 au matin, le pouls était dépressible et des pétéchies se montraient sur la peau. — Une potion avec de l'extrait de quinquina et du musc releva et harmonisa les forces.

Hier 8, il allait beaucoup mieux, l'éruption scarlatiniforme avait disparu; restaient les pustules varioliques, très-nombreuses, mais la plupart très-petites, et dont un grand nombre me paraît devoir avorter, manifestant ainsi l'impression antérieure de la vaccine sur l'économie et la modification qu'elle apporte le plus souvent à la variole quand elle ne la prévient pas.

Malgré l'apparence scarlatineuse de cette rougeur générale des téguments, qui a marqué le début de l'éruption, et l'opinion des personnes qui ont vu le malade à son entrée, je ne crois pas qu'il s'agisse ici d'une scarlatine. On a admis trop facilement, je crois, ces complications de variole et de scarlatine, et sans en nier absolument la possibilité, je suis persuadé qu'on a pris souvent pour cette dernière des érythèmes généralisés.

On a pris de même pour une complication de rougeole des taches érythémateuses ou rubéoliques qui accompagnaient le début des pustules varioliques; il n'est pas très-rare de voir celles-ci, à leur naissance, entourées d'une tache érythémateuse qui peut avoir de 1 à 3 centimètres de diamètre. La tache s'efface au bout de deux ou trois jours et la variole se développe. Du reste, la desquamation jugera en dernier ressort l'exactitude de cette manière de voir.

La scarlatine est suivie d'une desquamation toute spéciale, qui devra se révéler avec ses caractères propres au milieu des croûtes varioliques, si réellement les deux exanthèmes ont coïncidé. L'absence de cette desquamation sera un argument péremptoire en faveur de l'opinion que j'exprime ici (1).

GLAUCOME INFLAMMATOIRE AIGU

traité par l'iridectomie pratiquée dès le début. — Guérison.

Par M. le docteur Picard.

F..., vieillard de soixante-dix-huit ans, a perdu la vue de l'œil gauche à la suite d'une attaque de glaucome survenue il y a une vingtaine d'années. Le malade se rappelle avoir ressenti à cette époque de vives douleurs sus-orbitaires, et s'être réveillé le matin avec une perte complète de la vision de ce côté.

Actuellement, cet œil présente tous les caractères extérieurs d'un glaucome chronique.

Le malade, dans l'intervalle de temps qui a séparé la première attaque de celle pour laquelle il entre aujourd'hui à l'infirmerie, ne se rappelle pas avoir éprouvé de nouveaux accidents du côté des yeux. Il aurait seulement ressenti quelques douleurs sus-orbitaires, et la maladie paraît dans les deux cas s'être déclarée sans aucun prodrome.

Aujourd'hui 16 décembre, le malade se présente dans l'état suivant :

Quelques douleurs sus-orbitaires ont précédé l'attaque de cette nuit, mais ces douleurs sont beaucoup plus vives actuellement.

La muqueuse est le siége d'une vive inflammation, et l'on constate une injection sous-conjonctivale très-prononcée. Les vaisseaux sclérotidiens eux-mêmes sont fortement congestionnés; ils forment un cercle plus vif et d'une coloration plus tranchée au pourtour de la cornée.

En procédant à l'examen des parties plus profondes, on voit une notable déformation de la pupille, déformation appréciable surtout dans le diamètre vertical. Le champ pupillaire présente aussi une légère teinte opalescente.

L'iris est décoloré et offre une teinte d'un gris sale; il ne se contracte plus à la lumière.

La chambre antérieure a disparu, et l'iris est refoulé vers la cornée en formant un plan incliné d'arrière en avant.

Il existe une dureté assez considérable du globe, mais il n'y a pas d'anesthésie de la cornée.

L'éclairage latéral permet de distinguer plus nettement encore la disparition complète de la chambre antérieure, et la teinte de la lentille cristalline légèrement opacifiée dans toute sa substance.

Pour procéder à l'examen ophthalmoscopique, on instille de l'atropine : la pupille se dilate encore. La lumière pénètre au fond de l'œil; on en constate la teinte rosée, mais on n'en peut saisir les détails soit à l'image renversée, soit à l'image droite; ce résultat est dû sans doute aux conditions dioptriques de l'œil, qui sont changées, et

(1) Les faits ont complétement justifié ces prévisions. La plupart des pustules ont avorté, et le malade, gardé pendant plus d'un mois dans mes salles, n'a présenté aucune apparence de desquamation scarlatineuse.

Reste une autre question, que je soulève ici sans la résoudre : Les érythèmes et les roséoles qui compliquent d'autres éruptions sont-ils de même nature que les roséoles et les érythèmes simples?

aussi à la teinte légèrement grisâtre du cristallin, ainsi qu'au trouble de l'humeur aqueuse et du corps vitré.

On constate aussi, avec le miroir seulement, que toute la surface de la cornée est dépolie et qu'elle présente un état pointillé dû à la destruction partielle de son épithélium; c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer le reflet terne qu'elle a actuellement.

Le malade est dans un état de prostration assez grand et a une tendance à toujours dormir. — On applique le jour même huit sangsues à la tempe droite.

Le 17, les phénomènes de compression ont augmenté. La congestion des vaisseaux conjonctivaux est plus considérable. Les douleurs sus-orbitaires n'ont pas cessé de tourmenter le malade pendant toute la nuit. L'inflammation de la conjonctive est plus vive. Il y a ce matin un chémosis séreux intense, et le cercle sclérien est très-développé.

L'anesthésie de la cornée est aujourd'hui très-manifeste, et sa surface est profondément dépolie.

L'iridectomie est pratiquée immédiatement. L'iris a été excisé dans le quart externe de sa circonférence, selon les règles ordinaires. Un caillot sanguin s'est formé; il couvre tout le champ pupillaire et toute la surface de l'iris.

Le 18, le malade n'a plus souffert et a passé la nuit dans un calme parfait. L'opération a bien réussi et les résultats en sont satisfaisants. Le caillot qui masquait la pupille commence déjà à se résorber; il est attaqué par les humeurs de l'œil sur plusieurs points à la fois. Aucun accident inflammatoire consécutif.

Depuis, la résorption de ce caillot s'est faite insensiblement et en grande partie, et la vision, durant ces huit derniers mois, a toujours été en s'améliorant. Le malade voit aujourd'hui, et lit couramment le n° 10 de l'échelle typographique de M. Giraud-Teulon. Il reste dans le champ de la pupille deux débris isolés du caillot primitif, qui ont été le point de départ de légères exsudations aux deux extrémités du grand diamètre de la pupille. Cette particularité nous paraît être la cause du retard apporté au rétablissement complet de la vision.

Le 30 août, l'exploration ophthalmoscopique permet de reconnaître les détails du fond de l'œil. La papille optique a ses caractères normaux, et ne présente aucune excavation pathologique, ni modification dans le trajet et la disposition des vaisseaux. On ne constate, d'ailleurs, sur le champ rétinien aucune altération appréciable. Le globe oculaire possède encore une dureté plus prononcée qu'à l'état normal. Le cristallin et l'iris restent projetés en avant, et effacent en grande partie la chambre antérieure.

Mont-Dore, le 30 août 1864.

Les éditeurs du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* ont eu la gracieuse attention de m'envoyer ici un exemplaire de la première livraison qu'ils viennent de publier. Je me suis empressé, dès que j'en ai eu le loisir, de parcourir cet ouvrage. Permettez-moi, mon cher Directeur, de vous transmettre les premières impressions de ma lecture. Ce sera une manière de compte rendu pour ceux de nos lecteurs qui n'ont pas encore ce volume sous les yeux (1).

Je m'abstiendrai de tout préambule sur l'utilité et l'opportunité d'une semblable publication. Un quart de siècle de travaux accumulés sur les diverses branches de l'art de guérir; des découvertes physiologiques importantes, des maladies nouvelles ou inconnues introduites dans le cadre nosologique, les limites du diagnostic reculées par des méthodes d'exploration nouvelles ou perfectionnées, les apports nombreux des sciences physico-chimiques dans le domaine de la physiologie pathologique, l'introduction dans l'enseignement officiel des sciences nouvelles élargissant tout à la fois les horizons de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie; l'impulsion considérable imprimée de nos jours à l'hygiène pratique, le perfectionnement ou la simplification d'un grand nombre de méthodes opératoires, quelques acquisitions thérapeutiques, et par-dessus tout cet esprit d'observation sévère, d'investigation expérimentale et de contrôle scientifique de notre temps, porte sur toutes les parties de ce vaste ensemble de connaissances intrinsèques et extrinsèques qui constitue les sciences biologique et anthropologique; en voilà certes tout autant qu'il en faut pour justifier une pareille entreprise.

L'utilité de l'œuvre reconnue, voyons quelle est la valeur de son exécution.

Il entrait dans le premier plan des éditeurs de traiter toutes les questions de médecine, de chirurgie, de matière médicale, de pharmacologie, d'hygiène, de médecine comparée et des sciences dites accessoires, en un mot toutes les parties de la science médicale prise dans son acception la plus générale et le plus largement compréhensive. Ils ont voulu faire mieux et plus encore, pour légitimer complétement le titre de *Dictionnaire encyclopédique* qu'ils ont donné à leur publication. Ils ont ajouté à toutes ces matières la biographie et la géographie médicales.

Je parcours cette première livraison et j'y trouve, en effet, des notices biographiques sur le médecin-prêtre d'Alexandrie, Aaron, qui passe pour avoir donné la première description de la petite vérole; sur John Abercromby, sur Abercromby (David), sur Abernethy et sur les noms moins connus d'Abeille, d'Abel, d'Abatte, d'Aaskow, du médecin arabe Abenguefit, etc.; notices courtes mais substantielles, et complétées d'ailleurs par des indications bibliographiques qui donnent ce qu'il y a de plus essentiel à connaître sur chacun d'eux.

La géographie médicale y est représentée par le mot ABYSSINIE, dû à la plume élégante de M. Dally.

Je passe sur quelques mots qui ont leur valeur pratique, tels que ABANO (eaux minérales), par M. Rotureau; ABATTOIRS (hygiène publique), par M. Beaugrand; ABEILLE, par M. Léon Soubeiran; ABSINTHE, par M. O. Réveil; pour la partie botanique et pharmacologique, et par M. Debout, pour la thérapeutique; ABSORBANTS, par M. Gubler; ACACIA, ACALYPHA, ACANTHE, etc., par M. H. Baillon; ACARES, par M. Laboulbène, etc.; et je me hâte d'arriver aux sujets les plus importants de cette première livraison.

Le premier, celui que l'ordre alphabétique appelle en tête de tous les dictionnaires et compendiums, est le mot ABCÈS, l'un des plus considérables de la pathologie chirurgicale. Je laisse à notre collaborateur M. A. Després le soin de dire tout ce que cet article renferme de notions pathologiques et de préceptes pratiques utiles. Qu'il me suffise de rappeler ici qu'il est de M. le professeur Denonvilliers.

Le premier mot qui va m'arrêter quelques instants est le mot ABDOMEN. Le sujet demandait à être subdivisé, il l'a été en effet. La partie anatomique a été traitée par M. L. Lefort; la physiologie, par M. Liégeois. M. Campana a traité du développement embryologique. La pathologie médicale de l'abdomen est échue à MM. Axenfeld et Potain, et la pathologie chirurgicale à MM. Follin et F. Guyon. Je me bornerai ici à quelques considérations sur la partie médicale.

Ce n'était pas une petite difficulté que de comprendre dans un même cadre, au milieu des diversités de tissus, de fonctions et d'aptitudes morbides, tout ce qui est commun ou solidaire, tout ce qui peut prêter à des considérations générales, et d'en éliminer tout ce qui est particulier à chacun des éléments constitutifs si variés de cette vaste et complexe région. MM. Axenfeld et Potain ont très-heureusement surmonté cette difficulté. Ils ont très-habilement saisi ce que montre la physiologie, « une fédération d'organes dont la connexité se révèle par une multitude d'actions synergiques et solidaires », laquelle se traduit en pathologie par des sympathies morbides et des deutéropathies. C'est à l'étude de ces réactions mutuelles des organes abdominaux et des conditions qui les favorisent ou les déterminent, que les auteurs ont consacré une grande partie de cet article.

La division naturelle en parois et viscères simplifie déjà considérablement cette complexité, qui frappe tout d'abord l'esprit.

J'aurais peu de chose à dire des affections des parois, qui sont généralement plus du domaine de la chirurgie que de la médecine. Sous ce dernier point de vue, elles ont plutôt une valeur séméiologique qu'un intérêt pathologique direct. Je passe outre.

Tout l'intérêt de l'article est dans les considérations générales relatives aux viscères.

Le premier fait de pathologie générale que MM. Axenfeld et Potain constatent au sujet des affections des viscères, c'est que souvent elles se rapprochent assez par leurs symptômes pour faire naître des doutes sur leur véritable siége. La cause de ces ressemblances et de la confusion qui peut en résulter, est dans les dispositions anatomo-pathologiques propres à cette région, savoir : l'existence d'une membrane séreuse commune et continue, qui établit entre tous les organes qui en sont revêtus une première unité d'organisation à laquelle correspond une première série de communautés pathologiques; celle d'une double membrane muqueuse constituant le revêtement intérieur des deux grands appareils spéciaux et distincts de la cavité abdominale, l'appareil digestif et l'appareil génito-urinaire, membrane qui est le siége d'affections communes constituant un des éléments prédominants de la pathologie abdominale; enfin les connexions vasculaires et nerveuses, qui sont comme des liens communs et des moyens de communication de tous les organes contenus dans cette cavité.

Pour ne prendre dans ces divers ordres de faits qu'un seul exemple de la grande étendue de la muqueuse gastro-intestinale, de sa structure compliquée, de ses fonctions actives et presque incessantes, de la multiplicité de ses contacts avec les agents venus du dehors, de ses rapports avec les divers organes glandulaires voisins et de sa dépendance directe à l'égard de plusieurs autres appareils, découle une série de faits pathologiques complexes et très-variés.

Ici une réflexion trouve naturellement sa place. Le rôle des organes digestifs dans l'ensemble de la pathologie a été alternativement exagéré ou méconnu. Pour Broussais, qui n'avait guère fait en cela que reproduire sous une autre forme l'idée de Van Helmont, l'estomac était comme le centre, le point de départ et l'aboutissant du plus grand nombre des troubles fonctionnels de l'économie. On a réagi depuis contre cette manière de voir, exagérée sans doute, mais appuyée au fond sur l'observation clinique et sur des données physiologiques réelles; et peu s'en est fallu qu'on n'en soit venu de nos jours à considérer cet organe comme une sorte de récipient inerte, susceptible de recevoir impunément les impressions multiples auxquelles il est soumis de la part des innombrables *ingesta* qu'il recèle. Il est certain que si l'estomac montre souvent une tolérance dont on n'est que trop disposé à abuser, il est peu d'organes dont les perturbations fonctionnelles aient un retentissement plus immédiat et plus général sur le reste de l'économie. L'estomac, par la nature même de ses fonctions comme par les liens physiologiques nombreux qui le rattachent à tout le système, est tout à la fois le *pars recipiens* et le *pars mandans* d'un grand nombre d'états morbides. C'était ce que les auteurs de cet article avaient à indiquer d'une manière générale, sans entrer dans les détails réservés pour un autre article spécial; c'est ce qu'ils ont fait avec une grande sagacité.

Il est encore, dans ce vaste système organique, un élément anatomique dont le rôle en pathologie m'a toujours paru un peu trop négligé: je veux parler de la tunique musculeuse gastro-intestinale. Je n'ai pas précisément à adresser ce reproche à MM. Axenfeld et Potain, qui ont tenu compte effectivement de cet élément dans leurs considérations générales sur la pathologie du tube digestif. Mais leur laconisme à cet égard est comme un aveu implicite de l'ignorance où nous sommes en général sur la part qui revient à la tunique musculeuse dans les affections gastro-intestinales. Je tenais à constater cette lacune et à saisir l'occasion d'appeler sur ce sujet l'attention des pathologistes, et particulièrement celle des auteurs qui auront à traiter dans ce dictionnaire la pathologie spéciale des organes digestifs.

L'élément glandulaire, qui occupe une si grande place dans la physiologie et la pathologie des organes abdominaux, n'est indiqué que pour mémoire seulement, les auteurs ayant craint d'être entraînés trop loin par l'importance même du sujet, et de faire double emploi avec les articles qui devront être consacrés spécialement aux maladies de chacun des viscères et organes qui entrent dans la composition de cette région.

Ils se sont très-complétement étendus, au contraire, sur les connexions vasculaires, qui jouent un rôle si important dans la physiologie et la pathologie de ces organes, et qui se prêtent si bien à des considérations générales. L'histoire physiologique et anatomo-pathologique du double système veineux abdominal, auquel il faut ajouter le système de la veine-porte accessoire décrit par M. Sappey, donne effectivement la clef d'une foule de faits pathologiques qui se passent dans l'abdomen ou s'irradient au loin.

Ils ont fait de même pour les connexions nerveuses qui créent entre les viscères et entre ceux-ci et les parois, grâce à un échange d'actions réflexes ou sensitivo-motrices, une unité anatomique qui, suivant leur heureuse expression, est comme la représentation matérielle de leur fonctionnement harmonique à l'état de santé, de la subordination et de l'enchaînement de leurs affections à l'état morbide.

De ces considérations de physiologie pathologique pleines d'intérêt, les auteurs passent à la séméiologie générale et au diagnostic des maladies abdominales. Cette partie de leur travail est traitée avec tout le soin qu'on pouvait attendre de cliniciens consommés.

Un chapitre sur les tumeurs intra-abdominales et leur diagnostic termine la partie médicale de cet important article.

Vient ensuite le mot ABSORPTION. Nommer l'auteur de cet article, M. J. Béclard, c'est dire que cette partie si importante de la physiologie a été traitée d'une manière tout à fait magistrale. Je signalerai particulièrement, en passant, comme ayant été *étudiée* avec tout le soin qu'elles méritaient à cause des discussions dont elles ont été l'objet, la question relative à l'absorption des liquides par la peau, et l'histoire de l'imbibition et de l'endosmose.

J'arrive à l'un des articles les plus considérables de cette première livraison, l'article ACCLIMATEMENT, ACCLIMATATION. C'est à M. Bertillon, l'auteur des savantes études statistiques sur la vaccine et sur divers autres sujets d'hygiène publique, et l'un de nos anthropologistes les plus distingués, qu'a été confiée cette grande question de l'influence des milieux, la *mésalogie*, comme il l'a désignée lui-même quelque part.

L'acclimatement est à la fois un des plus importants problèmes sociaux et une des plus intéressantes questions d'anthropologie. Elle se rattache, en effet, à l'histoire des premières origines de l'humanité. Deux doctrines ou plutôt deux hypothèses se trouvent en présence (je dis *hypothèses*, car nous sommes ici sur le terrain exclusivement scientifique) : l'une, admettant en principe l'unité de race et l'unité d'origine, implique comme conséquence nécessaire le cosmopolitisme, qui suppose à son tour une extrême flexibilité de l'organisme humain et son aptitude ou sa facilité d'appropriation à tous les milieux et à toutes les influences ambiantes. La deuxième, procédant par une voie inverse, se fonde sur le fait de l'inacclimatement qu'elle suppose ou croit démontrée, pour en déduire la multiplicité originelle des races. Ni l'une ni l'autre hypothèse n'apporte avec soi de preuves scientifiques péremptoires; elles procèdent l'une et l'autre par pétition de principe. La première admet la facilité d'acclimatement comme une conséquence nécessaire de son principe; la seconde préjuge de son côté la question d'origine par les difficultés présumées de l'acclimatement.

M. Bertillon cherche la solution du problème en dehors de cette alternative. Pour lui, on ne saurait se prononcer, dans l'état actuel de la science, en faveur de l'une ni de l'autre thèse. La question d'acclimatement n'est même point solidaire, à ses yeux, des questions de la monogénie ou de la polygénie. Il la place sur un terrain neutre, indépendant de ces deux systèmes. C'est l'esprit délivré de l'obsession des théories *a priori*, comme il le dit lui-même, qu'il demande à l'observation et à l'histoire les éléments de la solution de ce grand problème. Il scrutera d'abord les faits que fournit l'histoire générale du passé jusqu'au commencement de la période actuelle; puis les faits de l'histoire contemporaine et ceux dus aux méthodes modernes d'investigation et empruntés à la démographie, à l'anthropologie, à l'histoire naturelle.

L'exposition des grandes migrations connues, depuis la plus ancienne et la plus importante dont l'histoire fasse mention, la migration indo-européenne, jusqu'aux nombreuses et fatales tentatives d'immigration en Egypte, conduit à cette conclusion ou à cette loi qui résume à ses yeux et explique la plupart des résultats constatés, savoir : que tout mouvement migratoire à marche séculaire, résultant plutôt de l'extension des populations de proche en proche, aboutit à l'acclimatement; mais qu'une migration rapide ne peut constituer une colonie durable et prospère que si elle a lieu sur la même bande isotherme; que les croisements avec les races aborigènes favorisent et accélèrent l'acclimatement, et que la sélection séculaire qui les suit le consolide. En un mot, de cette première série de faits historiques, il déduit comme précepte que l'on doit s'en tenir au *petit acclimatement*, c'est-à-dire à l'acclimatement de proche en proche, et l'assurer encore par le croisement avec les aborigènes.

Les faits contemporains montrent que si certaines races ont pu s'acclimater, comme la race juive de Stockholm à l'Atlas, du Canada à l'Australie, les Espagnols et les Portugais dans toute l'Amérique méridionale et l'Algérie; si Germains, Anglais et Français ont pu s'acclimater au Canada et aux Etats-Unis, au Cap, en Australie, etc., l'acclimatement semble avoir été obstinément refusé jusqu'à présent aux Français, aux Anglais et aux Germains dans les Antilles, la Guyane, les Indes, le Sénégal, l'Egypte; et que celui des Français et des Germains en Algérie est encore problématique.

En définitive, des faits nombreux accumulés dans cet article et dont je n'ai cité que quelques exemples, M. Bertillon déduit cette conclusion générale, que partout où l'expérience du temps a démontré l'inacclimabilité spontanée ou naturelle, il faut que les nations qui veulent immigrer et coloniser au loin appellent à leur aide ce qu'il nomme « l'Hercule moderne », la science appliquée, en un mot ce que l'on est convenu d'appeler aujourd'hui l'*art de l'acclimatation*.

Ainsi s'explique et se justifie l'accouplement sous un même titre de deux termes, dont le dernier, récemment introduit dans le langage scientifique, se trouve naturellement défini par son objet même. L'art d'acclimater, en effet, c'est-à-dire d'accorder entre l'être vivant et le milieu nouveau où il est placé des rapports compatibles avec les conditions de son existence et de sa conservation, cet art, dis-je, a trouvé de nos jours des formules et des procédés qui ouvrent des horizons nouveaux à la puissance de l'homme sur les êtres qui l'entourent. C'est cette puissance qu'il s'agirait d'exercer sur lui-même et de faire tourner à son profit en lui apprenant à résoudre ce double problème, base de l'art futur de l'acclimatation humaine : modifier ceux des éléments climatériques qui sont accessibles à ses moyens d'action pour en atténuer les effets nuisibles; imprimer à l'organisme les modifications susceptibles de l'assouplir et de l'approprier aux qualités climatériques qu'il n'est pas en sa puissance de changer.

Tel est, en termes très-généraux, le programme formulé par M. Bertillon, qui s'en remet à l'avenir du soin de l'exécution.

Cet article, écrit avec une grande indépendance d'esprit et avec des allures de style qui sentent son homme de lettres et son libre penseur, est remarquable par une immense érudition, par les recherches historiques et bibliographiques considérables qu'il a dû exiger, et

---

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, publié sous la direction de MM. les docteurs Raige-Delorme et A. Dechambre. Tome Ier, 1re partie. Paris, 1864, chez Victor Masson et fils, et P. Asselin.

surtout par l'intelligence et le sentiment profond de la grandeur du sujet.

Il me reste, pour terminer l'analyse de ce demi-volume, à mentionner l'article ACCOMMODATION écrit par M. Giraud-Teulon, le savant applicateur des données de la physique et de la mécanique à la théorie des phénomènes de la vision; et l'article ACCOUCHEMENT, à la rédaction duquel ont concouru MM. les professeurs Depaul et Pajot, de Paris, et Tourdes, de Strasbourg, mais qui n'a été publié encore qu'en partie dans cette livraison.

Je me trompe..., il me resterait encore à rechercher, d'après ce premier spécimen, et à dire dans quel esprit, d'après quelles doctrines et sur quel plan scientifique est conçu cet ouvrage, les directeurs ne nous ayant pas encore fait leur confidence à cet égard. Mais c'est là une grosse tâche et qui demande qu'on y réfléchisse. Ce sera, si vous le permettez, le sujet de mon premier courrier..... à moins que je n'ajourne jusqu'à mon retour prochain à Paris.

Dr BROCHIN.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 août 1864. — Présidence de M. DECAISNE.

M. J. CLOQUET dépose sur le bureau un exemplaire imprimé du discours qu'il a prononcé le 15 août à Tarbes, à l'occasion de l'inauguration de la statue de feu M. le baron Larrey, et rend compte de cette solennité, dans laquelle il représentait l'Académie des sciences.

Sur la présence des bactéridies dans la pustule maligne chez l'homme. — Note de MM. DAVAINE et RAIMBERT, présentée par M. Rayer.

Les médecins s'accordent généralement à croire que, dans la plupart des cas, la pustule maligne reconnaît pour cause l'introduction sous l'épiderme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un virus spécifique qui a pris naissance chez les animaux atteints de maladies charbonneuses. Si la pustule maligne a cette origine, les bactéridies doivent s'y rencontrer comme dans les maladies charbonneuses, localisées, toutefois, dans une partie, avant de se répandre dans la circulation générale.

M. le docteur Raimbert, médecin à Châteaudun, qui a souvent l'occasion d'observer la pustule maligne et qui a publié sur cette maladie un traité très-estimé, a bien voulu s'adjoindre à moi pour étudier diverses questions qui s'y rapportent. La pustule maligne n'est pas assez commune pour que toutes ces questions puissent être bientôt résolues; nous avons donc cru devoir, dès maintenant, porter à la connaissance de l'Académie le fait intéressant de l'existence des bactéridies dans cette affection.

Un charretier, attaché à une ferme dont les moutons était attaqués de la maladie du sang de rate, fut atteint le 14 de ce mois (août) d'une petite pustule à la paupière inférieure. Le 17, le docteur Raimbert ayant été appelé trouva que les deux paupières, la joue, la tempe et le front du même côté, étaient déjà très-tuméfiés. Sur la paupière inférieure existait une pustule maligne qui, par son apparence, fut jugée très-grave. Elle était formée par un point jaune brunâtre, déprimé, ayant deux ou trois millimètres de diamètre, entouré d'un anneau vésiculeux de deux millimètres de large au plus et d'une aréole d'apparence chagrinée, c'est-à-dire parsemée de très-petites vésicules rudimentaires. Le centre de cette pustule ne paraissait pas être une véritable eschare, mais une simple eccbymose gangréneuse.

Cette pustule fut enlevée par le bistouri, et la plaie fut immédiatement après cautérisée par le fer rouge.

La partie enlevée fut séchée rapidement, afin d'empêcher que la putréfaction ne détruisît les bactéridies, s'il y en avait, et elle me fut envoyée.

Une parcelle extrêmement mince fut détachée au centre et à la surface de la pustule desséchée; placée sous le microscope et traitée par une solution concentrée de potasse caustique, cette parcelle fut bientôt en partie dissoute, et alors des filaments tout à fait semblables à ceux du sang de rate se montrèrent isolés sur les bords, puis ensuite le centre même parut formé uniquement par un feutrage de ces filaments. Il fut facile d'y reconnaître des bactéridies avec tous leurs caractères ordinaires.

Cependant, pour avoir sur la nature de ces filaments une certitude plus complète, le reste de la pustule desséchée fut divisé en quatre fragments qui furent introduits par quatre petites piqûres sous la peau d'un cobaye (20 août). Cinq jours après (25 août) le cobaye mourut, et son sang m'offrit des bactéridies en quantité considérable. Ces bactéridies ne différaient point de celles qui surviennent après l'inoculation du sang de rate.

Nous nous bornons à communiquer ce fait à l'Académie. L'étude des bactéridies dans la pustule maligne jettera de nouvelles lumières sur quelques points restés obscurs dans l'histoire de cette maladie. Dans les cas douteux, l'existence des bactéridies fixera le diagnostic et dirigera le médecin dans le choix du traitement le plus convenable. (Commissaires : MM. Milne-Edwards, Rayer, Bernard.)

De la nature et des caractères de l'aliénation. La folie divisée en cinq formes naturelles; par M. JOUSSET. (Extrait par l'auteur.)

L'aliénation est constituée par trois éléments : *hallucination, impulsion, idée délirante.*

1° L'*hallucination* est la perception d'une sensation dont l'objet n'existe pas. Elle est indépendante des sens externes, puisque les aveugles peuvent présenter des hallucinations de la vue : les symptômes se produisent donc dans cette partie du cerveau où à l'état physiologique les sensations externes sont transformées en sensations internes. Les hallucinations se divisent en hallucinations des sens externes, de l'ouïe, de la vue; hallucinations des sensations internes, sensations perçues dans le ventre, dans l'estomac.

2° *Impulsions.* — L'impulsion animale devient maladie quand l'acte qu'elle détermine n'a nul rapport ou même est contraire à la nature de son mobile physiologique, comme de tuer une personne aimée ou indifférente; quand elle tend à se soustraire au contrôle des autres facultés et à dominer la volonté. L'impulsion est *consciente* ou *automatique*; la première est *anxieuse* ou *expansive*. Les principales impulsions sont la mélancolie, les impulsions suicides, homicides, etc., les impulsions à chanter, à marcher. L'impulsion maladive se distingue des passions par ses motifs, par son mode de développement, par la manière dont l'acte est accompli, par sa marche.

3° L'*idée délirante* est une idée sans réalité objective, créée par l'imagination, échappant au contrôle de la conscience sensible et du *sensus communis*, trompant l'estimativité et dominant les fonctions intellectuelles, en sorte que l'homme subjugué par l'idée délirante pense et agit comme si cette idée était vraie. L'idée délirante diffère de l'idée fausse et extravagante par son mode de développement, parce qu'elle échappe à toute démonstration logique, parce que, si on la détruit pour un instant, elle se reproduit toujours.

Les hallucinations, les impulsions et les idées délirantes constituent par leur association des variétés d'aliénation très-distinctes; ce sont : la *manie*, la *monomanie* et la *lypémanie*.

L'*aliénation* est un symptôme, puisqu'on l'observe dans plusieurs maladies et que chacune de ces maladies lui imprime un caractère particulier.

La *folie*, au contraire, est une maladie, puisque c'est un état morbide distinct et indépendant, ayant des causes, des symptômes et une évolution propres.

La folie présente à étudier cinq formes : 1° la *forme commune*; 2° la *forme bénigne*; 3° la *stupidité*; 4° la *forme périodique*; 5° la *forme grave*.

La *paralysie générale* est une maladie distincte ayant aussi ses formes; il en est de même de la *démence*.

Si, comme nous l'avons démontré, l'aliénation est distincte de la folie, il est absurde d'appliquer à l'étude de cette dernière les divisions en manie, monomanie, lypémanie, qui s'appliquent à l'aliénation; on doit chercher pour la folie une division en forme naturelle, analogue à celle que nous avons proposée.

Tout problème de médecine légale se résume en une question de séméiotique. Le médecin légiste devra donc établir : 1° que l'acte incriminé est dû à une hallucination, à une impulsion maladive ou à une idée délirante; 2° remonter de ce symptôme à la maladie qui l'a engendré : hystérie, hypochondrie, épilepsie, folie, empoisonnement.

Le *délire* se distingue de l'*aliénation*, non par l'incohérence, non par la fièvre et l'excès, mais par la perte complète de la conscience sensible et par conséquent du souvenir.

Les définitions que nous avons données permettent de distinguer les passions des impulsions maladives, l'idée fausse et extravagante de l'idée délirante.

La qualification de *mentale*, appliquée aux maladies, doit être supprimée, parce que cette expression se rapporte aux facultés intellectuelles, et que les facultés animales seules sont directement troublées dans le délire et l'aliénation.

Les mots *folie d'action, folie transitoire*, doivent être remplacés par le mot *impulsion maladive*. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Rayer.)

— M. LE PRÉFET DE POLICE adresse, pour la bibliothèque de l'Institut, deux exemplaires du rapport général sur les travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité depuis 1859 jusqu'à 1861.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. Figuier, deux volumes ayant pour titre : l'un, *La terre avant le déluge*; l'autre, *La terre et les mers* ou *Description physique du globe*, deuxième édition.

Et un opuscule de M. Aug. Voisin, sur l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique dans l'absintbisme.

— M. TURNBULL, qui, au mois de juin dernier, avait prié l'Académie de vouloir bien lui désigner des commissaires qu'il rendrait témoins des résultats obtenus au moyen de sa méthode de traitement pour les sourds-muets, annonce qu'il est parvenu à se procurer les sujets sur lesquels devra être essayée cette méthode, et qu'il les soumettra, au jour et à l'heure qui lui seront indiqués, à MM. les commissaires, afin qu'ils puissent constater leur état actuel.

Cette lettre sera transmise à la commission, qui se compose de MM. Flourens, Milne-Edwards et Bernard.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches sur la périnéoraphie. Description d'un nouveau procédé mis en usage par M. le docteur Demarquay, par M. le docteur LAUNAY. Grand in-8°. Prix : 1 fr.

Recherches sur les accidents diabétiques, par le docteur MARCHAL (de Calvi). Un fort volume grand in-8°. Prix : 10 fr. *franco*.

Mémoire sur le bassin considéré dans les races humaines, par le docteur JOULIN, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. In-8°. Prix : 1 fr.

Ces ouvrages se vendent à la librairie de P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 SEPTEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Les deux points importants du discours de M. Briquet sont une classification des maladies contagieuses et l'assimilation de la pustule maligne aux maladies virulentes qui forment type, puis l'affirmation nouvelle de la nécessité d'une prédisposition pour que le virus germe sur les individus exposés à la contagion.

M. Briquet a bien fait ressortir la signification nette et précise des manifestations anatomiques de la maladie, leurs caractères toujours semblables et l'unicité du type morbide. Cliniquement, cette manière d'envisager les maladies virulentes est d'une excellente application. M. Briquet a, comme médecin, par la comparaison de la pustule maligne avec les autres maladies virulentes contagieuses, affermi, s'il est possible, les convictions des chirurgiens, celles de MM. Velpeau et J. Cloquet. Ceux-ci avaient affirmé, nos lecteurs s'en souviennent, que la pustule maligne, avec les caractères tranchés qu'on lui connaît, qui se reproduit depuis cent ans avec des caractères identiques, dont on a saisi pour ainsi dire nombre de fois la contagion sur le fait, ne pouvait être une maladie spontanée.

A cet égard, la discussion académique sur la pustule maligne est épuisée.

La discussion sur les maladies spécifiques ne pouvait l'être; c'est un sujet trop vaste, où chaque orateur se laisse entraîner par le sujet favori de ses études : l'un apprécie les maladies spécifiques en songeant au typhus; un autre prend ses arguments dans les maladies farcino-morveuses; celui-là invoque la syphilis; la variole sert de thème aux médecins ici la création spontanée du virus est en cause, là les manifestations complètes et ébauchées des maladies virulentes sont l'occasion de rapprochements d'analogies pour fonder une doctrine des virus.

Le lecteur verra au compte rendu de l'Académie que la syphilis passait hier à son tour dans la révolution des maladies contagieuses autour de la tribune.

Mais dans tout le chemin qu'a parcouru la discussion, beaucoup d'excellentes choses ont frappé les esprits. La prédisposition nécessaire pour subir le virus a été signalée encore par M. Briquet, à propos de toutes les maladies contagieuses. Et l'on se rappelait ce mot heureux de M. Trousseau dans une de ses leçons sur la variole : « Pour que la contagion variolique s'exerce, il faut que l'économie soit en rut. »

Toute la thérapeutique préventive est là. Si nous mettons tous les individus dans les conditions de ceux qui sont journellement épargnés, nous aurons fait beaucoup plus qu'en les isolant. Un instant suffit pour que la contagion s'exerce sur un individu prédisposé, et si cachés que soient les individus atteints de maladie contagieuse, on ne pourra jamais enfermer avec eux, l'air qu'ils ont expiré, les linges qu'ils auront touchés; on ne pourra pas éloigner d'eux ceux qui les aiment, et qui, malgré les lois de l'hygiène, iront encore exposer leur santé comme gage de leur affection.

A notre avis, M. Briquet s'est tenu dans les termes de la discussion étendue *de la pustule maligne et des maladies spécifiques;* certes, tout ce que l'honorable académicien a mis en avant n'est pas acceptable sans discussion. Ses hypothèses sur la naissance des maladies syphilitiques ont été l'occasion des sages répliques de MM. Ricord et Malgaigne. Le premier a repoussé avec énergie l'idée de la transmission de la syphilis des animaux à l'homme; M. Malgaigne, au nom de l'histoire, et avec une autorité légitimement acquise, a rappelé que la variole et la syphilis ont été vues bien avant le temps où certains historiographes ont placé l'apparition première de ces maladies.

M. Briquet a beaucoup multiplié les maladies contagieuses. Il serait peut-être regrettable de laisser passer ces propositions : le choléra, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, la pneumonie des bestiaux même, ne sont pas des maladies contagieuses. Il y a un état général qui peut être contagieux, ou plutôt des rapports constants avec un malade peuvent déterminer une altération de la santé due à la fatigue, à la respiration d'un air vicié; mais il n'y a rien de spécifique, et le contact d'un individu avec des malades atteints de quelques-unes de ces affections, n'engendre pas fatalement la maladie qui a frappé le sujet avec lequel on est en rapport. L'état général qui accompagne l'embarras gastrique, la fièvre gastrique, la bronchite, l'entérite, est une cause d'affaiblissement qui prédispose aux maladies inflammatoires et aux maladies infectieuses; mais elles ne prédisposent pas à l'une plutôt qu'à l'autre. N'a-t-on pas vu des gens qui soignaient des femmes atteintes de fièvre puerpérale, contracter des érysipèles? N'a-t-on pas vu des individus contracter une angine, une pneumonie, une fièvre typhoïde, en soignant des hommes atteints d'érysipèle?

— M. Girard de Cailleux a lu à l'Académie une nouvelle note. Les opinions de l'auteur y sont moins exclusives que dans la première. Il n'a pas apporté de faits à l'appui de ses assertions; de sorte que sa proposition n'était qu'un sentiment. M. Girard de Cailleux a dit : Je n'affirme rien.

Dr Armand Desprès.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. E. Meyer.

Du staphylome postérieur de la sclérotique. — Scléro-choroïdite postérieure. — Choroïdite atrophique avec hydrophthalmie.

(Leçon recueillie par M. Matrion.)

L'affection qui nous occupera aujourd'hui est connue depuis longtemps sous le nom de staphylome postérieur de Scarpa; mais depuis quelques années les recherches ophthalmoscopiques nous ont fait connaître la relation qui existe entre les symptômes observés sur le vivant et les lésions cadavériques. C'est une maladie tellement fréquente que sur mille personnes atteintes d'affections de la vue, M. de Graefe l'a constatée quatre cent vingt fois, c'est-à-dire qu'on doit attribuer à son existence environ la moitié des cas d'amblyopie.

Le staphylome postérieur est facile à reconnaître, car il suffit de diriger son attention vers un seul point du fond de l'œil, à l'entrée du nerf optique. On y voit une tache blanchâtre située au bord externe de la papille optique. Au début de la maladie, cette tache a presque toujours la forme d'un croissant dont la concavité embrasse le bord externe de la papille, et dont la convexité est dirigée vers le pôle postérieur du globe oculaire, c'est-à-dire vers la tache jaune ou *macula lutea.*

A mesure que la maladie fait de nouveaux progrès, la tache blanche s'agrandit, son bord externe s'éloigne de la papille, et le croissant perd sa configuration primitive pour affecter des formes plus ou moins variables. Tantôt cette tache conserve sa direction, s'accroît transversalement et ressemble plus ou moins à un cône dont le sommet serait légèrement arrondi; tantôt elle s'agrandit à la fois en haut et en bas, de sorte que sa convexité se trouve remplacée par une ligne irrégulière à digitations plus ou moins prononcées. Enfin, lorsque la maladie est arrivée à sa dernière période, la tache blanche peut s'étendre au point d'envelopper le bord interne du nerf optique, dont la papille se trouve ainsi comme enclavée au sein même de la tache, toujours plus développée en dehors qu'en dedans.

Le reflet lumineux de cette tache est remarquable par son intensité; il est nacré, tendineux et beaucoup plus blanc que celui du nerf optique, dont la papille est d'un gris rosé. Sur la surface de cette tache nacrée, on voit les vaisseaux rétiniens avec plus de netteté qu'à l'état normal, et cette disposition prédispose à deux erreurs.

D'abord la facilité avec laquelle on distingue les réseaux vas-

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De la cause immédiate de la phthisie pulmonaire et des maladies tuberculeuses, et de leur traitement spécifique, d'après les principes de la médecine stœchiologique, par J. F. Churchill, D. M. P. (1).

Le docteur Churchill vient de faire paraître une deuxième édition de son livre rapidement épuisé en 1858, et les développements qu'il a donnés à sa première œuvre sont tellement considérables, qu'ils constituent pour ainsi dire une publication nouvelle.

Ce succès peut paraître singulier à bon nombre d'esprits de notre temps, peu disposés à accorder leur confiance aux méthodes proposées pour guérir la phthisie, mais il est suffisamment justifié par le caractère scientifique de l'auteur, par la foi qui l'anime à chaque page de son ouvrage, et, disons-le aussi, par le soin qu'il a pris de mettre sous les yeux du lecteur les faits qui servent de base à son livre.

M. Dechambre écrivait en 1858 dans la *Gazette hebdomadaire* : « Nous avons l'honneur de connaître particulièrement M. Churchill. » Sa conviction profonde, l'honorabilité de son caractère nous ont » interdit tout d'abord de traiter ses affirmations avec l'irrévérence » qui accueille d'ordinaire trop justement les inventeurs de spécifiques, les guérisseurs de l'incurabilité. Nos yeux, il valait la » peine d'expérimenter. »

Nous sommes dans les mêmes conditions que M. Dechambre : depuis de longues années, nous avons suivi le traitement d'un grand nombre de malades soumis aux hypophosphites, spécialement au dispensaire de la rue Larrey, et nous pouvons affirmer d'abord que les règles les plus précises de l'observation moderne ont été suivies dans la large expérimentation à laquelle notre confrère s'est livré depuis l'époque de sa première communication à l'Académie de médecine.

Loin de se laisser aller au découragement naturel que l'accueil fait à ses premières recherches pouvait produire, M. Churchill a poursuivi ses travaux avec persévérance, alors même que les illusions tenaces de tout inventeur à voir généralement adopter ses idées avaient dû s'évanouir, et son livre actuel n'est que l'exposé méthodique et complet de tous les documents qui se rattachent à une question dont il est inutile de surfaire l'importance.

On sait, en effet, l'énorme part que prend la phthisie dans la mortalité générale du globe; désastreuse pour toutes les races d'hommes, sous toutes les latitudes, dans toutes les conditions de la vie, elle moissonne le tiers de la portion adulte du genre humain, et nous n'avons pas besoin d'accumuler ici les citations démontrant la triste évidence du peu d'efficacité des divers traitements successivement préconisés jusqu'à présent contre cette redoutable affection. Son incurabilité n'est que trop nettement reconnue par les meilleurs praticiens de notre siècle, tels que Laënnec, Maygrier, Andral, Louis, Piorry, Bouillaud, Grisolle, Monneret, Fleury, Rilliet, Barthez, etc., pour ne parler que des médecins français. On pourrait même dire que cette incurabilité est admise sans conteste par le public.

Or, c'est contre cette croyance générale que M. Churchill s'efforce de réagir, et aujourd'hui comme en 1858, il déclare : qu'il existe un moyen de guérir toujours et à coup sûr la phthisie pulmonaire *dans certaines conditions précises et rigoureusement déterminées.*

Une pareille affirmation exige des preuves sérieuses, complètes, et nous croyons que le lecteur les trouvera dans le long chapitre du volume consacré à l'exposition et à la reproduction *in extenso* des observations détaillées qui constituent la base principale de l'édifice que l'auteur a voulu construire. Cent trente-sept feuilles de clinique, comprenant les succès complets ou incomplets de la méthode comme ses *revers*, forment les éléments d'une statistique telle qu'on n'est pas habitué peut-être à en rencontrer à notre époque, et nous ne pensons pas qu'il soit possible d'instituer une expérimentation plus sévère, plus consciencieuse et plus conforme aux exigences légitimes de la science, que celle dont le lecteur peut parcourir les actes dans la première moitié de l'ouvrage que nous essayons d'analyser.

Nous regrettons certainement que les bornes d'un article bibliographique ne nous permettent pas d'entrer dans des développements que l'importance de la question exigerait, et cependant nous ne pouvons nous dispenser de signaler à l'attention des médecins certains chapitres du livre écrit par M. Churchill avec l'entrain que donne la foi, et, ajoutons-le, avec la sévérité de style et la puissance de logique qui dénotent un élève de Buchez.

Parmi ces chapitres est celui du *Pronostic de la phthisie* envisagé sous le rapport thérapeutique pur et dans ses éléments naturels : étendue de la lésion; degré des altérations locales; type ou marche de la maladie; état héréditaire; âge, sexe, genre et intensité des complications; chacune de ces conditions de l'affection doit être en effet pesée avec soin, et c'est avec une sage réserve que l'auteur a fait cette appréciation difficile, loin de conclure hâtivement sur tous les *desiderata* révélés par l'observation.

Dès la première édition de son livre, il avait dit : « L'issue de la maladie traitée par les hypophosphites dépend de l'état anatomique de la lésion, et surtout de son étendue et de la présence ou de l'ab-

(1) Un vol. in-8° de 976 pages; 2e édition, 1864. Paris, Victor Masson et fils.

culaires de la rétine tendrait à faire croire à une hyperémie, tandis que la congestion est plutôt apparente que réelle.

D'autre part, la rétine normale, grâce à ces effets de coloration, paraît plus sombre et semble reléguée sur un plan postérieur à celui de la tache morbide.

Dans des cas plus avancés, on remarque autour de la tache de petits disques blanchâtres réunis en groupe. Ces disques sont de même nature, mais ont moins de développement que la tache principale. Lorsqu'un grand nombre de ces petits disques se rattachent au bord de la tache principale pour lui donner un aspect irrégulier et dentelé, on peut regarder cette disposition pathologique comme un signe certain du progrès rapide de la maladie; tandis que l'absence de ces disques et les contours nets et réguliers de la tache en indiquent l'arrêt.

La tache blanche est généralement bordée par des amas de pigment qui en font ressortir encore davantage l'éclat. Dans les cas où elle est très-étendue, elle se trouve quelquefois comme parsemée de petites taches, de bandes ou de traînées pigmentaires.

Dans quelques cas rares, on voit également des taches grisâtres, faciles à distinguer par leur coloration et leurs rapports avec les vaisseaux rétiniens. Ce sont de petits exsudats rétiniens. La choroïde elle-même, en dehors de la tache blanche, n'est plus à l'état normal; ses vaisseaux sont d'un rouge plus clair; les espaces intra-vasculaires prennent une teinte plus sombre, et apparaissent comme des traînées noirâtres, bleuâtres ou violettes. Tous ces symptômes constituent ce que l'on appelle la macération du pigment choroïdien.

L'examen ophthalmoscopique peut, en outre, faire reconnaître les complications fréquentes qui surviennent dans le cours de cette maladie. Ces complications sont :

1° Les opacités du corps vitré, que l'on rencontre environ dans la moitié des cas. Assez constamment ces opacités désignent, par leur mobilité extrême, le ramollissement du milieu au sein duquel elles flottent.

2° Le décollement rétinien survient plus rarement.

3° La cataracte corticale postérieure, que l'on rencontre très-près de la capsule, était connue des anciens oculistes sous le nom de cataracte capsulaire centrale postérieure, et ils n'ignoraient pas qu'elle est assez souvent accompagnée d'altérations du corps vitré et d'amblyopie. Cette opacité du cristallin peut rester pendant fort longtemps stationnaire, et ne conduit pas fatalement à une cataracte complète, à moins qu'il ne survienne un ramollissement de la corticale.

Après vous avoir énuméré tous ces signes ophthalmoscopiques, nous allons revenir un instant sur la tache blanche qui entoure la papille optique. Elle avait été prise longtemps pour une plaque exsudative; mais aujourd'hui l'examen anatomique d'une grande quantité d'yeux affectés de cette maladie, a prouvé jusqu'à l'évidence qu'elle est due uniquement à l'atrophie de la choroïde, qui nous permet de voir la surface interne et nacrée de la sclérotique, et on comprend facilement que la disparition du pigment, l'oblitération et l'atrophie des vaisseaux de la choroïde, sont des conditions essentielles à la production de ce phénomène.

Tous ces détails pathologiques étaient nécessaires pour être plus clair dans l'exposition de la *symptomatologie* de cette affection.

Si vous examinez avec attention les yeux d'individus atteints d'ectasie postérieure dans une période avancée de la maladie, vous constaterez un changement constant dans la forme du globe oculaire. Ainsi, si vous ordonnez au malade de diriger son œil fortement en dedans, vous observerez un aplatissement latéral du bulbe dont les dimensions d'avant en arrière se sont accrues. Cet allongement de l'axe antéro-postérieur du globe est appréciable à l'œil nu; mais on peut le mesurer d'une façon plus rigoureuse, soit au moyen du compas modifié (Arlt), ou du fil de plomb de M. de Graefe, ou de l'ingénieux instrument du professeur de Welz à Wurtzbourg; enfin, à l'examen cadavérique, on a constaté que cet axe, au lieu d'avoir de 22 à 24 millimètres, en mesurait de 28 à 32. Cet allongement est une conséquence de l'ectasie postérieure de la sclérotique.

Nous avons déjà dit que ce staphylome postérieur siégeait presque toujours au côté externe de la papille du nerf optique. A cet endroit, la sclérotique est considérablement amincie comme dans les ectasies antérieures du globe, et son aspect bleuâtre, lorsqu'il est vu extérieurement, n'est que le résultat d'un effet d'optique produit par la présence d'une membrane demi-transparente derrière laquelle se trouve un espace obscur; c'est ce que l'on observe facilement sur le vivant quand le malade dirige fortement son œil en dedans.

L'allongement du diamètre antéro-postérieur de l'œil produit des phénomènes que nous allons vous exposer, et qui seront autant de signes précieux pour le diagnostic de la maladie.

Je dois vous signaler en première ligne, et comme symptôme constant, la *myopie*. Elle existe toujours, quelquefois même à un degré très-prononcé, et elle augmente, sans exception, avec les progrès de la maladie. Pour vous donner une preuve de sa constance, il nous suffit de vous dire que sur dix personnes qui ne peuvent distinguer les objets éloignés sans se servir de verres concaves du n° 2 au n° 6, il y en a neuf qui sont affligées d'un staphylome postérieur.

Bientôt la myopie s'accompagne d'amblyopie, et le malade non-seulement ne voit plus les objets éloignés, même lorsqu'il se sert de verres adaptés à sa myopie, mais encore il ne distingue qu'imparfaitement les objets les plus rapprochés. Cette diminution de la force visuelle peut être attribuée soit à l'affection rétinienne que nous vous avons déjà signalée comme une complication souvent reconnaissable à l'ophthalmoscope, soit à l'éblouissement que doit produire la réflection des rayons lumineux qui vont frapper la tache blanche du fond de l'œil.

Il ne faut pas s'étonner qu'un allongement considérable de l'œil d'avant en arrière puisse gêner les mouvements du globe. Ce symptôme devient surtout apparent quand la myopie est assez forte pour exiger une convergence presque constante des yeux, c'est-à-dire pour nécessiter une contraction permanente des muscles droits internes. Ces muscles, fortifiés par cet exercice continuel, acquièrent bientôt sur leurs antagonistes une telle prépondérance, que ceux-ci sont incapables de diriger l'œil en dehors. C'est ainsi qu'à un degré plus avancé, cette rupture de la synergie musculaire peut produire un *strabisme convergent*. On remarquera au contraire un *strabisme divergent* toutes les fois que les progrès rapides de la myopie exigeront subitement des efforts de convergence assez considérables pour fatiguer les muscles droits internes au point d'amener leur insuffisance.

Ces altérations pathologiques du globe ne peuvent certainement exister sans avoir une influence fâcheuse sur la vue du malade. Nous avons déjà dit que les verres concaves, après un temps assez court, ne suffisent plus, comme dans la myopie simple, pour corriger les troubles visuels. D'ailleurs, si la maladie n'est pas arrêtée, la myopie augmente de plus en plus, et le patient n'aperçoit plus que des objets très-rapprochés et se trouve dans la nécessité de changer fréquemment les verres de ses lunettes. L'œil se fatigue au moindre travail, larmoie facilement, devient douloureux, sensible à la lumière, et aperçoit des reflets brillants et colorés, des spectres lumineux. Le malade ressent une certaine gêne, des picotements et même des élancements. Lorsque la tache blanche qui entoure la papille optique fait des progrès et s'avance jusqu'au voisinage de la *macula lutea*, les malades aperçoivent souvent une tache sombre qui gêne beaucoup la vision, surtout quand le malade veut lire ou s'appliquer à un travail fin et minutieux.

En résumé, la maladie ne conduit pas elle-même à une perte complète de la vision, mais elle y dispose par ses complications, c'est-à-dire par le ramollissement du corps vitré, la cataracte, et enfin le décollement de la rétine.

L'étiologie de cette maladie a été discutée pendant longtemps, et de nos jours encore la question n'a pu être jugée d'une manière définitive. Les uns, avec M. de Graefe, regardent l'ectasie postérieure de l'œil comme le résultat d'une inflammation de la choroïde; d'autres, comme la conséquence d'une disposition congénitale ou acquise de l'œil à l'hydrophthalmie. Tous cependant sont d'accord sur ce point, qu'elle peut être produite ou aggravée, si elle existe déjà, par les congestions de l'œil et les efforts continuels d'accommodation, car ces derniers nécessitent la contraction des muscles de l'œil, ce qui gêne la circulation du globe et augmente la pression intra-oculaire. Ainsi un œil normal, qui regarde les objets sous un faux jour, est obligé de les rapprocher, par conséquent d'accroître les efforts d'accommodation, et si la même cause se reproduit souvent, elle amène la congestion de l'œil, la stase du sang dans les veines et l'hydrophthalmie. Les myopes qui sont forcés de rapprocher les objets sont donc principalement sujets à cette disposition.

Le pronostic de l'ectasie postérieure de l'œil n'est pas funeste, puisqu'une hygiène convenable de la vue et un traitement antiphlogistique dirigé contre l'hyperémie interne de l'œil sont assez efficaces pour arrêter les progrès de la maladie et améliorer la vision. Le pronostic varie avec l'étendue de la myopie. Il est tout à fait défavorable lorsqu'il y a des altérations centrales du champ visuel, mais surtout quand il y a des altérations profondes du corps vitré, une excavation papillaire ou un décollement de la rétine.

Quant au traitement, la première indication est une bonne hygiène de la vue. Ainsi, le malade reposera ses yeux autant que possible, et évitera les efforts d'accommodation, qui sont une véritable source de congestion. On lui interdira la lecture, et on devra surtout beaucoup insister sur le danger de rester assis devant une table; car, grâce à la myopie, la tête se trouve penchée en avant et l'œil dans une position tellement déclive, qu'il devient immédiatement le siége d'une forte congestion. Quand la maladie est dans la période d'augment et qu'elle s'accompagne de très-fortes douleurs, on dirige contre elle un traitement beaucoup plus énergique. Ainsi, on le combat par des émissions sanguines locales, les bains de pieds, les dérivatifs; et si les altérations choroïdiennes sont très-avancées, le sublimé à la dose de 2 centigrammes par jour. L'iodure de potassium n'a aucune efficacité contre cette maladie. Les douches froides, au contraire, donnent souvent lieu à de très-bons résultats. On fera bien de conseiller l'emploi de verres bleus pour diminuer l'éblouissement qui accompagne toujours cette affection.

Les malades ne devront faire qu'un usage très-modéré de verres concaves, et à la condition seulement de s'observer attentivement, dans la crainte qu'ils ne cherchent insensiblement et d'une façon involontaire à augmenter la grandeur des images par le rapprochement des objets; car les efforts d'accommodation nécessités par la proximité des objets, se trouvent considérablement augmentés par les verres, dont ils ont encore à combattre la divergence; et l'énergie musculaire réclamée par ces efforts devient une source nouvelle de la congestion que le malade doit éviter et que le médecin doit combattre autant que possible.

HOSPICE DE LA VIEILLESSE (hommes). — M. FOUCHER.

Plaie de tête; dénudation et fracture du coronal. Guérison sans exfoliation de l'os.

(Observation recueillie par M. A. DE MONTMÉJA, interne du service.)

Voici un fait qui vient encore démontrer combien est grande la tendance des plaies de tête avec dénudation des os à se cicatriser rapidement sans ostéite intercurrente et sans exfoliation osseuse consécutive :

Le 7 juillet 1864, le nommé Louis C..., âgé de soixante-quatorze ans, descendant d'un omnibus, éprouva une faiblesse momentanée dans les jambes, occasionnée sans doute par le frémissement de la voiture, et se laissa tomber à terre. La tête porta contre le bord du

---

sence de complications. » Et ses conclusions sont restées les mêmes après cinq années de recherches.

Un autre chapitre important est le sixième, intitulé : *Du mode d'action des hypophosphites dans la guérison de la phthisie.* Sous ce titre est un véritable exposé de thérapeutique rationnelle sur les conditionnalités de tout résultat curatif; sur le rôle réel et la conception scientifique des médicaments que leur puissance exceptionnelle a fait dénommer spécifiques; sur les droits enfin que les préparations hypophosphoreuses ont à cette qualification d'après leurs effets thérapeutiques sur les symptômes et les lésions de la phthisie.

Nous ne ferons qu'indiquer ce qui a trait à la chimie et à la pharmacologie des hypophosphites, parce qu'il est évidemment impossible de faire en quelques lignes le résumé des détails nombreux et techniques qui sont relatifs aux caractères spéciaux de ces préparations; aux soins à prendre pour les obtenir pures; au choix que l'on doit faire des différents sels de cette classe dans tel cas déterminé; aux formules à préférer selon les circonstances générales ou individuelles du traitement.

L'histoire des recherches qui ont conduit M. Churchill à choisir ces moyens thérapeutiques est sûrement plus attrayante et met en lumière ses droits incontestables à la priorité de la découverte dont il revendique l'honneur. Nous recommandons aussi, incidemment, l'appendice qui suit ce chapitre, et qui contient la liste longue et tristement instructive des remèdes employés ou recommandés à différentes époques contre la tuberculisation pulmonaire. Cette liste renferme plus de trois cents agents médicamenteux ou simplement hygiéniques, dont la vogue éphémère rappelle à l'auteur ces vers du poëte :

Multa renascentur, quæ jam cecidere, cadentque
Quæ nunc sunt in honore.....

C'est dans le même ordre d'idées que le docteur Churchill, avant d'exposer sa théorie de la tuberculose, a voulu résumer aussi la série des théories physiologiques ou vitalistes, solidistes ou anatomiques, humorales ou chimiques, qui ont eu cours dans la science, non point dans le but d'établir à grands frais d'érudition des contradictions péremptoires, mais au contraire pour arriver à prouver que ses idées offraient précisément la clef des divergences des hypothèses antérieures, en même temps qu'elles en comblaient les lacunes. C'est en s'inspirant des règles posées par son maître Buchez dans sa remarquable *Introduction à l'étude des sciences médicales,* qu'il s'est efforcé de démontrer que sa conception inductive de la diminution dans l'économie d'un élément phosphoreux, distinct de l'élément phosphatique admis avant lui, « établissait un lien de mutuelle dépendance entre les différentes catégories de phénomènes que les hypothèses anciennes laissaient dans une indépendance relative inexplicable. »

Il a fait de cette diminution, par épuisement ou défaut de reproduction, de cet élément phosphoreux, une des conditions essentielles de la diathèse tuberculeuse, et prouvé comment cette théorie pouvait servir à expliquer aussi les phénomènes physiologiques et anatomiques constatés dans les affections tuberculeuses, ainsi que les relations pathologiques de ces affections avec d'autres maladies, telles que la scrofule, l'anémie, la chlorose, etc. Il y a dans toute cette partie du livre, consacrée aux rapports de la *phospholigie* ou *manque* de l'élément phosphoreux, et les conditions étiologiques si multiples de la tuberculisation, des considérations originales et vraiment nouvelles qu'il est d'ailleurs fréquent de rencontrer dans tout l'ouvrage. Nous ne pouvons en donner ici qu'une idée très-incomplète, car un exposé même sommaire n'eût qu'effleuré ou mieux défloré le sujet. Aussi préférons-nous conseiller au lecteur d'en faire un examen attentif.

Nous ne ferons qu'indiquer aussi, pour la même raison, les conclusions dans lesquelles M. Churchill, généralisant sa théorie de la tuberculose, et partant de la présence dans l'économie de principes immédiats dont l'organisme tire son existence, constitue, d'après ses recherches sur l'efficacité des hypophosphites, une méthode thérapeutique nouvelle destinée à lutter contre la pathologie stœchiologique, c'est-à-dire contre les variations morbides des principes immédiats de notre corps.

La longue histoire critique des essais souvent informes d'expérimentation de l'emploi des hypophosphites contre la phthisie depuis 1858 jusqu'à nos jours, termine enfin l'ouvrage, et n'en serait pas la partie la moins intéressante si le sort réservé aux découvertes de tout genre n'était pas trop souvent identique. Il n'y a guère lieu de s'en étonner. Tout chercheur doit savoir d'avance ce qu'il rencontrera sur sa route d'indifférence, de légèreté ou de mauvais vouloir. Son seul recours sera probablement toujours l'excellence de ses recherches, la solidité de ses raisonnements, ou la sûreté de son jugement. Ce qu'il peut faire pour hâter alors le triomphe de ses idées, c'est d'en exposer les détails aux lecteurs, juges en dernier ressort des disputes scientifiques. Nous croyons que le docteur Churchill bénéficiera de cet appel aux médecins, et nous pensons qu'il est difficile à un auteur de mettre plus franchement qu'il ne l'a fait chacun en mesure de se prononcer.

Dr SEAMAN.

M. le docteur Dupré, dont l'enseignement a été d'une si grande utilité à notre génération médicale, fonde un journal intitulé l'*Indépendance médicale et pharmaceutique,* journal de l'enseignement libre.

Nous suivrons avec la plus vive sympathie le développement de ce nouvel organe médical, et nous serons heureux de tenir nos lecteurs au courant des travaux qu'il publiera.

marchepied, et en relevant cet homme, qui était demeuré sans connaissance, on vit qu'il avait au front une plaie contuse siégeant sur la bosse frontale gauche. Cette plaie, un peu oblique de dehors en dedans et de haut en bas, se terminait en dedans au niveau de l'arcade sourcilière, près de la racine du nez, et mesurait une étendue de près de 8 centimètres. La lèvre inférieure de la plaie retombait sur l'œil, et il y avait une hémorrhagie abondante : au fond de la plaie, on voyait l'os mis à nu; le décollement était assez vaste.

En arrivant à l'hôpital, le malade a repris ses sens, et l'hémorrhagie une fois arrêtée, l'interne de garde a réuni la plaie. La suppuration s'est montrée dès le lendemain, et on a détruit la suture. L'état général se maintint, et le malade n'éprouva que de légères souffrances dans la région de la plaie. M. Foucher prescrivit un purgatif et la diète; les bords de la plaie ont été rapprochés au moyen de bandelettes de diachylon. — Pansement à l'eau froide.

Le 11, il y a une tuméfaction considérable au niveau de la paupière supérieure et de l'arcade sourcilière, et cette tuméfaction produit une occlusion complète de l'œil; la région malade offre une teinte ecchymotique généralement uniforme; la fièvre est peu intense. Le pansement à l'eau froide est remplacé par l'application de cataplasmes de fécule.

Le 21, il y a un petit bourgeon charnu sortant d'une fente linéaire de l'os que l'on n'avait pas encore vue; il est impossible de savoir si cette fracture intéresse les deux tables de l'os : sur son trajet, il n'y a pas d'enfoncement, et sa longueur paraît avoir au moins 4 centimètres; sa direction est celle de la plaie tégumentaire.

Le 23, la surface dénudée de l'os a une teinte légèrement rosée; on voit un pointillé rouge qui annonce une vascularisation active; le bourgeon charnu que nous avions vu sortir de la fissure osseuse s'est étendu.

Le 25, toute la portion de l'os située en dehors de la fissure est envahie et recouverte par les bourgeons charnus; le reste de l'os est fortement vascularisé.

Le 28, la blépharoptose diminue, ainsi que la tuméfaction de l'arcade sourcilière.

Le 5 août, l'os est entièrement recouvert, mais on remarque un peu de rougeur et de gonflement de la peau tout autour de la plaie.

Le 8, la plaie offre le meilleur aspect; il n'y a plus le moindre décollement, et les bourgeons se développent avec une activité qu'il faut réprimer de temps à autre par des cautérisations au nitrate d'argent.

La guérison s'effectue enfin au bout de quelques jours sans qu'il soit survenu la moindre complication durant le traitement : un instant toutefois on a craint de voir un érysipèle se déclarer, mais ces prévisions ne se sont point réalisées.

ASILE DES ALIÉNÉS D'YZEURE (Allier). — M. REIGNIER.

Cas d'idiotisme congénital présentant à la nécropsie une adhérence des deux hémisphères, l'absence des nerfs olfactifs et d'autres choses remarquables dans différents organes.

(Observation recueillie par M. MICHAUT.)

Une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte d'idiotisme congénital, entra à l'Asile départemental d'aliénés de l'Allier le 27 décembre 1862. On remarqua d'abord sa petite stature et ses formes grêles, dues à un arrêt de développement, qui fait qu'on ne lui donne à première vue que treize à quatorze ans; une tache sur la cornée la rend presque aveugle de l'œil droit.

Elle ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait, mais on lui faisait dire ce que l'on voulait, comme à un enfant auquel on apprend à parler; elle prononçait fort mal. Incapable de se coucher, de se lever seule, indolente, apathique au point de ne pas satisfaire proprement aux besoins naturels, elle mangeait à peu près seule, mais très-lentement; elle paraissait avide. Le sentiment de la pudeur et de son sexe même semblait manquer. Rarement elle se mettait en colère, et quand cela avait lieu, elle cherchait à exercer des malices contre ses compagnes; elle allait même jusqu'à les battre avec intention.

On remarqua de la toux depuis un an, et on soupçonna la présence de tubercules dans les poumons, quoique ce symptôme, joint à un amaigrissement progressif, fût le *seul* que l'on pût observer jusqu'à sa mort. Cette malade se prêtant très-mal à toute exploration, on constata seulement à l'auscultation que sa respiration était puérile et exagérée; la percussion prouvait que la poitrine était très-sonore partout. On devina par la palpation qu'il y avait de l'engorgement dans les viscères de l'abdomen, et cela vers le dernier mois de son existence.

Cette malade entra à l'infirmerie le 6 juillet dernier, car depuis quelques jours elle ne mangeait plus, et la veille elle avait eu de la diarrhée; deux ou trois jours après, elle alla mieux, demanda à manger, et une partie de son appétit revint avec quelques variations; cet état dura dix jours, au bout desquels elle reprit le lit pour ne plus le quitter. Il y avait par jour de quatre à six selles très-liquides, non sanguinolentes; elle urinait très-souvent, elle demandait à boire à chaque instant, et se tenait dans son lit les cuisses fléchies sur le bassin, ce qui empêchait d'explorer son ventre convenablement.

On n'a jamais pu noter rien de remarquable concernant le sens de l'odorat, car elle ne donnait guère de manifestations que pour demander à manger et à boire quand elle voyait les autres femmes prendre leur repas ou manger quelque chose.

Cette malade n'a jamais été réglée.

Le traitement contre une affection tuberculeuse généralisée ne pouvait être que palliatif, chez un sujet avorté et voué depuis la première enfance à une mort prématurée. Il a consisté dans l'usage de boissons pectorales, aidé d'un régime aussi fortifiant que possible, auquel cette pauvre infirme ne se soumettait qu'avec beaucoup de peine.

Elle mourut le 10 août à minuit, et à l'autopsie on trouva ce qui suit :

Cerveau. — 1° Deux petites plaques de granulations des méninges sur chaque hémisphère, à la partie moyenne et supérieure;

2° Un peu d'infiltration partielle de ces méninges;

3° Absence complète des nerfs olfactifs;

4° La face supérieure de l'ethmoïde, au lieu d'être à peu près de niveau avec celle des petites ailes du sphénoïde, présentait une fosse très-marquée dans laquelle étaient logées deux saillies formées par la partie de chaque hémisphère qui repose sur l'ethmoïde;

5° Il a fallu couper une adhérence, qui a paru congénitale, entre les deux hémisphères dans toute l'étendue du corps calleux, et assez régulièrement épaisse de 1 centimètre. J'ai déjà rencontré des adhérences, mais elles étaient irrégulières et manifestement dues à la soudure des méninges, par suite de phlegmasies antérieures.

Le crâne paraissait développé régulièrement et la tête bien proportionnée à la stature.

Poitrine. — En ouvrant cette cavité, on voit que les deux poumons sont petits, d'un rose tirant sur le blanc dans leurs parties saines; ils ne présentent aucune adhérence pleurale, quoique le toucher reconnaisse de petites masses tuberculeuses dans leur intérieur. Le poumon gauche ne remplit que le tiers ou le quart de la cavité destinée à le contenir, et en incisant on découvre quelques petites masses tuberculeuses à différents degrés de développement et de ramollissement.

Le poumon droit ne remplit guère que la moitié de la cavité correspondante; le lobe supérieur est surtout revenu sur lui-même, parce qu'il est assez sain, mais le lobe inférieur est plus développé, plus dense, d'un rouge à marbrures vineuses; la plèvre viscérale n'est pas malade du tout, quoique celle qui se loge entre les deux lobes offre par plaques une coloration blanc verdâtre. En incisant ce lobe inférieur, on découvre une foule de foyers purulents ayant à peu près les mêmes dimensions, c'est-à-dire pouvant loger une grosse noisette.

On remarque aussi, disséminées çà et là, quelques masses tuberculeuses à différents degrés de développement et de ramollissement.

Les ganglions bronchiques sont très-développés et tuberculeux.

Le cœur est très-petit.

Abdomen. — Le foie remplit presque complétement les hypochondres, même le gauche, car l'estomac et la rate sont réduits à un très-petit volume, tandis que le foie est considérablement développé. A sa surface, comme dans son épaisseur, on remarque une coloration uniforme d'un noir bleuâtre, tirant sur le gris; sa consistance est normale.

La vésicule biliaire contient un liquide d'un blanc sale, trouble, grumeleux.

Le tube digestif, surtout les deux derniers tiers de l'intestin grêle, offre çà et là, dans une étendue plus ou moins considérable, un rétrécissement tel qu'il peut à peine contenir le petit doigt; si on ouvre l'intestin rétréci, on remarque que sa lumière est complétement remplie par une bouillie rougeâtre assez épaisse, et qu'en les râclant avec précaution, pour ne pas déchirer la muqueuse ramollie et amincie, on découvre quelques rares ulcérations qui intéressent toute l'épaisseur de la muqueuse assez rouge.

Les ganglions mésentériques forment une grosse masse bosselée; en les ouvrant, on voit qu'ils sont transformés en matière tuberculeuse.

Organes de la génération. — Les signes extérieurs de la puberté sont peu marqués; l'entrée du vagin n'offre aucun vestige de la membrane hymen, mais il y a un rétrécissement circulaire très-notable formé par la muqueuse.

Au toucher vaginal, on sent à peine l'ouverture de la matrice, car il n'y a pas de museau de tanche. En fendant le périnée dans toute son étendue, on met à nu le fond du vagin; sa paroi supérieure offrait une couleur rouge pâle et des rides très-peu marquées; on reconnait également par la vue que le museau de tanche manque.

Les organes de la génération examinés dans le petit bassin montrent à l'observation ce qui suit :

1° L'ovaire droit, très-petit, très-mou, vide d'ovules, sans cicatrices, repose sur le sacrum, très-près de la ligne médiane;

2° L'ovaire gauche est comme le droit, mais il repose sur la partie latérale du petit bassin;

3° Les trompes sont très-longues, sans doute parce que les ovaires et l'utérus sont très-petits;

4° L'utérus, mou, n'est pas plus gros que la phalange unguéale d'un adulte. Une sonde métallique, introduite dans sa cavité, déprime ses parois aussi facilement que celles de la vessie.

CHLORO-ANÉMIE TRAITÉE AVEC SUCCÈS

par l'eau saline de Lasserre (Bagnères-de-Bigorre).

(Observation recueillie par M. BERGERON, interne à Lariboisière.)

Les chloro-anémies sont si multipliées aujourd'hui, que le praticien est heureux de voir aussi se multiplier les moyens curatifs. Le fer est souvent impuissant pour la guérison de cette maladie, car si l'estomac est affecté, tous les organes éprouvent des troubles profonds, et quand l'estomac ne fonctionne pas, le fer n'est pas digéré, quelquefois même il n'est pas supporté. Il faut donc commencer par reconstituer les organes de la digestion, et l'eau minérale remplit bien le but. Dans le cas qui fait l'objet de l'observation que nous rapportons, les forces et l'appétit étaient nuls et le fer ne produisait aucun effet; l'eau de Lasserre nous est venue en aide; aussitôt que la malade a eu retrouvé l'appétit, nous avons été maître de la maladie.

Mlle C..., âgée de vingt et un ans, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Joséphine, n° 12, service de M. Tardieu, le 2 juin 1864.

La malade a les attributs d'un tempérament chloro-anémique; sa constitution est affaiblie; elle est atteinte de dysménorrhée avec flueurs blanches et palpitations nerveuses. La face est bouffie et pâle, les forces nulles; elle est habituellement sujette à des défaillances et en proie à des troubles gastro-intestinaux, avec langue saburrale, bouche amère, constipation opiniâtre.

On prescrit l'eau de Lasserre, une bouteille par jour.

Le 10, les accidents gastro-intestinaux se sont beaucoup amendés, la constipation a disparu, il y a une ou deux selles par jour. On continue l'eau de Lasserre.

Le 20, l'appétit est revenu, la malade mange quatre portions; la chloro-anémie s'est sensiblement améliorée, la gastralgie dyspeptique a totalement disparu.

Le 29, la malade est en pleine voie de guérison; elle est envoyée au Vésinet.

L'eau de Lasserre a paru agir surtout avec efficacité non-seulement contre la chloro-anémie d'origine récente, mais encore contre la gastralgie nerveuse; comme eau laxative, elle a fait de suite cesser la constipation; elle a aussi fait disparaître dès les premiers jours la couche saburrale qui recouvrait la langue; elle a enfin ramené l'appétit, chose importante dans le traitement de la chlorose.

Il est certain que beaucoup de chlorotiques sont guéries tous les jours sans le secours du fer. N'oublions pas que l'estomac n'est pas un creuset où, mettant les mêmes substances dans les mêmes proportions et dans les mêmes conditions matérielles, on obtient toujours des effets identiques.

Les appareils de la chimie, vivants, délicats, mobiles, soumis, en un mot, à une foule de modifications qui nous échappent, exigent qu'on les consulte et qu'on saisisse l'occasion favorable pour leur faire remplir certains rôles thérapeutiques.

Dans l'affection qui nous occupe, plus que dans toute autre, le médecin se trouve vis-à-vis de cette difficulté.

« L'indication des ferrugineux, disent MM. Trousseau et Pidoux, si évidente qu'elle soit, ne peut pas toujours être facilement remplie par le médecin. L'état de l'estomac et celui des intestins, une susceptibilité qu'il est impossible de prévoir, y peuvent mettre un grand obstacle. Il n'en faut pas moins voir toujours le but auquel il faut arriver tôt ou tard; et pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois modifier l'irritabilité du canal intestinal ou accoutumer l'économie à l'impression des martiaux. (*Traité de thérapeutique*, page 19.)

Cette vérité, confirmée tous les jours par la pratique, résume pour nous les indications de l'emploi de l'eau de Lasserre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 septembre. — Présidence de M. MALGAIGNE, vice-président.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le Compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements de la Somme et de l'Ariége. (Commission des épidémies.)

2° Le rapport de M. le docteur Niepce, sur le service médical des eaux minérales d'Allevard (Isère) pour l'année 1862. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. LARREY offre à l'Académie :

1° Au nom de M. le docteur Leclerc, un volume intitulé : *Une mission médicale en Kabylie;*

2° Au nom de M. le docteur Wecker, le troisième fascicule du premier volume de son *Traité élémentaire d'ophthalmologie;*

3° Au nom de M. Gibson, la statistique médicale de l'armée anglaise pour l'année 1862.

— M. BÉCLARD présente, au nom de M. Giraldès, une brochure *sur la fève de Calabar.*

— M. GIRARD DE CAILLEUX lit une note dont voici les conclusions :

1° Il est une maladie qui se développe chez l'homme sous l'influence d'une disposition *sui generis* et de causes occasionnelles.

2° Cette maladie, par ses symptômes (exaltation de la sensibilité, actes délirants, horreur ou répugnance extrême des aliments et des boissons, fureur, fièvre, convulsions, altération des sécrétions, etc.) par la rapidité de sa marche (quelques jours de durée), par sa terminaison funeste et par les résultats nécroscopiques, se prête à un tel rapprochement avec la rage, que les auteurs l'ont confondue avec cette affection sous le nom de rage spontanée,

3° Cette maladie, qui emprunte à l'espèce dans laquelle elle se développe des caractères spéciaux, et qui se manifestent sous la forme de délire aigu fébrile hydrophobique, a une si grande affinité, une si profonde analogie avec l'affection appelée rage chez les animaux, qu'elle me semble digne de fixer l'attention de l'Académie et des médecins qui ont occasion de l'observer.

M. BOULEY. Je suis la cause de la nouvelle communication que vient d'entendre l'Académie, je ne puis ici que répéter ma protestation; mais je sais que M. Baillarger est prêt à réfuter les assertions de M. Girard de Cailleux.

M. GIRARD DE CAILLEUX. Je n'affirme rien.

Discussion sur la pustule maligne et les maladies spécifiques.

M. BRIQUET. Pour bien étudier, dit l'orateur, la pustule maligne et juger sa nature, il fallait, à mon avis, l'étudier comparativement avec les autres maladies contagieuses. Cela n'a pas été fait d'une façon complète, et il y a même eu à cette tribune des idées anti-élémentaires et anti-classiques, qui étaient, du reste, de ce que l'on peut appeler le vieux dictionnaire des maladies virulentes. Il y a beaucoup de trouble dans la discussion; rien n'a été éclairci d'une manière positive. M. Gosselin pourrait nous dire : Vous n'avez pas été plus affirmatifs que moi. La discussion s'est passée en compromis. Je n'aime pas les compromis, et cela sent souvent le baiser Lamourette.

Mon but est d'étudier ici la pustule maligne au point de vue des maladies contagieuses.

L'orateur établit d'abord qu'il existe deux classes de maladies contagieuses communicables : les unes, comme les maladies nerveuses, par imitation; les autres par contact de matériaux saisissables formant un germe morbide, un contagium, un virus enfin, se présentant sous des formes variables. M. Briquet montre que, par exemple, la variole est transmise par les croûtes desséchées des pustules, par le pus varioleux, par les miasmes émanés de linges ayant couvert des varioleux. Il insiste sur la nature des miasmes varioleux. Il dit que ceux-ci, mêlés à l'eau, passent comme ce liquide par toutes les périodes de transformation; solubles dans l'eau, ils se vaporisent avec elle, se condensent comme elle; que suspendu dans l'air comme la vapeur d'eau, on voit le virus de la clavelée porté par le vent d'un troupeau malade à un troupeau sain.

Mais, dit l'orateur, il y a un grand fait qui domine l'histoire de la

contagion ; c'est la nécessité d'une prédisposition du sujet pour subir l'effet de la contagion, depuis la variole jusqu'à la syphilis et la rage. La variole ne manifeste pas ses effets sur tous ceux qui sont en relation avec un varioleux ; la syphilis, comme l'a écrit M. Ricord, manque son sujet plus de fois qu'elle ne l'attrape ; la rage n'atteint pas tous les individus qui ont été mordus. Il faut une aptitude qui constitue une prédisposition. Il y a des causes occasionnelles. On sait que la rougeole et la scarlatine, pour ne citer qu'un exemple, se produisent quelquefois après une insolation, après une course contre le vent.

L'orateur énumère ensuite les maladies réputées contagieuses de l'avis de tous, telles que la variole, la vaccine, la scarlatine, le charbon, la pustule maligne, la syphilis ; puis les maladies contagieuses accidentellement, telles que la morve, la rage, la diphthérite, la pneumonie du gros bétail, la bronchite épidémique, la clavelée, la pourriture d'hôpital, la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, le typhus, la fièvre jaune, la peste, le choléra, l'érysipèle. L'orateur explique que la rage est simulée par des symptômes de délire hydrophobique, et que cette considération doit la faire ranger dans la seconde classe des maladies virulentes. Il dit que par respect pour l'Académie, il mettra un point d'interrogation à la question de contagion du choléra.

Abordant la question des maladies contagieuses virulentes au point de vue leur origine, l'orateur ne croit pas, comme certains médecins fantaisistes, que les maladies nouvelles soient le résultat de cataclysmes dans le monde. Il pense que l'on peut rattacher l'origine des maladies contagieuses au contact avec les animaux. On croirait, dit M. Briquet, que la Providence nous a imposé des maladies pour nous avertir des écarts auxquels nous ne devons pas nous livrer. Ainsi pour la syphilis, si les faits historiques peuvent être ici d'une valeur incontestable, on pourrait penser que l'homme a gagné la maladie syphilitique par des contacts impurs avec les animaux. Les relations de médecins du temps disent que la vérole a fait son apparition en France au temps de Charles VIII, après la campagne de Naples, et on ajoute que des troupeaux de chèvres qui suivaient l'armée étaient infectées aux parties génitales et affectées d'ulcères sordides, et ces maladies semblaient de nature syphilitique. On sait qu'en Italie les mœurs étaient relâchées ; cela n'a rien d'impossible. Prenons une autre maladie : on a dit que la variole venait d'Arabie ; les recherches modernes semblent prouver que la variole du cheval, de la vache et de l'homme sont une même maladie, et l'on sait que dans l'Arabie les bestiaux sont les commensaux de l'homme. Le charbon et la pustule maligne sont évidemment d'origine animale, et cela n'est contestable pour personne.

Il y a, dit M. Briquet, deux modes de développement des maladies virulentes : les unes sont dues à une cause spécifique, un virus ; la variole, la rougeole, la pustule maligne, sont dans ce cas, et elles sont caractérisées par ce fait qu'aucune cause générale ne les produit, que nul empoisonnement, nulle maladie ne les simule ; ce ne sont pas les éruptions provoquées par le tartre stibié qui causent la variole, et il n'y a que les homœopathes qui aient pu rapprocher la rubéfaction due à l'empoisonnement par la belladone de l'éruption de la scarlatine ; les maladies contagieuses virulentes ne peuvent se produire que d'une seule manière, la contagion par un virus. Sur les trente-quatre maladies contagieuses, neuf seulement sont dans ce cas.

Les vingt autres, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie des bestiaux, l'ophthalmie, etc., qui sont des types, se produisent sous des influences très-diverses ; ce sont des maladies connues, déterminées, se produisant sous l'influence de conditions particulières, et quelquefois sous l'influence d'un virus, comme le virus rabique, par exemple, et la pourriture d'hôpital. Ainsi est encore le typhus produit par l'agglomération d'individus et la formation de miasmes infectants. Toutes ces maladies n'ont pas un cachet spécial toujours isolé ; elles ont, au point de vue des symptômes, des lésions mêmes, leurs analogues dans d'autres maladies.

Après cet exposé de la pathologie générale des maladies virulentes, voyons la pustule maligne.

Ressemble-t-elle à une maladie quelconque de l'homme ? Non. Ce n'est pas un érythème simple ni une gangrène simple. La maladie a un caractère spécial qui est toujours le même. Vous la produisez artificiellement, vous la voyez naître ; témoin ce maréchal ferrant qui, après avoir ouvert un abcès charbonneux à un animal, porte son instrument à sa bouche, et a une pustule maligne de la lèvre ; témoin cette vachère qui, vidant sa vache atteinte de charbon, a une pustule maligne sur le bras qui avait été introduit dans l'intestin de l'animal. Jamais on n'a prouvé jusqu'ici qu'elle pût naître d'une cause étrangère. Cela termine la question.

Il suffit que des expériences et des faits concluants, que l'expérience de mille ans pour la variole, de plus de quatre cents ans pour la syphilis, de plus de cent ans pour la pustule maligne, aient démontré que des maladies toujours semblables à elles-mêmes et moulées sur un type unique, sans analogie avec les maladies spontanées ; il suffit que des maladies n'aient pas encore été vues d'une manière probante développées en dehors du virus, pour que l'on rejette leur spontanéité.

A cet égard, la pustule maligne, comme la variole, ne saurait être spontanée.

M. RICORD ne pense pas que les chèvres du moyen âge et de l'époque de Charles VIII aient transmis la syphilis aux hommes. Aujourd'hui, on ne voit pas de chèvres atteintes de maladies semblables à celles qui ont été rappelées par M. Briquet. D'un autre côté, les rapports de l'homme avec les bêtes ne sont pas nouveaux, l'antiquité fourmille de faits de cette nature. Au point de vue de la théorie, il est évident cependant que la vérole a dû avoir un commencement. Peut-être a-t-elle été spontanée, et quoique jusqu'ici tout prouve qu'elle est communiquée par contact, il y a peut-être là un point d'interrogation ; mais à coup sûr l'on n'a pas prouvé que la vérole ait eu son origine dans les animaux.

Un instant, dit l'orateur, je l'avais pensé dans le cours de mon enseignement ; et j'avais rapproché certains faits de vérole de la morve et du farcin chronique chez l'homme. Mais lorsqu'il a été démontré que le farcin et la morve du cheval pouvaient se transmettre à l'homme, cette idée a dû être éloignée. Les syphilis galopantes du quinzième siècle qui ont sévi à Naples prêtaient à la comparaison. Mais je n'avais pas adopté l'idée de Van Helmont, qui croyait à des rapprochements contre nature avec des animaux malades ; je pensais qu'il était possible qu'il y ait eu infection par simple contact. Et ce qui aurait encore confirmé cette assertion, c'était la remarque de M. Beau. Notre collègue a fait des recherches et nous a appris qu'il y avait à Naples, en même temps que des syphilis galopantes chez les hommes, des morves et des farcins sur les chevaux de l'armée.

A part ce rapprochement, auquel il est impossible d'attacher plus d'importance qu'à une comparaison, on n'a pas vu la vérole chez les animaux. Je m'élève à cet égard contre l'assertion de M. Briquet. Bien plus, quelques tentatives qu'on ait faites, on n'a pas pu transmettre la syphilis à aucun animal ; on transmet le chancre mou, mais on ne transmet pas la syphilis avec ses manifestations même élémentaires.

M. BRIQUET. J'objecterai à M. Ricord que si la morve du cheval avait pu produire autrefois la syphilis chez l'homme, elle pourrait encore la produire aujourd'hui.

M. RICORD. C'est mon objection contre la maladie des chèvres, origine première de la syphilis.

M. DEPAUL proteste contre l'assertion de M. Ricord : la vérole de l'homme s'inocule aux animaux, et la syphilis plantée sur les animaux peut reproduire la vérole chez l'animal et chez l'homme.

M. RICORD. J'ai suivi les expériences qui ont été faites devant la commission de l'Académie ; on a fait des expériences d'inoculation sur les animaux, et nous avons pu juger. J'offre ici à l'Académie mon diagnostic, ma garantie personnelle. La vérole a produit sur les singes des chancres mous qui reproduisaient des chancres mous, mais qui avaient une durée beaucoup plus courte que les chancres mous ordinaires. Ces ulcérations ne s'accompagnaient pas d'engorgement ni de phagédénisme. Nous avons failli être trompé une fois : un singe avait un prurigo ; si on avait fait une inoculation, on aurait pu croire à une syphilide.

Je tiens à cette opinion, que la vraie vérole n'a pas été transmise à des animaux ; jamais le chancre primitif induré n'a été produit.

M. DEPAUL. Et ce fait de la chatte qui a transmis des ulcérations à ses petits ?

M. RICORD. Ce n'était pas la vérole.

M. MALGAIGNE. Tous les faits historiques qui ont été cités ici sont faux ; les sources auxquelles ils ont été puisés sont pauvres de preuves, et il y a d'autres livres non moins authentiques que ceux de Rhasès et de Van Helmont qui prouvent le contraire des idées qui circulent sur la foi de quelques historiographes. Grégoire de Tours a parlé de la variole, et il la nommait même variole. On a dit que la vérole provenait de contacts avec les animaux. Van Helmont, qui a produit cette idée, ne fait pas autorité dans l'histoire de la syphilis. La syphilis remonte plus haut que le quinzième siècle ; bien avant ce temps, les historiens et les médecins français parlaient d'une maladie qui est la syphilis avec ses conséquences.

M. BOULEY. M. Briquet semble dire que la syphilis a été une sorte de providence pour écarter les hommes du coït avec les animaux. Que serait à ce point de vue la maladie du coït chez le cheval, cette maladie qui ressemble localement à la vérole, qui est contagieuse et qui ne diffère de la première maladie que parce qu'elle est toujours mortelle, après des accidents de paralysie et de morve aiguë ?

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Motte, médecin en chef de l'hospice, aux Andelys (Eure), la prière de reproduire la lettre suivante. Nos lecteurs comprendront la juste susceptibilité de notre honorable confrère, et la publicité qu'il désire donner à sa protestation.

A Messieurs CATELLAN *frères, pharmaciens homœopathes, à Paris.*

Messieurs,

Un de mes très-honorables confrères m'écrit que mon nom figure dans l'*Annuaire homœopathique*, dont vous êtes les éditeurs. J'ai vérifié le fait, il est très-exact. Je vous avoue que j'ai été très-surpris que vous vous fussiez permis de m'inscrire au nombre des disciples d'Hahnemann sans m'en avoir prévenu. Je n'ai jamais rien dit ni rien écrit qui pût vous autoriser à agir ainsi.

Je n'ai point à m'expliquer ici sur le mérite de l'homœopathie ni sur ceux qui l'exploitent. Ce que je tiens surtout à bien établir, c'est que je ne suis point un de ses adeptes. Je vous invite donc à ne plus insérer mon nom dans la prochaine édition de votre *Annuaire*.

J'ai l'honneur de vous saluer. D[r] MOTTE.

Par décret du 24 août 1864, de nouvelles dénominations ont été attribuées à celles des rues de Paris dont les noms étaient multiples. Parmi ces nouveaux noms, nous relevons ceux qui touchent à notre carrière ou aux sciences accessoires.

1[er] *arrondissement*. Rue et impasse de la Corderie Saint-Honoré, rue et impasse *Gomboust*, médecin.

5[e] *arrondissement*. Rue Neuve-Sainte-Geneviève, rue *Tournefort*, naturaliste. — Rue d'Orléans-Saint-Marcel, rue *Daubenton*, naturaliste. — Rue de Versailles, rue *Fresnel*, chimiste.

13[e] *arrondissement*. Grande rue d'Austerlitz, rue *Esquirol*. — Rue de l'Hôpital, rue *Harvey*.

14[e] *arrondissement*. Rue Biron, rue *Humboldt*. — Avenue Sainte-Anne, rue *Ferrus*.

15[e] *arrondissement*. — Rue de l'Entrepôt, rue *Rouelle*, chimiste. — Rue Notre-Dame, rue *Desnouettes*, chimiste.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 106. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 106. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'ictère grave épidémique.

L'ictère grave est de date toute récente. En cherchant bien dans les vieux auteurs, Rubœus, Morgagni, Boerhaave, etc., on retrouverait quelques observations d'ictère, s'accompagnant d'accidents cérébraux graves, rapidement mortels, et qui pourraient se rapporter jusqu'à un certain point à la maladie qui nous occupe.

Huxham, Monro, Bruning, Portal et Villeneuve citent des cas analogues; mais ce sont des faits épars dans la science : nul lien n'apparaît encore pour les rapprocher les uns des autres, et ils passent inaperçus.

En 1843, Rokitanski (*Manuel d'anatomie pathologique*, t. III, p. 313) décrit, sous le nom d'*atrophie jaune aiguë du foie*, une affection à marche aiguë, caractérisée par une excessive douleur dans l'hypochondre droit, des accidents nerveux, un ictère accompagné de fièvre.

Deux ans plus tard, Budd (*Diseases of the liver*, Londres, 1845) consacre tout un chapitre de son livre à la description de la *fatal jaundice*.

Après lui parurent successivement les thèses d'Ozanam (*Forme grave de l'ictère essentiel*, thèse de Paris, 1849), Verdet, (*Ictère essentiel grave*, Paris, 1851); de Siphnaïos (*Essai sur la fièvre jaune sporadique*, 1852), dans laquelle l'auteur conclut à la similitude de l'ictère grave et de la fièvre jaune sporadique.

Trois ans plus tard, et un an seulement après le mémoire de Duesh, lequel ne s'occupe guère que de l'anatomie pathologique de l'ictère grave (*Pathogenese des icterus*, Leipzig, 1854), parut un très-remarquable travail de Lebert, qui fut publié dans les *Archives de Virchow* (1855). Dans ce mémoire, Leudet, décrivant l'ictère grave sous le nom d'*ictère typhoïde*, lui donne pour point de départ une intoxication biliaire, mais sans savoir au juste quels éléments de la bile produisaient cette intoxication.

Frerichs (*Klinik des leberkrankheiten*; Braunschweig, 1858) décrit l'ictère grave, mais sans lever encore toutes les incertitudes qui règnent sur ce point. Après lui nous mentionnerons le mémoire de M. Monneret (*Progrès*, t. III), et comme travail d'analyse, les thèses de MM. Genouville, Blachez, etc.

Parmi les observations qui sont relatées dans ces diverses publications, il en est quelques-unes, en particulier celles qui ont été fournies par Griffin, Hawson, Ch. Budd, une très-curieuse de M. Hérard, dans lesquelles on remarque qu'une *certaine influence locale n'est point étrangère à la production de la maladie*. (Genouville, thèse de Paris, 1859).

De là à démontrer que l'ictère grave pouvait être réellement épidémique, il y avait un grand pas de franchi. Deux ans plus tard, M. Carville, ayant eu l'occasion d'observer à la maison centrale de Gaillon une épidémie d'ictère grave, envoya à l'Académie de médecine une relation de cette épidémie sous forme de mémoire, lequel fut couronné par l'Académie dans sa séance du 17 décembre 1861. Ce mémoire, qui n'a été que tout récemment livré à la publicité (*Archives générales de médecine*, août et septembre 1864), est une œuvre du plus grand intérêt au point de vue de l'étiologie encore fort obscure de l'ictère grave.

I. Voici d'abord sous quelle forme s'est présentée cette épidémie et quels sont les principaux symptômes qu'elle a offerts :

Elle a paru le 21 mai 1859 et s'est terminée vers le milieu d'octobre; elle a offert des alternatives saines dans ses périodes d'état et de déclin, et on l'a vue attaquer de préférence les constitutions fortes, les tempéraments sanguins, dans l'âge moyen de la vie.

II. L'ictère grave, soit qu'il ait été suivi de mort ou que l'issue en ait été heureuse, a parcouru ses deux périodes principales dans l'espace de douze jours, périodes d'incubation et d'explosion. La première s'étendant du frisson initial, qui marque le début des accidents, jusqu'à l'apparition de l'ictère qui s'y caractérise; la seconde comprenant le temps qui s'écoule depuis la manifestation ictérique jusqu'à la convalescence ou la mort.

III. Quant à la gravité de la maladie, on peut s'en convaincre en voyant que sur 47 malades entrés à l'infirmerie, 11 sont morts, et dans les cas où il y a eu guérison, la maladie avait porté à l'organisme une atteinte telle, qu'il a fallu au moins six semaines à deux mois de convalescence avant que la santé se fût rétablie complétement.

IV. Si maintenant nous analysons avec soin les différents symptômes offerts par la maladie, et cela dans leur ordre successif d'apparition, nous trouvons d'abord le frisson (sensation de froid), avec horripilation et tremblement toujours très-intense; céphalalgie vive, sans aucun signe extérieur de congestion, sans que les yeux soient injectés ni la face vultueuse, et en même temps, comme symptôme d'une importance extrême et dominant cette première période de la maladie, un affaissement général, une prostration profonde avec accablement.

V. Le pouls est à peine un peu plus fréquent et plus fort qu'à l'état normal (88); la fièvre, caractérisée aussi bien par la fréquence que par l'ampleur et le développement du pouls, se montre si faiblement, que c'est à peine si on peut lui conserver ce nom.

VI. C'est à peine s'il y a de la fièvre; la peau n'est point brûlante et sèche, et cependant la soif est vive, surtout vers le deuxième ou troisième jour; plus tard, la sécrétion de l'urine diminue et se supprime presque entièrement.

C'est là un signe très-grave au point de vue du pronostic, car la réapparition des urines est le premier signe d'une convalescence heureuse. Examinées avec soin, les urines sont ictériques, se colorent en vert par l'acide nitrique, mais ne sont point albumineuses.

VII. Dans la première période se montrent, à peu près dans la moitié des cas, un léger ballonnement du ventre, avec sensibilité épigastrique, nausées et vomissements bilieux.

En outre, la respiration est anxieuse, gênée, difficile, et cela se montre souvent deux ou trois jours avant l'apparition de l'ictère. Est-il nécessaire de rappeler ici que la gêne de la respiration est un caractère commun à toutes les intoxications, de quelque nature qu'elles soient (empoisonnement proprement dit, toxihémie), qui présentent au début des symptômes d'hyposthénie?

Telle est la première période de la maladie.

I. La seconde débute par un frisson, frisson secondaire, et en même temps que le frisson, la céphalalgie s'aggrave et devient persistante.

II. La coloration jaune de la peau présente des nuances variées, mais dont l'intensité a été le plus souvent en rapport avec la gravité des accidents. En même temps, le pouls diminue un peu de force et de fréquence, mais il reprend bientôt.

III. Il y a eu des hémorrhagies; mais, chose importante à noter, elles n'ont pas été en rapport direct avec la gravité de la maladie. Le sang est altéré, c'est un fait incontestable, mais cette altération n'est point toute la maladie et ne la domine pas. Du reste, c'est ce qui arrive à propos de la fièvre jaune, où beaucoup d'individus sont emportés par la maladie sans avoir jamais eu de vomissements noirs ni d'hémorrhagies.

IV. Cependant la respiration s'embarrasse; il survient du hoquet; les malades ont des alternatives d'assoupissement et de délire, et dix fois seulement on a observé des convulsions.

V. Onze malades ont succombé; chez tous, l'autopsie a été pratiquée. L'attention s'était tout d'abord portée sur l'état du foie; il s'agissait de savoir quel était le rapport entre l'*atrophie jaune aiguë* du foie et le groupe de symptômes qui dans le cas présent avaient constitué l'ictère grave épidémique.

Ici M. Carville signale dix cas avec ou sans altérations; mais comme il avoue lui-même n'avoir pas employé le microscope, la partie anatomo-pathologique de son travail, qui eût été si intéressante, échappe à toute analyse; si bien exercés que soient les sens de l'observation, ils ne pouvaient suppléer à l'analyse microscopique, qui pouvait seule lui apprendre si les éléments histologiques du foie étaient ou non altérés.

Plusieurs fois il a noté que les follicules de Peyer étaient un peu hypertrophiés, surtout vers la fin de l'intestin grêle. Il y avait un peu de psorentérie.

— La forme épidémique qu'a prise ici l'ictère grave a été le trait le plus curieux de cette maladie : il est donc constant qu'elle peut à un moment donné sévir sur un grand nombre d'individus, et cela sous des influences encore pleines d'obscurité.

On peut encore remarquer une chose, c'est que la moyenne de mortalité de cette forme d'ictère grave a été à peu près la même que celle de la fièvre jaune. Et, comme le fait remarquer avec raison M. Carville, il serait plus difficile de dire les caractères qui distinguent ces deux maladies que ceux qui permettent de les rapprocher.

On est en droit de se demander si l'ictère grave ne serait point autre chose qu'une modification de la fièvre jaune, apparaissant sous des conditions climatériques qui peuvent faire varier l'influence que l'on a à la contracter.

Si l'une est restée jusqu'ici à peu près confinée sous le ciel brûlant des tropiques, ne semble-t-il pas que l'autre ait attendu pour éclore les chaleurs vraiment excessives de l'année 1859?

Traitement médical du croup par l'émétique à haute dose, le chlorate de potasse et la cautérisation.

Dans une précédente *Revue clinique*, nous avons appelé l'attention sur l'élément nerveux dans le croup. Ces idées de pathogénie, nouvelles, entièrement basées sur de récentes recherches expérimentales, ne peuvent manquer de modifier le traitement actuellement suivi dans le croup. C'est au traitement médical qu'il faudra de préférence s'adresser. On a jusqu'ici employé surtout l'émétique. Des succès ont été obtenus par Valleix, Bouchut, etc. Tout récemment (*Union médicale*, 20 août 1864), M. Notta, de Lisieux, a essayé de nouveau le traitement médical du croup en associant à l'émétique à haute dose le chlorate de potasse et les cautérisations.

Il donne l'émétique à la dose de 0,40 à 0,50 centigrammes dans 125 grammes d'eau sucrée, à prendre par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure. Cette potion est donnée pendant toute la journée, et on en suspend l'usage pendant la nuit.

En même temps, on fait des cautérisations répétées dans l'arrière-gorge et le pharynx à l'aide de perchlorure de fer et de nitrate d'argent, et on alimente le malade. Il faut s'abstenir aussi de toute émission sanguine, car l'émétique à haute dose chez un enfant épuisé par des émissions sanguines, par la diète, par de vastes révulsifs de toute sorte, ne pourra qu'augmenter la dépression des forces. Il faut donc se tenir en garde contre cet écueil.

Maintenant on peut se demander comment, dans ce cas, agit l'émétique. Sans doute les secousses de vomissement, en se répétant, ont pu contribuer à détacher les fausses membranes qui tapissaient les bronches. Mais l'émétique, outre cette action mécanique, a de plus une action antiphlogistique ou, pour mieux dire, modificatrice sur l'inflammation spécifique qui produit la pseudo-membrane; et c'est à cette double cause que l'on doit attribuer la guérison.

Certes, le nombre des guérisons obtenues par ce moyen atteindra à peine celui des insuccès : toute donnée statistique nous manque sur ce point.

Mais en admettant même que les guérisons soient dans une proportion moindre, ne doit-on pas prendre en sérieuse considération une méthode de traitement qui peut faire espérer un succès, alors que l'on n'a d'autre ressource que la trachéotomie, et cela dans des conditions telles que le malade est exposé à une mort certaine?

Entérolithes, suivies de péritonite suraiguë généralisée, survenues dans un cas avec perforation, dans l'autre sans perforation.

Deux très-curieuses observations d'entérolithes ont été présentées à la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 27 juillet dernier, l'une par M. Vidal, l'autre par M. H. Roger. De la comparaison de ces deux faits peuvent résulter des remarques qui ne sont point sans intérêt : elles ont été faites au sein même de la Société, et nous donnerons en quelques lignes le résumé de la discussion qui a suivi la lecture de ces deux observations.

I. La première a pour sujet un jeune homme de dix-neuf ans, lequel fut pris en pleine santé apparente, dans la nuit du 8 au 9 juin, de diarrhée, de coliques et de fièvre. Entré à l'hôpital trois jours après, il souffrait dans la fosse iliaque droite d'une très-vive douleur qui s'exagérait à la pression; il y avait en ce point de la tuméfaction, avec un certain degré de tension et de dureté.

Le 12 juin, dans l'après-midi, le malade se lève, contrairement aux recommandations qui lui avaient été faites; et en marchant il est pris tout d'un coup d'une si vive douleur, qu'il tombe en syncope et qu'on est obligé de le reporter sur son lit.

Il est pris de nausées, de vomissements porracés, bilieux; la face est pâle, anxieuse; le ventre ballonné, très-douloureux; le pouls petit, filiforme, très-fréquent, et moins de vingt heures après le début des premiers accidents de péritonite suraiguë, le malade avait succombé.

A l'autopsie, on trouve, outre les lésions de la péritonite généralisée, de sadhérences anciennes dans la fosse iliaque droite, et dans le cœur de larges ulcérations; en un point, toutes les membranes de l'intestin ont disparu; une fausse membrane externe

d'organisation ancienne empêche seule qu'il y ait perforation. — On trouve enchatonné à 2 centimètres environ de l'ouverture iléo-cœcale un calcul noirâtre de la forme et du volume d'un noyau de prune.

Ce calcul, remis par M. Vidal à M. Ducom, a été analysé par ce dernier avec le plus grand soin, et il a reconnu que l'entérolithe n'était autre chose « qu'un noyau de prune altéré et incrusté de sels pendant son séjour dans l'intestin. »

— En présence de ce fait, M. Vidal pense qu'après être resté longtemps dans l'appendice sans provoquer autre chose qu'une sorte de péritonite adhésive très-limitée, le calcul a ulcéré la muqueuse; sous l'influence de causes adjuvantes, cette ulcération est devenue le point de départ d'une inflammation, laquelle s'est d'abord limitée ; puis tout à coup, les fausses membranes qui limitaient cette péritonite partielle se sont rompues, et le pus, répandu dans le péritoine, a produit une péritonite suraiguë généralisée.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de cette observation, M. Roger prétendit que la perforation était cause des accidents, et que si on ne l'avait pas rencontrée à l'autopsie, cela tenait à ce que l'orifice en était masqué par des adhérences déjà formées.

Il croit, du reste, que les péritonites suraiguës sous-perforatrices sont au moins très-rares, sinon tout à fait contestables. — MM. Hérard, Moutard-Martin et Guibout en ont alors cité des exemples non douteux, entre autres le fait rapporté par M. Guibout.

II. M. H. Roger a communiqué alors à la Société une observation d'entérolithe avec *perforation* et péritonite. Cette observation est curieuse par la nature de l'entérolite : ce calcul, du volume d'un petit haricot, avait pour noyau central un pepin de raisin autour duquel la concrétion s'était formée.

Celle-ci était constituée par deux couches concentriques : la plus extérieure, brune, unie, composée presque entièrement de matières azotées provenant de matières fécaloïdes, etc. (cholestérine, matières biliaires, etc., 82 p. 100); la plus intérieure, grisâtre et comme stratifiée, presque entièrement formée de phosphate de chaux et de magnésie (16 p. 100).

Ces deux exemples d'entérolithes, tous deux formés par un noyau, un pepin de raisin, montrent comme cause la plus fréquente des calculs intestinaux quelques-uns de ces corps étrangers à chaque instant avalés et qui échappent à la digestion ; et n'est-ce point le cas de dire avec M. H. Roger, « qu'il n'y a plus de sécurité, même dans la digestion ! »

Du relâchement des articulations dans les jambes paralysées.

On connait le relâchement des articulations à la suite de traumatismes; c'est le diastasis acquis. Certains malades présentent un diastasis congénital. Nous en avons rapporté un exemple au commencement de cette année, dans une de nos *Revues cliniques*. La jambe dite de polichinelle est une complication des hydarthroses; mais il y a aussi un relâchement des articulations consécutif à des paralysies.

En 1860, M. Debout a parlé d'un de ces cas. « ... Le membre, disait M. Debout, présentait une telle flaccidité, qu'il aurait été presque possible de luxer toutes les articulations, et l'inertie musculaire, qui était complète, permettait de porter le membre dans toutes les directions, sans que la moindre contraction eût pu faire supposer que le membre appartenait à un être vivant (1). »

Dans un excellent travail dont nous donnerons bientôt le compte rendu (2), M. le docteur Laborde, ancien interne de l'hôpital des Enfants malades, vient d'appeler de nouveau l'attention sur cet état singulier des membres, et des jambes en particulier, où un grand nombre de muscles sont paralysés à la fois et ne contiennent plus les articulations.

Cette manifestation de la paralysie des enfants, suivant l'auteur, n'a pas suffisamment attiré l'attention des praticiens. Il s'agit, dit-il, de maintenir plutôt que de redresser. Les appareils à tuteurs sont trop lourds, un appareil léger est suffisant. Il est facile d'atteindre le but avec celui-ci. Après avoir examiné les diverses machines, l'auteur nous dit qu'un appareil construit autrefois par M. F. Martin, pourrait être utilisé en principe pour les cas de relâchement des articulations. Appliqué sur un individu, âgé de plus de quarante ans, dont parlait M. Debout, il a rendu de véritables services, et semble devoir être adopté pour les enfants qui présentent un relâchement des articulations par paralysie d'un grand nombre de muscles.

Cet appareil se compose d'une gaine de cuir embrassant les divers segments du membre, et fixée par un lacet : une attelle latérale d'acier articulée à la hauteur du genou, maintient le membre dans sa rectitude et permet la flexion en bornant l'extension. L'articulation du cou-de-pied, maintenue par l'appareil dans ses mouvements de latéralité, peut être fléchie et étendue. Une lanière de cuir, d'après le principe d'A. Paré, attachée à la partie moyenne et latérale de la chaussure, montant sur la face antérieure du membre, venant se fixer à une sorte de baudrier qui passe sur l'épaule du côté opposé, permet de relever la pointe du pied et de suppléer l'action des extenseurs de la jambe.

M. Laborde a bien spécifié l'indication; il s'agit des diastasis par paralysies multiples; les déviations des membres produites par une paralysie d'un seul muscle ou d'un groupe de muscles distincts, prêtent à d'autres considérations que l'auteur, du reste, n'a point négligées dans la suite de l'ouvrage.

(1) *Coup d'œil sur quelques appareils prothétiques.* — *Bull. de thér.*

(2) *De la paralysie essentielle de l'enfance.* Paris, 1864. Chez A. Delahaye.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

sur l'opium et ses alcaloïdes ;

Par M. le docteur Claude BERNARD.

Dans mon cours de médecine expérimentale au Collége de France, j'ai examiné cette année les divers moyens contentifs physiologiques que l'expérimentateur est appelé à mettre en usage, dans le but de faciliter l'exécution des expériences sur les animaux vivants. C'est ainsi que j'ai été conduit à examiner les propriétés stupéfiantes de l'opium et de ses alcaloïdes. Mais j'ai rencontré dans cette étude des divergences et des particularités inattendues que je me suis proposé d'examiner de plus près, à cause de l'importance thérapeutique et médicale de l'opium.

L'opium est un mélange d'une grande quantité de substances dont plusieurs diffèrent essentiellement les unes des autres par la nature de leur action sur l'économie animale. Depuis que la chimie est parvenue à séparer les alcaloïdes actifs de l'opium, un grand nombre de médecins les emploient de préférence à l'opium lui-même. C'est une tendance qu'on ne saurait trop encourager dans l'intérêt des progrès de la thérapeutique, ainsi qu'on le verra par les résultats contenus dans ce travail.

L'étude physiologique de l'opium et de ses alcaloïdes que j'ai entreprise, demanderait plusieurs années d'expérimentation pour être poussée aussi loin que le permettent les moyens actuels de la physiologie expérimentale. Ce n'est donc point un travail achevé que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, mais seulement une sorte d'introduction dans laquelle je traiterai d'une manière générale et comparative des propriétés *soporifiques* et *toxiques* de six des principes les plus actifs de l'opium, savoir : la morphine, la narcéine, la codéine, la narcotine, la papavérine et la thébaïne.

I. *Propriétés soporifiques des alcaloïdes de l'opium.* — Les expériences sur les animaux m'ont appris que parmi les six principes de l'opium que j'ai cités plus haut, trois seulement possèdent la propriété de faire dormir : ce sont la morphine, la narcéine et la codéine. Les trois autres, la narcotine, la papavérine et la thébaïne, sont dépourvus de vertu soporifique, de sorte qu'à ce point de vue ce sont non-seulement des substances étrangères dans l'opium, mais encore des matières dont l'activité propre peut contrarier ou modifier l'effet dormitif des premières.

De ce que la morphine, la narcéine et la codéine sont soporifiques, il ne faudrait pas en conclure que ces trois substances sont identiques dans leurs propriétés physiologiques et thérapeutiques. L'expérience montre au contraire que ces substances ont des vertus spécifiques, car chacune d'elles fait dormir à sa manière et en procurant un sommeil caractéristique. J'ai employé la morphine et la codéine à l'état de chlorhydrate, dans des solutions de 5 grammes de sel sur 400 grammes d'eau distillée. La narcéine étant plus soluble, je l'ai souvent employée directement dans des solutions à la même dose.

J'ai donné les substances soporifiques tantôt dans l'estomac ou dans le rectum, tantôt je les ai injectées dans les veines, dans la plèvre, dans la trachée ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

J'examinerai ailleurs les différences qui peuvent résulter de ces divers modes d'administration; mais pour les résultats généraux que je vais mentionner aujourd'hui, je ferai surtout allusion aux injections dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette manière d'agir donne une absorption plus régulière de la substance active, et fournit par suite des résultats plus sûrs et plus comparables. Je pense même, à raison de ces circonstances, que l'absorption sous-cutanée, qui n'a été employée jusqu'ici sur l'homme que par exception, devra devenir une méthode générale pour l'administration de tous les médicaments énergiques et à l'état de pureté.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un centimètre cube d'une dissolution de chlorhydrate de morphine à 5 pour 400, contenant par conséquent 5 centigrammes de sel, suffit très-bien pour endormir profondément un jeune chien de moyenne taille.

Quand les chiens sont adultes ou plus grands, il faut une dose plus forte. D'ailleurs, on peut, ainsi qu'on le verra plus loin en parlant des effets toxiques de la morphine, doubler, tripler et même décupler la dose, et produire ainsi un sommeil de plus en plus profond sans autres inconvénients que quelques accidents insignifiants pour la vie de l'animal.

Quand les chiens sont ainsi profondément stupéfiés par la morphine, ils sont comme des machines vivantes devenues inertes, très-commodes pour l'observation et l'expérimentation physiologique. Quand on place les chiens sur le dos, dans un appareil contentif en gouttière, ils y restent pendant des heures entières profondément endormis et sans faire aucun mouvement; on peut les maintenir dans toutes les positions et même la gueule ouverte, sans qu'ils montrent aucune résistance, ce qui permet de pratiquer avec la plus grande facilité les opérations physiologiques longues et délicates.

Les animaux ne sont pas insensibles; cependant, si le sommeil causé par la morphine est très-profond, la sensibilité se trouve considérablement émoussée, en même temps que les nerfs de la sensibilité sont devenus très-paresseux. En effet, quand on pince les extrémités, même avec force, l'animal ne manifeste d'abord aucune sensation douloureuse, de sorte qu'on le croirait insensible; mais après l'épreuve réitérée deux ou trois fois, l'animal éprouve de la douleur et s'agite. Dans ces conditions, et surtout quand le sommeil tend à diminuer, les animaux se montrent surtout sensibles aux bruits soudains. Quand on frappe sur la table ou qu'on détermine tout à coup le bruit d'une chute d'eau en ouvrant un robinet non loin de là, le chien tressaille et se réveille en sursaut; souvent même il se lève et s'enfuit comme effaré, mais pour s'arrêter bientôt et retomber dans le narcotisme. Quand on reproduit souvent ces bruits, l'animal finit par s'y habituer et ne plus s'en émouvoir, ce qui est le contraire pour le pincement, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

La durée et l'intensité du sommeil morphéique sont naturellement en rapport avec la dose de la substance absorbée; mais ce qu'il importe d'examiner ici, c'est la nature du réveil, qui est caractéristique. Les chiens, en se réveillant, ont constamment le même aspect; ils sont souvent effarés, les yeux hagards, le train postérieur surbaissé et à demi paralysé, ce qui leur donne la démarche tout à fait analogue à celle d'une hyène. Quand on appelle les chiens dans cet état, ils se sauvent comme effrayés; ils ne reconnaissent pas leur maître et cherchent à se cacher dans les endroits obscurs. Ces troubles intellectuels des animaux ne durent quelquefois pas moins de douze heures, et ce n'est qu'après ce temps que l'animal est revenu à son humeur normale.

Si nous comparons maintenant le sommeil de la codéine à celui de la morphine, nous verrons qu'ils diffèrent essentiellement l'un de l'autre. 5 centigrammes de chlorhydrate de codéine injectés sous la peau peuvent également suffire pour endormir un jeune chien de taille moyenne. Si les chiens sont adultes ou plus grands, il faut également augmenter la dose pour obtenir le même effet. Mais quelle que soit la dose, on ne parvient jamais à endormir les chiens aussi profondément par la codéine que par la morphine. L'animal peut toujours être réveillé facilement, soit par le pincement des extrémités, soit par un bruit qui se fait autour de lui. Quand on met le chien sur le dos dans la gouttière à expérience, il y reste tranquille, mais cependant l'animal a plutôt l'air d'être calmé que d'être vraiment endormi. Il est très-excitable; au moindre bruit il tressaille des quatre membres, et si l'on frappe fortement et subitement sur la table où il se trouve couché, il ressaute et s'enfuit. Cette excitabilité n'est que l'exagération d'un semblable état que nous avons déjà vu dans la morphine; comme elle, on la voit disparaître par les excitations répétées.

La codéine émousse beaucoup moins la sensibilité que la morphine et elle ne rend pas les nerfs paresseux comme elle, d'où il résulte que pour les opérations physiologiques la morphine est de beaucoup préférable à la codéine. Mais c'est surtout au réveil que les effets de la codéine se distinguent de ceux de la morphine. Les animaux codéinés à dose égale se réveillent sans effarement, sans paralysie du train postérieur et avec leur humeur naturelle; ils ne présentent pas ces troubles intellectuels qui succèdent à l'emploi de la morphine. Parmi les expériences très-nombreuses que j'ai faites à ce sujet, je me bornerai à rapporter un exemple qui met bien en évidence la différence que je signale.

Deux jeunes chiens habitués à jouer ensemble, et tous deux d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, reçurent dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'aisselle, et à l'aide d'une petite seringue à tube piquant, l'un 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine dissous dans 1 centimètre cube d'eau, et l'autre 5 centigrammes de chlorhydrate de codéine administrés de la même manière. Au bout d'un quart d'heure environ, les deux chiens éprouvèrent des effets soporifiques. On les mit tous deux sur le dos dans la gouttière à expérience, et ils dormirent tranquilles à peu près trois ou quatre heures. Alors les deux animaux réveillés présentaient le contraste le plus frappant. Le chien morphiné courait avec une démarche hyénoïde et l'œil effaré, ne reconnaissant plus personne et pas même son camarade codéiné, qui en vain l'agaçait et lui sautait sur le dos pour jouer avec lui. Ce n'est que le lendemain que le chien à la morphine reprit sa gaieté et son humeur ordinaire. Deux jours après, les deux chiens étant très-bien portants, je répétai exactement la même expérience, mais en sens inverse, c'est-à-dire que je donnai la codéine à celui qui avait eu la morphine, et *vice versa*. Les deux chiens dormirent à peu près aussi longtemps que la première fois, mais au réveil les rôles des deux animaux furent complétement intervertis comme l'avait été l'administration des substances. Le chien qui, deux jours auparavant, étant codéiné, s'était réveillé alerte et gai, était aujourd'hui ahuri et à demi paralysé à la suite du sommeil morphéique, tandis que l'autre s'était réveillé vif et joyeux.

Le sommeil produit par la narcéine participe à la fois de la nature du sommeil de la morphine et de la codéine, en même temps qu'il en diffère. La narcéine est la substance la plus somnifère de l'opium : à doses égales, avec la narcéine les animaux sont beaucoup plus profondément endormis qu'avec la codéine, mais ils ne sont pourtant pas abrutis par un sommeil de plomb comme avec la morphine. Leurs nerfs de sensibilité, quoique émoussés, ne sont point frappés d'une paresse très-appréciable, et les animaux manifestent assez vite les sensations douloureuses à la suite du pincement des extrémités. Mais ce qui caractérise plus particulièrement le sommeil narcéique, c'est le calme profond et l'absence de l'excitabilité au bruit que nous avons remarqués dans la morphine et trouvés au *summum* d'intensité dans la codéine. Au réveil, les animaux endormis par la narcéine reviennent très-vite à leur état naturel. Ils ne présentent qu'à un beaucoup moindre degré la faiblesse du train postérieur et l'effarement, et en cela le réveil de la narcéine se rapproche de celui de la codéine.

J'ajouterai que le sommeil de la narcéine est très-convenable pour les opérations physiologiques; les chiens affaissés dans un sommeil profond de plusieurs heures ne font aucune résistance, et s'ils se plaignent, ils ne cherchent pas à s'enfuir ni à mordre.

Les animaux sont alors dans un état tel, qu'on ne croirait pas qu'ils pussent en revenir. A la Société de biologie, dans une séance du mois de juillet dernier, j'ai injecté sous la peau de l'aisselle d'un jeune chien 7 à 8 centigrammes de narcéine en dissolution dans 2 centimètres cubes d'eau. Au bout d'un quart d'heure environ, l'animal fut pris d'un sommeil qui devint si profond, que, pour convaincre le président ainsi que plusieurs membres de cette laborieuse Société, si utile par la nature de ses travaux à l'avancement des sciences médicales, je fus obligé de renvoyer le chien dans la séance suivante pour montrer qu'il n'était pas mort.

En résumé, les trois substances soporifiques contenues dans l'opium présentent chacune un sommeil jusqu'à un certain point caractéristique. J'ai constaté ce résultat non-seulement sur des chiens, mais encore sur des chats, des lapins, des cochons d'Inde, des rats, des pigeons, des moineaux et des grenouilles. Chez tous, les effets des trois substances offrent les mêmes caractères et les mêmes différences, sauf la susceptibilité spéciale des animaux. Les rats blancs albinos, qui sont très-faciles à narcotiser, sont également très-propres à manifester les différences que nous avons signalées entre les sommeils de la morphine, de la codéine et de la narcéine. En mettant dans une même cage trois rats endormis par ces trois substances, quand on fait vibrer, même très-légèrement, les barreaux de la cage, le rat codéiné saute en l'air, et les deux autres restent tranquilles ; si l'on fait vibrer les barreaux plus fort, le rat codéiné et le rat morphiné tressaillent, mais le premier beaucoup plus que le second, tandis que le rat narcéiné ne bouge pas et reste endormi. Au réveil, le rat à la codéine reprend ses allures le premier, ensuite celui à la

narcéine, et enfin le rat à la morphine reste abruti pendant longtemps.

Les différences que j'ai signalées entre la morphine et la codéine étaient déjà connues des médecins ; ils avaient observé chez l'homme que la morphine procure un sommeil lourd avec des maux de tête consécutifs, tandis que la codéine donne au contraire un sommeil beaucoup plus léger, sans maux de tête au réveil. Mais la narcéine n'avait pas été encore essayée sur l'homme. D'après les résultats très-nets de mes expériences, deux médecins de Paris, bien connus par leurs travaux scientifiques, M. le docteur Debout, directeur du *Bulletin général de thérapeutique*, et M. le docteur Béhier, médecin de l'hôpital de la Pitié, ont fait des essais sur l'homme qui concordent complétement avec les effets de la narcéine que j'ai observés sur les animaux. Je me borne à signaler ces résultats, parce qu'ils sont en voie de publication ; mais je ferai seulement remarquer que dès aujourd'hui on peut considérer que la narcéine est entrée définitivement dans la thérapeutique de l'homme, à l'égal des deux autres substances soporifiques de l'opium.

Je ferai remarquer que les animaux, de même que l'homme, sont beaucoup plus sensibles aux effets de la morphine, de la codéine et de la narcéine, quand ils sont jeunes que quand ils sont adultes. Ils présentent en outre une même accoutumance rapide aux effets soporifiques des trois substances, de sorte que, pour obtenir les résultats dont nous avons parlé, il convient de prendre des animaux neufs, car j'ai constaté que ces phénomènes d'accoutumance sont quelquefois de longue durée.

II. *Propriétés toxiques des alcaloïdes de l'opium.* — Les six principes de l'opium que j'ai étudiés sont tous des poisons, mais il n'y a aucune relation à établir entre leurs propriétés toxiques et leur action soporifique. J'ai été amené à faire des recherches sur l'action toxique de ces substances, parce que j'avais observé, en stupéfiant les animaux pour des opérations physiologiques, que l'extrait gommeux d'opium était relativement plus dangereux que la morphine. En effet, les expériences me montrèrent bientôt que la morphine était un des alcaloïdes les moins toxiques de l'opium, et que la thébaïne en était le principe le plus actif comme poison. Pour donner une idée de la différence qui existe entre les deux alcaloïdes, je dirai que 1 décigramme de chlorhydrate de thébaïne dissous dans 2 centimètres cubes d'eau distillée et injecté dans les veines d'un chien du poids de 7 à 8 kilogrammes, le tue en cinq minutes, tandis que j'ai pu injecter jusqu'à 2 grammes de chlorhydrate de morphine dans les veines d'un animal de même taille sans amener la mort. Après la thébaïne arrive, pour la toxicité, la codéine, qui est également beaucoup plus dangereuse que la morphine. L'opinion contraire existe parmi les médecins, qui prescrivent chez l'homme la codéine à plus haute dose que la morphine. La cause d'erreur est venue de ce que, dans l'usage, la morphine produit très-vite et bien longtemps avant qu'on ait atteint une dose toxique, des accidents tels que céphalalgie et vomissements ; tandis que la codéine, qui endort peu, ne produit point ces accidents au même degré, quoique beaucoup plus toxique. La dose de chlorhydrate de codéine qui, injectée dans les veines, tue un chien, est bien inférieure à la dose de chlorhydrate de morphine qui peut être injectée de même sans amener la mort.

Mais les principes de l'opium sont à la fois toxiques et convulsivants, c'est-à-dire qu'ils amènent la mort avec des convulsions tétaniques violentes. Ces convulsions sont suivies pour quelques-uns d'entre eux, et particulièrement pour la thébaïne, de l'arrêt du cœur et d'une rigidité cadavérique rapide, comme cela se voit pour les poisons musculaires. La narcéine fait seule exception : elle n'est point excitante ni convulsivante ; portée à dose toxique, les animaux meurent dans le relâchement.

Je me borne pour le moment à ces indications sommaires, l'action toxique des alcaloïdes de l'opium devant être reprise analytiquement pour chacun d'eux en particulier avec le plus grand soin ; car c'est seulement au moyen d'études de ce genre que l'on trouvera l'explication de l'action soporifique et des actions médicamenteuses diverses de ces substances.

L'opium a déjà été l'objet d'un grand nombre d'expériences isolées ; mais, comme on le voit, ces études sont insuffisantes. Il faut reprendre méthodiquement et analytiquement l'étude de chaque alcaloïde de l'opium avec les moyens que la physiologie expérimentale met à notre disposition. C'est à ce propos que je donnerai l'historique des recherches qui m'ont précédé, et que j'ai négligées dans l'aperçu général que je donne aujourd'hui.

III. *Conclusions et réflexions.* — Il y a trois propriétés principales dans les alcaloïdes de l'opium : 1° action soporifique ; 2° action excitante ou convulsivante ; 3° action toxique.

Voici l'ordre dans lequel on peut ranger les six principes que j'ai étudiés relativement à ces trois propriétés. Dans l'ordre soporifique, nous avons au premier rang la narcéine, au second la morphine et au troisième la codéine. Les trois autres principes sont dépourvus de propriété soporifique. Dans l'ordre convulsivant, nous trouvons : 1° la thébaïne ; 2° la papavérine ; 3° la narcotine ; 4° la codéine ; 5° la morphine ; 6° la narcéine. Dans l'ordre de l'action toxique, nous avons : 1° la thébaïne ; 2° la codéine ; 3° la papavérine ; 4° la narcéine ; 5° la morphine ; 6° la narcotine.

Pour obtenir les classifications qui précèdent, il faut nécessairement expérimenter sur des animaux extrêmement comparables, parce qu'il y a des nuances que l'on ne saisirait pas sans cela. Telle est la différence de toxicité entre la morphine et la narcéine, qui est très-faible. Il serait impossible d'obtenir ces résultats comparatifs sur des chiens ou sur des lapins, par exemple, parce que ces animaux varient de taille, d'âge, de race, etc. Il faudrait également bien se garder de conclure d'après des expériences faites sur des animaux qui auraient déjà été soumis à l'action des préparations de l'opium, car l'accoutumance pour toutes les actions est si rapide et si grande que jamais dans ce cas une seconde expérience ne ressemble exactement à la première. On voit donc qu'en physiologie, plus que partout ailleurs, et cela à cause de la complexité des sujets, il est plus facile de faire de mauvaises expériences que d'en réaliser qui soient bonnes, c'est-à-dire comparables. C'est là la cause des contradictions si fréquentes qu'on rencontre parmi les expérimentateurs, et c'est un des principaux obstacles à l'avancement de la médecine et de la physiologie expérimentales. Les grenouilles sont des animaux qui sont plus comparables entre eux que les chiens, mais elles n'étaient pas assez sensibles pour nos expériences. Nous avons choisi à cause de cela des jeunes moineaux, qu'on trouve en très-grande quantité à Paris au printemps. Ces animaux, sortant tous du nid, par conséquent de même âge et de même taille, sont aussi comparables que possible, et en outre très-sensibles aux actions toxiques, soporifiques et convulsivantes. Pour administrer les solutions actives, je me servais de la petite seringue à vis de Pravaz munie d'un tube fin et piquant. Par ce moyen, je portais dans le tissu cellulaire sous-cutané, goutte à goutte, la substance active, et avec une précision en quelque sorte mathématique.

Comme je le disais en commençant, tout ceci n'est encore qu'une ébauche, et quoique les résultats que j'ai signalés dans cette note soient établis sur plus de deux cents expériences, on voit cependant que l'étude n'est qu'à son début, quand on pense qu'il faut, même avant d'aborder le mécanisme de l'action intime de chacune de ces substances, déterminer leurs effets sur la digestion, la circulation, les sécrétions, les excrétions, et expliquer encore les phénomènes si singuliers d'accoutumance des organes aux effets des opiacés, etc.

J'ai désiré seulement pour aujourd'hui attirer l'attention des physiologistes et des médecins sur des études que je considère comme la base de la thérapeutique scientifique. Ces recherches sont si longues et ces questions si difficiles qu'il n'est pas trop des efforts de tous pour les résoudre, et chacun doit le désirer ardemment. La thérapeutique offre déjà assez de difficultés par elle-même sans qu'on vienne encore les augmenter en continuant d'employer des médicaments complexes comme l'opium, qui n'agissent que par une résultante souvent variable. Il faut analyser les actions complexes et les réduire à des actions plus simples et exactement déterminées, sauf à les employer seules ou à les associer ensuite si cela est nécessaire. Ainsi avec l'opium on n'obtiendra jamais l'effet de la narcéine, qui procure le sommeil sans excitabilité ; mais on pourra, au contraire, trouver des effets très-variables qui dépendront d'une susceptibilité individuelle plus grande pour tel ou tel des principes actifs qui le composent. Les expériences sur les animaux permettent seules de faire convenablement des analyses physiologiques qui éclaireront et expliqueront les effets médicamenteux qu'on observe chez l'homme. Nous voyons, en effet, que tout ce que nous constatons chez l'homme se retrouve chez les animaux, et *vice versa*, seulement avec des particularités que la diversité des organismes explique ; mais au fond la nature des actions physiologiques est la même. Il ne saurait en être autrement, car sans cela il n'y aurait jamais de science physiologique ni de science médicale.

Enfin je terminerai par une remarque qui ressort naturellement de notre sujet. On voit par l'exemple de l'opium que le même végétal forme des principes dont l'action sur l'économie animale est fort différente et en quelque sorte opposée. On peut donc retirer plusieurs médicaments très-distincts de la même plante, et pour l'opium en particulier je pense que chacun de ses principes est destiné à devenir un médicament particulier, d'autant plus qu'il est de ces principes qui possèdent une influence très-marquée sur l'organisme sans être toxiques, en raison de l'énergie de cette action. C'est ainsi que le chlorhydrate de narcotine, par exemple, possède une propriété convulsivante très-grande, quoiqu'il soit le principe de l'opium le moins toxique parmi ceux que nous avons examinés. Il n'est donc plus nécessaire de croire que les plantes de la même famille doivent avoir toujours les mêmes propriétés médicinales, quand nous voyons le même végétal fournir des produits actifs si variés dans leurs propriétés physiologiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 août 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. PERRIN. J'ai pensé que la Société, en mettant à l'ordre du jour la question de l'iridectomie, avait surtout pour but de faire appel à la pratique de chacun de ses membres pour juger d'après les faits la valeur de cette opération. C'est pour ce motif que j'ai demandé la parole.

J'ai fait durant ces derniers mois deux opérations d'iridectomie : la première a été pratiquée chez ce vieillard de soixante-dix-huit ans que j'ai eu l'honneur de vous présenter à la fin de la dernière séance. Il s'agissait, comme l'indique clairement l'observation, d'une attaque de glaucome inflammatoire aigu, assez intense pour avoir entraîné la perte à peu près absolue de la vision en trente heures. Le volume et la dureté du globe oculaire, la rougeur diffuse de la conjonctive épaissie et comme infiltrée, l'existence du cercle vasculaire sclérotidien, l'état d'exfoliation et d'insensibilité de la cornée, enfin l'aspect de l'iris et de la pupille, et les douleurs, ne laissaient aucun doute sur la nature réelle de l'affection. J'ai interrogé avec soin le champ de la vision depuis le début des accidents jusqu'à leur complet développement, et je n'ai constaté aucune diminution. Si je signale ce détail, c'est pour mettre en garde contre l'importance que l'on m'a paru vouloir attacher à l'existence de ce signe diagnostique quand il s'agit de décider l'opportunité de l'iridectomie. La diminution du champ visuel est l'expression fonctionnelle d'altérations profondes et incurables survenues du côté de la papille optique par suite de l'excès de tension intra-oculaire. Au point de vue des services que l'excision de l'iris est appelée à rendre, les glaucomes peuvent être partagés en deux classes ; les uns, sans excavation de la papille et sans diminution symptomatique du champ de la vision ; ce sont tous les glaucomes au début, et surtout les glaucomes inflammatoires, qui, en raison de leur violence, attirent plus tôt l'attention ; les autres, avec excavation et diminution du champ visuel ; ce sont les glaucomes d'une certaine durée, et surtout les glaucomes chroniques, à marche insidieuse, et qui, en raison de leur bénignité relative, provoquent tardivement l'intervention de l'art. Il résulte de cette distinction qu'en attachant trop d'importance à l'état du champ de la vision quand on veut se décider à pratiquer l'iridectomie, on serait conduit à l'appliquer aux cas qui la réclament le moins. L'expérience s'est déjà suffisamment prononcée à cet égard. Il n'y a de guérison à espérer au point de vue du rétablissement de la vision que si la papille optique est encore intacte.

J'arrive à l'opération elle-même. Avant de la pratiquer, j'ai fait des instillations d'atropine, c'est-à-dire que j'ai suivi une pratique précisément contraire à celle que nous recommandait M. Follin dans la dernière séance, et qui consiste à faire usage de la fève de Calabar. J'avoue que, sauf meilleur avis, je serais assez disposé à continuer, car je ne vois dans l'action de la fève de Calabar que des inconvénients sans aucun avantage. En resserrant la pupille, elle attire nécessairement le bord de l'iris, qu'il faut aller saisir vers le centre du cristallin, c'est-à-dire vers le point où l'iris sera nécessairement plus exactement appliqué sur la cristalloïde : d'où manœuvre plus difficile, danger plus grand de léser le cristallin, ce qui est, on le sait, l'écueil principal de l'iridectomie, et l'une des petites difficultés à vaincre que l'on rencontre. Au lieu d'avoir une membrane rigide, n'y a-t-il pas un avantage réel à la trouver souple, inerte, flottante au voisinage de la ponction, et toute disposée à s'engager d'elle-même entre les lèvres de l'incision, comme cela arrive assez souvent ? Mais ce n'est pas tout : l'iris, dans le glaucome, perd promptement sa tonicité, sa consistance, de telle façon que le moindre effort suffit pour le déchirer irrégulièrement, pour le décoller dans une grande partie de sa circonférence. Avec la fève de Calabar, cette complication sera plus à craindre, on le comprend facilement.

J'ai employé le procédé de M. de Graefe et cherché à exciser une large portion de l'iris, depuis sa petite circonférence jusqu'à son insertion. Il m'a paru très-facile de pratiquer une large excision du corps même de l'iris et de faire une ponction suffisamment large ; mais il n'en est plus ainsi pour l'ablation de son bord, auquel l'illustre professeur de Berlin semble attacher une grande importance. J'ai voulu, ainsi qu'il l'enseigne, découper par deux coups de ciseaux distincts le lambeau à réséquer, puis l'attirer au dehors de façon à l'avoir bien carré et bien détaché jusqu'à sa base d'insertion. Je n'y suis point parvenu ; j'ai trouvé entre les mors de mon instrument une petite masse pulpeuse informe, sans face ni bords, que j'ai excisée aussi complétement que je l'ai pu. Tout n'a pas été enlevé, ainsi que vous avez pu le constater ; il reste une petite bandelette irienne au niveau de la ponction. Toutefois, ce qui m'a rassuré, c'est que mon malade a parfaitement et très-rapidement guéri.

Ce fait me laisse des doutes au sujet de l'importance réelle qu'il y a à enlever l'iris dans toute sa hauteur. On peut exciser très-largement l'iris sans toucher à son bord : vous en avez la preuve chez ce malade.

Je tiens à signaler ce détail, d'abord parce que l'excision de la marge irienne est relativement difficile, incertaine, et qu'il faut y regarder de près quand il s'agit d'ajouter une difficulté de plus à une opération dont l'insuccès pourrait engager l'habileté de l'opérateur, et qui ne rendra tous les services qu'elle promet qu'autant qu'elle sera vulgarisée comme opération d'urgence, reconnue facile et à la portée de tout le monde.

Mais c'est surtout parce que j'y vois rationnellement un danger, celui de couper de plus gros vaisseaux, et par conséquent d'ajouter aux chances déjà si fâcheuses de l'hémorrhagie.

A peine l'excision de l'iris fut-elle terminée, que la chambre antérieure se remplit de sang. Il fut évacué à plusieurs reprises, mais, malgré tous mes soins, il resta une mince pellicule de sang coagulé étalée devant la pupille et devant ce qui restait de l'iris.

L'opération eut les suites les plus simples : elle fut suivie de la cessation immédiate des douleurs, d'un soulagement vraiment merveilleux. La vision des gros objets revint vers le troisième jour ; puis le malade y vit de mieux en mieux, à mesure que la résorption du caillot fut plus avancée.

Aujourd'hui, huit mois après l'opération, l'œil a recouvré ses caractères normaux ; le malade lit facilement le n° 10 de l'échelle de M. Giraud-Teulon. Mais il reste dans le champ de la pupille deux petits fragments du caillot primitif, qui sont devenus le point de départ d'exsudations fibrineuses étalées comme un réseau délicat sur la capsule du cristallin. Sans aucun doute, c'est à elles exclusivement qu'il faut attribuer la diminution qui existe encore et qui existera probablement toujours dans l'acuité de la vision.

L'écoulement du sang dans la chambre antérieure a donc été dans ce cas un accident très-sérieux. J'ajoute d'une façon générale que c'est une complication toujours redoutable ; puisque sa production est indépendante de l'habileté de l'opérateur, et que ses suites sont livrées à la merci des forces capricieuses de la résorption. Aussi suis-je fort étonné du peu d'importance que paraissent y attacher les auteurs qui ont écrit sur l'iridectomie. C'est à peine s'ils en font une mention vague, comme s'il s'agissait d'un petit accident sans conséquence.

J'étais encore sous l'impression de ce premier fait, lorsque l'occasion se présenta d'appliquer l'iridectomie à l'extraction de la cataracte.

Il s'agissait d'une cataracte nucléaire compliquée d'une large synéchie postérieure chez un vieillard atteint d'une de ces vieilles conjonctivites *à répétition*, considérées à tort ou à raison comme une menace d'accidents inflammatoires consécutifs. Au double point de vue du manuel opératoire et des suites de l'opération, l'iridectomie me paraissait indiquée. Mais avant de prendre un parti, je tins à être renseigné sur le degré de fréquence de l'hémorrhagie irienne. J'interrogeai sur ce point quelques-uns de nos confrères, qui ont vu de près et pendant longtemps la pratique des ophthalmologistes allemands. Il me fut répondu que l'iris malade saignait toujours, mais l'iris sain rarement.

Rassuré, je pratiquai mon opération. Les ciseaux n'eurent pas plutôt touché à l'iris, que la chambre antérieure fut obscurcie par le sang, versé en petite quantité il est vrai, puisque après deux évacuations il me fut possible d'extraire le cristallin sans difficulté, mais en quantité suffisante pour tout compromettre.

Si j'en excepte une conjonctivite assez tenace, l'opération eut les suites les plus heureuses ; le malade guérit assez rapidement, la vision des gros objets fut rétablie ; mais aujourd'hui, cinq semaines après l'opération, il reste dans le champ de la pupille un très-petit caillot sanguin, qui a provoqué des exsudations fibrineuses, étalées en membranes et ramifiées vers tous les points de la petite circonférence de l'iris. Leur présence me paraît être le seul obstacle à une vision plus distincte, et elle ne me laisse pas sans crainte d'une atrésie consécutive de la pupille.

Deux faits ne prouvent pas grand'chose ; mais peut-être jugerez-vous comme moi qu'ils sont suffisants pour montrer qu'il faut tenir plus grand compte qu'on ne l'a fait jusqu'alors de la fréquence de l'épanchement de sang intra-oculaire à la suite de l'excision de l'iris. L'iridectomie en elle-même est l'opération la plus simple, la plus facile, la plus bénigne dans ses suites ; mais l'écoulement de sang qu'elle en-

traîne souvent compromet l'organe dans une mesure qu'il est impossible de prévoir.

Il résulte pour moi des remarques qui précèdent, ces deux conclusions pratiques ;

1° Que l'iridectomie appliquée au traitement du glaucome, qui entraîne presque toujours la perte absolue de la vision, est une excellente opération, et qu'on ne saurait trop recommander de la faire dès le début de l'affection.

2° Que l'iridectomie, appliquée à l'extraction de la cataracte, parce qu'elle expose à une hémorrhagie capable de compromettre gravement les résultats, ne doit entrer dans la pratique qu'à titre exceptionnel, jusqu'à ce que des faits suffisants aient permis de faire la balance des avantages et des inconvénients qui s'y rattachent.

M. FOLLIN. Je ne ferai que de courtes remarques sur ce que vient de dire M. Perrin ; mais je ne puis pas laisser sans réponse quelques-unes des assertions de notre collègue. Ainsi, je ne crois pas qu'on doive accepter la division qu'il propose au point de vue des indications thérapeutiques, entre les glaucomes avec excavation de la papille du nerf optique et ceux dépourvus de cette excavation. On se tromperait, selon moi, si l'on soutenait que les glaucomes sans excavation sont ceux auxquels convient surtout l'iridectomie. En effet, l'iridectomie a réussi à merveille dans des cas de glaucome aigu, où, malgré le récent début de l'affection, l'on a pu déjà constater une excavation de la papille du nerf optique, dépression causée par une tension oculaire considérable. Tout cela dépend du degré de résistance de la coque oculaire au niveau de l'entrée du nerf optique. J'ai vu récemment un œil glaucomateux qui, huit jours après le début de la maladie, avait une très-notable excavation, et là, comme dans d'autres cas du même genre, l'opération était bien indiquée.

Quant à l'emploi de la fève de Calabar, dont j'ai dit quelques mots dans l'avant-dernière séance, je persiste à croire qu'elle peut rendre de réels services dans les cas de glaucome où la pupille est excessivement dilatée et l'iris réduit à une zone des plus étroites. Ces conditions sont peu favorables pour l'opération, et je ne comprends pas pourquoi M. Perrin cherche à les exagérer encore par des instillations d'atropine avant l'iridectomie.

La fève de Calabar, au contraire, en déplissant l'iris plus ou moins, au gré du chirurgien, permet de mieux voir ce qu'on fait dans son excision. Je puis dire par expérience à M. Perrin que l'iris n'est pas alors dans un état de tension qui rende les manœuvres difficiles, et qu'on n'a pas à craindre la piqûre du cristallin ; c'est au contraire un moyen de l'éviter. Si M. Perrin avait, dans le cas qu'il nous a présenté, fait usage de la fève de Calabar, peut-être aurait-il pu mieux saisir l'iris et arriver jusqu'à l'insertion du bord ciliaire.

Cette excision de l'iris jusqu'au bord ciliaire est un des préceptes les plus importants donnés par M. de Graefe, qui y tient encore très-fortement, comme j'ai pu le voir dans une lettre écrite par lui, et mon expérience m'autorise à dire qu'il est dans le vrai.

Je ne dirai que deux mots de l'hémorrhagie qui suit l'excision de l'iris. On aurait tort de s'en trop effrayer. En général, elle est peu considérable dans le glaucome, et si, dans l'iridectomie faite avant la cataracte, elle peut être quelquefois un obstacle, on sait bien aujourd'hui que le plus souvent il est facile de faire sortir ce sang de la chambre antérieure, et quo souvent aussi celui qui y reste se résorbe vite.

M. PERRIN. Ce n'est pas au point de vue nosologique que j'ai proposé du faire de l'excavation de la papille un caractère distinctif entre certains glaucomes ; j'ai voulu dire que l'opportunité de l'opération ne doit pas être soumise à la présence ou à l'absence de ce signe, qu'il ne faut pas en tenir trop grand compte, sans quoi on s'exposerait à ne pas opérer en temps utile des glaucomes qui guériraient très-bien par l'iridectomie.

Je ne comprends pas qu'une difficulté opératoire résulte de ce que l'iris flotte au voisinage du bord ciliaire. Bien au contraire, car dans le glaucome, l'iris est ramolli, extrêmement facile à déchirer, et pour peu qu'on soit obligé d'exercer des tractions un peu étendues à sa surface, on s'expose à arracher son bord irrégulièrement et plus loin qu'on ne le voudrait. C'est pour cela que l'emploi de la fève de Calabar me paraît offrir des inconvénients.

L'excision de l'iris doit être large, sans aucun doute ; mais je ne vois aucune raison sérieuse qui me prouve la nécessité et même l'utilité d'aller inclusivement jusqu'au bord externe. Je demanderais au moins que cette nécessité fût établie par quelques observations comparatives.

Enfin, je répéterai, à propos de l'hémorrhagie, qu'on n'a pas suffisamment insisté sur sa fréquence et sur ses dangers, qui vont jusqu'à ruiner les résultats définitifs de l'opération.

M. HOUEL. Je désire présenter le résumé de quelques cas où j'ai eu à pratiquer l'iridectomie. J'ai fait cette opération comme premier temps de l'extraction du cristallin ; je l'ai pratiquée aussi pour des inflammations chroniques de l'œil.

Je parlerai d'abord des cataractes. Mon premier malade avait une cataracte molle et volumineuse ; je fis l'iridectomie ; du sang s'épancha immédiatement dans la chambre antérieure ; le cristallin fut extrait en majeure partie. Cependant le caillot sanguin ne fut résorbé que d'une manière incomplète, et en définitive la pupille est restée oblitérée. Mon second malade avait de chaque côté un cristallin gros et dur, mais une pupille absolument indilatable. Je voulus opérer en deux temps, faire d'abord l'iridectomie, puis extraire le cristallin plus tard. L'excision de l'iris donna lieu à un double épanchement sanguin ; l'un des deux yeux, qui avait été moins bien opéré, s'enflamma, et le malade voulut quitter l'hôpital. Hier je l'ai revu, et j'ai constaté que la vision est perdue définitivement des deux côtés.

Dans deux autres cas, j'ai opéré pour des iritis, d'abord une jeune fille, puis plus tard un homme. Dans ces deux cas, le résultat a été le même : des fausses membranes s'organisèrent dans le champ pupillaire, et la vision resta plus ou moins compromise. L'homme atteint d'iritis syphilitique crut avoir obtenu un peu d'amélioration pendant les premiers temps, mais c'était une illusion de malade ; la vision fut perdue. Quant à la jeune fille à l'iritis traumatique, bien que le résultat n'ait pas été aussi mauvais, l'amélioration a été nulle.

En définitive, je suis complétement revenu de ma première opinion sur l'iridectomie comme temps initial de la cataracte. Aujourd'hui, je ne ferais cette opération qu'à mon corps défendant. C'est l'épanchement sanguin dans la chambre antérieure qui me paraît être la cause première de tous les accidents, bien que ceux-ci ne se révèlent complétement qu'au bout d'un temps assez long, douze ou quinze jours environ.

M. FOUCHER. Je crois que M. Perrin a tort de compter sur l'atropine pour dilater la pupille ; car les chirurgiens savent bien que dès que la chambre antérieure est ouverte et l'humeur aqueuse évacuée, la pupille se contracte immédiatement. C'est même ce fait qui avait porté d'abord les chirurgiens à faire l'iridectomie dans la cataracte, puisque le bénéfice de la dilatation était perdu dès que le couteau avait incisé la cornée.

— La discussion sera continuée.

LECTURE.

M. FAISON, professeur à l'École de médecine d'Alger, lit un travail intitulé *De l'application des sangsues sur le globe de l'œil*.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Foucher, Follin et Houël.

— M. VERNEUIL donne lecture d'une observation de M. Bœckel : *Coxalgie grave; résection de la tête du fémur; guérison*. Renvoyée à la commission déjà nommée : MM. Chassaignac, Verneuil, Trélat.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibro-plastique de la gaine du nerf médian. — M. BAUCHET présente cette tumeur, qu'il a enlevée la veille chez une malade de son service. Il remettra une note sur cette présentation.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE.

La lettre suivante a été adressée à M. Grimaud aîné, à l'occasion d'un article inséré dans l'*Annuaire pharmaceutique et médical* de 1864, publié par M. Parisel, pharmacien à Paris.

A Monsieur GRIMAUD aîné, *ancien pharmacien de l'École de Paris, à Poitiers.*

Monsieur et honoré confrère,

D'après votre réclamation, au sujet de la mention d'une formule de dragées au fer et à l'ergot de seigle contre l'incontinence d'urine, attribuée par erreur au docteur Millet (de Tours), dans l'*Annuaire pharmaceutique et médical* que j'ai publié en 1864, je reconnais, après examen fait des documents et des renseignements que vous m'avez fournis, que la recette ci-contre désignée contre l'*incontinence d'urine*, indiquée dans mon *Annuaire pharmaceutique* de 1864, page 165, vous appartient comme en étant l'inventeur, et que c'est par erreur que j'ai attribué cette formule à M. le docteur Millet (de Tours), qui n'a été que l'expérimentateur, et qui était chargé de cette mission, en 1859, par la Société de médecine d'Indre-et-Loire.

Je m'empresse donc d'accueillir l'*erratum* que vous me demandez pour les exemplaires invendus de la quatrième année, et pour la cinquième année qui va paraître. Votre droit de publier cette rectification dans la forme que vous jugerez convenable ne souffrira de ma part aucune opposition, et je vous prie d'agréer, avec mes regrets, l'expression des sentiments distingués avec lesquels j'ai l'honneur d'être, Monsieur et honoré confrère   L. PARISEL, pharm. à Paris.

Paris, 2 juillet 1864.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élèves en pharmacie de deuxième et de troisième année à l'École du service de santé militaire de Strasbourg.

Un programme inséré au *Moniteur* du 18 août dernier détermine les conditions d'admission des élèves en pharmacie pourvus du diplôme de bachelier ès sciences et justifiant de trois années de stage dans une pharmacie civile.

Les élèves en pharmacie qui ont une ou deux années d'étude près d'une école supérieure de pharmacie et qui ont subi avec succès les examens semestriels, seront également admis à prendre part à ce concours.

Chaque candidat devra déposer dans les bureaux de l'intendance militaire, outre les pièces mentionnées au programme pour le concours des élèves de première année, un certificat de l'un des directeurs des écoles supérieures de pharmacie, constatant qu'il a quatre ou huit inscriptions, et qu'il a subi avec succès les examens semestriels.

Ne pourront être admis à concourir que les candidats âgés de moins de vingt-deux ans au 1er janvier de l'année courante, s'ils ont quatre inscriptions, et de moins de vingt-trois ans à la même époque, s'ils ont huit inscriptions. Aucune dispense d'âge ne sera accordée.

Forme et nature des épreuves pour les deux catégories d'élèves.

1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, la botanique et la matière médicale ;

3° Interrogations sur la pharmacie, suivies de l'exécution de deux préparations pharmaceutiques.

M. le docteur Triquet commencera, le lundi 12 septembre, un cours clinique sur les maladies des oreilles, à son dispensaire, impasse Larrey, 4. Visite des malades à dix heures ; pansements et opérations à onze heures.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

 N° 107. — MARDI 13 SEPTEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Quelques considérations sur la maladie décrite sous le nom de délire aigu.

(Observations recueillies par M. A. REGNARD, interne des hôpitaux.)

L'attention du monde médical ayant été attirée, à propos d'une question tout à fait incidente, sur la maladie décrite généralement sous le nom de délire aigu, j'ai cru devoir publier immédiatement les quatre observations suivantes, recueillies durant le cours de cette année dans le service et sous les yeux de mon excellent maître M. Baillarger.

Pour être bref, et tout en me réservant d'entrer plus tard dans des développements que ne comporte pas la nature de cet article, je dirai tout d'abord mon opinion personnelle, à savoir, que le délire aigu me paraît lié à une congestion cérébrale intense; or, l'hyperémie du cerveau et de ses membranes est en définitive le premier degré de l'inflammation.

De sorte qu'on pourrait considérer la maladie décrite ordinairement sous le nom de délire aigu comme *une méningo-encéphalite aiguë arrêtée le plus souvent dans son développement complet par la mort ou la guérison.*

D'ailleurs, ainsi que j'espère le démontrer plus loin, les malades atteints de délire aigu sont des aliénés tout aussi bien que les gens atteints de paralysie générale (méningo-encéphalite chronique), et doivent être au même titre conduits et maintenus dans les asiles et maisons de santé *ad hoc*.

OBS. Ire. — *Délire aigu au moment des règles. — Idées de grandeur au début. — Mutisme et stupeur. — Rétention d'urine. — Guérison. — Mélancolie avec hallucinations. — Eruption pellagriforme aux mains. — Guérison.*

A..... (Rose), trente-neuf ans, cuisinière, est entrée le 22 février 1864 à la Salpêtrière.

Des renseignements assez peu précis nous apprennent que cette femme a eu il y a seize mois une fièvre typhoïde; depuis un mois environ, elle était sujette à des maux de tête et se plaignait de bourdonnements d'oreilles. Quelques jours avant son entrée, elle était inquiète, agitée, craignant de mourir.

Le 23, nous la trouvons au bain; elle a les yeux brillants, le visage coloré, la physionomie animée, ses paroles se succèdent avec volubilité; elle est heureuse, riche; on va la décorer, elle sera reine, mère; elle aime tout le monde, veut embrasser les uns et les autres, etc.; le tout entremêlé de phrases de mélodrame et de déclamations. Peau chaude, pouls à 90.

Le soir, apparition des règles.

Le 24, la malade cause toujours sans interruption; elle prend pour des amis ou des parents les personnes qui l'entourent. Plus de délire ambitieux; phrases sans suite. Le ventre est rétracté; on perçoit aisément les battements de l'aorte. Pouls à 110. Quelques crachats grisâtres; toux; il y a des râles humides disséminés.

M. Baillarger prescrit un purgatif, un vésicatoire à la cuisse, et 0,75 de sulfate de quinine.

La langue est sèche et rouge; la malade refuse les boissons, mais en insistant, on parvient à lui faire avaler quelques gorgées de temps en temps.

Le 26, légère amélioration; la malade ne cause plus et paraît affaissée; langue un peu humide; battements aortiques moins sensibles.

Le 27, plus de battements aortiques; le ventre est revenu à l'état normal, les règles s'arrêtent le soir.

Le 28, la loquacité a fait place au mutisme le plus complet. La malade a dormi cette nuit pour la première fois depuis son entrée. Le pouls est bon, la langue humide; les crachats sont de plus en plus rares.

L'état reste à peu près le même jusqu'au 2 mars; on remarque quelques mouvements convulsifs et comme choréiques des mains et de l'avant-bras. Mutisme et stupeur complets; la sensibilité paraît fort obtuse. — Ipécacuanha et tartre stibié.

Le 3 mars, il n'y a pas eu de vomissements, mais deux garde-robes. Les pupilles, normales au début, sont dilatées et inégales, la gauche un peu plus large.

Le 5, la malade est toujours dans la stupeur, mais répond cependant. Rétention d'urine.

Les jours suivants, l'amélioration continue; le cathétérisme doit être pratiqué jusqu'au 10.

A partir du 11, la malade mange, boit, dort, etc.; mais elle semble comme anéantie.

Le 15, on s'aperçoit que la peau des mains est un peu bronzée, rougeâtre par places, et que l'épiderme s'enlève par petites plaques. Cela se termine sans limite tranchée vers le milieu de l'avant-bras.

Le 1er avril, réapparition des règles. Le mieux se maintient; la malade commence à se lever, mais elle est tout affaissée et sans que l'embonpoint soit beaucoup diminué; l'expression de la physionomie diffère tellement de ce qu'elle était au début de la maladie, qu'on ne peut se figurer avoir la même personne devant les yeux.

Le 20, pressée par M. Baillarger, elle finit par avouer qu'on la tourmente; des voix lui disent qu'elle a eu un enfant naturel, qu'elle a perdu la moitié de la tête, etc.

Les jours suivants, ces hallucinations disparaissent peu à peu. La malade ne se plaint plus, dort bien, etc. Cependant, elle reste toujours triste et concentrée.

Le 10 mai, elle est rendue à sa famille.

Chez cette malade, nous pouvons suivre pas à pas, pour ainsi dire, la marche des altérations organiques.

1° Au début, prodromes évidents de la congestion cérébrale, maux de tête, bourdonnements d'oreilles, etc., puis délire ambitieux, dont le rapport intime avec la congestion ne peut être mis en doute depuis les beaux travaux de Bayle. Peu importe l'explication : la science constate d'après des faits positifs un rapport indiscutable entre deux ordres de phénomènes, et les conséquences pratiques les plus intéressantes en découlent déjà pour le diagnostic et le traitement.

2° A l'afflux sanguin succède une suffusion séreuse et un épaississement des membranes gonflées, qui coexiste évidemment avec la période de stupeur et de mutisme observée consécutivement à l'agitation.

La rétention d'urine à cette période, et en même temps la dilatation des pupilles avec inégalité de la dilatation, peut être attribuée à l'épanchement sous-arachnoïdien.

Je dois dire d'ailleurs que c'est là, à l'état aigu, un de ces cas que M. Baillarger range sous le nom de folies congestives; cependant, la marche n'en est pas communément aussi aiguë ni accompagnée de fièvre, ainsi que nous le verrons plus loin.

OBS. II. — *Délire aigu à la suite d'une pneumonie. — Age critique. — Vociférations : mouvements convulsifs de la tête et du cou. — Mort. — Œdème et congestion des membranes.*

Marguerite M..., âgée de cinquante-deux ans, concierge, est amenée le 8 mars 1864 dans le service de M. Baillarger.

Cette femme a été prise, il y a dix jours, d'une pneumonie pour laquelle elle fut soignée par M. le docteur Besnier. Elle commençait à aller mieux, quand, quatre jours avant son entrée, elle fut atteinte de délire avec agitation, cris, etc.

Sa santé était habituellement bonne, à part de violentes migraines revenant à peu près tous les mois. Depuis quelque temps elle souffrait beaucoup aux époques cataméniales : les deux dernières ont manqué.

Son père et un de ses frères sont morts fous.

Il paraît qu'elle se préoccupait outre mesure de l'expropriation prochaine de la maison dans laquelle elle est concierge.

Nous la voyons au moment de son arrivée : elle est dans un état d'agitation extrême, s'écrie qu'elle n'est pas folle, qu'elle est pauvre, mais heureuse, etc.; puis s'accuse de crimes imaginaires, demande à genoux qu'on la tue, qu'on la condamne, etc.

La peau est chaude : 100 pulsations. Langue sèche, rouge aux bords. Face vultueuse, congestionnée; les pupilles normales; les yeux hagards et se convulsant dans toutes les directions.

Le 9, même état général; on parvient cependant à fixer son attention et à lui faire tirer la langue. Elle répète obstinément la fin des phrases qu'on prononce devant elle.

Le 10, la malade a dormi deux heures. Elle boit avec avidité. — Quelques crachats insignifiants sont rendus. On ne perçoit pas de battements aortiques. (Il faut noter l'embonpoint considérable de la malade.)

Le 11, elle a mangé un peu de potage. Pouls à 96.

Le 12, agitation extrême : la malade hurle deux ou trois mots qu'elle répète sans cesse jusqu'à épuisement, tout en tournant alternativement, avec rapidité, la tête à droite et à gauche. Sensibilité nulle, pouls petit, à 125.

Ces phénomènes persistent en s'atténuant peu à peu jusqu'à la mort, qui arrive le 14 au matin.

Le traitement a consisté en vésicatoires aux cuisses, purgatifs, sulfate de quinine et opium.

Autopsie. — L'encéphale pèse 1,139 grammes, dont 1,030 pour les hémisphères, qui sont à peu près égaux.

On a pu peser 75 grammes de sérosité légèrement sanguinolente et provenant des espaces sous-arachnoïdiens, tant de la convexité que de la base.

L'*arachnoïde* est légèrement opaque par places et notablement épaissie; les gros vaisseaux de la *pie-mère* sont gorgés de sang et les deux membranes s'enlèvent par de larges lambeaux; les lacis vasculaires qui tapissent les anfractuosités sont également rouges et congestionnés. Aucune altération apparente de la substance cérébrale, dont la consistance est normale, même un peu augmentée.

Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains; un noyau volumineux d'hépatisation rouge existe à la base du poumon gauche.

L'autopsie me paraît suffisamment démontrer dans ce cas l'existence d'une congestion cérébrale, ou du premier degré de la méningite.

Quelques restrictions que puisse inspirer la lecture des livres modernes, la congestion cérébrale est fort incomplétement décrite dans les livres classiques actuels; la plupart des auteurs ont négligé, il me semble, les excellentes pages du magnifique travail de Bayle sur ce sujet.

Il semble que les auteurs des traités de pathologie même les plus modernes soient toujours nourris de cette vieille superstition vermoulue, que les aliénés ne sont pas des malades comme les autres, et que chez eux la congestion n'est point ce qu'elle est chez les individus sains d'esprit.

Je fais une exception pour le *Compendium*, et aussi pour le *Traité des maladies des vieillards* de M. Durand-Fardel (art. CONGESTION CÉRÉBRALE ET ŒDÈME DE LA PIE-MÈRE). L'exhalation séreuse, ainsi qu'ils l'indiquent très-bien, est la marque d'une congestion dont les phénomènes aigus ont disparu; la compression résultant de l'afflux du sang dans une boite à parois inextensibles en est la cause prochaine et manifeste.

Dans le cas qui nous occupe, j'appellerai l'attention sur l'injection des petits vaisseaux de la pie-mère, donnée par les auteurs du *Compendium* (1) comme un excellent signe d'altération pathologique et non cadavérique.

La sérosité est aussi en quantité notable. On dira : Les cris, l'agitation, puis le coma, ont causé ces phénomènes; mais, au début, pourquoi la malade criait-elle, etc.? Nous entrons alors en pleine métaphysique, et cela ne peut être un objet de discussion sérieuse.

OBS. III. — *Délire aigu; agitation extrême; refus de boissons et d'aliments, puis coma. — Retour à l'intelligence et à la santé. — Quelques idées de persécution rapidement disparues.*

La nommée Flore H..., âgée de soixante-huit ans, nous est signalée comme étant habituellement d'un caractère acariâtre, emporté; pas d'hérédité directe d'aliénation; une de ses tantes cependant est morte à la Salpêtrière.

Vers la fin d'avril 1864, elle est prise, sans cause connue, d'agitation, avec insomnie, maux de tête; elle s'inquiète de sa santé, craint qu'on ne l'empoisonne.

Le 7 mai, on l'amène à la Salpêtrière. Depuis trois jours, l'agitation était extrême; la maladie était complétement déclarée.

Le 8, nous trouvons Mme H... dans un état d'excitation considérable : toute la nuit elle n'a cessé de crier en appelant ses enfants.

La face est rouge, congestionnée; le pouls fort, à 96 environ; le ventre est extrêmement rétracté, et les battements de l'aorte sont perçus avec une intensité remarquable. Décubitus dorsal.

Le 9, même état; elle n'a pas reconnu sa fille, qui l'a visitée; elle est d'ailleurs complétement étrangère à ce qui se passe autour d'elle; insomnie complète.

M. Baillarger prescrit trois quarts de lavement avec 20 gouttes de teinture de digitale et 5 gouttes de laudanum dans chaque.

Le 10, la fièvre est toujours vive, la langue sèche; la malade lance quelques crachats insignifiants; quand on veut la faire boire, elle serre obstinément les dents et rejette le peu de liquide qu'on parvient à introduire. — Vésicatoire à la cuisse.

Le 12, la nuit a été très-mauvaise; pouls à 92; face rouge, vultueuse; coma profond, dont il est impossible de la tirer. — Sinapismes.

Le 13 au matin, il y a un peu de mieux; la malade ouvre les yeux, montre la langue, etc.; mais l'assoupissement et le coma se montrent bientôt avec une nouvelle intensité, et à la visite du soir je trouve la malade dans un état qui fait prévoir une mort prochaine; les extrémités sont froides, le pouls faible et fréquent, le coma complet, etc. — Sinapismes, serviettes chaudes, frictions répétées.

Le 14, le mieux a reparu; la face est toujours rouge; peau chaude; pouls à 90; mais la malade répond aux questions, et demande à manger.

Les battements aortiques ont disparu à l'abdomen; on les perçoit très-violents à l'épigastre.

L'état de la malade va s'améliorant de jour en jour.

Le 16, la peau est bonne, le pouls normal; léger assoupissement.

Le 17, on supprime la digitale et l'opium.

Les idées d'empoisonnement se sont montrées d'une façon passagère ces jours derniers.

A partir du 18, il n'en est plus question.

Mme H... revient peu à peu à la santé, et sort vers le milieu du mois de juin.

Je ferai remarquer dans cette observation la même succession remarquable et symétrique des symptômes, et qu'on pourrait établir facilement deux périodes, 1° période d'excita-

(1) *Comp. de médecine*, art. MÉNINGITE.

tion, 2e période d'affaissement ou de coma, périodes qui se retrouvent très-nettement dans les trois autres observations.

Obs. IV. — *Délire aigu; mouvements choréiformes; agitation, cris, etc. — Coma. — Mort. — Congestion cérébro-méningée intense. — Commencement d'encéphalite.*

R..... (Marie), âgée de soixante-six ans, entre à la Salpêtrière le 17 mai 1864.

Aucuns renseignements sur cette malade. Démarche chancelante, mouvements choréiformes; elle articule difficilement quelques syllabes, ce qui paraît tenir à une agitation choréique des muscles de la langue et des lèvres. La sensibilité est conservée; pas de fièvre. Les yeux sont hagards; les pupilles égales, un peu contractées.

Le 20, la malade a été purgée la veille. Elle essaye de dire quelques mots: « Elle est *dans la terre*, elle est *pourrie* ». Langue un peu sèche; pouls normal.

Le 21, grande agitation qui nécessite l'emploi de la camisole; vociférations; mots sans suite; 90 pulsations. — Teinture de digitale, 40 gouttes; laudanum, 19 gouttes en deux lavements.

Le 22, fièvre intense; pouls à 110. La malade paraît affaissée; insomnie persistante. On perçoit les hattements aortiques. — 50 gouttes de teinture de digitale; vésicatoire à la cuisse.

Cet état se prolonge à peu près le même jusqu'au 26. La malade est complétement étrangère aux choses extérieures.

Le 27, il y a du mieux; la langue est bonne, la peau presque normale; l'intelligence paraît toujours à peu près éteinte. On remarque que les pupilles sont très-contractées; les battements aortiques continuent d'être perçus. — 40 gouttes de teinture de digitale; suppression du laudanum; deuxième vésicatoire.

Le 28, même état. Depuis le début, on a la plus grande difficulté à faire hoire la malade; elle prend cependant un peu de lait. L'agitation reparaît dans la soirée et dans la nuit.

Le 29, affaissement profond; coma s'établissant; 115 pulsations.— Bouillons et lait.

Le 30, on s'aperçoit de la formation d'un abcès dans la région parotidienne droite. Le coma persiste; de temps en temps, on parvient à réveiller momentanément la malade. — Sinapismes; frictions, etc.

La mort arrive le 1er juin, à huit heures du matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

L'encéphale pèse 1,065 grammes, dont 907 pour les hémisphères cérébraux, qui sont inégaux; le droit est plus lourd de 15 grammes.

Très-peu de sérosité dans l'espace dit intra-arachnoïdien; il s'en écoule 80 grammes (pesés) après l'incision de l'arachnoïde et l'ouverture des ventricules.

L'arachnoïde est fortement colorée en rouge; à la partie postérieure des bémisphères cérébraux, les lobes occipitaux sont recouverts par une légère couche de sang visqueux et en consistance de gelée de groseille.

L'arachnoïde est notablement épaissie et opaque.

La pie-mère est congestionnée, soulevée par la sérosité sanguinolente qui sépare les circonvolutions; les gros vaisseaux sont gorgés de sang, et de fines arborescences dessinent sur la substance cérébrale l'injection des vaisseaux plus petits.

Les deux membranes se détachent avec facilité et par larges fragments, excepté à la partie postérieure des lobules occipitaux signalée plus haut. A ce niveau, et dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres carrés, elles sont minces, fragiles, et s'enlèvent difficilement en entraînant quelques parcelles de substance grise, laquelle est à ce niveau légèrement friable, ramollie, et doublée superficiellement de points et stries rouges (apoplexie capillaire de M. Cruveilhier: encéphalite au début).

Les circonvolutions offrent un piqueté rouge hrun. A la coupe, congestion notable de la substance blanche, surtout dans l'hémisphère droit.

Bien que nous ne soyons pas renseignés sur les antécédents, tout concourt à prouver que chez cette femme les accidents avaient débuté quelque temps avant son entrée.

La méningite a, dans ce cas, dépassé le terme auquel elle s'arrête le plus souvent dans cette affection dite délire aigu: l'encéphalite s'est déjà caractérisée localement.

Cela vient encore confirmer l'opinion que j'émettais au début de cet article sur la nature du délire aigu.

Ainsi se trouverait expliqué ce fait de la rareté apparente de la méningite simple chez l'adulte, fait sur lequel insistent tous les traités de pathologie.

Il y a deux raisons à ce phénomène. La première, c'est qu'on s'acharne à vouloir trouver du pus à l'autopsie, pour caractériser la méningite: les autres lésions sont dites lésions cadavériques. Il y eut un moment même où, par suite d'une réaction dans les esprits, toute altération faillit passer pour cadavérique. Heureusement, et malgré les efforts d'une certaine école, les goûts métaphysiques commencent à passer, et personne ne croira que l'épanchement séreux, la congestion et l'injection des membranes à un certain degré soient les effets et non les causes de la mort.

La seconde raison qui fait que les médecins non spécialistes observent rarement la méningite, c'est que ces malades sont conduits le plus souvent dans les asiles d'aliénés.

Or ces malades sont-ils des aliénés? Evidemment non, si l'on s'en rapporte à cette ancienne et vulgaire opinion qui considère l'aliénation mentale comme des maladies métaphysiques; certainement oui, si l'on suit les données de la science.

Depuis les beaux travaux de Bayle, le cercle des variétés de folie rangées dans la classe des névroses va de plus en plus se rétrécissant. Qui ne sait que les fous par méningo-encéphalite chronique (paralytiques généraux), par intoxication alcoolique, remplissent une grande partie du cadre des asiles?

Les paralytiques sont des aliénés évidemment, comme les gens atteints de délire aigu. Seulement, et jusqu'à plus ample informé anatomique, il y a la même différence ou à peu près entre le délire aigu et la manie aiguë, qu'entre la folie chronique commune et les variétés que M. Baillarger désigne sous le nom de *folies congestives*: celles-ci liées à un état anatomique bien connu et précisé, tandis que les lésions de la folie commune, dite à tort *sine materia* (expression absurde), sont encore à déterminer.

Il resterait aussi à analyser divers symptômes, tels que les battements aortiques, les spasmes de pharynx, qui seront plus tard l'objet d'un travail plus étendu.

HOPITAL DU FORT NAPOLÉON. — M. Cabasse.

Plaie par arme à feu; fracture comminutive de l'humérus gauche à la partie supérieure; chirurgie conservatrice. Guérison.

Amar Yadouchen, du village de Taourirt (tribu des Beni-Raten), âgé de trente-deux à trente-cinq ans, bonne constitution, tempérament mixte, lymphatique, sanguin et nerveux tout à la fois, ayant toujours joui d'une excellente santé, est amené d'office à l'hôpital, par ordre du Bureau arabe, le 30 décembre 1862.

Cet homme raconte que la veille, vers dix heures du matin, étant à la chasse au sanglier, un de ses parents, voulant lui prendre malgré lui son fusil pour l'examiner, chercha à le lui arracher des mains en le prenant par la crosse. Il retint l'arme par le canon, et pendant la lutte le coup partit: Amar reçut toute la charge à bout portant à la partie antérieure et supérieure du hras gauche, environ à 0m,04 audessous de l'articulation scapulo-humérale. Le projectile, balle du calibre, a rencontré l'humérus presque perpendiculairement à son axe, l'a fracturé comminutivement, et a traversé le membre de part en part. L'ouverture d'entrée est beaucoup plus large que celle de sortie; ses hords sont déchirés irrégulièrement; un faisceau de muscles (longue portion du hiceps) fait bernie, et paraît comme étranglé par la peau racornie et couverte dans une assez grande étendue d'une eschare noirâtre produite par la déflagration de la poudre. L'ouverture de sortie à la face postérieure du bras ne présente rien de particulier. La tuméfaction est considérable, et le moindre mouvement imprimé au membre occasionne des douleurs intolérables. Le hurnous, rejeté sans doute sur l'épaule, porte des traces de hrûlure, mais ne présente aucune ouverture.

A la vue de désordres aussi graves, M. le docteur Morisson nous conseillait, à cause de la dilacération des parties molles, de pratiquer l'amputation immédiate de préférence à la résection de la tête de l'humérus que nous proposions. Nous avons vu en 1848, dans des cas semblables, notre regretté maître Baudens et M. Marchal (de Calvi) obtenir par ce moyen des guérisons incroyables (1).

Aucun raisonnement ne put vaincre l'obstination de ce Kahyle, amené malgré lui à l'hôpital, et qui nous déclara de la manière la plus formelle qu'il ne voulait se soumettre à aucune opération, pas même à l'exploration de la blessure nécessaire pour extraire les esquilles mobiles que renfermait la plaie. Un premier pansement avait été pratiqué la veille par un thébib (médecin) kabyle qui jouit dans le pays d'une grande réputation. Suivant l'habitude, du miel avait été coulé dans la blessure, et on avait appliqué ensuite un cataplasme de feuilles de laurier-rose, le tout recouvert de mauvais chiffons de laine.

J'obtins avec peine de pouvoir nettoyer convenablement le membre blessé, qui fut placé sur un coussin dans une gouttière en fil de fer; je fis entourer le bras d'une compresse simple, et je prescrivis de faire des irrigations froides; pour nourriture, quart, viande, légumes, infusion de camomille, potion calmante à prendre le soir.

Le 31 au matin, le blessé est calme, il a dormi, pas de réaction fébrile. — Continuation des irrigations, même prescription alimentaire.

Le 1er janvier, en nous approchant du lit et avant d'avoir touché à l'appareil, nous sommes frappés d'une odeur caractéristique de gangrène. Celle-ci nous paraît heureusement superficielle et limitée à la portion de peau brûlée; elle est soulevée sur les hords et il s'en écoule une suppuration abondante et fétide. Auréole inflammatoire autour des parties mortifiées; tuméfaction considérable du membre, douleurs vives, pas de sommeil, néanmoins pas de réaction fébrile intense. Nous cherchons en vain à faire comprendre au blessé qu'il court un grand danger s'il ne veut pas se laisser opérer; il refuse de nouveau, mais il nous promet de laisser faire ce que nous jugerons convenable pour le guérir, à la condition de chercher à conserver son hras sans faire d'opération. — Suppression des irrigations; nous pratiquons avec la lancette, pour éviter l'étranglement, favoriser l'écoulement de la suppuration, sept ou huit scarifications assez étendues parallèles à l'axe du membre et qui intéressent presque toute l'épaisseur de la peau.

C'est là un moyen excellent dont nous avons souvent constaté les heureux effets, et qui a en outre l'avantage de modérer l'inflammation en produisant une saignée locale très-salutaire. — Cataplasmes tièdes autour du membre, alimentation modérée mais tonique et substantielle, potion avec l'extrait de quinquina, potion calmante pour le soir; pansement deux fois par jour.

Ces moyens sont continués presque sans modification jusqu'au 12 janvier, époque à laquelle l'eschare se détache, et laisse à sa place une plaie plus large que la paume de la main.

A la demande du hlessé, dès le 6, nous avons augmenté l'alimentation.

Le 12, suppuration crémeuse de bonne nature, moins ahondante, bon aspect des plaies, état général aussi satisfaisant que possihle. — Demi-côtelette, légumes, demie de vin, infusion de camomille, potion de quinquina, un bain avec addition de 500 grammes de chlorure de sodium.

(1) « Quatorze fois, dit le savant inspecteur, nous avons suppléé par la résection de la tête de l'humérus à l'amputation scapulo-humérale, bien qu'elle parût rigoureusement indiquée. Treize guérisons et un seul décès nous autorisent à renverser les termes d'une proposition reçue et à dire: La résection, quand une balle a brisé la tête de l'humérus, doit êtrc la régle et l'amputation l'exception. » Plus loin, il donue les résultats obtenus sur quinze autres blessés soumis à l'amputation: huit morts d'infection purulente, trois consécutivement guéris, quatre survivants avec trajet fistuleux. Ces faits parlent d'eux-mêmes et dispensent de tout commentairc.

Nous remplaçons la gouttière par un appareil composé de quatre coussins et quatre attelles, dont deux très-petites, que nous maintenons au moyen de bandelettes de diachylon en laissant les plaies à découvert, ce qui nous permet de les panser tous les deux jours sans imprimer de mouvement au membre fracturé.

Pansement simple, charpie, écharpe.

Le 14, nous apercevons au milieu de l'ouverture d'entrée un point hlanc: c'est une esquille mobile assez volumineuse, dont nous pratiquons l'extraction. Nous constatons avec le stylet la présence de plusieurs autres fragments osseux, mais qui nous paraissent adhérer encore aux parties molles.

Le 17, hain au chlorure de sodium; suppuration de bonne nature et moins ahondante.

Le 19, le malade accuse un peu de céphalalgie; il a moins d'appétit; léger état sahurral de la langue.—Potion avec 20 grammes de sulfate de magnésie; soupe, vermicelle gras, omelette; potion calmante pour le soir.

Le 20, mieux sensihle, qui continue les jours suivants; extraction d'une nouvelle esquille.

Le 26, bain au chlorure de sodium et pansement tous les quatre jours.

Le 3 février, la suppuration a diminué d'une manière notable: la plaie postérieure est presque fermée, mais il n'existe pas encore de trace de consolidation. Cela tient à l'indocilité du blessé, qui se sert constamment de sa main et dérange l'appareil; il s'ennuie à l'hôpital et nous tourmente pour retourner dans son village. Nous lui appliquons sur le bras et l'avant-bras placés en demi-flexion un appareil gommé amovo-inamovible, fendu dans toute sa longueur avec de larges ouvertures correspondant aux plaies d'entrée et de sortie.

Le 4, nous accordons au blessé, sur ses instances, d'aller passer quatre jours chez lui.

Le 8, il revient prendre son bain, se faire panser, et repart le lendemain.

Le 16, au moment où nous enlevons la gouttière, le malade fait avec son bras des mouvements désordonnés; il se considère comme guéri, et nous avons de la peine à l'empêcher de porter sa main sur sa tête: extraction d'une nouvelle esquille par la plaie postérieure.

A dater de cette époque, le blessé, qui paraît très-reconnaissant des soins que nous lui avons donnés, ne revient plus aussi régulièrement. Nous signons sa sortie définitive de l'hôpital le 11 mars, soixante-dix jours après l'accident.

La consolidation alors est complète et assez régulière, malgré un raccourcissement du membre de 2 centimètres environ.

Il existe sur chacune des ouvertures d'entrée et de sortie des projectiles un petit mamelon, formé de bourgeons charnus exubérants. Il reste à la partie antérieure un pertuis fistuleux au centre, d'où s'écoule encore un peu de sérosité.

Le malade, du reste, dont l'état général s'est sensiblement amélioré, se sert parfaitement de son hras; il nous quitte très-heureux du résultat qu'il a obtenu; il nous promet de venir de temps en temps nous voir à l'hôpital.

Que devait être notre conduite devant l'obstination du blessé, qui repoussait non-seulement de la manière la plus absolue la résection, opération qui nous paraissait parfaitement indiquée en raison de la gravité des désordres, mais qui ne voulait même pas permettre l'exploration et les manœuvres nécessaires pour faire immédiatement l'extraction des esquilles que renfermait la blessure?

Chacun connaît à ce sujet les sages préceptes de Baudens, d'aller immédiatement à la recherche des esquilles, afin, disait-il, « de faire d'une plaie compliquée une plaie simple. »

A la suite de la discussion qui eut lieu à l'Académie sur le traitement des plaies d'armes à feu, après les événements de 1848, M. Hutin, dans un mémoire publié dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire* (1851, p. 175), insiste tout particulièrement sur la nécessité d'extraire immédiatement les corps étrangers et les esquilles dont la présence complique les plaies par armes à feu.

« Parmi les questions restées en suspens, dit le savant inspecteur, se trouve tout d'abord celle de l'extraction des corps étrangers et des fragments osseux. »

Nous avons la conviction profonde que c'est à l'impossibilité où nous nous sommes trouvés de mettre en pratique cet important précepte, que nous devons attribuer les lenteurs de la cicatrisation chez notre blessé, et chez lequel pour ce motif la guérison est incomplète. Nous l'avons revu une dernière fois le 6 mai, avant de quitter Fort-Napoléon.

L'ouverture d'entrée de la balle était fermée, tandis, qu'à la partie postérieure nous n'avons pu introduire assez profondément un stylet et constater encore la présence d'une esquille mobile dont nous n'avons pu faire l'extraction (1).

Nous rappelant les remarquables exemples de guérison dont nous avions été autrefois témoin chez les Arabes, malgré l'obstination du blessé, au lieu de le renvoyer dans son village, nous avons dans son intérêt préféré le garder à l'hôpital; nous avons pensé en outre qu'il serait intéressant pour nous de suivre les effets de la nature et d'étudier dans une lésion aussi grave les résultats de la chirurgie conservatrice. Si la nécessité de l'amputation, ou, dans le cas qui nous occupe, de la résection, est généralement admise dans les fractures comminutives compliquées de plaies par armes à feu; si telle doit être la règle de notre conduite en campagne, en raison des circonstances exceptionnelles dans lesquelles se trouvent le blessé et le chirurgien d'ambulance, qui a à compter avec l'encombrement, les évacuations et les privations de toutes sortes, etc., il est permis, dans un hôpital, de tenter plus pour la conservation des membres blessés et d'espérer davantage de la chirurgie conservatrice.

(1) Chez un blessé qui se trouvait dans de semblables conditions, quatre ans après unc fracture comminutive du fémur à la partie moyenne, nous avons autrefois mis l'os à découvert par une incision cruciale; nous avons fait l'extraction d'un séquestre volumineux, et six semaines après la blessure s'est cicatrisée pour ne plus se rouvrir.

C'était aussi nne rare et précieuse occasion d'étudier de nouveau l'action des bains additionnés de chlorure de sodinm dans les plaies et fractnres récentes, aussitôt les accidents inflammatoires passés; nous en avons retiré déjà, dans une foule d'occasions, les meilleurs résultats. (Mémoire avec observations nombreuses adressé au Conseil de santé, *Gazette d'hydrologie*, 1859.)

Le fait que nous publions aujourd'hui est une observation de plus à ajouter à celles que nous avons recueillies précédemment, et qui servira, nous l'espérons, à résoudre l'importante question de l'époque à laquelle il convient de recourir à l'emploi des eaux chlorurées sodiques dans les plaies, snrtout dans celles par armes à feu et qui sont compliquées de fracture.

Outre la propriété incontestée aujourd'hui que possèdent les eaux chlornrées sodiques, celles de Bourbonne en particulier, et les bains additionnés de chlorure de sodium (5 grammes environ par litre), de faciliter la sortie spontanée des corps étrangers et des esquilles, ils nous ont paru exercer sur les phénomènes ultimes qui accompagnent la cicatrisation les résultats les plus favorables.

Par suite de leur emploi, la suppuration diminue d'une manière notable, elle devient plus épaisse, crémeuse, louable en un mot; les bourgeons charnus, d'un rouge vermeil, se développent avec une étonnante rapidité. Si, par suite de leurs propriétés excitantes, l'inflammation paraissait devenir trop vive, il ne faudrait pas s'en effrayer, la suppression des bains pendant quelques jours suffit pour faire cesser les phénomènes inflammatoires.

Des faits assez nombreux que nous avons eu l'occasion d'observer, il résulte pour nous la conviction profonde que dans les plaies d'armes à feu, compliquées ou non de fractures, plus tôt on pourra recourir au traitement thermal, et plus les résultats seronts favorables.

PROPRIÉTÉ ANTIPYRÉTIQUE (1)

du venin des hyménoptères

Par M. LUKOMSKI, ancien professeur de technologie à l'Institut forestier de Saint-Pétersbourg.

Quoique l'exemple de mes prédécesseurs (Auzias-Turenne, G. L. de Humboldt) et ma propre expérience (par rapport au traitement de la syphilis par l'inoculation du virus-vaccin) m'aient appris que le temps où les inoculations recevront dans la thérapeutique la place qui leur est due n'est pas encore venu, et que c'est surtout en France qu'on les accueille avec le moins de bienveillance, pourtant je crois de mon devoir d'appeler de nouveau l'attention sur ce sujet.

Il s'agit de l'action antipyrétique, curative, et jusqu'à un certain point prophylactique (2), des piqûres d'abeilles, de guêpes, et probablement des autres hyménoptères venimeux. L'expérimentation sur moi-même des effets pathogénétiques des piqûres d'abeilles m'avait conduit à penser que ces piqûres pourraient être appliquées au traitement des fièvres intermittentes et rémittentes; quelques observations sur l'action thérapeutique des piqûres d'abeilles et de guêpes que j'ai eu l'occasion de recueillir ensuite, vinrent pleinement confirmer ma prévision.

Tout intéressant que ce soit sous le rapport scientifique, je me serais borné à le mentionner, sans songer à une application pratique, s'il ne s'agissait que des fièvres de nos climats, fièvres ordinairement peu dangereuses et contre lesquelles nous possédons des remèdes précieux, la quinine, l'acide arsénieux; mais lorsque je me rappelle que dans les pays chauds il règne des fièvres rémittentes et intermittentes pernicieuses, dont les Européens non acclimatés sont malheureusement trop souvent victimes, lorsque je songe aux terribles épidémies de fièvre jaune, je ne puis ne pas insister lorsque je crois avoir trouvé un moyen plus sûr et plus énerfique que la quinine.

Je n'ai pas étudié pratiquement la fièvre jaune, je ne suis donc pas par moi-même compétent sur cette question : la fièvre jaune est-elle une variété de la fièvre rémittente des pays chands, ou est-elle une maladie spécifique *sui generis*, n'ayant aucun rapport avec les fièvres d'origine paludéenne?

Mais, autant que j'ai pu débrouiller quelque chose dans le chaos de la littérature sur la fièvre jaune (Bally, Boudin, Chervin, Dariste, Dutrouleau, Maber, Manzlni, Mélier, Rochoux, Thomas), je suis arrivé à considérer la fièvre jaune comme appartenant à la famille des fièvres paludéennes. Et même, si je me trompais, l'expérimentation en pareille matière d'un moyen sinon complétement innocent, dn moins fort peu et fort rarement dangereux, est bien permise.

L'action curative du venin des hyménoptères a déjà attiré l'attention de quelques praticiens. Ainsi, rien qu'en parcourant l'année 1859 de l'*Abeille médicale*, nous trouvons plusieurs articles de M. Desmartis, dans lesquels cette action est mentionnée plus d'une fois.

Dans le n° 30 est citée une lettre de M. de Gasparin, où il parle d'un rhumatisme musculaire et d'une bronchite guéris par des piqûres de guêpes.

Dans le dernier cas (bronchite), M. de Gasparin « fit d'une pierre deux coups » : il fut délivré d'une « glande douloureuse » au sein droit.

Dans le n° 41, M. Desmartis parle d'une lettre reçue de Saint-Louis, dans laquelle on lui dit avoir vu se dissiper un anévrysme poplité par des piqûres répétées d'hyménoptères; et d'une autre venant de New-York, dans laquelle on affirme avoir vu des chancres se cicatriser par l'inoculation des porte-aiguillons.

Ce dernier correspondant se propose de tenter cette inoculation à la partie antérieure du cou contre le croup.

Dans le n° 43, M. Desmartis dit avoir constaté que les porte-aiguillons venimeux ont la propriété de guérir le cancer, ou au moins, lorsqu'il n'a pas trop envahi, de le modifier essentiellement d'une manière avantageuse, et cite comme exemple le fait d'une femme qui portait depuis plusienrs années, à la face, dans la région de la fosse maxillaire, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, d'une couleur bleu violacé livide, adhérente, par une partie de sa base, avec un petit trajet fistuleux au milieu, qui laissait exsuder continuellement une matière ichoreuse très-épaisse. Il y avait des douleurs sourdes, lancinantes, térébrantes. Ayant refusé obstinément l'opération et n'ayant pas obtenu de soulagement par l'emploi de différents caustiques, cette femme fut guérie accidentellement par suite de piqûres que lui firent plusieurs frelons.

On a publié, sans doute, encore d'autres observations sur les propriétés curatives du venin des hyménoptères; mais je ne peux citer que celles qui me sont connues. Et encore celles-ci ne m'étaient pas connues dans le commencement de mes expérimentations. Si toutes ces observations venaient à être confirmées par des expériences rigoureuses et en nombre suffisant, on aurait dans le venin des hyménoptères une véritable panacée! Guérir par le même moyen des maladies aussi dissemblables que la syphilis, l'anévrysme, le cancer, le rhumatisme, la bronchite? peut-être aussi la phthisie pulmonaire, si, sans avoir expérimenté, j'osais préjuger d'après quelques-nns des effets pathogénétiques des piqûres d'abeilles? Sans nier la possibilité d'une pareille universalité, j'avoue que je ne la comprends pas, et je crois que c'est trop demander à un seul et même agent. Pourtant, je dois à la vérité de dire que, outre les affections nerveuses (névralgies et fièvres intermittentes et rémittentes) que j'ai vues se dissiper plus ou moins promptement sous l'influence des piqûres d'abeilles ou de guêpes, j'ai eu une fois l'occasion d'observer la résolution d'une tumeur au sacrum, datant de trois ans, de couleur brunâtre cuivrée, un peu violacée, du volume d'une moitié de grosse noix, de consistance cartilagineuse, mobile jusqu'à un certain point, adhérente par une partie de sa base, indolente d'abord, mais dans laquelle dans les derniers temps se faisaient sentir, assez légèrement du reste, quelques douleurs sourdes, surtout lorsqu'on appuyait dessus. On n'avait employé aucune médication, ni interne ni externe.

L'homme qui portait cette tumeur ayant été pris d'une fièvre rémittente, très-compliquée sous le rapport du type, je l'en guéris au moyen de piqûres de guêpes. Pendant ce traitement, on n'avait remarqué aucune modification dans la tumeur. Pourtant, peu de temps après, la tumeur commença à diminuer comme par une lente résorption, et se partagea en deux. Cette diminution progressive s'arrêta au bout de trois ou quatre mois. Croyant remarquer alors une certaine tendance à augmenter de nouveau de volume, je soumis derechef le sujet de cette observation à des piqûres d'abeilles, beaucoup plus nombreuses et continuées beaucoup plus longtemps que la première fois, lorsqu'il s'agissait de guérir la fièvre. Encore une fois, je ne constatai aucune modification notable dans la tumeur pendant le traitement; mais quelques semaines après sa cessation, la tumeur commença de nouveau à se dissiper, marcha cette fois-ci un peu plus rapidement vers la résolution complète, et au bout d'environ deux mois, disparut totalement. *Post hoc, ergo propter hoc*; voilà comment vous raisonnez, pourra-t-on me dire.

Je ne disconviens pas qu'un seul fait ne peut pas être invoqué comme une preuve; mais en considérant l'arrêt dans la résolution et même la légère recrudescence qui eurent lieu entre les deux séries de piqûres, la première série n'ayant pas été suffisante pour amener une résolution complète, et la reprise, après la deuxième série de piqûres, d'une marche un peu plus rapide vers la résolution, cette fois-ci définitive, on ne peut s'empêcher d'attribuer cette résolution à l'action curative des piqûres en question; d'autant plus que ce fait se trouve corroboré par l'observation de M. Desmartis sur la tumeur de la face et par l'observation de la « glande douloureuse » de M. de Gasparin. Et *vice versa*, ces observations pourraient trouver une confirmation dans la mienne. Laissant, du reste, à d'autres le soin de contrôler tous ces faits, ainsi que les autres observations rapportées par M. Desmartis, je reviens à la question qui fait l'objet de cet article, à l'action antipyrétique des piqûres des hyménoptères venimeux.

Quoique ce ne soit pas le hasard qui m'ait fait découvrir la propriété antipyrétique du venin des hyménoptères, quoique ce soit l'étude des effets pathogénétiques de ce venin qui m'ait amené à lui supposer cette propriété, et que ma supposition ait été pleinement confirmée, non pas par un seul cas, mais par plusieurs guérisons, guérisons radicales, sans rechutes ni récidives, pourtant je ne me cache pas que tout cela ne suffit pas encore pour entraîner la conviction générale. Il faudrait pour cela des expériences sur une grande échelle, dans des hôpitaux, surtout en Algérie, où il règne beaucoup de fièvres pernicieuses, souvent rebelles à la quinine. Si cela dépendait de moi, j'aurais entrepris depuis longtemps de telles expériences, j'aurais même fait plus, je serais parti pour la Sénégambie, pour y vérifier l'action des piqûres d'abeilles ou d'autres hyménoptères venimeux dans les fièvres intermittentes et rémittentes des pays tropicaux; je me serais rendu ensuite aux Antilles et au Mexique, pour y expérimenter la valeur des piqûres en question contre la fièvre jaune. Mais on n'est pas maître de son présent, et on peut encore moins prévoir l'avenir. Par conséquent, ne voulant pas que les faits que j'ai déjà recueillis sur l'action du venin des hyménoptères et les grandes espérances que me font concevoir ces faits, soient peut-être perdus pour l'humanité, je me décide à les livrer dès à présent à la publicité, tout imparfaits et tout incomplets qu'ils puissent être. Je ne demanderais pas mieux que de donner l'histoire détaillée de mes études expérimentales sur les effets pathogénétiques des piqûres d'abeilles et de mes observations sur les effets thérapeutiques des piqûres d'abeilles et de guêpes; mais cela exigerait trop de place. Je ne pourrais le faire que si la *Gazette des Hôpitaux* avait la bonté de m'accorder l'hospitalité. En attendant, je me bornerai à résumer en quelques points les faits et les espérances en question :

1° Les piqûres d'abeilles, de guêpes, et par analogie des autres hyménoptères venimeux, outre l'action locale, ont une action générale sur l'organisme, principalement snr le système nerveux. Cela est certain.

2° Les effets pathogénétiques des piqûres en question sur l'homme sain indiquent leur emploi dans les pyrexies intermittentes, rémittentes et même continues (ou plutôt pseudo-continues) lorsqu'elles sont d'origine paludéenne, et lorsque ce n'est pas une phlegmasie qui en est la cause; dans les névralgies intermittentes, régulièrement périodiques, véritables fièvres larvées; dans la migraine, dans la céphalalgie nerveuse plus ou moins continue, dans la cardialgie et la gastralgie nerveuse (gastrodynie), dans différentes autres névralgies plus ou moins continues, désignées vulgairement sous le nom de douleurs rhumatismales. Pour moi, ce la est évident, et je crois que la plupart de ceux qui expérimenteront l'action pathogénétique de ces piqûres partageront ma manière de voir.

3° Mes prévisions sur l'action des piqûres d'abeilles et de guêpes dans les fièvres intermittentes et rémittentes, dans les névralgies régulièrement périodiques, et dans la gastrodynie et la cardialgie, ont été confirmées par des faits ultérienrs que j'ai recueillis sur moi-même et snr quelques autres individus. Je possède deux cas de fièvre intermittente tierce, un cas de fièvre intermittente quotidienne, un cas de gastralgie nerveuse intermittente régulièrement périodique (quotidienne), un cas de gastrodynie guérie par des piqûres d'abeilles en 1858; un cas de fièvre intermittente quotidienne guérie par des piqûres d'abeilles en 1861; un cas de fièvre intermittente quotidienne légère; un cas de fièvre intermittente tierce doublée, un cas de fièvre rémittente très-compliquée sous le rapport du type (triple tierce), un cas de cardialgie guérie par des piqûres de guêpes en 1862.

4° L'efficacité des piqûres de guêpes contre les douleurs rhumatismales se trouve confirmée par le fait rapporté par M. de Gasparin.

5° Si la fièvre jaune n'est réellement qu'une variété de la fièvre rémittente des pays chauds, il y a tout lieu d'espérer que l'apisination (1) aura sur elle la même action que sur les fièvres rémittentes et intermittentes ordinaires, et qu'elle pourra même être employée dans un but prophylactique. Ce n'est qu'une espérance, mais il est très-probable qu'elle ne sera pas déçue.

6° Il y a aussi beaucoup de probabilités que l'apisination réussira contre le choléra.

7° Il y a même quelques probabilités que l'apisination puisse être employée avantageusement contre la peste.

(1) J'emploie le mot *antipyrétique* dans le sens non pas des antiphlogistiques ni des sédatifs de la circulation, comme la digitaline, mais des fébrifuges véritables, tels que l'acide arsénieux, la quinine.

(2) Cette prophylaxie est loin d'être absolue. (Il n'y a du reste jamais de prophylaxie *absolue*, même pour la vaccination préservative de la variole.) Elle est encore moins durable. Pourtant, j'ai observé sur moi-même, que les piqûres en question rendaient l'organisme plus réfractaire à l'intoxication palustre, que si même la fièvre semblait d'abord vouloir se développer, bientôt elle avortait sans aucun traitement, et que cette action était surtout évidente lorsqu'il ne s'était écoulé que peu de temps encore depuis les piqûres, quelques semaines, par exemple, tout au plus quelques mois. Mais comme il est certain qu'au moins tant que dure l'action curative, la prophylaxie existe nécessairement, il est possible d'obtenir une préservation complète, soit chez l'ex-malade contre les récidives, soit chez l'homme sain contre les dangers de l'impaludation, en le soumettant au moins à une piqûre à des intervalles assez courts, variant d'une semaine à un mois, suivant les circonstances. Pour mieux faire comprendre comment je m'explique cette préservation, je l'assimilerai à celle qu'on obtient de la scarlatine au moyen de la belladone, ou même à la prophylavie des fièvres intermittentes au moyen de l'acide arsénieux, de la quinine, quoique je considère cette dernière propbylaxie comme moins certaine.

ESSAI D'UNE NOUVELLE THÉORIE

des bruits du cœur et des mouvements du sang dans cet organe.

Par M. ISOARD (de Marseille).

Si on applique l'oreille sur la région précordiale d'un homme sain, on perçoit :

1° Un bruit assez intense vers la pointe du cœur;

2° Aussitôt après un petit silence de courte durée;

3° Un second bruit moins intense que le premier, vers la base;

4° Un second silence plus long que le premier.

Savoir celui de ces bruits qu'il faut appeler le *premier*; comment les bruits se produisent et quels sont les phénomènes qui donnent lieu aux deux silences, tels sont les différents points

(1) Dérivant de *apis*, apisin, comme vaccination dérive de *vacca*, vaccin, sans que pour cela je prétende le moins du monde assimiler l'apisin au vaccin, produits complétement différents par leur nature intime, l'un étant un virus et l'autre un venin.

sur lesquels les physiologistes ne sont pas encore d'accord. Mettre cet accord parmi eux, tel est mon but.

Maintenant, si l'indicateur de la main droite est appliqué sur le tiers antérieur de l'espace intercostal qui sépare la cinquième de la sixième côte, à gauche, sur un homme penché de ce côté, on perçoit un mouvement et le choc de la pointe du cœur ; si en même temps on porte l'indicateur de l'autre main sur l'espace intercostal qui sépare la troisième de la quatrième côte, on perçoit aussi un mouvement, mais moins fort que le premier ; si l'attention est très-grande, on observe que le mouvement perçu par le second doigt ne succède pas immédiatement à celui que perçoit le premier, et qu'il s'écoule aussi un petit repos entre la perception du second doigt et la nouvelle perception du premier.

Ceci étant bien compris, ma théorie a pour but de prouver que le premier bruit est le résultat de la contraction des ventricules et que l'oreille entend le premier bruit au même point où le doigt perçoit le premier mouvement, que le court silence coïncide au court repos, que le second bruit est perçu au même point que le second mouvement, et qu'enfin le second et le plus long silence coïncide au second repos.

Ceci revient à dire que j'appelle :

1° *Premier bruit du cœur*, le bruit que l'oreille perçoit pendant la systole ventriculaire ;

2° *Premier ou court silence*, le repos qui succède à la systole des ventricules ;

3° *Second bruit*, le bruit perçu pendant la contraction auriculaire ;

4° *Second ou long silence*, le repos qui succède au second bruit.

Pourquoi appeler premier bruit celui qui est le résultat de la systole ventriculaire? En voici la raison : Dans l'état de syncope, les cavités supérieures et inférieures du cœur (ventricules et oreillettes) sont pleines de sang ; après la syncope, les cavités qui se contractent les premières étant les ventricules, j'appelle premier bruit le résultat de cette contraction.

Par quels phénomènes se produisent les silences? Il y a un espace de temps pendant lequel les phénomènes de contraction se produisent, et un nouvel espace de temps, très-court à la vérité, mais qui n'en existe pas moins, s'écoule, alors que les contractions étant achevées, il se produit un temps d'arrêt, une station (c'est le moment des silences).

On voit donc que pour moi les bruits sont dus aux contractions des cavités et les silences à un temps d'arrêt après elles.

Je me résume et je dis :

Le premier bruit a lieu pendant le grand mouvement, alors que les ventricules se contractent, que les oreillettes se dilatent, et est dû à tous les phénomènes qui se produisent pendant la systole ventriculaire : choc de la pointe du cœur en avant ; bruit des valvules sigmoïdes s'appliquant contre la paroi interne des artères (artère pulmonaire, aorte) ; frottement du sang contre ces ouvertures ; soulèvement des valvules auriculo-ventriculaires, choc entre eux de leurs bords libres, etc., etc.

Le premier ou court silence a lieu alors que la contraction des ventricules est complète. La dilatation des oreillettes complète a lieu au temps de repos dans lequel entre le cœur au summum de la systole ventriculaire et au summum de la diastole auriculaire.

Le second bruit a lieu pendant le second mouvement, lorsque se produisent la contraction des oreillettes et la dilatation des ventricules ; il est dû aux phénomènes qui se produisent pendant la contraction auriculaire : ouverture des valvules auriculo-ventriculaires (mitrale et tricuspide) ; frottement du sang contre les parois de ces ouvertures ; fermeture de la valvule d'Eustachi dans l'oreillette droite, etc., etc.

Le second silence (long silence) a lieu alors que la contraction des oreillettes est complète et que la dilatation des ventricules est à son summum ; il est dû à un moment d'arrêt, un peu plus long que le premier, des fibres contractiles du cœur.

Il est une objection que l'on va me faire tout de suite et qui est cause de la divergence des théories si diverses des auteurs : Comment savez-vous si les bruits sont dus à la contraction et non à la dilatation, et si, par exemple, le premier bruit que vous percevez à la pointe du cœur est dû aux phénomènes qui se passent pendant la contraction des ventricules plutôt qu'à ceux que produit le sang lorsqu'il est lancé dans cet organe alors que les oreillettes se contractent? Ayant admis, ce qui d'ailleurs est conforme à tout ce que l'on perçoit, que la contraction des oreillettes et la dilatation des ventricules commencent en même temps, je dis que le passage du sang dans le ventricule ne produit aucun bruit dans cette cavité. En effet, le sang ne tombe pas, comme le prétendent certains auteurs, dans un organe creux, mais dans une espèce de poche contractile qui se dilate en même temps que ce liquide y arrive, et un pareil phénomène se produit sans bruits. Il n'y a donc qu'à la base du cœur où l'on puisse entendre des bruits pendant la systole auriculaire, et il n'y a qu'à la pointe du cœur où l'on puisse entendre des bruits pendant la systole ventriculaire.

Les mouvements et les agitations du cœur comprennent donc *deux temps :*

Le *premier* renferme le premier bruit et le premier ou court silence ;

Le *second* renferme le second bruit et le second ou long silence.

Cette théorie, d'une grande simplicité, explique parfaitement le cours du sang dans le cœur, les bruits qui s'y perçoivent, les mouvements transmis à la cage thoracique, et peut rendre de grands services dans le diagnostic des maladies du centre circulatoire.

Je donne ci-après un tableau qui pourra servir à rendre l'intelligence de ma théorie encore plus facile.

Premier temps. — *Premier bruit.* Contraction se produisant des ventricules ; vacuité se produisant des ventricules ; dilatation se produisant des oreillettes ; plénitude se produisant des oreillettes.

Premier ou court silence. Contraction complète des ventricules ; vacuité complète des ventricules ; dilatation complète des oreillettes ; plénitude complète des oreillettes.

Second temps. — *Deuxième bruit.* Contraction se produisant des oreillettes ; vacuité se produisant des oreillettes ; dilatation se produisant des ventricules ; plénitude se produisant des ventricules.

Second ou long silence. Contraction complète des oreillettes ; vacuité complète des oreillettes ; dilatation complète des ventricules ; plénitude complète des ventricules.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 septembre 1864. — Présidence de M. Decaisne.

Note sur l'action des alcaloïdes de l'opium ; par M. OZANAM. — Cette question, soulevée dernièrement par M. Cl. Bernard, a été, dit l'auteur, mon étude favorite depuis plusieurs années. Les expérimentations exposées dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie tendent à démontrer les faits suivants :

A. Au point de vue *thérapeutique*, l'opium contient :

1° Des substances *calmantes :* morphine, opianine, narcéine ;

2° Des substances *excitantes :* narcotine, thébaïne ;

3° Des substances mixtes, alternativement excitantes et calmantes : *codéine.*

B. Au point de vue de la *localisation anatomique*, chaque élément de l'opium paraît avoir, outre une action générale plus ou moins prononcée, une sorte d'électivité sur telle ou telle région du système nerveux.

La morphine, l'opianine, la narcotine, agissent sur les *hémisphères cérébraux*, la codéine sur le *cervelet* et le *bulbe rachidien ;*

La thébaïne sur la partie supérieure ou cervico-dorsale de la moelle épinière, la narcéine sur la portion lombaire.

Ainsi l'opium constitue un remède précieux et incomparable, aucun succédané ne saurait le remplacer ; il pénètre, il dissèque pour ainsi dire le système nerveux, et chacun de ses éléments, qui, pris isolé, pourrait avoir des effets trop déprimants ou trop excitants, trouve son correctif naturel dans son alliance avec les autres. (Commissaires : MM. Rayer, Bernard, Longet.)

— **M. Sauvages** adresse de Valence-sur-Rhône la description d'un essai qu'il a fait il y a plusieurs années dans le but d'arriver à trouver un mode d'embaumement qui ne défigurât pas les corps comme le faisaient les divers procédés usités avant celui de M. Gannal, et qui n'exigeât pas comme ce dernier l'emploi d'une grande quantité d'arsenic. (Renvoi à l'examen de MM. Payen et Pasteur.)

— **M. Scoutetten** prie l'Académie de vouloir bien, quand elle aura à s'occuper de la nomination d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, le comprendre dans le nombre des candidats. Il rappelle diverses communications qu'il a faites depuis quelques années et joint à sa lettre une note de ses titres scientifiques imprimée il y a quelques années à l'occasion d'un concours. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 10 septembre, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les médecins-majors de 1re classe, Leguey, Bruneau, Delaunay et Berniet.

Au grade de chevalier : MM. Leroy et Scoutetten, médecins-majors de 2e classe ; Rocher, pharmacien-major de 2e classe, et Leclerc, vétérinaire en premier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. E. Goupil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, qui a succombé aux suites d'un érysipèle du cuir chevelu et de la face, dimanche, à La Beaudronnière, près Droué (Loir-et-Cher). Cette nouvelle inattendue laisse tous ses amis profondément affligés. C'est une perte qui sera sentie par le corps médical des hôpitaux, dont il était un des membres les plus distingués.

— Dans la séance de l'Académie des sciences de lundi dernier, M. Flourens a présenté, au nom de M. L. Figuier, la quatrième édition, revue et diminuée, de *la Terre avant le déluge*, et la deuxième édition, singulièrement augmentée, de *la Terre et les mers.*

Cette présentation a été accompagnée d'un mot trop flatteur pour notre éminent confrère, pour que nous ne le reproduisions pas.

« Le premier de ces ouvrages, qui a eu un succès qu'on peut dire étonnant, est une véritable géologie ; le second est une vraie physique du globe.

» Le succès de ces livres fait la gloire de l'auteur, et il est la récompense des savants dont les noms sont cités par M. L. Figuier. »

Erratum. — Les réflexions qui précédaient et suivaient l'observation de *chloro-anémie* publiée dans notre avant-dernier numéro, n'ont pas M. Bergeron pour auteur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes, et des rapports de cette inflammation avec les autres affections utérines, par James Henry Bennet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-interne des hôpitaux civils de Paris, membre du Collége royal des médecins de Londres, membre de plusieurs sociétés savantes. Traduit et annoté sur la 4e édition par le docteur Michel Peter, chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris à l'Hôtel-Dieu. Un fort vol. in-8°, avec figures. Prix : 9 fr. *franco* dans toute la France. Chez Asselin.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 SEPTEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a clos hier la discussion sur la pustule maligne et sur les maladies virulentes. M. Leblanc a lu un discours dont on trouvera un résumé dans le compte rendu de la séance. MM. J. Guérin et Briquet ont présenté incidemment quelques explications, soit pour compléter leurs argumentations précédentes, soit pour en rectifier quelques points obscurcis par la contradiction. Enfin, M. Gosselin, en sa qualité de rapporteur, a résumé en quelques mots la partie de cette discussion qui a exclusivement trait à la pustule maligne, sujet principal et occasion du débat.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* ont été tenus au courant de toutes les phases et de tous les incidents de cette longue et intéressante discussion. Je n'aurai rien à ajouter pour le moment, quelque plaisir que j'eusse éprouvé à rentrer en communication avec eux par un coup d'œil rétrospectif sur une aussi importante question de pathologie générale. Mais l'Académie, qui ne chôme point, même par ce temps de vacances générales, ne tardera probablement pas à fournir un nouveau texte à mes entretiens favoris.

Dr Brochin.

HOSPICE DE LA VIEILLESSE (hommes). — M. VOISIN.

Clou enfoncé dans la cavité crânienne sans accidents consécutifs.

(Observation recueillie par M. VERET, interne du service.)

La pénétratiou d'un corps étranger dans la cavité crânienne ne s'accompagne dans quelques cas d'aucun accident, d'aucun trouble fonctionnel. L'observation que nous publions en est une nouvelle preuve.

Le nommé B... (Charles), âgé de cinquante-cinq ans, est entré le 16 novembre 1862 dans l'asile des aliénés de Bicêtre. D'une intelligence faible, d'un caractère inégal, emporté, il avait d'abord été employé à l'hospice comme portier. Il y faisait assez mal son service, s'enivrait fréquemment, et se livrait alors à des violences contre sa femme et son fils. C'est à la suite de cette conduite qu'il a été admis à la section des aliénés. Il était atteint d'hypochondrie; prétendant qu'il n'avait plus ni organes des sens, ni corps, ni sang; il se plaignait néanmoins de souffrir par tout le corps. A diverses reprises il refusa de manger, et l'on dut employer la sonde œsophagienne pour le nourrir.

La nature de son délire n'a pas changé. Toujours hypochondriaque, son abord est difficile; il est insolent, grossier même pour tous ceux qui l'approchent. Il ne se lie avec personne, reste seul, et refuse de travailler. Il n'a pas d'hallucinations.

Le 29 juillet dernier, à la visite du matin, B..., qui par extraordinaire se découvre devant le chef de service, porte au sommet de la tête une plaie contuse. Interrogé, il répond qu'il s'est heurté contre une porte. Depuis quarante-huit heures il était agité, parlait seul, gesticulait. De sorte que, croyant n'avoir à soigner qu'une plaie contuse sans importance, un pansement simple a été prescrit. Mais on s'aperçoit, en rasant le cuir chevelu, que le malade présente au niveau de la plaie la tête d'un clou; il siégeait au niveau de la suture fronto-pariétale droite, à 25 millimètres environ de la suture sagittale.

La peau, œdématiée, forme un bourrelet qui recouvre en partie la tête du clou. Entre cette tête et l'os, il existe un espace d'un millimètre qui permet de passer l'une des branches d'une pince à artère; mais en essayant d'enlever la pointe, elle résiste, et l'instrument se brise. Alors on saisit la tête du clou avec un davier, et en exerçant une traction verticale pour éviter tout ébranlement, on dégage des parois crâniennes un clou de 6 centimètres de longueur et de 4 millimètre et demi de diamètre. Les parois sont fort épaisses, et la direction du trajet suivi par le clou est perpendiculaire à la surface. Il y a donc lieu de croire que le clou a pénétré dans le lobe cérébral; si la dure-mère avait été entraînée devant lui, il se serait produit des phénomènes de compression qui ne se sont pas manifestés.

Durant l'opération, le malade n'indique aucune douleur, son visage reste calme. B... répond nettement aux questions qu'on lui adresse, et prétend ne rien éprouver. Pressé de questions, il finit par avouer que c'est en se frappant la tête contre un mur, le 27 juillet, qu'il est parvenu à s'enfoncer une pointe dans le crâne. Il ne l'a pas fait, dit-il, dans le but de se tuer; du reste, « il n'a rien senti, puisqu'il n'a point de corps. » Depuis le moment de l'accident jusqu'aujourd'hui, nous n'avons rien constaté d'anormal dans l'état du malade, qui a conservé ses allures ordinaires. Il mange avec appétit et se promène comme d'habitude.

Le 30, le malade n'accuse aucune douleur. On lui applique trois ventouses scarifiées à la nuque, comme moyen préventif soit contre un mouvement congestif, soit contre une réaction inflammatoire au niveau de la blessure. Dans le même but, on lui donne un purgatif.

Le 31, la plaie cutanée est cicatrisée; à peine reste-t-il un peu de tuméfaction. Le délire hypochondriaque est resté le même. Nul trouble, nul symptôme pouvant être rapporté à l'accident.

Le 4 août, une petite cicatrice blanchâtre est tout ce qui reste de cette blessure.

Le 27, depuis un mois, époque de l'accident, B... n'a jamais accusé de douleur ni de fièvre. Il est resté dans le même état.

Je crois être en droit d'espérer que cette pénétration d'un clou dans la cavité crânienne ne déterminera maintenant aucun accident, et par suite on peut considérer ce fait comme l'un des rares exemples dans lesquels un corps étranger a blessé la pulpe cérébrale sans suites fâcheuses pour le malade.

— Les renseignements que nous avons demandés à cet égard à M. Veret confirment complétement les résultats singuliers de cette plaie pénétrante du crâne. Guérie et cicatrisée en huit jours, elle n'a donné lieu à aucun des accidents consécutifs habituels des plaies de tête. (*Note de la Rédaction*).

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. TRIQUET.

De la paralysie faciale qui accompagne les écoulements purulents chroniques des oreilles (1).

La paralysie faciale est une complication fréquente des écoulements chroniques des oreilles, et il n'est point de praticien qui n'ait eu occasion d'en rencontrer des exemples.

Pourtant, il faut le reconnaître, jusqu'à ces derniers temps aucune explication satisfaisante n'avait été donnée de cette grave complication, et la thérapeutique elle-même manquait de bases certaines pour formuler un traitement rationnel.

En 1857 seulement, dans mon *Traité des maladies de l'oreille* (2), j'énonçais de la manière suivante les principales causes qui peuvent amener cette hémiplégie :

« 1° Cette paralysie faciale est due à ce que la suppuration, » après avoir désorganisé les parties profondes de l'oreille, ar» rive jusque dans le canal de Fallope et vient baigner le nerf » facial qui le traverse. Ce nerf se trouve alors atteint de phleg» masie, sans pouvoir transmettre l'influx nerveux aux mus» cles qu'il doit animer.

» 2° Le plus souvent, la suppuration de l'oreille ne va pas jus» qu'au nerf facial lui-même. Elle s'arrête à une certaine » distance du canal de Fallope, mais elle amène dans les la» melles osseuses qui forment les parois de ce canal une ostéite » dont la conséquence est l'hypertrophie de ces lamelles, la » diminution de calibre du canal dans lequel est contenu le nerf » facial, et partant la compression de ce nerf. »

C'est cette dernière cause de paralysie du nerf facial qu'il nous a été permis de constater, de la manière la plus positive, chez une malade phthisique atteinte d'*otorrhée* datant de loin, et qui vint succomber il y a un an à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Trousseau.

Après les quelques détails recueillis pendant la vie, voici ce que l'examen anatomique a permis de constater :

La malade, âgée de vingt-huit ans, affectée depuis plusieurs années d'un écoulement puriforme de l'oreille droite seulement et de phthisie tuberculeuse arrivée au dernier degré, avait présenté, dans les dernières semaines de son séjour à l'Hôtel-Dieu, une paralysie faciale du côté droit, siége de l'écoulement et occupant tous les muscles que ce nerf doit animer. On avait pu constater aussi que la malade avait *tout à fait perdu l'ouïe de ce côté.*

A l'autopsie, nous avons trouvé :

A. Du côté droit, siége de l'écoulement et de la paralysie faciale :

1° Du pus jaune verdâtre, fétide, remplissant presque entièrement les deux tiers du conduit auditif.

2° Il est facile de constater avec un spéculum et un réflecteur que la membrane du tympan est complétement détruite.

3° Après avoir enlevé, à la faveur d'une injection d'eau, la matière purulente qui obstrue le conduit, on constate en outre

(1) Si je n'ai point décrit la paralysie faciale en traitant des écoulements d'oreilles (*Gazette des Hôpitaux* du 25 août dernier), c'est que, en raison de l'importance du sujet, je voulais en parler dans un article séparé.

(2) *Traité pratique*, in-8° avec figures. Chez J. B. Baillière.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Album universel des eaux minérales, des bains de mer et des stations d'hiver, par M. J. BERNIS (1).

Aujourd'hui que l'hydrologie médicale tend de plus en plus à devenir une science positive et que tous les praticiens, à quelque école qu'ils appartiennent, reconnaissent que beaucoup de maladies chroniques ne peuvent obtenir de guérison assurée et définitive que par la cure thermale, une ère nouvelle s'est ouverte pour la thérapeutique.

Aussi les travaux sur les eaux minérales augmentent-ils chaque jour et augmenteront-ils encore jusqu'à ce que l'hydrologie médicale soit une science définitivement constituée.

De toutes parts les brochures abondent : chaque source a son historien, son panégyriste; et si le médecin se trouve quelquefois un peu indécis sur le choix de telle ou telle station pour son malade, le critique ne l'est pas moins quand il a à réduire à leur juste appréciation certains éloges qu'il juge un peu exagérés. Un de nos savants confrères et collaborateurs, très-versé dans la climatologie médicale, doit se le rappeler encore, car MM. les directeurs des établissements thermaux sont parfois quelque peu susceptibles et ont l'oreille bien chatouilleuse.

L'*Album* de M. J. Bernis est un livre sans opinion, n'appartenant à aucune école; mais c'est pour le médecin et en même temps pour le malade un guide excellent et qui paraît pour la troisième fois.

Ce n'est pas chose facile que d'écrire un livre d'hydrologie médicale, car une bonne classification est encore à faire. Chaque auteur en adopte une, reposant tantôt sur la composition chimique des eaux, tantôt sur des considérations géologiques ou médicales. « Mais, disent MM. Pétrequin et Socquet, toute difficulté ne sera point encore levée parce que la chimie nous aura dévoilé la composition d'une eau minérale; il restera encore à découvrir à quel élément minéralisateur ou à quelle association de ces éléments elle doit ses propriétés curatives. C'est dans une semblable appréciation bien faite, mais toujours malaisée, qu'il faut chercher les fondements d'une bonne classification médicale des eaux minérales naturelles. »

M. Bernis a évité ces difficultés en adoptant l'ordre alphabétique; de sorte que son livre, au lieu d'être une méthode scientifique, devient un dictionnaire. Examinons-le sous ce rapport.

Cet Album est divisé en trois parties. La première, — *Eaux minérales*, — contient sur chaque station tous les détails que le médecin désire savoir. On y apprend le nombre des sources de la station, leur composition chimique, leur degré de température, leur action thérapeutique, les noms des médecins officiels et non officiels, la durée de la saison; on y apprend également les ressources que présente le pays pour la vie qu'on y mène, pour les distractions qu'on y cherche.

La deuxième partie est consacrée aux *bains de mer*.

Que les gens du monde s'imaginent que l'eau de la mer est partout la même, qu'elle a partout la même composition et les mêmes propriétés, que la différence des effets ne dépend que de la température, du climat, c'est là une de ces erreurs qui disparaissent de jour en jour. Nous savons tous que rien n'est plus régulièrement variable que la composition de l'eau de mer. La salure de la mer suit une progression croissante à mesure qu'on approche de l'équateur. Ainsi, au nord de la Baltique, un litre d'eau de mer contient 8 grammes de chlorure de sodium; sur les côtes de Bretagne, il en contient 27; dans la Méditerranée, 30; dans l'océan Atlantique, sous la ligne, 90.

Cette eau contient en outre divers sels, de l'oxyde de fer, des chlorures, des bromures, des iodures. L'eau de la mer agit donc sur l'organisme, et par les sels qu'elle contient, et par les réactions chimiques qui en résultent. Il faudra par conséquent que le médecin sache conseiller Cherbourg, Dieppe, Royan, Arcachon, Biarritz, etc., selon les circonstances, selon les individus, selon l'état morbide qu'il veut combattre.

Mais l'hiver semble arrêter les pérégrinations thérapeutiques? Nullement. S'il y a une cure par les eaux, il y a aussi une cure par l'air, le *pabulum vitæ*. La troisième partie de l'*Album* est consacrée aux *stations d'hiver*. Il est, qu'on ne se le dissimule pas, un grand choix à faire dans la résidence d'hiver, et ce n'est point au hasard qu'on enverra un malade à Nice, à Pau, à Hyères, à Menton, à Venise, à Pise, à

(1) Grand in-4°, 300 pages de texte et plus de 100 gravures et vignettes.

que tous les osselets sont tombés et ont été entraînés par la suppuration ; et que la paroi interne de la caisse est entièrement dénudée, privée de membrane muqueuse et frappée d'ostéite.

4° En effet, le stylet promené à sa surface fait éprouver une sensation de crépitation caractéristique qui ne peut laisser aucun doute à ce sujet.

5° Après avoir enlevé le temporal au moyen d'une coupe convenable, nous trouvons la confirmation des lésions précédemment constatées et que je viens de décrire. De plus, nous constatons directement que la paroi interne de la caisse est atteinte de cette *variété d'ostéite appelée condensante.*

6° Le canal de Fallope, ouvert dans tout son trajet depuis le fond du trou auditif interne jusqu'au trou stylo-mastoïdien, nous a montré une véritable compression, une sorte d'aplatissement du nerf facial, causé par la diminution du calibre du canal étroit et tortueux qui doit le recevoir durant son parcours à travers le rocher.

7° Cette diminution du calibre du canal de Fallope était produite par l'hypertrophie des lamelles osseuses du rocher qui concourent à former ce canal, laquelle hypertrophie reconnait pour cause une *ostéite condensante*, déterminée par la suppuration, qui avait détruit l'appareil de l'ouïe presque en entier.

8° Quoique la malade eût succombé à une phthisie pulmonaire tuberculeuse avec cavernes, etc., il n'y avait pas trace de tubercules dans l'oreille droite et dans les os qui concourent à la former, mais une phlegmasie suppurative ayant envahi tout l'appareil auditif.

B. L'oreille gauche, examinée par comparaison et mise sous les yeux des élèves, ne présentait aucune trace d'altération.

Cette observation renferme plusieurs enseignements pratiques qu'il est utile de mettre en lumière ; car ces enseignements sont destinés à guider le médecin dans le traitement de ces cas difficiles et qui sont loin d'être rares.

En effet, nous voyons souvent des malades atteints d'écoulement d'oreilles, d'otorrhée chronique, laquelle n'est ordinairement qu'une des manifestations précoces ou tardives de la scrofule.

Or, dans ces cas, la paralysie faciale vient fréquemment compliquer l'otorrhée. Eh bien, il est bon de savoir que la cause de cette paralysie réside dans une ostéite scrofuleuse du rocher. Cette ostéite détermine l'hypertrophie des lamelles osseuses qui concourent à former le canal de Fallope et partant la compression du nerf facial.

Or, d'après les altérations que l'autopsie nous a fait voir, il est bien évident que les vésicatoires, l'électricité, les applications endermiques de strychnine, etc., n'eussent produit aucun résultat satisfaisant, et que pour instituer un traitement vraiment efficace il eût fallu d'abord combattre par des moyens appropriés la diathèse qui avait amené le flux d'oreilles, qui l'entretenait certainement et avait enfin provoqué l'ostéite, cause de la paralysie faciale.

Ces principes que j'avais déjà formulés en 1856 dans mon *Traité des maladies de l'oreille,* et notamment dans l'observation 110 (1), trouvent dans le fait cité plus haut une nouvelle et éclatante démonstration.

Chez l'enfant dont l'histoire est rapportée dans cette observation 110, il s'agissait encore ici d'une otite scrofuleuse avec hémiplégie faciale du côté gauche, et qui fut guérie par un traitement général et local.

Ces deux traitements mis en usage simultanément ont consisté : 1° en huile de foie de morue et gouttes de teinture d'iode à l'intérieur, depuis 5 gouttes jusqu'à 20 par jour ; 2° en bains salés ; 3° en cautères volants appliqués sur l'apophyse mastoïde (le malade en a eu seize successivement).

Quant au traitement local, on a mis en usage : 1° les instillations dans l'oreille de teinture de myrrhe, d'iode ; 2° les injections avec le sulfate de cuivre, d'après les formules qui ont été données précédemment (2).

Il est vrai que chez la malade phthisique qui nous a présenté la paralysie faciale dont il est question, de graves désordres du côté des poumons devenus bientôt mortels n'ont guère permis de songer à un traitement efficace, dirigé contre l'hémiplégie.

Mais remarquons bien, pour notre instruction, ainsi que je l'ai fait voir tout à l'heure par l'observation 110, empruntée à mon *Traité pratique*, remarquons bien qu'il n'y a pas que des phthisiques incurables qui soient atteints d'écoulements chroniques de l'oreille ; on trouve surtout dans la pratique ces écoulements chez des sujets scrofuleux, dont la vie n'est nullement menacée pour le moment ni peut-être pour l'avenir, et qui réclament impérieusement tous les soins afin d'être guéris de leur otorrhée.

Que cette otorrhée rebelle soit ou non compliquée de paralysie faciale, c'est, toujours, il faut bien le reconnaître, dans les combinaisons du traitement général et local que le praticien trouvera les chances de succès les plus certaines et les plus rationnelles.

D'ailleurs l'expérience a prononcé sur ce point, et l'observation que j'ai citée plus haut est loin d'être la seule que j'ai recueillie. Toutes celles que je possède relatives à cette importante question sont aussi concluantes et parfaitement démonstratives.

(1) *Traité pratique*, obs. 110, page 348.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 25 août 1864.

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE CONSIDÉRABLE.

Thoracentèse. — Guérison.

Par M. le Dr Soulez, médecin en chef de l'hôpital de Romorantin.

La thoracentèse est une de ces opérations qui, malgré son innocuité bien constatée, répugne le plus au médecin de province. Il sait, en effet, que dans la clientèle privée on ne lui tiendra compte que du succès. Et cependant, en présence des accidents redoutables que peut entraîner l'épanchement pleurétique par son abondance, il n'est plus permis d'hésiter quand on connaît les indications de l'opération si nettement formulées par le savant professeur Trousseau dans son ouvrage de clinique. La sécrétion abondante du liquide pleurétique est une affection assez commune dans nos campagnes ; d'un autre côté, la ponction de la poitrine peut rendre de si grands services, que je partage complétement l'opinion de M. le docteur Béhier (séance de la Société médicale des hôpitaux, 24 février). Plutôt que de décourager les médecins par des craintes chimériques, on doit au contraire les encourager à pratiquer une opération qu'ils sont peu disposés à accepter.

On sait que la phthisie pulmonaire peut survenir à la suite d'un épanchement abondant. J'ai toujours à l'esprit l'observation suivante :

Un homme, d'une constitution herculéenne, contracte une pleurésie avec sécrétion abondante. Le liquide met plus de huit mois à se résorber, malgré le traitement énergique qu'on lui fit subir. Trois ans plus tard, il me raconte que depuis son affection il ne s'est jamais bien porté ; il a toujours conservé un essoufflement qui rend la marche à peu près impossible. Il a de la fièvre toutes les nuits, en même temps que des transpirations abondantes ; son amaigrissement est rapide. L'inspection du thorax permet d'apprécier la déformation et la diminution du côté droit. A l'auscultation, on apprécie la diminution du murmure respiratoire. Sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, l'oreille perçoit un souffle caverneux très-fort et la pectoriloquie.

Quelques mois après, le malade succombait épuisé par la fièvre, la sueur, l'expectoration et la perte d'appétit.

Je pourrais encore citer l'observation d'un enfant de six ans, le nommé C..., d'une bonne santé habituelle. Après une violente coqueluche, il contracte un épanchement pleurétique considérable du côté droit, et meurt avec tous les signes du ramollissement tuberculeux six mois après.

Mais si le médecin se décide après beaucoup d'hésitations à pratiquer la thoracentèse, il faut encore vaincre la répugnance du malade et de la famille, et l'on ne réussit pas toujours.

Le 18 novembre 1863, j'étais appelé près d'une jeune femme, P..., au village des Motets. Cette femme, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution délicate, chloro-anémique au dernier degré, offrait en outre tous les signes de la cachexie paludéenne, et notamment une tuméfaction considérable de la rate. Elle me rapporte qu'un mois avant, après avoir reçu une averse, elle rentra chez elle avec un frisson intense et une violente douleur sous le sein gauche. Une application de sangsues fit disparaître ce symptôme. Elle se lève quatre jours après, et continue ses travaux malgré une toux opiniâtre et un essoufflement prononcé.

Depuis deux jours, l'essoufflement ayant augmenté, elle prit le parti de m'appeler. Je trouve cette femme dans un état indicible d'anxiété. Soutenue par des oreillers, elle éprouve une suffocation extrême. A l'inspection de la poitrine, on trouve une augmentation notable du côté gauche avec agrandissement des espaces intercostaux. A la percussion, matité absolue dans toute son étendue, tant en avant qu'en arrière ; à l'auscultation, absence du bruit respiratoire. Le cœur, refoulé, bat sous les articulations costo-sternales droites. En présence d'un épanchement aussi considérable, je proposai la thoracentèse, qui fut énergiquement repoussée par la malade et sa famille. J'ordonnai alors un large vésicatoire et les préparations diurétiques. Le lendemain, on venait m'annoncer que cette pauvre femme était morte subitement en se retournant dans son lit.

Péniblement impressionné par une mort aussi rapide, je pris la ferme résolution d'être plus pressant auprès de mes malades si je venais à me trouver en pareille situation. Je n'attendis pas longtemps.

L. L..., âgée de vingt-trois ans, couturière à Romorantin, d'une bonne constitution, a été atteinte à plusieurs reprises de crises hystériques pour lesquelles je lui ai donné mes soins. Au mois de mars 1862, elle contracte une pneumonie de la base du poumon droit, dont elle fut complétement rétablie une vingtaine de jours après.

Le 25 décembre 1864, au sortir de vêpres, elle ressentit un frisson qui dura trois heures, et une douleur depuis l'épaule gauche jusqu'au sein, douleur qui augmentait dans les mouvements d'inspiration. En même temps, notre malade prit une toux fatigante. Elle m'assure ne pas avoir eu de fièvre. Malgré ces manifestations, la malade continue ses travaux ; elle remarque seulement qu'elle est un peu faible et que la marche lui occasionne de la dyspnée.

Le 1er janvier, à la suite de courses nombreuses, la douleur ayant augmenté, la toux devient incessante ; elle a de la fièvre. Sa mère fait une application de sangsues qui enlève le point douloureux.

Les 2 et 3, même état.

Mandé auprès d'elle, je trouve la malade levée, avec un pouls à 84 pulsations. Je constate une dyspnée extrême allant jusqu'à la suffocation. La malade fait des efforts inouïs d'inspiration. La percussion donne une matité limitée en arrière à l'angle de l'omoplate ; bruit de souffle à ce niveau, égophonie fortement prononcée, absence de murmure respiratoire. Mon diagnostic ne pouvait être douteux ; mais le peu de réaction fébrile me fit supposer que j'avais affaire à une de ces pleurésies insidieuses qui donnent lieu à une sécrétion abondante. Pour me rendre compte des progrès du liquide, je marquai au nitrate d'argent la limite supérieure. Je conseillai le repos au lit, un large vésicatoire, les préparations de digitale, et pour boisson le chiendent nitré.

Trois jours après, fatiguée du séjour au lit et ne se sentant pas malade, L... se lève. La dyspnée avait disparu, elle ne conservait, disait-elle, que de la toux.

Le 14 janvier, j'eus occasion de la revoir ; elle était au coin de son feu et travaillait aux travaux d'aiguille ; le liquide n'avait nullement diminué, et dépassait la moitié de la fosse sous-épineuse.

Le 18, la malade me fait appeler pour la débarrasser de sa toux, qui ne lui laisse pas un instant de repos. Je reste étonné alors de la quantité considérable de liquide qui s'était formé en peu de jours, et, malgré cela, des apparences de bonne santé. Voici, du reste, son état :

Pas de dyspnée ; pouls à 70 ; immobilité complète du côté gauche ; élargissement considérable des espaces intercostaux : la mensuration donne une augmentation de 4 centimètres. Matité absolue en arrière ; en avant, la percussion donne un son clair au niveau de la clavicule. A l'auscultation, absence du murmure respiratoire, excepté dans le point où la percussion donne un son clair. L... m'exprime son étonnement de sentir son cœur battre à droite ; en effet, la pointe s'entend manifestement sous le sein droit. La rate, déplacée de sa position normale, est appréciable à la palpation.

J'insistai fortement pour faire comprendre les dangers qui entouraient la malade et pour faire accepter la thoracentèse : elle fut repoussée. Quelques heures après mon départ, survint une syncope légère qui se renouvela à deux reprises différentes dans la journée du 19.

A ma visite, je constatai l'augmentation du liquide, qui remplit

---

Alger, à Madère. Il existe dans toutes les maladies qui réclament le changement de climat deux états qu'il faut savoir distinguer, un état éréthique et un état torpide ou atonique. Au premier conviendront les stations où l'air est moins vif, comme Menton, Pau, Madère, Venise, etc., tandis que le climat tonique de Nice, d'Hyères, de Cannes, sera réservé pour la forme torpide ou atonique.

Un point qui est encore essentiel à connaître, c'est l'époque à laquelle il faut habiter les stations d'hiver. L'*Album* répond à toutes ces questions.

Cependant, nous aurions voulu que l'*Album* ne fût pas seulement un Dictionnaire, fort bien fait assurément ; nous aurions été bien aise de lui voir prendre une allure un peu plus scientifique, en acceptant ou en proposant une classification des eaux minérales. Un tableau synoptique ou bien quelques pages placées à la tête du volume, auraient suffi à combler cette lacune, et M. J. Bernis aurait eu alors la chance d'arriver au but proposé par Horace :

Lectorem delectando pariterque monendo.

Ce qu'il n'a pas fait cette année, espérons qu'il le fera à sa prochaine édition.

Voilà pour le fond du livre ; quant à la forme, elle ne laisse rien à désirer. C'est un album magnifique, un livre de bibliothèque ou de salon, riche d'exécution, illustré de belles, grandes et nombreuses gravures sur bois, représentant les principales stations.

Dr A. Corlieu.

De la paralysie dite essentielle de l'enfance, par M. le docteur J. V. Laborde, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat, médaille d'or de la Faculté de médecine de Paris (1).

En nosologie infantile, le mot *paralysie essentielle* a servi de prétexte à une foule d'erreurs et de confusions, que M. Laborde s'est efforcé de débrouiller.

Une étude longue et approfondie des maladies nerveuses chez les enfants, et particulièrement des paralysies, lui a permis de dégager du groupe complexe de ces affections un état morbide spécial qui a une existence et une évolution propres : la description nosologique qui est tracée dans le livre dont il est ici question, constitue une *monographie complète.*

Après avoir présenté dans tous ses détails l'étude des manifestations symptomatiques de la maladie et s'être appliqué surtout à remonter à sa période de début, jusqu'ici laissée dans l'ombre par la plupart des auteurs, M. Laborde a donné la description des *déformations* qui en sont la suite ; ce chapitre est véritablement neuf.

Il a discuté avec soin les causes nombreuses et diverses qui ont été pour la plupart attribuées à cet état morbide, et montré que sa *raison étiologique* doit être cherchée surtout dans les conditions physiologiques des jeunes sujets qui en sont atteints.

Profitant de l'heureuse occasion qu'il a eue de pratiquer l'examen cadavérique de deux enfants affectés de cette espèce de paralysie, l'auteur a montré du côté de la *moelle épinière* l'existence d'une lésion primitive qu'il a décrite avec soin dans un chapitre spécial, lésion sur la possibilité de laquelle il n'avait été réuni jusqu'ici que des hypothèses ; l'étude histologique des altérations secondaires du tissu musculaire lui a permis de donner la description d'une nouvelle espèce d'atrophie des muscles (*atrophie granuleuse*).

Le chapitre du *diagnostic*, dans lequel sont groupées avec leurs caractères cliniques différentiels les diverses paralysies que l'on rencontre chez les enfants, mérite surtout de fixer l'attention. M. Laborde a traité ce sujet en homme compétent ; son séjour prolongé à l'hôpital des Enfants, près de M. Bouvier, donne à ses observations un réel intérêt.

Enfin, s'efforçant d'imprimer autant que possible à son travail une tournure pratique, l'auteur s'est longuement étendu sur la question du traitement *médical et chirurgical*, tant en indiquant les moyens destinés à combattre la maladie primitive qu'en insistant sur ceux qu'il convient d'opposer aux déformations consécutives, savoir : gymnastique active et passive, appareils de redressement, etc. La question si débattue de la *ténotomie dans le pied bot paralytique* est abordée et résolue par des faits concluants. La section du tendon d'Achille dans le pied bot paralytique est légitimée. L'auteur cite plusieurs observations où l'électricité a été impuissante, et où la ténotomie a permis le redressement du pied et l'application d'un appareil qui a donné une amélioration de l'état du pied assez complète pour simuler une guérison absolue.

Dr A. Després.

(1) Un vol. avec planches. Paris, chez Delahaye, place de l'École de médecine.

tout le côté gauche. A dix heures du soir, je suis mandé en toute hâte; depuis trois heures la malade a perdu toute perception du monde extérieur, et les dernières cérémonies ont pu s'accomplir sans que la malade en ait eu conscience.

Le pouls est filiforme, excessivement fréquent; le nombre des inspirations a notablement diminué; les extrémités sont froides et violacées; la figure, et surtout les lèvres, présente une teinte de cyanose. Quelques frictions énergiques parviennent à ranimer un peu la malade.

En présence de ces accidents asphyxiques, la famille accepte l'opération. Aidé par mon confrère et ami le docteur Aujay (de Romorantin), je pratique la ponction, suivant les règles formulées par M. Trousseau, dans le sixième espace intercostal. L'écoulement du liquide est de 2,000 grammes, parfaitement limpide et se troublant par le refroidissement.

La malade revient à la vie, et les organes reprennent leur position. Les suites furent des plus simples, et au bout de huit jours elle commence à se lever, quoiqu'une portion de l'épanchement se soit reformé, épanchement qui, du reste, ne tarde pas à disparaître sous l'influence des frictions iodées et des préparations de digitale.

Je revois L... le 20 mars, et je constate que le murmure vésiculaire et la sonorité sont identiques à gauche et à droite.

En comparant les diverses observations d'épanchements excessifs qui ont entraîné la mort, on reconnaît qu'elle a été le plus souvent amenée soit par l'asphyxie, soit par la syncope, l'embolie ou la thrombose. Les phénomènes asphyxiques s'observent également lorsque l'épanchement est formé soit à droite, soit à gauche; mais la mort instantanée survient plus spécialement lorsque le liquide, siégeant à gauche, a refoulé l'organe central de la circulation; tel est le cas de la troisième observation.

On remarque également que les deux dernières observations se rapportent à cette forme de pleurésie qui se caractérise par peu de manifestatations et beaucoup de liquide; de plus, on trouve dans la dernière observation la confirmation de ce fait, que la suffocation n'est pas un signe assez positif pour qu'il puisse servir d'indication, car la suffocation, qui était extrême au début de la maladie, était nulle lorsqu'il y avait tout un côté de rempli.

PRÉPARATIONS D'HYPOPHOSPHITES DE SOUDE.

Par M. Churchill.

Sirop d'hypophosphite de soude.

Hypophosphite de soude.	5 gr.
Sirop simple.	350
Sirop de fleurs d'oranger.	50

Faites un sirop par simple solution.

Une cuillerée à bouche de 20 grammes contient 0,245 d'hypophosphite de soude.

On administre ce sirop à la dose d'une ou deux cuillerées par jour.

Solution d'hypophosphite de soude.

Hypophosphite de soude.	4 à 5 gr.
Eau distillée.	150

Faites dissoudre.

A prendre en dix jours, en commençant le premier repas, ou bien formuler une potion contenant, pour 125 grammes de véhicule, 15 gr. de la solution précédente.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 septembre 1864. — Présidence de M. Larrey.

Il n'y a point de correspondance officielle.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation de luxation de la tête de l'humérus, ancienne et non réduite, envoyée par M. le docteur Am. Pâris (d'Angoulême).

2° Une lettre de M. le docteur Brindejonc accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée *Questions d'hygiène publique relatives à la ville de Mamers (Sarthe)*.

3° La première partie d'un mémoire sur les kystes hydatiques du foie, par M. le docteur Ladureau, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille.

4° Une lettre du chargé d'affaires d'Autriche, accompagnant l'envoi de la quatrième livraison de l'ouvrage de M. Hebra sur les maladies de la peau.

5° Un pli cacheté contenant une note sur une question médico-chirurgicale, par M. Vernhes. (Accepté.)

— M. le secrétaire perpétuel communique la lettre suivante, adressée au président de l'Académie par M. Auzias-Turenne :

« Monsieur le président,

» M. Ricord ne s'est pas borné à nier, dans la dernière séance, que les animaux pussent avoir la syphilis. Il a encore parlé clairement, quoique sans me nommer, de mes propres expériences. C'est pourquoi je crois devoir faire quelques remarques à ce sujet.

» Depuis plusieurs années j'ai maintes fois communiqué des accidents syphilitiques à divers animaux......

» Je crois à la transmissibilité de la syphilis aux animaux. Les cas de transmissions accidentelles ont même dû se montrer plusieurs fois au temps et dans les pays où le virus se trouvait plus exalté qu'il ne l'est aujourd'hui. Dias de Isla, notamment, en rapporte des exemples observés en Espagne à la fin du quinzième siècle.

» Il est donc possible qu'à cette époque des chèvres aient eu la syphilis en Italie et se soient trouvées dans le cas de la transmettre aux hommes; mais alors il est plus que probable que ces chèvres ont dû tenir elles-mêmes des hommes leur maladie.

» Je ne dirai rien de l'expérience que j'ai faite à Saint-Lazare et dont M. Ricord a parlé. Je renvoie aux détails que j'ai donnés dans une lettre adressée au préfet de police et que j'ai rendue publique.

» Ceux qui voudront bien prendre la peine d'ouvrir cette brochure, aux pages 20, 21 et 22, pourront se convaincre que M. Ricord a exprimé, dans la séance de mardi dernier, des opinions non-seulement différentes, mais encore contradictoires de celles qu'il avait émises dans le sein de la commission préfectorale.

» M. Ricord a prétendu, par exemple, dans le sein de cette commission, que l'ulcération d'un singe n'était pas syphilitique parce qu'elle n'avait pas pu s'inoculer à ce même singe, tandis qu'il déclare aujourd'hui que les chancres qui donnent la syphilis constitutionnelle ne sont pas *auto-inoculables*.

» Je dois dire quelques mots sur cette question :

» La syphilis constitutionnelle peut provenir d'un chancre, qui est d'abord pustuleux, ou d'un accident secondaire communiqué directement, qui est d'abord papuleux et que j'ai appelé *pseudo-chancre*, pour consacrer l'erreur de ceux qui l'ont confondu longtemps avec le chancre.

» Le chancre et le pseudo-chancre offrent plusieurs variétés dans lesquelles rentrent ce que M. Ricord appelle le chancre *mou* et le chancre *dur*. Mais toutes ces manifestations et tous ces éléments plus ou moins efficaces de syphilis constitutionnelle sont aisément réductibles les uns aux autres.

» La syphilisation les ayant bien fait connaître, chacun a pu puiser à cette source ce qui lui convenait pour édifier ou pour reconstruire un système syphiliographique.

» Aujourd'hui que la syphilisation a remplacé le mercure dans les hôpitaux de Norvége, on y produit à volonté, pour les besoins du service, le chancre que M. Ricord appelle *mou* avec la matière de celui qu'il appelle *dur*. C'est M. Bidenkap, habile syphilisateur norvégien et élève du professeur Boëck, qui a érigé cette conversion en méthode et en pratique.

» Il n'y a point de doute que si M. Ricord était témoin de ce phénomène, il ne se rendît à l'évidence avec le même empressement que quand il s'est agi du dogme de la contagion secondaire. Peut-être trouverait-il encore une satisfaction rétrospective à se rapprocher ainsi de son ancien système, qui était entièrement basé sur l'unité du virus et la suprématie du chancre pustuleux.

» En résumé, je déclare que certains animaux et que les singes en particulier peuvent contracter toutes les variétés de chancre, et même la *vérole*, pour lâcher le gros mot.

» L'Académie n'a pas d'autre moyen de s'en assurer que de former une commission qui serait chargée d'instituer des expériences *ad hoc*.

» Auzias-Turenne. »

M. Vernois, à l'occasion de cette lettre, rappelle qu'à l'époque où il était à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, il a observé avec M. Nivet qu'un chat qui avait l'habitude de manger les objets de pansement qui avaient servi aux vénériens, était atteint d'ulcérations à la bouche et d'exostoses. Il a conservé longtemps les os de cet animal, qui présentaient exactement le même aspect que les exostoses syphilitiques de l'homme.

— M. le secrétaire perpétuel, après le dépouillement de la correspondance, fait connaître à l'Académie le motif de l'absence de son président. M. Grisolle vient d'avoir la douleur de perdre son père.

— M. Rayer dépose sur le bureau de l'Académie le dernier volume paru des *Comptes rendus de la Société de biologie*; c'est le 5e volume de la 3e série ou le 15e de la collection. M. Rayer signale particulièrement à l'attention de ses collègues, parmi les travaux qui composent ce volume, le travail de MM. Charcot et Cornil sur les altérations de la goutte, celui de M. Ollivier sur l'albuminurie, de M. Berthelot sur l'altération des vins, de M. Cornil sur les lésions des nerfs du bassin chez les femmes affectées de cancer de l'utérus, de M. Gallois sur l'inosurie, etc.

— M. Joly offre en hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Guipon (de Laon), un ouvrage intitulé *Traité de la dyspepsie*.

L'Académie sait déjà, dit M. Joly, que cet ouvrage est le fruit du concours Civrieux pour l'année 1863, et qu'il a obtenu sans partage les honneurs de ce concours. A ce titre, elle n'a pu oublier la haute appréciation qu'en a faite la commission, ni l'éloquent et solennel jugement qu'en a porté M. le secrétaire perpétuel dans la séance publique du 15 décembre dernier.

Je n'aurais donc rien à ajouter aux justes éloges que lui a déjà mérités son travail dans cette enceinte, si l'auteur, mettant à profit les conseils de la réflexion et de l'expérience, n'eût tenu à en revoir tous les extraits et à y ajouter de nouveaux faits et de nouvelles remarques pratiques, qui ne feront qu'ajouter à son œuvre un double intérêt scientifique et pratique.

Tel qu'il est, en effet, le *Traité de la dyspepsie*, dont M. Guipon fait hommage à l'Académie, peut être considéré comme le travail le plus complet que nous possédions sur la matière qui en fait le sujet.

— M. Depaul dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Gianelli, professeur à l'université de Pavie, un volume contenant les tableaux statistiques des vaccinations pratiquées à Milan. M. Depaul fait remarquer que M. Gianelli soutient dans ce travail les mêmes opinions, pour lesquelles il a combattu lui-même avec quelque chaleur, sur l'origine commune de la variole et de la vaccine.

— M. Briquet demande, à l'occasion du procès-verbal, la permission de revenir sur quelques points de son dernier discours qui ne lui paraissent pas avoir été bien saisis. Il a avancé que tous les abus entraînaient avec eux leur châtiment; et il a rappelé comme exemple à l'appui, que les grands mangeurs ont des maladies du système digestif, les grands buveurs des maladies des reins et des voies urinaires, les penseurs des maladies du cerveau, etc. A l'époque de la conquête du Mexique, les habitants avaient des rapports avec les animaux; les armées napolitaines, adonnées aussi à ces rapports contre nature, traînaient à leur suite des chèvres malades; elles n'avaient peut-être pas la syphilis, mais à coup sûr elles étaient affectées de vaginites. En tenant compte des habitudes vicieuses de ces époques, ne peut-on pas supposer, ajoute-t-il, que le moment du rut chez les femelles était choisi pour les rapports anormaux, et qu'à ce moment les liquides vaginaux eussent des propriétés virulentes pour l'homme?

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la pustule maligne.

La parole est à M. Leblanc.

Suite et fin de la discussion sur la pustule maligne.

M. Leblanc lit un discours qu'il résume lui-même en ces termes :

1° Je me crois fondé à dire que tous les virus, c'est-à-dire les causes immédiates des maladies contagieuses non parasitaires, sont des produits animaux qui peuvent se former de toutes pièces sous la double influence d'agents indépendants du corps de l'individu dans lequel et aux dépens duquel a lieu leur formation, et de dispositions particulières à cet individu.

2° Ces produits, qui ne sont jamais innés, ont la propriété, comme les levains, de faire développer ou plutôt de faire naître dans des individus autres que celui dans lequel ils ont été formés, de nouveaux produits semblables à eux-mêmes, à la condition qu'ils aient été en rapport immédiat, sous une forme quelconque, avec la substance de ces individus, et à la condition aussi que les espèces auxquelles appartiennent ces derniers soient aptes à la transformation par le contact de tel ou tel virus; car le même virus n'a pas toujours la même action sur toutes les espèces.

3° Les médecins doivent apporter une grande attention à l'étude, à la recherche des influences capables de faire développer les virus, afin de pouvoir les éviter, ou les modifier, ou les détruire.

4° Je suis convaincu que l'on arrivera à déterminer un bon nombre de ces influences, et j'affirme que l'on est déjà parvenu à ce résultat pour quelques maladies virulentes.

5° Il est au pouvoir de l'homme de prévenir les influences créatrices de certains virus, et même de les modifier de manière à faire avorter les produits qui seraient déjà, à n'en guère douter, en voie de formation.

6° Dans toutes les circonstances, il faut éviter les rapports entre les individus atteints de maladies virulentes et les individus sains.

7° Dans quelques cas le médecin peut combattre efficacement par ses conseils et par son action certaines maladies virulentes très-graves, notamment le charbon sous forme de tumeurs, et spécialement la pustule maligne, qui est commune à l'homme et aux animaux, et que les vétérinaires traitent souvent avec succès en combinant l'excision partielle des parties malades avec la cautérisation par le fer rouge et par les caustiques potentiels.

M. J. Guérin demande la permission de présenter quelques explications au sujet de ce que vient de dire M. Leblanc. M. Leblanc, dit-il, a répété une assertion qui a été déjà l'objet d'une rectification, savoir que M. Bouillaud et moi admettons maintenant avec les vétérinaires la spontanéité de quelques maladies virulentes. J'ai le premier posé en fait et en principe qu'il y a des maladies virulentes spontanées et des maladies virulentes communiquées. Je l'ai dit en particulier à propos de la morve. Ce n'est donc pas par le fait de la discussion actuelle que je suis arrivé à avoir cette opinion; je la professais avant, non pas en vertu d'une hypothèse, mais en vertu de l'expérience. Je me suis éclairé depuis de l'expérience de messieurs les vétérinaires et des faits qu'ils ont apportés à l'appui, mais, je le répète, mon opinion à cet égard était déjà faite.

M. Leblanc a commis encore, en ce qui me regarde, une seconde méprise, au sujet du rôle qu'il me fait attribuer aux causes générales. J'ai dit que les causes générales agissaient, dans ce cas, non pas en tant que causes générales banales, mais comme causes éloignées concourant par leur association et leur combinaison systématique avec d'autres éléments étiologiques à la formation et au développement des virus devenant à leur tour causes spécifiques. C'est en ce sens que j'ai entendu que les causes générales et éloignées finissaient par leur combinaison par se résoudre en causes spécifiques.

M. Leblanc prétend que les vétérinaires professaient les mêmes idées que moi sur ce point d'étiologie. C'est une erreur, et il me suffira de rappeler les paroles de notre regrettable collègue Renault, leur représentant le plus autorisé, refusant d'admettre ce qu'il appelait des causes imaginaires. Je lui répondis à cette époque qu'il y avait dans ces sortes de faits deux ordres de causes à considérer, les causes occasionnelles, puis le virus lui-même. S'il est donc vrai de dire que nous avons fait un pas sur le terrain de la conciliation, il faut que les vétérinaires sachent reconnaître qu'ils en ont fait plusieurs vers nous.

J'arrive à un troisième point. On m'a fait dire que j'admettais la spontanéité de la pustule maligne. Je n'ai pas dit cela. Je continue, jusqu'à preuve du contraire, pour le cas particulier, à penser que la pustule maligne est toujours une maladie communiquée. Et qu'on ne vienne pas m'objecter ici que je suis en cela en contradiction avec moi-même. Il ne s'agit point ici de déduire de la doctrine générale que j'ai énoncée plus haut à la pustule maligne en particulier. C'est en me fondant sur les caractères propres à cette affection que je soutiens l'opinion qu'elle est toujours due à une communication.

M. Leblanc. J'ai répondu d'avance à tout ce que vient de dire M. Guérin, je ne pourrais que me répéter.

M. Briquet déclare être entièrement de l'avis de M. Guérin. Sur 28 maladies contagieuses, j'en ai fait le compte, dit-il, il n'y en a que 7 qui ne se produisent pas spontanément. Quant aux autres, je prétends qu'elles ne peuvent jamais être le produit de causes accidentelles; elles ne ressemblent à aucune autre. Prenez, en effet, une à une toutes les maladies qui sont le produit de causes accidentelles, elles se ressemblent toutes plus ou moins entre elles. Prenez au contraire les maladies contagieuses, elles ont toutes leur physionomie spéciale, leur cachet particulier, qui ne permet de les confondre ni entre elles ni avec aucune des maladies communes. Je maintiens enfin, avec M. Guérin, que la pustule maligne est toujours communiquée.

M. Gosselin. Je ne veux pas laisser clore cette discussion sans en résumer les points principaux.

Dans les développements très-instructifs et très-intéressants qui se sont produits à cette tribune, on ne s'est occupé qu'incidemment de la pustule maligne pour se jeter dans des considérations générales sur les maladies virulentes. Je ramènerai dans ce petit résumé la question à son objet spécial.

MM. Guérin et Briquet ont été conduits par des raisonnements à admettre que la pustule maligne est toujours communiquée; M. Magne, au contraire, soutient la spontanéité. Dans notre rapport, nous n'avons pas voulu raisonner, nous avons fait appel d'abord à l'observation. Ce qui en est résulté pour nous, c'est que ce sujet n'a pas encore été assez étudié par l'observation. Nous avons tous été élevés dans cette opinion, qui date des premiers travaux de Chaussier sur ce sujet en 1785, que la pustule maligne avait toujours pour origine

l'inoculation du charbon des animaux. Depuis, nous avons toujours admis cette inoculation sans en avoir toujours la preuve. Aujourd'hui, avant de clore cette discussion, je tiens à dire à l'Académie que si l'on ne s'en rapporte qu'aux faits précis contenus dans les annales de la science, on n'a en réalité que très-peu de documents. Il faut donc faire appel à des faits nouveaux.

Que l'Académie me permette de lui rappeler ce que l'on sait d'un peu rigoureux à cet égard. J'emprunterai principalement mes documents aux travaux de MM. Imbert et Bourgeois.

Les faits recueillis par ces observateurs peuvent être rangés en deux catégories. Dans la première sont les faits dans lesquels la maladie s'est produite à la suite du contact de dépouilles fraîches d'animaux malades. Pour ceux-là, les faits sont concluants. Mais, à côté de ces faits positifs, il s'en trouve un grand nombre, beaucoup plus grand qu'on ne le croyait jusqu'ici, dans lesquels on ne voit pas l'origine charbonneuse. Ces faits-là sont eux-mêmes de deux ordres. Dans les uns, il est question de sujets exerçant des professions qui par leur nature peuvent exposer à la communication de la maladie; dans d'autres, on ne voit aucun rapport, aucune relation de ce genre.

Pour ce qui est des professions, on a dit que les tanneurs, les mégissiers, étaient très-exposés à contracter la pustule maligne. C'est une opinion à revoir. Sur quatre cas de pustule maligne que j'ai eu l'occasion de voir dans les hôpitaux, un seul a été observé sur un tanneur; les trois autres malades étaient l'un douanier, l'autre boulanger, le troisième domestique chez un marchand de vins.

Un médecin de Montpellier, M. le docteur Pécholier, vient de publier un travail sur les ouvriers qui préparent les peaux d'animaux. Il a été très-étonné lui-même du petit nombre de cas de pustule maligne qu'il a constatés en faisant le recensement des maladies auxquelles ces ouvriers sont sujets.

Je ne nie pas que la peau des animaux qui ont été charbonneux ne transmette à l'homme la pustule maligne; mais j'avoue que jusqu'à ce que des observations bien faites me soient présentées, j'ignore jusqu'à quel point les lavages chlorurés ou autres ne détruisent pas ces virus. Toujours est-il qu'il est très-remarquable que cette maladie soit aussi rare.

Voici une circonstance qui m'a frappé, c'est que les pustules les plus graves sont peut-être celles des cardeuses de matelas. Or, il me semblerait singulier que la laine conservât cette propriété contagieuse à ce point de contaminer les personnes qui la manipulent à cette époque, tandis que celles qui l'ont lavée et manipulée avant et alors qu'elle était encore fraîche, n'ont point contracté la maladie. Il faudrait donc admettre non-seulement que ces dépouilles peuvent conserver longtemps, souvent pendant un grand nombre d'années, leur propriété contagieuse, mais même que cette propriété s'accroît encore avec le temps. On comprendra qu'il est plus sage de rester dans le doute sur ce point d'étiologie.

Quant aux pustules malignes développées chez des individus qui exercent des professions communes et sans aucun rapport avec la mégisserie, il m'a toujours semblé difficile d'admettre qu'elles soient constamment dues à des piqûres.

Pour moi donc, c'est une question qui ne peut être jugée encore et qui demande à être soumise à une nouvelle étude. Je fais des vœux notamment pour qu'on remette à l'étude la question d'origine unique ou d'origines multiples, variées de la pustule maligne, parce que cette question a une très-grande importance au point de vue thérapeutique. L'expérience clinique nous montre, en effet, l'emploi des caustiques tantôt inutile, tantôt inefficace, des pustules malignes guérissant spontanément sans le concours d'aucune médication active, d'autres au contraire entraînant la mort des malades, quoi que l'on fasse et quelque énergie que l'on ait développée dans le traitement.

M. LE PRÉSIDENT demande si quelque membre désire encore prendre la parole. Personne ne répondant, la discussion est déclarée close.

— La séance est levée à cinq heures.

Il a été procédé le 8 septembre, en séance du conseil de préfecture, à l'Hôtel de ville, à l'adjudication des travaux de diverse nature à exécuter pour la construction de deux hospices dont la création a été déclarée d'utilité publique par décrets des 30 juillet et 3 octobre 1863.

Ces deux nouveaux établissements, destinés au traitement des aliénés du département de la Seine, concurremment avec Bicêtre, la Salpêtrière et l'asile clinique central de la ferme Sainte-Anne, seront situés dans le département de Seine-et-Oise, l'un à 35 kilomètres de Paris, au domaine de Vaucluse, arrondissement de Corbeil; l'autre à 16 kilomètres seulement, au domaine de la Ville-Evrard, arrondissement de Pontoise.

Chacun d'eux pourra contenir, dans des pavillons parfaitement distincts et isolés, 600 individus des deux sexes, dont 500 indigents admis à titre entièrement gratuit, et 100 pensionnaires pour lesquels l'administration perçoit une rétribution de 1 fr. 85 cent. par jour pour les hommes, et de 1 fr. 50 cent. pour les femmes.

La fondation de ces deux hospices aura l'avantage de ramener sous la surveillance immédiate de l'administration, et peut-être avec économie, une grande partie des 2,300 aliénés du département de la Seine qui sont aujourd'hui disséminés dans les asiles de la province, et dont la pension figure au budget départemental pour plus d'un million chaque année.

Indépendamment des locaux affectés au logement et au traitement médical des aliénés et à l'installation des services administratif et religieux, les constructions projetées comprennent de nombreux ateliers où les pauvres insensés, valides et paisibles, pourront être employés à des travaux manuels, ainsi que cela se pratique avec succès à Bicêtre et à la Salpêtrière.

Les domaines de Vaucluse et de la Ville-Evrard, dont le département s'est rendu acquéreur, ayant une étendue de terrains très-considérable, les deux nouveaux hospices seront, comme l'asile clinique de la ferme Sainte-Anne, complétés par une exploitation rurale où les aliénés pourront être occupés à des travaux agricoles essentiellement favorables à l'entretien de leur santé et à l'amélioration de leur état mental.

Les plans et devis des deux établissements ont été dressés par MM. Lequeux et Lebouteux, architectes du département, et l'ensemble des frais de construction est évalué, indépendamment du prix d'achat des terrains, à plus de neuf millions.

Cette dépense, à laquelle il faut ajouter les cinq millions affectés à à la création de l'asile Sainte-Anne, sera couverte par des excédants de recette restés disponibles sur le produit de l'imposition extraordinaire autorisée par la loi du 17 juillet 1856 et par le remboursement des dix millions restés dus au département par la Caisse de la boulangerie pour solde du prêt de vingt millions qui lui avait été fait en 1857.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les concours pour les places d'officiers de santé de la marine s'ouvriront le 1er octobre.

Le nombre des places disponibles dans chaque port s'élève aux chiffres suivants :

Port de Brest : 2 places de chirurgien de 1re classe pour le port; 8 places de chirurgien de 2e classe, dont une pour le Sénégal; 10 places de chirurgien de 3e classe, dont une pour la Guadeloupe, une pour la Réunion, deux pour la Guyane.

Port de Rochefort : 1 place de chirurgien de 1re, de 2e et de 3e classe pour le port.

Port de Toulon : 2 places de chirurgien de 1re classe, dont une pour le Sénégal; 6 places de chirurgien de 2e classe, dont une pour le Sénégal; 7 places de chirurgien de 3e classe, dont deux pour la Guadeloupe, une pour la Guyane.

— Le *Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux*, dirigé par M. le professeur Robin, publie dans son n° 5 (septembre et octobre) les mémoires suivants :

LUYS. Mémoire sur les phénomènes d'innervation cérébelleuse.

V. CORNIL. Mémoire sur les tumeurs épithéliales du corps de l'utérus.

CLAUDE BERNARD. Du rôle des actions réflexes paralysantes dans le phénomène des sécrétions.

CH. ROBIN. Sur les conditions de l'ostéogénie avec ou sans cartilage préexistant.

N. GRÉHANT. Recherches physiques sur la respiration de l'homme.

ANALYSES ET EXTRAITS DE TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS. — Fonctions de la veine porte, par M. le docteur ORÉ (de Bordeaux). — Recherches expérimentales sur une nouvelle fonction excrémentitielle du foie, par le docteur FLINT (de New-York). — Nouvelles recherches expérimentales sur l'absorption cutanée, par le docteur A. WILLEMIN (de Strasbourg).

— Les *Archives de médecine navale* pour septembre 1864 (fascicule 9) viennent de paraître.

Elles renferment comme mémoires originaux :

1° Un troisième article : *Contributions à la géographie médicale* (station de l'océan Pacifique), par M. Le Roy de Méricourt.

2° *De l'action comparative de divers agents de désinfection au point de vue de l'assainissement des cales des navires*, par M. le docteur Bérenger Féraud, chirurgien de 1re classe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes, et des rapports de cette inflammation avec les autres affections utérines, par James Henry BENNET, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-interne des hôpitaux civils de Paris, membre du Collége royal des médecins de Londres, membre de plusieurs sociétés savantes. Traduit et annoté sur la 4e édition par le docteur Michel PETER, chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris à l'Hôtel-Dieu. Un fort vol. in-8°, avec figures. Prix : 9 fr. *franco* dans toute la France.

Notices sur la chirurgie des enfants, par M. P. GUERSANT, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants malades, membre honoraire de la Société de chirurgie. Le deuxième fascicule vient de paraître. Il contient : Hypertrophie des amygdales, Polypes du rectum, Tumeurs et Taches vasculaires et Nævi materni, Kystes et Tumeurs enkystées, Calculs vésicaux, Taille et Lithotritie, Hydrocèle, Chute du rectum. In-8°. Prix : 1 fr. rendu *franco* dans toute la France. — Le premier fascicule contient : 1° Médecine opératoire ; 2° Adénites cervicales ; 3° Phimosis ; 4° Fractures ; 5° Trachéotomie dans le croup. In-8°. Prix : 1 fr. *franco*.

Ces ouvrages se vendent à la librairie de P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DU L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des affections couenneuses du larynx.

Dans une de nos dernières Revues cliniques, nous avons, à l'occasion du récent travail de M. Lallement, exposé les idées nouvelles et certes fort originales que les travaux de MM. Brown-Séquard, Claude Bernard, Schiff, etc., ont permis d'introduire dans l'interprétation des phénomènes nerveux essentiels du croup.

Or, quand d'un coup d'œil général on examine l'état de la science sur les affections pseudo-membraneuses, on se trouve en présence de deux doctrines opposées : d'un côté, on affirme que toute exsudation fibrineuse plastique qui se développe sur une muqueuse ou sur la peau dénudée dépend d'une maladie spéciale, la diphthérite ou diphthérie; d'un autre côté, on considère les affections couenneuses comme autant d'états morbides différents, lesquels ont pour caractère commun la concrétion fibrineuse, et dépendent de maladies différentes par leur nature, leurs symptômes et leur marche.

I. Une première classe à coup sûr fort intéressante est formée par les affections couenneuses du larynx produites expérimentalement. Depuis longtemps déjà on est arrivé à produire des pseudo-membranes sur les muqueuses : toutes ces expériences n'ont pas la même importance; ainsi, dans quelques-unes de Double, Albers, Dindt, Horsch, Saissy, les pseudo-membranes faites au moyen d'acide sont le résultat d'une simple action chimique; celles qui naissent par l'action des irritants sont beaucoup plus probantes, et la part prise par l'organisme ne peut y être contestée.

Mais malheureusement on a trop souvent tiré de ces expériences des inductions fâcheuses.

Ainsi, de ce que par une irritation de la muqueuse laryngée on amène des signes d'inflammation violente et finalement de fausses membranes, on a voulu en déduire la nature du croup, et en faire une inflammation pure et simple.

Une des gloires de Bretonneau est d'avoir créé la doctrine des inflammations spécifiques, et d'avoir rendu à la spécificité son vrai rôle dans les maladies.

Ce n'est pas sur la forme de la fausse membrane, sur sa texture, sur sa composition intime, qu'il faut s'appuyer pour distinguer la laryngite pseudo-membraneuse artificiellement produite et le croup diphthéritique, mais sur la marche de la maladie, l'extension de ces productions nouvelles et leur terminaison.

II. L'existence de *croups non diphthéritiques* n'est plus mise en doute par personne. Royer-Collard, en 1813, tout en n'admettant qu'une seule espèce de croup, la subdivise en deux variétés : le croup adynamique (asthénique d'Albers) et le croup inflammatoire ou sthénique du même auteur. Hufeland (*Enchir. med.*) recommande de ne pas confondre le croup proprement dit avec l'asthme aigu de Millar.

Bretonneau diagnostique trois espèces d'angines qui simulent la diphthérie : l'angine striduleuse, la trachéite simple et l'angine membraneuse ou polypeuse, laquelle diffère de l'angine couenneuse diphthéritique par sa nature et les circonstances dans lesquelles elle se manifeste. « Dans cette angine polypeuse (et nous citons ici les propres termes dans lesquels s'exprime Bretonneau), les symptômes inflammables sont beaucoup plus prononcés que dans l'angine diphthéritique; une douleur vive est ressentie dans le larynx dès le début de la maladie; elle devient encore plus cuisante après l'expulsion de la concrétion, qui ne paraît pas s'accroître et se propager à la manière des pellicules diphthéritiques. »

M. Andral est encore plus explicite dans sa manière de voir : « Tantôt les conditions générales d'innervation et d'hématose donnent naissance à une hyperhémie d'intensité variable à la suite de laquelle apparaît la concrétion, tantôt ces conditions se manifestent par la production d'une fausse membrane à l'occasion d'une hyperhémie qu'une autre cause a produite. »

Bricheteau et après lui Billard ne voulurent point reconnaître les doctrines de Bretonneau; l'ouvrage du premier contient une réfutation qui n'aurait plus d'écho de nos jours, car Bricheteau nie la contagion, ne distingue pas la laryngite striduleuse du croup, et ne reconnaît aucune spécificité aux fausses membranes.

M. Pidoux distingue deux espèces de croup membraneux : le croup diphthéritique et le catarrhe plastique; le premier, spécifique, correspond à la diphthérie de Bretonneau, et fait espèce, à la manière de la rougeole, de la scarlatine, etc.; quant à l'autre espèce de croup, M. Pidoux en a laissé une description fort remarquable (*Journal de méd. et de chirur.*, 1845, t. III, p. 154), et qui par sa précision et sa clarté mérite d'être conservée.

« Il ne s'annonce presque jamais par la formation primitive de fausses membranes; il débute au contraire comme un catarrhe pulmonaire, s'accompagnant assez souvent d'une angine tonsillaire avec exsudation plutôt plastique que décidément membraniforme. Bientôt la voix s'enroue, s'éteint, puis la dyspnée et la suffocation surviennent. L'auscultation fait entendre des râles muqueux, sibilants, ronflants, mêlés de craquements secs et humides. Si on a prescrit un vomitif, l'enfant rend des paquets de mucus plastiques, quelques-uns plus pelliculeux, quelques autres enroulés comme des tubes de macaroni, etc. Ce catarrhe, pour avoir quelques ressemblances grossières avec la diphthérie de Bretonneau, en diffère complétement de nature. »

M. Monneret (*Traité de pathologie générale*, t. II, p. 322) ne croit pas que le croup soit une manifestation spéciale de la diphtérie; l'exsudation plastique du larynx est le plus ordinairement dépendante d'un état général (diphthérie), mais peut se rencontrer dans la laryngite simple. Voici du reste comment il s'explique :

« La forme habituelle de la phlegmasie du larynx et du pharynx est l'hypérémie et la suffocation, plus rarement l'exsudation plastique. Si cette dernière se manifeste à l'état sporadique chez un jeune sujet robuste, en dehors de toute maladie générale, de la rougeole, de la scarlatine, et sans avoir été contractée par voie de contagion, nous dirons que ce croup est une laryngite consécutive parfaitement simple, et que nous n'y trouvons rien de spécifique, lors même que la mort du malade en serait la conséquence. Il n'en sera plus de même si le mal s'est développé par la contagion ou sous l'empire d'une épidémie, et à plus forte raison s'il se rattache à une maladie générale, telle que la rougeole, la scarlatine, la variole, une altération du sang ou une cachexie constitutionnelle. »

M. Sée (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, t. IV, p. 20) reconnaît trois formes de croup : le croup diphtéritique, — local — et scarlatineux.

Le croup localisé est caractérisé essentiellement par la présence de fausses membranes dans les voies aériennes; l'arrière-gorge est libre et les ganglions sous-maxillaires sont à l'état normal.

Y a-t-il maintenant deux espèces morbides distinctes, comme expression de la diphthérie? Cette opinion, comme le fait remarquer M. Sée, s'appuie sur des arguments sérieux : il se peut, en effet, quand même les fausses membranes sont limitées au larynx, que les plaies et les vésicatoires prennent plus tard l'aspect couenneux, qu'il se manifeste de l'albuminurie, de l'érythème et des paralysies. Or, ces circonstances sont les indices d'une maladie infectieuse, qui est originairement la même que la diphthérie grave, mais qui dans certains cas est circonscrite de façon à prendre un caractère exceptionnel de bénignité.

A l'étranger, les opinions sont tout aussi partagées qu'en France : M. Jaccoud, dans sa traduction de Graves, fait remarquer que les médecins anglais (Simpson, Home, Millar), qui donnèrent une première impulsion aux travaux dont le croup a été l'objet depuis la fin du dernier siècle, étaient depuis lors restés fort en arrière. Il n'y a que peu d'années que la connaissance de la diphthérie a été vulgarisée chez eux. Encore ne paraissent-ils pas même, dans leurs ouvrages les plus récents, regarder comme parfaitement synonymes les expressions de *diphthérite laryngée* et de *laryngite pseudo-membraneuse;* cette terminologie les a conduits à confondre toutes les affections exsudatives du larynx, erreur qui est encore trop fréquemment commise parmi nous.

M. Sauderson (*Contributions to the pathology of diphtheritis sore throat, etc.*) reconnaît trois espèces de croup : le *croup*

L'ÉLECTRICITÉ.

Le concours pour un prix de 50,000 fr. en faveur de l'auteur des applications les plus utiles de la pile de Volta vient d'être l'objet d'un rapport des plus remarquables de M. Dumas, de l'Institut.

Il serait difficile de présenter d'une manière plus nette les progrès obtenus dans l'étude de l'électricité. Le grand prix a été accordé à M. Ruhmkorff, dont le nom est devenu européen. Nous allons placer sous les yeux de nos lecteurs les considérations qui légitiment la récompense accordée, laissant de côté les applications qui n'ont pas trait à notre profession. Nous terminerons par quelques mots consacrés à l'électricité médicale.

APPAREIL DE RUHMKORFF.

A l'époque mémorable où Ampère étonnait le monde savant par la succession rapide de ces découvertes qui ont fondé l'électricité dynamique, nouvelle contrée qui venait d'être ouverte à tous par Œrstedt, mais où Ampère seul savait se diriger, comme s'il en eût seul possédé la carte, ce grand physicien avait prévu l'existence de ces effets électriques singuliers qu'on désigne sous le nom de phénomènes d'induction, et que l'illustre Faraday a mis en évidence en 1832.

Toutes les fois que l'électricité de la pile entre en rapport avec un fil conducteur et qu'elle y produit un courant, toutes les fois qu'on interrompt la communication et qu'il y a rupture du courant, les phénomènes qui se manifestent ne demeurent pas bornés à cette transmission ou à cet arrêt de l'onde électrique en mouvement dans le fil.

Les corps voisins du fil conducteur en sont influencés. Si le fil qui reçoit le courant est contourné autour d'une bobine, enveloppée elle-même d'une autre bobine d'un fil libre, toutes les fois qu'un courant direct naît ou cesse dans la première, un courant induit inverse ou direct se manifeste dans la seconde.

En multipliant ces interruptions et en les rendant rapides, la bobine d'induction pouvait donc devenir un appareil électrique d'un ordre spécial et nouveau. Deux physiciens, MM. Masson et Bréguet, ayant réalisé cette conception sur une échelle suffisante, reconnurent ce fait inattendu que l'électricité ainsi recueillie déjà par M. de la Rive, offrait des phénomènes de tension qui la rapprochaient de l'électricité des machines à plateau de verre.

Dès 1851, M. Ruhmkorff se vouait à la construction et au perfectionnement de cet appareil; il a fini par lui imposer son nom et par lui donner à la fois une importance qui n'est pas contestée au point de vue scientifique, et une énergie formidable qui en fait la base de sérieuses applications.

L'appareil de Ruhmkorff lie donc l'une à l'autre ces deux formes de l'électricité, qui étaient séparées comme par un abîme : l'électricité des anciennes machines, caractérisée par la faculté de produire des étincelles et par une forte tension, et l'électricité de la pile, caractérisée par une très-faible tension et par l'impuissance à fournir des étincelles véritables.

Les machines électriques à disques de verre donnaient une quantité d'électricité faible, mais douée d'une tension très-grande; la pile de Volta produisait une quantité d'électricité très-grande, mais douée d'une tension très-faible. La machine d'induction de Ruhmkorff transforme ces deux électricités l'une en l'autre de la façon la plus simple et la plus pratique. Elle permet d'obtenir avec la pile de Volta les plus puissants effets de fulguration des machines à frottement. Mais, gardant quelque chose de son origine, si l'électricité des appareils de Ruhmkorff se rapproche de celle des machines à frottement par sa tension, elle reste par sa quantité en relation avec l'électricité voltaïque dont elle dérive.

MM. Fizeau, Foucault, Poggendorf, ont à divers titres contribué au perfectionnement de ce nouveau générateur, qui, au lieu d'emprunter aux actions chimiques ou calorifiques la force qui produit l'électricité, met à contribution l'une des formes connues de l'électricité pour produire l'autre.

Les effets de la machine de Ruhmkorff sont populaires. Elle se charge presque instantanément. Son étincelle enflamme les combustibles, fond les métaux et les terres les plus réfractaires, reproduit tous les effets de la foudre et traverse sans hésitation, en les perçant, des masses de verre de 10 centimètres d'épaisseur.

Autant les chimistes avaient pu étudier avec facilité les effets de la pile de Volta sur les composés solides ou liquides, dont ils poursuivaient l'étude, autant il leur avait été difficile de soumettre, soit ces mêmes corps, soit surtout les vapeurs ou les gaz, avec un égal succès à l'action de l'électricité des machines de verre, toujours lente à développer, toujours inégale dans sa production et ses effets. Au moyen de l'appareil de Ruhmkorff, au contraire, M. Perrot a pu décomposer l'eau en vapeur; MM. Ed. Becquerel et Frémy ont pu combiner bien plus rapidement que Cavendish ne l'avait fait au siècle dernier, les éléments de l'air et reconstituer à leur aide l'acide nitrique.

Si les découvertes de Franklin ont mis hors de doute l'identité de l'électricité et de la foudre, il reste néanmoins dans les phénomènes qui accompagnent les orages bien des circonstances dont l'explication n'est point encore accessible à la science. Aussi doit-on regarder comme une acquisition très-digne d'intérêt pour la physique des météores, ce fait que l'étincelle de la machine de Ruhmkorff se compose de deux parties distinctes : un trait de feu instantané et une auréole dont la durée est mesurable. L'aimant dévie celle-ci; un souffle ou un corps en mouvement l'entraînent, et l'étincelle électrique ainsi partagée continue sa route dans ces deux directions à la fois, tant qu'on n'interrompt pas le passage du courant voltaïque. MM. le comte du Moncel, Perrot et Lissajoux poursuivent l'étude de ce sujet aussi important que nouveau et inattendu.

Quand on lance l'étincelle électrique entre deux pointes et dans un espace vide, il se développe une lumière : on le savait. Mais qu'il y a loin de l'ancienne expérience, si pénible et si souvent douteuse, au spectacle magique déployé par les étincelles de la machine nouvelle éclatant dans des vases vides ou renfermant des gaz plus ou moins raréfiés!

diphthéritique, épidémique ou non, succédant très-souvent à l'angine diphthéritique et remarquable par son caractère insidieux et son excessive gravité. — Le *croup diphthéritique non infectieux*, essentiellement constitué par l'obstacle mécanique que les pseudo-membranes apportent à la respiration, et qui paraît primitivement localisé dans le larynx. — Enfin, le *croup pseudo-membraneux simple non diphthéritique*, débutant par le larynx, ayant des phénomènes d'acuité plus considérables que ceux du croup diphthéritique et guérissant parfaitement par la trachéotomie.

Cette dernière espèce peut se subdiviser, comme l'a fait M. Laboulbène, en *croup herpétique* bénin; en *croup rubéolique* grave, et *croup scarlatineux* très-grave.

M. Lewin (*Berliner Klinische Wochenschrifft*, janvier 1864) considère le croup et la diphthérie comme deux maladies essentiellement distinctes.

Le croup accompagné de symptômes inflammatoires très-prononcés : élévation de la température, accélération du pouls et des mouvements de respiration.

La diphthérie, au contraire, a un début insidieux et qui rappelle celui des affections asthéniques ou adynamiques.

Les médecins allemands (et ce sont là les idées les plus récentes, telles qu'elles sont consignées dans l'excellente thèse de M. Morax) nomment croup une laryngite grave accompagnée de symptômes spasmodiques très-violents et anatomiquement caractérisée par trois espèces d'exsudation : *Exsudation purulente*, production de muco-pus sans fausses membranes; — *exsudation croupeuse* ou *croupale*, c'est-à-dire dépôt de fibrine à la surface de la muqueuse sous forme de membrane, laquelle se détache facilement, sans laisser au-dessous d'elle de surface ulcérée; — enfin, *exsudation diphthéritique*, c'est-à-dire dépôt de fibrine non-seulement à la surface, mais encore dans tout le tissu épithélial et cellulaire de la muqueuse. Les vaisseaux sont comprimés; il y a gangrène partielle, et lorsque les fausses membranes se détachent, elles laissent une surface profondément ulcérée.

Telles sont les diverses doctrines qui actuellement règnent dans la science, relativement aux formes de la diphthérie. On voit par cela même que l'existence des formes diverses a été reconnue de tout temps : la dissidence réside donc entièrement dans l'idée que l'on doit se faire de la nature même de la maladie. Ici l'obscurité reste encore presque tout entière : les opinions mises en avant, le plus souvent trop absolues, prêtent à la controverse, et on ne saurait attendre la vérité que de nouvelles recherches ; car tout ce qui est fait jusqu'ici ne nous donne pas les éléments nécessaires pour qu'on puisse se faire une opinion arrêtée à ce sujet.

Hernie inguinale externe droite étranglée.

Un fait de pratique intéressant s'est présenté dernièrement dans le service de M. le docteur Cusco, suppléé actuellement par M. le docteur Tillaux, à l'hôpital Lariboisière. Voici les renseignements qui nous ont été donnés :

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, atteint d'une hernie inguinale externe droite étranglée. Lorsque M. Tillaux vit le malade, l'étranglement remontait à près de quarante-huit heures. Ce qui rend ce fait insolite, c'est que depuis six ans ce jeune homme portait du même côté une hernie qui d'abord avait été maintenue par un bandage pendant environ deux mois ; puis, par négligence, et aussi parce qu'il n'en souffrait nullement, le malade avait cessé de porter toute espèce de bandage. Aussi la hernie avait-elle cessé d'être réductible, et, suivant l'expression du malade, sa bourse droite était trois fois grosse comme celle de gauche. Ce jeune homme était donc affecté d'une hernie inguinale externe irréductible, très-probablement épiploïque, puisqu'elle ne s'accompagnait d'aucun trouble digestif.

C'est dans ces conditions que le 20 août dernier, après un déjeuner ordinaire et sans efforts, le malade éprouva tout à coup une très-vive douleur dans l'aine droite, et qu'il vit sa tumeur habituelle augmenter légèrement de volume et de tension. Apparurent bientôt les symptômes classiques de l'étranglement : vomissements répétés, suppression des selles, ballonnement du ventre, etc.

Il y avait donc dans la tumeur que portait alors le malade deux hernies, l'une ancienne et l'autre récente ; la première très-probablement épiploïque et la seconde intestinale; mais au toucher et à la vue il était impossible de distinguer ce qui appartenait à l'une et à l'autre, elles se confondaient dans une même masse.

Pas d'hésitation possible, il fallait réduire l'intestin. M. Tillaux suivit les règles prescrites par M. le professeur Gosselin, c'est-à-dire d'abord le taxis sans chloroforme, puis le taxis avec chloroforme, et en cas d'insuccès l'opération, et tout cela séance tenante, sans quitter le malade. Le taxis sans chloroforme, extrêmement douloureux et inutile, dut être vite abandonné. Le chloroforme fut administré au malade jusqu'à résolution, et le taxis recommencé avec plus d'énergie, mais sans résultat. Fallait-il continuer alors le taxis, pratiquer le *taxis forcé*, comme le conseille M. Gosselin? C'est là le point sur lequel nous voulons appeler l'attention.

Le malade présentait une tumeur constituée en grande partie par l'épiploon *adhérent au sac*, et qui par conséquent ne pouvait se réduire, et par une anse d'intestin étranglée, mais qu'il était impossible de reconnaître. Comment dans ces conditions aurait-on pu savoir que l'intestin était réduit? A quel moment cesser le taxis? Fallait-il réduire le tiers, le quart de la tumeur? Aucun signe n'eût pu indiquer que toute la portion intestinale herniée était rentrée.

Il y avait là une inconnue, et M. Tillaux pensa que le taxis forcé ne pouvait pas donner de résultats certains, aussi eut-il recours immédiatement à l'opération du débridement. L'intestin hernié fut facilement réduit, et une masse considérable d'épiploon abandonnée dans la plaie sans autre précaution.

Les cas semblables nous sembleraient peut-être devoir se soustraire à l'emploi du taxis forcé, préconisé par M. le professeur Gosselin; nous soumettons la question au savant professeur.

Le malade qui fait le sujet de cette note est actuellement en voie de guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 septembre 1864. — Présidence de M. Richet.

Lo procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. FOUCHER. Depuis 1856, époque à laquelle M. de Græfe a proposé l'iridectomie pour remédier au glaucome, cette opération a été appliquée un assez grand nombre de fois et a fourni d'assez beaux résultats pour que l'on puisse affirmer qu'elle est entrée définitivement dans la pratique.

Cependant, les résultats de cette méthode eussent été plus brillants encore si d'une part les indications en avaient été toujours bien comprises, et si de l'autre l'opération avait été toujours convenablement exécutée.

Les indications sont basées sur un diagnostic sévère. Notre collègue M. Follin vous a retracé les caractères du glaucome, sa marche, ses conséquences, avec une exactitude et une lucidité parfaites. Il a rappelé comment l'iridectomie pouvait guérir les affections glaucomateuses, et a discuté avec beaucoup de justesse les indications de l'opération dans chaque forme, dans chaque période de ces affections, et vous a enfin énuméré les inflammations oculaires dans lesquelles l'iridectomie peut apporter, sinon la guérison, au moins un soulagement.

Je ne veux rien ajouter à ce qui a été fort bien dit ici par M. Follin, et comme lui je pense qu'on ne saurait recommander avec trop d'insistance de faire l'opération aussitôt que possible. Le glaucome aigu se présente avec un cortége de symptômes assez menaçants pour que le malade et le chirurgien comprennent vite la nécessité d'agir, mais dans le glaucome chronique, la marche est souvent insidieuse, et trop souvent on perd un temps précieux.

M. Follin vous a fait remarquer que l'iridectomie avait pour conséquence immédiate de diminuer la tension du globe oculaire, probablement aussi agit-elle en supprimant une partie des surfaces sécrétantes, et peut-être a-t-elle quelquefois une action antiphlogistique directe.

On peut donc dire d'une manière générale que toutes les fois que le globe présente un excès de tension, l'iridectomie sera utile; c'est un point sur lequel M. Bowman insiste avec raison; aussi on ne saurait trop s'exercer à bien apprécier le degré de tension du globe oculaire.

Lorsque j'ai pratiqué l'iridectomie dans les cas de glaucome aigu, j'ai toujours vu cesser les douleurs, mais la vision était perdue d'avance. Dans les cas de glaucome chronique que j'ai opérés et dans ceux que j'ai vu opérer par d'autres, les résultats ont été variables; cependant on a assez souvent constaté un *statu quo* dans la maladie, et quelquefois une légère amélioration; mais remarquons que constamment l'opération n'a pu être pratiquée qu'à une période avancée de la maladie.

Je n'ai jamais fait l'iridectomie comme opération préliminaire de la cataracte par extraction, mais puisqu'il a été question ici de l'*extraction linéaire*, je dirai comme M. Follin que ce procédé me paraît exceptionnel, et j'ajouterai que dans les circonstances où il est applicable on peut presque toujours le remplacer par la *discision de la capsule*. Dans deux cas où par exception l'état de l'œil m'a porté à préférer l'abaissement à l'extraction, j'ai fait une excision latérale de l'iris, et conduisant l'aiguille par l'incision, j'ai abaissé facilement le cristallin; je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique.

J'ai attribué en partie les insuccès de l'iridectomie à ce que cette opération a été faite souvent sans motif, et, en effet, j'ai vu des malades atteints de staphylome postérieur, d'atrophie de la papille, qui avaient subi l'opération, et cela en pure perte.

Mais il y a une autre cause d'insuccès; c'est que souvent l'opération n'est pas convenablement faite.

C'est sur le manuel opératoire que je désire insister, en me référant à ce qui a été dit par M. Follin sur les autres points de cette importante question. On dit et on répète que l'iridectomie est une opération simple et facile; sans doute, il n'est jamais difficile d'ouvrir la chambre antérieure, de saisir un lambeau de l'iris et de l'exciser; mais l'iridectomie bien faite est toujours une opération délicate et quelquefois pleine de difficultés. Que faut-il pour que cette opération appliquée au glaucome donne des succès? M. de Græfe l'a indiqué, M. Follin vous l'a répété, et tous les chirurgiens qui se sont occupés de cette opération s'accordent à dire que l'iris doit être excisé dans le quart ou même le tiers de son étendue, que l'excision doit porter jusqu'au bord ciliaire; or, il faut que ce résultat soit obtenu sans léser la capsule du cristallin, sans léser la face profonde de la cornée.

Le premier temps consistant à ouvrir la chambre antérieure, exige que cette ouverture soit convenablement placée et assez grande pour laisser passer facilement la portion considérable d'iris que l'on doit exciser : si l'incision est faite sur la cornée, la lèvre postérieure forme toujours un léger relief qui suffit pour s'opposer à la sortie spontané d'une portion de l'iris, qui forme un obstacle à l'issue de cette membrane lorsqu'on l'attire avec la pince, protége le bord ciliaire de l'iris et empêche l'excision d'avancer jusqu'à ce bord; avec une pareille incision, on court le risque de faire une section incomplète et de lacérer l'iris.

Aussi M. de Graefe a-t-il à juste titre donné le conseil de pratiquer l'incision sur la sclérotique, en arrière de l'insertion de la cornée. Le

---

La lumière prend diverses teintes dans les divers gaz; elle illumine vivement tous les corps fluorescents; elle se divise en couches parallèles, séparées par des espaces obscurs, perpendiculairement à l'axe des récipients. Ces colonnes lumineuses, colorées, obéissent à l'action de l'aimant, qui les attire ou les repousse, et qui leur imprime à volonté ces mouvements de translation ou de rotation au moyen desquels M. de la Rive a reproduit les apparences et les circonstances observées dans les aurores boréales, justifiant ainsi l'analogie qu'on avait reconnue entre les lueurs électriques produites dans le vide et les aurores polaires.

Eclairés de la sorte, les tubes de verre répandent une lumière assez vive pour qu'on ait pu les employer : dans les mines, où l'on a des explosions à redouter; sous l'eau, pour éclairer les plongeurs; en chirurgie, pour porter dans l'arrière-bouche et dans les organes profonds un appareil éclairant qui n'y développe aucune sensation de chaleur.

L'électricité se meut avec une vitesse infinie, pour ainsi dire; mais l'appareil de Ruhmkorff, qui fournit si aisément des étincelles capables de percer une bande de papier enroulée sur un cylindre en mouvement, s'adapte bien mieux à marquer le moment où le boulet sort de la pièce d'artillerie et celui où il frappe la mire, et à mesurer par conséquent sa vitesse que les appareils électriques précédemment employés à cet usage extraordinaire.

L'étincelle de l'appareil de Ruhmkorff enflamme les combustibles et fait détonner les mélanges gazeux. Elle a fourni à la machine à gaz de Lenoir le moyen régulier nécessaire pour y produire les inflammations périodiques auxquelles elle emprunte sa puissance mécanique. Cinq cents machines de Ruhmkorff, construites en vue de leur application aux machines Lenoir, témoignent à la fois de la nécessité de leur intervention dans la construction de ce nouveau moteur, et du succès croissant des applications que celui-ci obtient dans l'industrie des petits ateliers de famille, si dignes de la sollicitude d'une politique prévoyante.

L'exploitation des carrières, le percement des tunnels, l'explosion des mines à grande charge, font aujourd'hui un emploi journalier de l'appareil de Ruhmkorff. La sûreté de son jeu et les grandes distances auxquelles il porte l'étincelle capable d'enflammer les amorces, permettent d'effectuer sans péril l'explosion de mines qui remuent des masses importantes ou qui brisent des obstacles inaccessibles.

On avait déjà enflammé les mines à l'aide de la pile, mais l'appareil de Ruhmkorff a laissé bien loin tous les autres procédés, par le très-petit nombre d'éléments qu'il exige, trois au lieu de cent; par la puissance de son étincelle, qui évite tous les ratés; enfin, par la possibilité qu'il donne, et qui lui est propre, d'enflammer simultanément, d'un seul jet, huit ou dix fourneaux de mine à la fois.

M. Trève, lieutenant de vaisseau, qui a suivi l'emploi de cet appareil, rend très-bon compte de ses effets. Dès 1858, il fut appliqué pour dégager les abords de Venise, où un grand nombre de barrages avaient été établis dans les lagunes.

En 1860, dans l'expédition de Chine, il fut mis à profit pour faire sauter le fort principal du Peï-ho, au moyen de huit fourneaux enflammés simultanément, ainsi que les estacades en fer enfoncées au fond du fleuve, et dont le poids était assez grand pour en faire un obstacle qui méritait attention.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

L'art de guérir, qui avait demandé à l'électricité des ressources nouvelles, soit pour le traitement des paralysies, soit comme caustique propre à remplacer le cautère actuel, n'a pas trouvé jusqu'ici d'autres emprunts à lui faire. Mais M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a mis sous les yeux de la commission la preuve que sa pratique s'est étendue, que ses premières observations se sont de plus en plus confirmées, et qu'en résumé la médecine pratique peut compter sur un auxiliaire utile et éprouvé de plus, dans le traitement de ces affections chroniques du système nerveux et des muscles, où elle était si souvent forcée de reconnaître son impuissance. De son côté, M. Middeldorpf nous a soumis cent quarante observations recueillies soit par lui-même, soit par des chirurgiens connus, qui prouvent que l'électricité employée à porter l'incandescence des fils de platine destinés à diviser les tissus et à opérer dans les organes profonds l'ablation de polypes ou de tumeurs peu accessibles, constitue un moyen chirurgical qui mérite attention et confiance. Il est l'objet d'études, parmi nos chirurgiens, qui permettront de lui assigner bientôt sa place et d'en fixer la valeur. La commission s'est livrée avec la plus vive sollicitude à l'examen des recherches de cette nature, et elle regrette de ne pouvoir, dans l'intérêt de l'humanité, appeler sur eux une récompense qu'elle eût aimé à leur décerner; mais elle espère qu'une autorité plus spéciale aura bientôt l'occasion de les apprécier et d'en signaler l'utilité au monde savant et aux praticiens.

Terminons enfin par quelques réflexions de notre illustre chimiste. Elles montreront combien l'étude de l'électricité mérite les encouragements et de quelle importance est pour ses progrès l'ouverture d'un nouveau concours.

Les physiciens, devancés par les chimistes modernes, selon l'opinion desquels il n'y a, dans aucun des phénomènes naturels étudiés jusqu'ici, ni perte ni création de matière, constatent à leur tour qu'il n'y a dans aucun d'eux ni perte ni création de force. La chaleur, la lumière, le magnétisme et l'électricité, deviennent des manifestations de divers états de l'éther en mouvement, et ces forces se transforment sans cesse l'une en l'autre, avec une extrême facilité.

Parmi ces forces, l'électricité est celle qui a été le plus récemment étudiée; c'est celle dont les propriétés sont le plus mystérieuses encore, malgré les grandes découvertes dont elles ont été l'occasion. On est même autorisé à dire, d'après les résultats observés depuis le commencement du siècle, que parmi les manifestations des mouvements de l'éther, celles qui donnent lieu à l'apparition des phénomènes électriques sont à la fois les plus délicates et les plus fécondes.

Dr E. Le Sourd.

couteau, en pénétrant ainsi un peu obliquement en avant, arrive dans la chambre antérieure en rasant exactement l'insertion de l'iris. L'obliquité de l'incision d'arrière en avant telle que la lèvre interne est en avant de la lèvre externe, a un double avantage; elle permettra à l'iris de glisser facilement sur cette surface oblique et conduira naturellement le couteau parallèlement à la face profonde de la cornée; aucun repli ne s'opposera à la section du bord ciliaire de la membrane.

Ces préceptes, je le répète, ont été donnés par M. de Graefe et rappelés ici par M. Follin, et si j'y insiste, c'est que je voyais encore récemment dans un ouvrage une figure dans laquelle le couteau était représenté incisant la cornée.

L'incision doit être assez large; or, pour obtenir ce résultat, on est porté à enfoncer profondément le couteau lancéolaire; mais, en agissant ainsi, on court plusieurs dangers; souvent, et c'est même la disposition habituelle, l'iris bombe en avant, surtout vers sa partie centrale la plus mobile, derrière cet iris est appliquée immédiatement la capsule cristalline, qu'il faut à tout prix ne pas toucher. Or, en poussant la pointe du couteau vers le centre pupillaire, on ne saurait être sûr de ne pas piquer la capsule cristalline. On a donc conseillé d'enfoncer peu le couteau et d'agrandir l'incision en le retirant, ou bien encore, comme le veut Bowmann, de tailler un petit lambeau au moyen du couteau étroit de Beer.

Le meilleur moyen d'arriver, sans pénétrer profondément, à donner à l'incision une largeur convenable, c'est de choisir un couteau lancéolaire qui s'élargisse rapidement à partir de sa pointe. Je pense en outre que l'incision faite, on doit retirer lentement le couteau, afin de permettre à l'humeur aqueuse de ne couler que peu à peu.

Le second temps de l'opération offre les plus grandes difficultés, et c'est celui qui presque toujours est exécuté incomplétement. L'iris, pressé en avant, sort souvent spontanément et fait une petite saillie qu'il est facile de saisir avec une pince; mais après avoir saisi l'iris, l'opérateur doit redoubler d'attention. Il faut attirer au dehors une portion considérable de l'iris; quelquefois la membrane est friable et se déchire; d'autres fois l'incision, mal faite ou trop petite, forme un obstacle, et la nécessité d'exercer une traction un peu plus forte amènera le même résultat. Il ne faut exercer aucune traction brusque, même la plus légère; il faut que la pince tenant l'iris soit ramenée en dehors en quelque sorte insensiblement, en provoquant et en suivant la progression de la membrane plutôt qu'en la produisant. Je ne crains pas de dire que l'on pèche souvent en se hâtant trop d'exécuter cette manœuvre. Il me paraît d'autant plus nécessaire d'avoir égard à ces préceptes, qu'il est extrêmement important d'exciser du premier coup tout ce qu'il faut exciser. En effet, si l'iris se déchire sous la pince, si l'excision est insuffisante, de deux choses l'une, ou vous abandonnez l'opération, qui reste incomplète, ou vous vous efforcerez de saisir avec la pince le bord déchiré ou coupé de l'iris près des insertions ciliaires, pour en amener une nouvelle portion au dehors. Mais dans ce mouvement de la pince, la capsule cristalline court d'autant plus de risque, qu'un épanchement de sang masque ordinairement les parties.

L'iris est maintenu au dehors, reste à l'exciser, et une nouvelle difficulté va surgir. Une main de l'opérateur, la droite, tient l'iris avec la pince, la main gauche fixe l'œil, soit avec la pique de Pamard, soit avec la pince de Græfe. Certains opérateurs font couper l'iris par un aide; c'est, selon moi, une mauvaise pratique. Avant de saisir l'iris avec la pince, l'opérateur devra donner la liberté à ses deux mains en confiant à l'aide la pique ou la pince fixatrice. Il sera dès lors loisible au chirurgien de couper d'un coup de ciseaux, en rasant la surface du globe oculaire, la portion d'iris qui fait saillie. On sait que le pansement est des plus simples; l'œil est tenu fermé et couvert d'une compresse imbibée d'eau froide. On a signalé comme un accident immédiat de l'iridectomie l'épanchement sanguin dans la chambre antérieure; mais il est facile de faire sortir le sang en entr'ouvrant l'incision et en pressant légèrement sur le globe; et d'ailleurs cet épanchement se résorbe facilement.

Quand l'excision de l'iris a été faite convenablement et avec toutes les précautions que je viens d'indiquer, il est rare qu'elle soit suivie d'accidents. Pour mon compte, je n'ai jamais vu une inflammation de quelque importance succéder à une iridectomie convenablement et largement faite. Si quelque accident est survenu, c'est que l'excision a été trop petite et qu'elle ne s'étendait pas jusqu'au bord ciliaire. J'ai remarqué chez les opérés que j'ai trouvés à Bicêtre, que ceux dont le champ pupillaire est oblitéré de fausses membranes, dont l'iris est décoloré, qui, en un mot, portent les traces d'une inflammation qui a dû succéder à l'opération, que chez ceux-là l'excision n'est pas large; et pour mon compte, dans les opérations que j'ai pratiquées sur l'iris, j'ai vu plus souvent des accidents à la suite de la pupille artificielle, où l'excision de l'iris est étroite, qu'à la suite de l'iridectomie appliquée aux affections glaucomateuses. Ainsi donc, selon moi, la largeur de l'excision est une condition d'innocuité, si déjà elle n'était une condition de succès.

Je crois que l'excision de l'iris en haut est préférable, parce que la difformité qu'elle produit est masquée en partie par la paupière supérieure.

Il est nécessaire, pour que l'iridectomie soit bien faite, que le malade soit convenablement placé et que sa tête soit maintenue immobile. J'ai l'habitude d'opérer le malade couché, et le plus souvent j'administre le chloroforme, qui, poussé un peu loin, procure une immobilité complète de l'œil, et qui n'a pas ici les inconvénients qui le font rejeter dans l'opération de la cataracte.

M. RICHET. Lorsque j'ai présenté à la Société la malade à laquelle j'avais pratiqué l'iridectomie, et qui a été le point de départ de la discussion actuelle, j'avais eu pour but de faire constater par mes collègues que dans une affection qui pour moi n'était pas le glaucome, et que je ne savais trop comment nommer, j'avais cependant obtenu par cette opération une amélioration lente, mais progressive. M. Follin, qui a bien voulu examiner la malade avec moi, pense, au contraire, qu'elle présente quelques-uns des caractères du glaucome, et il n'hésite pas à attribuer l'amélioration obtenue par l'iridectomie à l'amendement de ces symptômes; amélioration d'ailleurs qui, selon lui, serait de courte durée. Je ne puis partager son opinion ni au point de vue du diagnostic ni au point de vue du traitement.

Au point de vue du diagnostic, M. Follin a cru reconnaître chez ma malade, en même temps qu'une atrophie de la papille que j'avais annoncée, une légère excavation qui m'avait échappé; puis le pouls veineux rétinien, et enfin une grande tension du globe oculaire. Ces seuls signes lui suffisent pour affirmer qu'il y a glaucome chronique compliqué d'atrophie de la papille.

J'avoue, quant à moi, que quand bien même ces signes existeraient d'une manière bien nette, cela ne me suffirait pas pour affirmer qu'il y a glaucome, lequel, si je m'en rapporte à ce qu'en a dit M. Follin lui-même, est caractérisé par bien d'autres symptômes qui manquaient complétement chez ma malade. Mais c'est que d'ailleurs pour moi, qui n'ai pas, il est vrai, la grande habitude de M. Follin, ces symptômes n'existent pas.

Ainsi, relativement à la dépression de la papille, je n'ai jamais pu la constater, et comme je ne m'en rapportais pas à moi-même, j'ai prié mon collègue de la Pitié, M. le professeur Gosselin, qui, comme on sait, s'occupe avec grand succès des affections oculaires et d'ophthalmoscopie, de vouloir bien examiner ma malade, et il lui a été aussi impossible qu'à moi de l'apercevoir. Il me faisait observer d'ailleurs avec raison que si elle existait, on verrait les vaisseaux brisés au sortir de la papille, ce qui manifestement n'a pas lieu.

Quant au pouls veineux rétinien, il n'a rien de caractéristique, puisqu'on l'observe à l'état normal; reste donc la tension du globe oculaire. Or cette tension, pour constituer un signe du glaucome, doit être portée à un certain degré, c'est-à-dire déterminer un certain aplatissement de la cornée, un trouble plus ou moins considérable dans sa transparence, une insensibilité de sa surface conjonctivale, et enfin une congestion du tissu cellulaire sous-conjonctival. Or rien de tout cela n'existait chez ma malade avant l'opération; elle n'a jamais rien offert de semblable depuis, et si M. Follin lui a trouvé les globes oculaires un peu tendus, c'est un phénomène que l'on observe chez beaucoup d'individus qui n'ont pas de glaucome, et dont il est d'ailleurs, on le comprend, bien difficile d'apprécier le degré.

En résumé, je ne vois point d'autre altération notable chez ma malade qu'une atrophie de la papille, reconnue par M. Follin, comme par M. Gosselin et par moi-même, et s'il fallait absolument donner un nom à cette affection, je dirais, comme mon savant collègue de la Pitié, qu'il s'agit d'une *atrophie de la papille optique*, survenue sans cause appréciable.

Voilà donc une atrophie de la papille optique contre laquelle toutes les médications avaient échoué, et qui a été avantageusement modifiée par l'iridectomie. Telle est la raison pour laquelle j'avais voulu présenter cette malade à l'examen de mes collègues.

Relativement aux conséquences de l'opération, ici encore je ne puis partager l'opinion de M. Follin; il pense que l'amélioration obtenue l'ayant été uniquement par l'amendement du glaucome, ne se soutiendra pas, et que la malade est condamnée à devenir fatalement aveugle. Mais heureusement rien n'autorise une pareille supposition : d'abord parce que l'iridectomie n'a pu amender un glaucome qui n'existait pas, et puis surtout, parce que le rétablissement de la vision s'est fait lentement et progressivement, c'est-à-dire tout autrement qu'il ne se fait après les opérations pour le glaucome réel; d'ailleurs l'amélioration est aujourd'hui plus grande, cinq mois après l'opération, qu'elle n'a jamais été.

Quant à la question de savoir comment a agi dans ce cas l'opération, j'avoue que je n'en sais absolument rien. Dire, comme quelques élèves le pensaient autour de moi à l'hôpital, que c'est parce qu'une plus grande somme de rayons lumineux peut arriver dans le fond de l'œil et impressionner plus vivement la papille atrophiée, c'est avancer une hypothèse que rien ne prouve; prétendre qu'elle a agi en apportant une modification dans la nutrition et l'innervation du globe oculaire, est une supposition qui n'est pas plus plausible et qui ne satisfait pas davantage. Le plus sage, je crois, est donc, jusqu'à nouvel ordre, de s'en tenir à la constatation des faits.

Ceci m'amène tout naturellement, Messieurs, à vous parler des deux autres cas d'iridectomie, ou plutôt d'iridotomie, que je n'avais fait que mentionner dans ma première communication et auxquels je puis aujourd'hui donner de plus amples développements, puisque la discussion s'est agrandie. Voici une analyse de ces deux faits, dont l'observation a été recueillie par M. Spiers, mon interne.

Iridotomie par le procédé d'Hancock, dite section du tenseur de la choroïde, pour une double amaurose congestive.

Joseph M..., âgé de quarante et un ans, garçon maçon, entre à la Pitié, service de M. Richet, salle Saint-Gabriel, nº 45, le 30 janvier 1864.

Cet homme, de taille moyenne, blond, n'a jamais fait de maladie, malgré une apparence peu vigoureuse. Il est marié depuis treize ans et a deux enfants. De 1844 à 1851 il a vécu à l'armée d'Afrique en qualité de chasseur à cheval. Il fut atteint d'une affection des yeux assez semblable à celle qui le conduit aujourd'hui à l'hôpital.

Il perdit la vue tout d'un coup en 1849, et fut traité par des applications de sangsues, vésicatoires et séton.

Après trois mois de séjour à l'hôpital, alors qu'il allait être réformé, la vue lui revint. Après une courte convalescence, il reprit le service actif. Il attribuait sa maladie à l'éclat des rayons du soleil.

Depuis 1849, cet homme n'éprouve plus aucun accident du côté de la vue. En 1851, il quitte le service et reprend son état de maçon.

Enfin le 22 janvier 1864, huit jours avant son entrée à la Pitié, comme il travaillait, sans cause connue, il est pris d'un étourdissement et tombe à terre. Cet étourdissement ne dure que quelques instants, mais quand il est relevé, bien qu'il ne ressente aucun mal, le travail lui est impossible, il voit à peine pour se conduire. Il reste dans cet état jusqu'à son entrée dans la salle Saint-Gabriel.

Le 4 février, on constate que le malade ne reconnaît que difficilement les personnes qui l'entourent à deux ou trois pas. Ses voisins disent qu'ils sont obligés de le guider pour le conduire aux latrines, et que, s'il veut y aller seul, il se heurte à tous les objets. C'est tout au plus s'il distingue d'où vient le jour. Lorsqu'on lui dit de saisir son verre pour boire, il tâtonne longtemps avant de le trouver.

Ses deux yeux présentent la même faiblesse visuelle.

A l'extérieur, les globes oculaires n'ont rien d'anormal. La pression ne semble pas indiquer de tension intra-oculaire exagérée. Les pupilles sont mobiles, bien qu'un peu dilatées.

A l'ophthalmoscope, on constate qu'il n'existe aucun obstacle à l'entrée des rayons lumineux. La choroïde est pâle, rosée, les vaisseaux difficiles à suivre. La papille blanche, régulière, n'est parcourue que par quelques vaisseaux très-déliés.

M. Richet désigne cette affection sous le nom d'*amaurose congestive*, tout en faisant observer qu'il n'existe dans le globe oculaire aucun phénomène d'injection vasculaire; il se fonde sur la brusque apparition de la maladie, survenue à la suite d'un étourdissement, et sur l'impossibilité de donner un autre nom à cette affection.

Le 6, saignée du bras, qui n'est suivie d'aucun mieux sensible.

Le 10, douze sangsues sont appliquées aux apophyses mastoïdes. Le lendemain, le malade accuse un peu de mieux, il croit voir plus loin et plus distinctement ce qui l'entoure. Les jours suivants, purgatifs répétés, application d'un vésicatoire au bras.

Enfin le 18 mars, cette affection restant stationnaire, M. Richet, après avoir pris l'avis de M. Serre (d'Alais), qui suivait la visite, lui fait aux deux yeux l'iridotomie (procédé d'Hancock). L'opération n'est pas douloureuse. Le soir même le malade se plaint d'un peu de douleur sourcilière à gauche.

Le 19, la douleur a disparu à gauche; la pupille est légèrement déformée, mais une amélioration sensible s'est opérée. Le malade, qui est couché, lit facilement le numéro qui est au pied de son lit.

Le 22, la pupille du côté gauche a presque complétement repris sa forme normale. Le mieux s'est maintenu. Le malade n'éprouve aucune douleur. Toutefois, s'il fixe trop longtemps un objet éclairé, sa vue se trouble un peu.

Le 24, le malade demande son *exeat* afin de reprendre son travail; il est très-satisfait de son état. Le retour de la vue a éclairci sa physionomie; les derniers jours il s'est livré avec activité à diverses occupations dans la salle. On ne peut avoir de doutes sur la réalité des symptômes qu'il a offerts à son entrée, ni sur la guérison complète qui a suivi le traitement.

Le deuxième cas est plus simple; il s'agissait d'un malade auquel j'avais fait l'opération de la cataracte par abaissement, et qui avait de grandes douleurs avec beaucoup d'inflammation. On était au cinquième jour de l'opération. M. Serre (d'Alais), en le voyant, me dit que c'était dans ces cas surtout que l'iridotomie réussissait, et m'engagea à la faire. Je le priai de vouloir bien lui-même mettre son procédé, c'est-à-dire celui d'Hancock, en pratique, ce qu'il fit immédiatement, et je dois dire que non-seulement il ne survint aucun accident, mais qu'à partir de ce moment le malade se trouva grandement soulagé, et que la marche de l'inflammation alla en diminuant jusqu'à guérison parfaite.

Je crois donc qu'il ne faut pas rejeter avec M. Follin l'iridotomie comme une opération illusoire, qui n'aurait pour elle ni la théorie ni les observations. Je crois avec notre collègue que la section du muscle tenseur de la choroïde, telle que la concevait Hancock, est illusoire; mais ce qui ne l'est pas, ce sont les succès obtenus par ce chirurgien, par M. Serre (d'Alais) et par moi-même. Notre collègue veut expliquer rationnellement l'action de l'iridectomie, soit dans le glaucome, soit dans l'opération de la cataracte, en disant que dans le premier cas elle fait cesser la tension du globe oculaire, et que dans le second elle agit comme antiphlogistique. On pourrait tout aussi bien, ce me semble, en dire autant de l'iridotomie d'Hancock et avec tout autant de raison, car la section de la sclérotique, de la cornée et de l'iris permet aux humeurs de l'œil de s'écouler, et désemplit la coque oculaire, en même temps que la perte de sang qui s'effectue saigne les vaisseaux de l'œil. On pourrait tout aussi bien encore, si l'on adopte l'opinion de M. Cusco sur la nature du glaucome chronique, à savoir, qu'il est dû à une rétraction des fibres de la sclérotique comprimant la totalité de l'œil, et non à une hypersécrétion des humeurs, dire que cette section de la sclérotique, de la choroïde, du cercle ciliaire et même de la cornée, agit en débridant et en facilitant l'expansion de cet organe. Mais quelle que soit l'explication qu'on adopte, et à laquelle je tiens peu, les faits sont là, beaucoup plus probants que ne le croit M. Follin; et comme cette opération est plus simple que l'iridectomie et qu'elle expose à moins de danger, je pense que dans bon nombre de cas on peut la lui substituer avantageusement.

Ceci m'amène à examiner les accidents propres à l'iridectomie, dont il a été parlé dans la dernière séance par MM. Perrin et Houel. Je dois dire que je ne partage pas toutes leurs craintes relativement à l'épanchement de sang, quoique je reconnaisse qu'il faille tenir compte de cet accident. Nous savons tous combien les suffusions sanguines dans l'œil se résorbent avec facilité, mais à une condition toutefois, c'est qu'elles ne seront point accompagnées d'inflammation. S'il y a réaction inflammatoire, c'est tout différent; le caillot sanguin s'enveloppe d'exsudats, contracte des adhérences et se fixe définitivement dans l'œil, et cela sans espoir de le voir jamais disparaître. C'est là ce qui est arrivé à M. Houel, à M. Perrin et à d'autres, et c'est là ce qui explique les différences dans les résultats obtenus par les différents opérateurs. A quoi cela tient-il donc que dans certains cas il n'y ait pas de réaction et qu'il y en ait dans d'autres ? Eh ! mon Dieu ! aux causes qui font que dans l'opération de l'extraction on réussit admirablement deux, quatre, six, huit, dix fois de suite, et puis qu'on échoue un pareil nombre de fois sans pouvoir en accuser autre chose que ce que les anciens appelaient les *circumfusa*, c'est-à-dire les conditions hygiéniques et la *constitution médicale*. Or je crois que l'iridectomie expose à l'inflammation de la cornée et des parties profondes du globe oculaire, au même titre que la kératotomie dans l'opération de la cataracte par extraction. C'est qu'effectivement on fait à la cornée une plaie pénétrante, et, que cette plaie soit linéaire ou à lambeau, si la constitution médicale est mauvaise, la réaction inflammatoire surviendra, et avec elle les accidents plastiques qui neutraliseront les bienfaits de l'opération.

Pour ces raisons, je pense qu'il faut être sobre d'iridectomie, non pas dans les cas de glaucome où l'œil est perdu, non pas dans les cas d'atrophie de la papille où l'on ne risque pas grand'chose, puisque les malades vont perdant la vue de plus en plus chaque jour, mais dans les cas de cataracte, où elle ne me paraît qu'une complication. Je ne puis donc partager les espérances de M. Folin à ce sujet. J'ai toujours été élevé dans la crainte de blesser l'iris dans l'opération de la cataracte, et je dois dire que malgré ce qui nous est rapporté des succès de Graefe et de Valdor par leurs élèves, je ne suis pas encore rassuré à cet égard. Il faudrait pour cela une longue liste de succès bien et dûment observés. C'est qu'effectivement, en outre de l'inflammation que l'on a toujours à craindre à la suite de l'excision de la membrane irienne observée par MM. Houel et Perrin, on a encore à redouter un accident opératoire très-sérieux, je veux parler de la sortie du corps vitré. Tous nous savons que dans l'opération de l'extraction, lorsqu'on blesse l'iris en taillant le lambeau de la cornée, ce qui arrive fréquemment aux élèves qu'on exerce aux répétitions opératoires sur le cadavre, presque toujours alors on fait sortir le corps vitré en même temps que le cristallin. Sur le vivant, j'ai vu

cet accident arriver au plus habile de nos maîtres, à Roux, dans un cas où il avait intéressé l'iris ; et enfin je l'ai éprouvé moi-même dans un cas, de telle sorte que pour qu'il ne m'arrivât pas ce qui était arrivé à un chirurgien que je ne nommerai pas, et qui avait, suivant la rédaction de l'observation faite par l'interne du service, tout fait sortir de l'œil, excepté le cristallin, je jugeai à propos de m'arrêter, et plus tard j'abaissai le cristallin, que je n'avais pu extraire. J'ajoute que cela arrivera d'autant plus qu'on aura fait une fente plus étroite à la cornée, comme dans l'extraction dite linéaire, adoptée par M. Follin, parce qu'il faudra presser davantage pour expulser le noyau cristallinien.

Un mot encore sur le procédé opératoire. J'ai dit, en présentant ma malade, que s'il était sans danger pour la capsule cristalline de saisir l'iris avec le crochet de Beer pour l'amener à l'extérieur, cela tenait d'abord à ce que cette membrane se précipitait à l'extérieur sitôt que la cornée était ouverte, et aussi à l'intervalle qui existait entre la face postérieure de l'iris et le cristallin, autrement dit à la présence de la chambre postérieure. M. Follin pense que cette chambre n'existe pas ; je crois, au contraire, avec Petit, qui évalue sa largeur à un quart de ligne ; avec M. Sappey, qui s'est livré sur ce sujet à d'intéressantes recherches et qui lui donne un huitième de ligne, que son existence ne saurait être mise en doute.

Je partage aussi l'avis de M. Foucher, qui regarde l'instillation de l'atropine ou de la solution de fève de Calabar, pour dilater ou faire resserrer la pupille, comme inutile, par la raison que l'iris, dès qu'il est exposé au contact de l'air, se soustrait à ces influences.

Enfin, je ne crois pas à l'efficacité de l'iridectomie pour faire cesser les douleurs dont sont tourmentés les individus qui ont perdu la vue à la suite d'ophthalmites répétées. Le véritable remède à ces névralgies pénétrantes, c'est l'amputation et non l'extirpation du globe oculaire, comme on l'a fait dire, par erreur sans doute, à notre collègue ; encore cette opération doit-elle être faite de manière à enlever toute la partie antérieure du globe, y compris l'iris, car sans cela le diaphragme irien retient le corps vitré et les exsudations plastiques qui s'y sont développées, et la névralgie reparaît. Je ne comprendrais donc pas qu'une simple excision de l'iris pût faire cesser cette tension inflammatoire, quand on sait par expérience que l'amputation de la partie antérieure du globe oculaire, lorsqu'elle est incomplète, ne suffit pas à obtenir ce résultat.

M. GIRALDÈS. J'ai hésité à prendre la parole, parce que les points les plus importants de la discussion ont été abordés par plusieurs de nos collègues, et surtout par M. Follin. Le discours de M. Richet m'oblige cependant à revenir sur quelques-uns de ses arguments.

M. Richet s'appuie, pour prouver l'existence de la chambre postérieure, sur les recherches de P. du Petit et sur celles de M. Sappey. Mais les travaux du premier de ces anatomistes sont bien anciens et trop peu probants pour qu'on y ajoute foi aujourd'hui. Quant au livre de M. Sappey, c'est une fourmilière d'erreurs, surtout pour l'anatomie de l'œil. En 1859, cet anatomiste ne se doutait pas qu'il existât un muscle accommodateur de la vision. On lui a prouvé à la Société de biologie que l'absence de la chambre postérieure, mathématiquement prouvée par Krammer, est bien réelle, ainsi qu'on peut s'en assurer par une dissection convenable et non par les procédés vicieux employés par P. du Petit et par M. Sappey lui-même.

Je suis peiné de voir M. Richet défendre la méthode de l'abaissement dans l'opération de la cataracte. C'est la plus mauvaise méthode qu'on puisse employer. Les accidents inflammatoires sont aussi fréquents et même plus fréquents qu'à la suite de l'extraction, et les résultats définitifs sont infiniment moins bons. Le cristallin se déplace en totalité ou en partie, et la vision n'est pas rétablie.

On peut maintenant, grâce au chloroforme et à la pince de Græfe pour fixer l'œil, tailler les lambeaux avec tout le calme et la régularité désirables ; il n'y a là aucune difficulté.

Quant à l'extraction précédée de l'iridectomie, M. Richet semble oublier qu'elle a pour avantage de permettre l'ablation de cristallins volumineux à travers une plaie relativement petite. C'est pour ce motif que M. de Græfe a créé son opération, perfectionnée ensuite par M. Valdor. Elle est pratiquée avec grand succès dans des cas déterminés en Angleterre et en Allemagne.

L'issue de l'humeur aqueuse ne provient pas de l'excision de l'iris; on l'observe dans des cas où cette membrane est parfaitement intacte. Elle se produit lorsque les humeurs de l'œil sont devenues diffluentes par suite d'un trouble de nutrition.

Depuis que Graefe a mis en honneur l'iridectomie, cette opération a été pratiquée plusieurs centaines de fois par lui, par Bowmann, par Donders et par bien d'autres, et on peut s'assurer par des relevés statistiques étendus qu'elle ne cause pas d'accidents plus fréquents que toute autre opération faite sur l'œil.

A ce propos, je dirai que j'ai été un peu surpris de ce qu'un de nos collègues ait dit qu'en Allemagne et en Angleterre on pratique un peu trop légèrement l'iridectomie. Je vois, au contraire, que Graefe, dans son dernier travail, s'est attaché à en préciser les indications, et d'autre part que Bowmann a établi des préceptes analogues dans une discussion récente qu'il a soutenue contre son collègue M. Dixon, et qui a été reproduite dans la *Presse médicale* de Londres.

M. Richet, répondant aux observations de M. Follin, a dit que sa malade n'avait pas de glaucome, parce que la cornée n'était pas aplatie, qu'il n'y avait pas de tension exagérée du globe, et que la surface cornéenne ne paraissait pas œdémateuse ; mais ces faits ne sont pas constants ; ils appartiennent aux glaucomes à marche lente, et leur absence ne prouve rien contre l'existence du glaucome.

En ce qui concerne l'excavation et l'atrophie de la papille, à moins qu'elle ne soit le résultat d'un travail propre dans les fibres du nerf optique, j'avoue que je ne saurais la comprendre sans une inflammation qui augmente la pression intra-oculaire. M. Richet, faisant allusion à l'opinion de M. Cusco sur la rétraction de la sclérotique dans le glaucome, disait tout à l'heure que la doctrine émise par M. Follin n'avait pas l'assentiment de tous les chirurgiens. Si l'opinion de M. Cusco peut être acceptée pour le glaucome chronique, elle ne saurait l'être pour le glaucome aigu ; il y a là tout autre chose qu'une rétraction de la sclérotique. On peut s'en convaincre par l'étude des pièces conservées dans les musées, et surtout dans celui de l'hôpital de Morefield, dont la collection est si riche.

M. LEFORT. Je crois être le collègue que M. Giraldès a désigné dans son discours à propos de la pratique de l'iridectomie en Allemagne. Sans doute si M. de Græfe était seul, il y aurait tout avantage à adopter sa manière de faire, mais il est suivi et imité par un grand nombre d'élèves, et je tiens de sa propre bouche que souvent ses élèves outre-passent les indications de l'iridectomie, et qu'ils pourraient compromettre cette opération si elle n'était pas si complétement acceptée. Je n'ai pas voulu dire autre chose.

— La discussion sera continuée.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Anévrysme poplité diffus consécutif.

M. TILLAUX communique sous ce titre une observation que nous publierons dans un prochain numéro.

M. FOUCHER. Je soigne en ce moment un malade atteint, comme celui de M. Tillaux, d'un anévrysme poplité diffus et enflammé.

Après une visite avec M. Broca, il fut convenu que nous ferions la compression intermittente. Elle fut établie à l'aide d'un appareil et maintenue quatre heures le premier jour, sept heures le second ; les battements ayant diminué, je fis faire la compression totale par les doigts de six aides qui se relayaient. Au bout de dix-sept heures, il n'y avait plus de battements ; on continua la compression pendant vingt-quatre heures. Elle fut alors abandonnée et remplacée par une compression intermittente de quart d'heure en quart d'heure.

Aujourd'hui, la tumeur est ferme, pas douloureuse et réduite à la moitié de son volume. On sent sous les téguments trois artères collatérales très-dilatées.

J'ignore encore quel sera le résultat définitif de ce traitement, mais jusqu'ici nous n'avons qu'à nous féliciter d'avoir eu recours à la compression. J'aurai soin de communiquer à la Société la fin de cette observation, importante au point de vue du traitement très-discuté des anévrysmes diffus.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

L'un des secrétaires, U. TRÉLAT.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

Le jeudi 13 octobre 1864, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à une place de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues d'une heure à trois heures de relevée, depuis le jeudi 25 septembre jusqu'au jeudi 29 du même mois inclusivement.

———

M. le docteur Prosper Lucas, auteur de plusieurs livres sur l'aliénation mentale, notamment du *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux*, ouvrage couronné par l'Académie des sciences, vient d'être nommé médecin de l'asile des aliénés de Bicêtre, en remplacement de M. le docteur Marcé, décédé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 24 août 1864, ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

De la commune de Contres (Loir-et-Cher), M. Jauze, médecin.

De la commune de Clermont (Meuse), M. le docteur Collot, membre du conseil municipal.

De Saint-Eloi à Gourdon (Lot), M. Pradel, vétérinaire.

— Par décret en date du 27 août 1864, ont été nommés à deux emplois de médecins aides-majors de 2e classe :

MM. Gonin et Fornier, chirurgiens sous-aides.

— Au moment où le Congrès médical de Lyon est sur le point de commencer, il nous semble opportun de rappeler une dernière fois à nos lecteurs les dispositions réglementaires relatives à cette réunion.

Le Congrès s'ouvrira le 26 septembre. Ses séances seront publiques, mais les membres adhérents auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Pour être considéré comme adhérent, il suffit d'en manifester l'intention par une lettre adressée à M. le secrétaire général de la commission du Congrès, au Palais des Arts, à Lyon, ou à M. le docteur Teissier, trésorier. Les membres adhérents, lyonnais ou étrangers à la ville, qui désireraient présenter au Congrès une communication, écrite ou orale, sur l'une des questions du programme ou sur un autre sujet, doivent l'envoyer (*in extenso* ou sous forme de résumé) à la même adresse, *avant le vingt-quatre septembre.*

MM. les adhérents lyonnais recevront à domicile leur carte d'admission au Congrès. Ceux d'entre eux à qui, par erreur, elle n'aurait pas été remise, sont priés de la réclamer, à partir du 21 septembre, chez M. le docteur Gailleton, rue de l'Impératrice, 76. MM. les adhérents étrangers pourront également aller retirer leur carte, à la même adresse, à partir du 21, et pendant toute la durée du Congrès.

Un avis, remis aux membres du Congrès en même temps que leur carte, leur fera connaître l'heure et le lieu de la première séance.

La Commission exécutive du Congrès médical s'est occupée avec activité non-seulement de la partie scientifique, fondamentale de cette réunion, mais aussi de tous les détails qui peuvent rendre le séjour de notre ville agréable aux adhérents étrangers.

Un de nos cercles les plus importants et dont la situation est la plus centrale, a bien voulu mettre à la disposition de tous les membres adhérents ses magnifiques salons. Grâce à cette généreuse hospitalité, les membres du Congrès pourront faire, par les charmes de la causerie ou de la lecture, une agréable diversion aux sérieux travaux des séances publiques.

Si enfin nous ajoutons que 160 adhésions lyonnaises sont enregistrées, et que plusieurs communications par des noms faisant autorité dans la science sont déjà assurées sur chacune des questions du programme, nos lecteurs pourront juger de l'importance que promet d'avoir ce second essai de réunion spéciale du corps médical, si brillamment inaugurée à Rouen l'année dernière. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

ERRATUM. — Dans l'article : *Essai d'une nouvelle théorie des bruits du cœur* (n° 107), au lieu de :

Le premier ou court silence a lieu alors que la contraction des ventricules est complète. La dilatation des oreillettes complète a lieu au temps....

On doit lire :

Le premier ou court silence a lieu alors que la contraction des ventricules est complète, que la dilatation des oreillettes est complète et est due au temps....

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 110. — MARDI 20 SEPTEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 110 — MARDI 20 SEPTEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 SEPTEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous prions nos lecteurs de vouloir bien s'élever un instant avec nous jusqu'aux régions astronomiques. Qu'ils ne craignent pas que nous les y égarions; M. Faye sera notre guide. Et, d'ailleurs, ce n'est pas d'astronomie à proprement parler qu'il s'agit, c'est de physiologie, et d'une des plus intéressantes questions de physiologie soulevée à propos d'astronomie.

M. Faye a plusieurs fois entretenu l'Académie des erreurs provenant de l'individualité de l'observateur dans certaines déterminations astronomiques. Une circonstance récente relative à la détermination des différences de longitude lui a fourni l'occasion de constater de nouveau et d'apprécier plus exactement la portée de cette cause d'erreur. Les développements dans lesquels il est entré à ce sujet dans la dernière séance nous ont paru trop intéressants pour n'en pas faire part à nos lecteurs.

L'observation astronomique du passage des astres au méridien est fondée sur le concours de deux sens mis simultanément en exercice, la vue et l'ouïe. Elle consiste à regarder un point brillant qui se meut dans le champ d'une lunette en traversant successivement un réseau de fils parallèles, et à écouter en même temps les battements d'une pendule, en notant à chaque fil l'instant de la disparition du point lumineux. Les astronomes acquièrent avec le temps assez d'habileté dans ce genre d'observation pour prétendre à l'exactitude d'un centième de seconde; et pourtant, voici, d'après M. Faye, ce qui arrive :

Supposant l'observation faite à la fois par plusieurs observateurs, si le point lumineux traverse réellement le fil au dixième battement de la pendule, il y aura 1/10e de seconde, 2/10es, 5/10es, jusqu'à une seconde et plus quelquefois de différence entre les résultats observés. Et ces différences, fait remarquer M. Faye, ne sont point des erreurs accidentelles; on ferait recommencer mille fois l'épreuve que mille fois on obtiendrait le même résultat.

Cependant, ces observateurs voient tous au même instant l'étoile s'éclipser derrière le fil; ils entendent au même instant le son de la pendule. Comment se fait-il que lorsqu'il s'agit de comparer des impressions fidèlement transmises au cerveau par les deux sens, il se manifeste, d'un observateur à l'autre, de pareilles discordances se répétant avec une aussi persistante régularité?

Voici comment et à l'aide de quelle image M. Faye a cherché à se rendre compte de ce phénomène :

« Imaginez un instant, dit-il, que l'esprit soit un œil placé dans l'intérieur du cerveau, un œil attentif aux modifications que chaque sensation détermine dans les filets nerveux qui y aboutissent. Si les sensations de même nature se produisent en un même point, cet œil intérieur jugera aisément si elles sont successives ou simultanées; mais si elles proviennent de sens différents, dont les nerfs aboutissent en des régions différentes du cerveau, l'œil intérieur aura besoin de se mouvoir pour passer d'une région à l'autre, et le temps ainsi employé ne sera pas perçu; des sensations séparées par un intervalle très-réel seront notées à faux comme simultanées. Le temps perdu, le temps ainsi employé à aller d'une sensation à l'autre, peut s'élever à plus d'une seconde; il variera d'ailleurs d'un individu à l'autre, selon la rapidité avec laquelle son œil interne se meut pour contempler successivement les touches de ce clavier prodigieusement complexe qu'on nomme le cerveau. »

Quoi qu'il en soit de la justesse de cette comparaison, qui n'a d'autre objet que de rendre sensible l'espèce de travail instinctif et inconscient auquel l'esprit est obligé de se livrer pour comparer deux sensations d'origine différente, toujours est-il que la circonstance indiquée par M. Faye révèle un fait physiologique intéressant, savoir : tandis que l'organisme humain parvient à une précision étonnante, lorsqu'il s'agit de combiner des sensations de même nature, telle, par exemple, qu'un œil quelconque, armé du microscope, perçoit et mesure des grandeurs d'une petitesse extrême et ne s'arrête guère qu'à de petites fractions de millième de millimètre, que l'oreille apprécie dans certains cas, du premier coup, des différences d'un centième de seconde; des inégalités relativement considérables se manifestent, au contraire, quand il s'agit de combiner et de comparer des impressions transmises simultanément au cerveau par deux ou plusieurs sens différents. Le temps perdu par cette opération ne doit pas être confondu avec le temps nécessaire pour la transmission des sensations de la périphérie au centre du système nerveux, laquelle, comme le dit M. Faye, a lieu probablement avec une rapidité tout électrique, ou pour la mise en mouvement de nos organes, dont les muscles ne peuvent se contracter instantanément, à cause de leur inertie, sous l'influence de courants déterminés dans les nerfs par un acte de la volonté. Ces causes de retard ne sauraient produire la dixième ou même la centième partie des effets constatés dans les circonstances dont il s'agit; d'ailleurs, elles doivent être les mêmes à très-peu près pour tous les individus, tandis que le temps employé par l'esprit à combiner des impressions de sens différents varie du simple au décuple, d'un individu à l'autre. Il y a certainement là quelque chose d'analogue, comme le fait très-justement remarquer l'éminent astronome, à ce qui se passe en nous quand il s'agit d'établir un lien logique entre deux idées, dont le cerveau n'est pas habitué à rapprocher les deux traductions nerveuses : « Il faut alors un tâtonnement, un travail plus ou moins long, dont la durée nous échappe, en sorte qu'au moment où le rapprochement s'effectue et où la liaison nerveuse est enfin réalisée, c'est comme si un trait de lumière nous éclairait subitement. Ainsi l'esprit ne connaît le temps que par la succession des sensations d'origine externe, ou par celle des sensations qu'il parvient à provoquer physiquement dans le cerveau; mais le temps pendant lequel il met en jeu les forces qui déterminent le mouvement cérébral lui échappe complétement. »

La considération de cette cause physiologique d'erreurs dans les calculs astronomiques a conduit les astronomes à chercher un moyen de la faire cesser ou de la corriger. Après divers tâtonnements aussi ingénieux les uns que les autres, deux savants, MM. Plantamour et Hirsch, sont arrivés à imaginer un appareil qui donne l'erreur absolue de l'observateur en même temps qu'il peut servir également à étudier la combinaison de l'œil avec l'oreille, celle de l'oreille avec un mouvement volontaire, etc. Mais M. Faye va plus loin et propose une mesure plus radicale. Convaincu qu'il n'est pas permis de considérer l'erreur physiologique comme constante, et qu'il ne faut compter sur la *machine humaine*, pour ces mesures délicates, qu'à la condition d'en déterminer immédiatement l'erreur à chaque observation, il propose de supprimer l'observateur, dont les imperfections nous sont révélées d'une manière si frappante, et dont les résultats varient non-seulement avec les années, mais aussi d'un moment à l'autre avec les troubles momentanés de la digestion, de la circulation ou de la fatigue nerveuse, et de lui substi-

AMÉLIE-LES-BAINS.

Amélie-les-Bains est une de ces stations, malheureusement trop rares, où l'on peut administrer avec avantage le traitement thermo-minéral à toutes les époques de l'année. Ce privilége, que cette localité doit à son climat exceptionnel, lui assigne un rang important parmi les stations d'hiver. Où trouver, en effet, des sources sulfureuses aussi abondantes, se prêtant à toutes les pratiques balnéaires, sous un climat aussi doux et aussi régulier?

Les nombreux avantages que présente Amélie-les-Bains n'avaient point échappé à la sagacité d'Anglada. Aussi lui a-t-il consacré un long chapitre dans son important ouvrage sur les eaux du Roussillon; il s'étend beaucoup sur les améliorations à introduire dans ces thermes, sur les nombreuses ressources balnéaires qu'on peut y créer et sur la possibilité d'y instituer le traitement thermal pendant l'hiver.

Le programme tracé par cet illustre professeur s'est en partie réalisé; sans doute il reste encore beaucoup à faire, mais déjà les résultats remarquables obtenus pendant les saisons d'hiver suffisent pour assurer à cette station une vogue toujours croissante dans le traitement des maladies qui exigent, comme les affections de poitrine, une médication sulfureuse et un séjour prolongé dans les pays chauds.

Amélie-les-Bains est situé à 38 kilomètres de Perpignan, sous le 42e degré de latitude dans une partie de la vallée du Tech dirigée de l'ouest à l'est.

Qu'on se figure un vallon, véritable entonnoir irrégulier, assez semblable à un cirque s'il n'était en partie coupé par une colline surmontée d'un fort et annexée en quelque sorte à la ceinture des montagnes du sud. Arrosé dans toute sa longueur par le Tech et son affluent le Mondony, ce vallon a pour limite au nord la colline de Montbolo, un des derniers étages du Canigou, et au sud une montagne assez élevée qui présente une coupure abrupte et pittoresque, au fond de laquelle coule le Mondony, qui se dirige du sud au nord-est.

C'est au pied de cette montagne et au point où elle se réunit à la colline du fort que jaillissent toutes les eaux thermales.

Enfin mentionnons, à l'est et à l'ouest, les deux ouvertures étroites et sinueuses qui continuent la vallée vers Céret et Arles.

On conçoit quelle barrière ces montagnes opposent aux vents impétueux qui désolent si souvent les régions méditerranéennes. Ainsi le vent de nord-ouest, qui souffle avec une grande violence dans la plaine du Roussillon, et qui est en général très-froid et très-âpre, comme le mistral de la Provence, se fait à peine sentir dans le vallon d'Amélie, protégé par sa ceinture de hauteurs.

Le vent du nord-est ou vent marin est celui qui domine à Amélie. Il vient du côté de Port-Vendres en suivant la vallée du Tech, et se trouve en partie dépouillé de son humidité et de ses propriétés excitantes. Pendant l'été il rend les chaleurs plus supportables, et souvent pendant l'hiver il semble mitiger les couches d'air froid qui ont traversé les glaciers du Canigou. Il se fait sentir assez régulièrement de midi à quatre heures, et il est souvent remplacé dans la soirée par la brise de terre, qui souffle dans la direction du sud-ouest. Les ouvertures que la station présente au nord-est et au sud-ouest, et la faible distance qui la sépare de la mer (30 kilomètres en ligne directe), expliquent aisément la présence des vents réguliers à Amélie.

Le vent du sud ou vent d'Espagne règne plus souvent pendant l'été que pendant l'hiver; son souffle énervant et chaud fatigue quelquefois les malades.

Par suite de la configuration du pays, les girouettes subissent l'influence des vents réfléchis et pourraient induire en erreur; mais les sensations particulières produites par les vents que nous venons de décrire suffisent souvent à les faire reconnaître.

Toutes les parties de la vallée ne sont pas également bien abritées; la partie située au pied de la colline de Montbolo est entièrement à l'abri des vents du nord-nord-ouest et nord-est, et comme elle reçoit le soleil depuis son lever jusqu'à son coucher, elle constitue la promenade la plus recherchée pendant les jours froids de l'hiver.

La pluie est assez rare à Amélie. Si la statistique indique un nombre de jours de pluie relativement assez grand (61 jours par an), nous devons ajouter qu'ils sont très-inégalement répartis dans les différents mois de l'année.

L'hiver est ordinairement très-sec; ainsi, nous remarquons que le nombre des jours pluvieux a été en 1861-62 de 3 en novembre, 5 en décembre, 2 en janvier et 3 en février. — En 1862-63, de 5 en novembre, 2 en décembre, 3 en janvier et 2 en février (1).

L'époque des grandes pluies commence au printemps et se prolonge quelquefois jusqu'au milieu de l'été. Les brouillards sont pour ainsi dire inconnus à Amélie; aussi l'atmosphère est toujours pure et exempte d'humidité, même après les fortes pluies; cela tient à la nature du sol et surtout à sa disposition, qui permet l'écoulement facile des eaux.

Les observations relatives à l'ozone nous montrent que les courbes ozonométriques sont à peu près parallèles aux courbes hygrométriques. Ce fait déjà signalé pour d'autres localités se présente à Amélie avec une telle constance, que je serais porté à en inférer une grande et utile régularité dans les conditions atmosphériques actuellement inconnues qui président à la formation de l'ozone, et, dans tous les cas, une constitution climatérique régulière et hygiénique.

La colonne barométrique oscille ordinairement entre 738mm et 746mm; sa hauteur moyenne est 742mm,51. Outre ses variations diurnes, qui sont identiques dans nos montagnes et dans la plaine, le baromètre présente des oscillations accidentelles généralement assez limitées. Ses abaissements coïncident avec le vent du sud, et surtout avec l'approche des orages pendant l'été; il se tient, au contraire, toujours élevé par les vents du nord-ouest et nord-est.

Occupons-nous maintenant de l'élément qui joue le plus grand rôle dans la détermination du climat, c'est-à-dire de la température.

(1) La plupart des chiffres cités dans ce travail sont extraits du registre météorologique de l'hôpital militaire.

tuer un observateur automatique, c'est-à-dire une plaque photographique avec un enregistreur électrique, lequel aurait sur le premier cet avantage incontestable de tout inscrire, ce que l'on cherche actuellement comme ce que l'on cherchera plus tard.

Pour nous, que ces considérations intéressent encore plus pour elles-mêmes que pour l'objet en vue duquel elles ont été émises, si nous voulions chercher aussi à en tirer à notre point de vue quelques conséquences, nous verrions dans les faits si nettement exposés par M. Faye une preuve nouvelle de l'insuffisance de nos sens, si admirablement organisés qu'ils soient, pour donner à l'esprit toute la précision et l'exactitude des notions qu'il conçoit; et nous y trouverions un argument de plus à ajouter à tant d'autres, si cela était nécessaire, en faveur de la célèbre réticence faite à la proposition de l'école de Condillac : *Nihil in intellectu quin prius fuerit in sensu.... nisi ipse intellectus.* — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Relevé statistique des observations du service de clinique chirurgicale pendant l'année 1863-1864.

Par MM. Burlaud, de Montfumat et Roques, internes du service.

Il est entré à l'hôpital de la Charité, pendant l'année scolaire 1863-1864, 1,014 malades, sur lesquels 98 ne firent que passer dans les salles, soit que leur mal fût guéri en vingt-quatre heures, soit que le séjour à l'hôpital ne fût pas nécessaire à leur guérison. 916 malades ont été traités; sur ce nombre, il y a eu 641 hommes et 275 femmes.

Les traitements et opérations qui ont été faits à ces malades ont donné les résultats suivants : 743 guérisons, 108 améliorations; 35 malades sont partis de l'hôpital dans le même état où ils étaient entrés. Il y a eu 30 morts.

I. Les maladies du ressort de la médecine, qui ont été traitées dans le service sont : 4 amygdalites, dont 1 a été traitée par le vomitif, 2 par les gargarismes additionnés d'alun, et 1 par excision : il s'était formé 1 abcès. Il y a eu 1 angine couenneuse, 1 angine pultaire. Toutes ces inflammations ont été suivies de guérison.

Un rétrécissement du larynx, consécutif à un ancien œdème de la glotte, pour lequel la trachéotomie avait été faite, n'a été soumis à aucun traitement.

Des plaques muqueuses sur les amygdales, une syphilide tuberculeuse cutanée, des douleurs syphilitiques ont été traitées par le mercure. Une otite externe a été améliorée par les injections émollientes. Deux malades sont restés quelques jours dans les salles pour des douleurs rhumatismales.

Les lésions traumatiques ont été ainsi réparties : contusions de la tête, 18; du membre supérieur, 19; membre inférieur, 38; lombes, 3; thorax, 15.

Il y a eu des plaies contuses : de la tête, 26; du membre supérieur, 24; du membre inférieur, 24; du thorax, 7.

Ces lésions ont donné lieu aux complications suivantes : érysipèle, 6; angioleucite, 3; phlegmon, 4; infection purulente et putride, 5; 1 contusion des parois de l'abdomen a déterminé la mort par rupture de l'intestin et péritonite suraiguë.

Sur 100 fractures ainsi réparties : base du crâne, 5; clavicule, 10; omoplate, 1; humérus, 4; avant-bras, 2; extrémité inférieure du radius, 16; cubitus, 1; côtes, 12; cartilages costaux et sternum, 1; corps du fémur, 6; corps, 3; péroné, extrémité inférieure, 13; rotule, 2; jambe, 14; tibia, 5; os de la main et du pied, 5.

5 fractures ont été compliquées de plaies, de suppuration, et 1 a été suivie d'arthrite et d'infection purulente. Il y a eu 1 érysipèle, 1 phlegmon diffus; 1 encéphalite s'est rencontrée à la suite d'une fracture du crâne, et elle a été néanmoins suivie de guérison.

14 brûlures ont été observées : 6 du membre supérieur; 7 du membre inférieur; 1 du thorax. Un seul cas de mort a été observé chez une femme pour une brûlure étendue du thorax. La mort dans ce cas semblait due à l'épuisement ou à l'excès de douleur. La malade est morte le jour même de l'accident.

Les inflammations sont : 1 érythème, 6 érysipèles primitifs de la face, 27 phlegmons diffus, 18 du membre supérieur, 6 du membre inférieur, 3 du thorax.

13 phlegmons circonscrits : du membre supérieur, 7; du membre inférieur, 2; et de régions diverses, 4.

Les complications du phlegmon ont été : infection purulente, 2; angioleucite, 2; adénite, 1.

Il y a eu 59 abcès phlegmoneux : de la région axillaire, 4; de la région sous-maxillaire, 2; du membre supérieur, 6; du membre inférieur, 19; du cou, de la paroi abdominale et de régions diverses, 28, et qui ont été suivis d'un érysipèle et d'une gangrène étendue des téguments.

Les anthrax ont été aussi répartis de la sorte : 8 chez des hommes, 1 chez une femme; 4 ont été observés à la nuque; les 8 anthrax ont été traités par les incisions et les cataplasmes; il n'y a pas eu de morts ni de complications.

Il y a eu 2 ongles incarnés.

Il y a eu des panaris à la main : 5 du pouce, 9 de l'index, 3 du médius, 2 de l'annulaire, 3 du petit doigt.

Au pied : 5 panaris du gros orteil ont été observés.

Sur ces panaris, 5 ont été osseux; il y a eu comme complications une arthrite du poignet, une angioleucite et un phlegmon.

Les maladies des os et des articulations sont ainsi réparties :

Une carie des os du pouce, 1 carie du calcanéum. Il y a eu 3 exostoses sous-unguéales.

Huit luxations ont été observées : 3 luxations sous-pectorales de l'humérus; 2 luxations sous-scapulaires de l'humérus; 2 luxations du coude en arrière : toutes luxations récentes qui ont été réduites avec le chloroforme. Il y a eu aussi une luxation incomplète d'un métatarsien qui a été réduite spontanément.

Quatre tumeurs blanches ont séjourné dans le service; elles existaient sur le genou, l'épaule, la hanche et l'articulation tibio-tarsienne.

Il y a eu 17 entorses : 3 du poignet, 14 du cou-de-pied, dont une a été suivie d'érysipèle et d'infection purulente.

Onze hydarthroses ont été traitées : 10 ont été guéries; 2 ont été traitées par la ponction et les injections iodées; une guérison radicale a été obtenue; une guérison avec persistance de l'empâtement de la synoviale a été le résultat de la seconde opération.

Cinq arthrites aiguës : 2 arthrites blennorrhagiques, 3 arthrites chroniques du genou, ont été traitées par l'immobilisation et les vésicatoires. Les arthrites aiguës et blennorrhagiques ont été guéries; les arthrites chroniques sont restées dans un état stationnaire.

Les inflammations du système lymphatique ont été ainsi réparties :

Adénites de la région parotidienne, 6; adénite sous-maxillaire, 9; adénite axillaire, 7; adénite inguinale (bubon vénérien). Sur ce nombre de 24 adénites, il y a eu 22 guérisons, 2 améliorations; il s'agissait dans ce cas d'adénite thoracique terminée par induration.

Huit malades sont entrés dans le service avec une angioleucite : 3 du membre supérieur, 5 du membre inférieur. Parmi ces dernières, il y a eu un cas de phlegmon diffus et érysipèle de la jambe, gangrène du pied et infection putride.

Onze angioleucites, d'ailleurs, se sont montrées sur des malades atteints de lésions traumatiques et inflammatoires.

Les maladies des bourses séreuses ont été au nombre de 12 : 1 aï ou crépitation douloureuse des tendons du poignet, 1 hygroma pré-rotulien, 1 kyste du creux poplité.

Deux phlegmons autour de la bourse séreuse rotulienne enflammée; 2 abcès de la même bourse séreuse; 2 abcès dans la bourse olécrânienne; 3 abcès développés dans des bourses séreuses accidentelles du pied complètent le chiffre des maladies des bourses séreuses.

Dix malades ont été guéris; les abcès dans les bourses séreuses du gros orteil ont été améliorés.

Huit hernies ont été observées : 5 hernies inguinales, dont 2 étaient étranglées et une enflammée. La hernie enflammée a été réduite; les deux autres ont été opérées. Une hernie inguinale congénitale, chez un homme âgé de vingt-cinq ans, a nécessité une opération. Deux hernies de la ligne blanche ont été vues : l'une a été réduite; l'autre était étranglée et avait été réduite avec le sac, et a dû être opérée. Une hernie inguinale, une hernie ombilicale et une hernie de la ligne blanche ont été traitées par l'application d'un bandage. Les quatre opérés de hernie sont morts de péritonite, ainsi qu'on le verra plus loin. Les hernies de la ligne blanche et la hernie ombilicale existaient chez des femmes.

Les maladies des organes génitaux de l'homme ont été les suivantes :

Calculs vésicaux, 4, traités par la lithotritie; 3 ont été guéris; 2 ont présenté des accidents fébriles; 1 est mort. Le malade qui a été guéri sans accident avait été soumis à quatre séances de lithotritie.

Trois cystites chroniques et une hématurie ont été observées.

Il y a eu 7 rétentions d'urine causées par des paralysies de vessie; 2 par un rétrécissement de l'urèthre; 3 par hypertrophie prostatique. Dans aucun cas la ponction de la vessie n'a été nécessaire : la sonde à demeure a remédié aux rétentions d'urine par hypertrophie de la prostate.

Il y a eu 20 hydrocèles, toutes guéries par la ponction et les injections iodées : 1 kyste séreux du cordon a été guéri; 2 tubercules du testicule ont été améliorés; 14 orchites ont été suivies de guérison (6 avaient été traitées par les ponctions du scrotum et les cataplasmes).

Deux phimosis ont été vus : l'un était compliqué d'adhérences du prépuce avec le gland; ils ont été opérés tous deux par incision, et ont guéri après avoir présenté une inflammation de la verge. Une opération de phimosis a été faite à un malade atteint de calculs, pour faciliter l'introduction des instruments de lithotritie.

Deux blennorrhagies ont été traitées; 14 rétrécissements de l'urèthre ont été soumis à la dilatation progressive avec les sondes à demeure : 7 malades ont été guéris, 7 ont été améliorés, et parmi ces derniers, deux portaient une fistule urinaire scrotale anfractueuse, qui n'ont été traitées que par des cautérisations.

Cinq sarcocèles ont été observés sur des sujets ayant l'âge moyen de trente-cinq ans; le plus jeune avait trente ans; le plus vieux avait trente-neuf ans. Trois ont été opérés, et étaient constitués par du tissu fibro-plastique et du tissu encéphaloïde. Deux malades ont guéri; un a été atteint de phlegmon et d'érysipèle des parois abdominales, et a succombé à l'infection purulente. Deux malades n'ont pas été opérés.

Les qualités du climat d'Amélie sont attestées non-seulement par les moyennes thermométriques, mais encore et surtout par la nature de sa végétation.

Je ne dirai pas que l'oranger, le citronnier, le palmier, le cactus, etc., ombragent les bosquets et y marient leurs parfums. En général, ces arbustes fleurissent surtout dans les notices consacrées aux stations d'hiver recommandées aux malades. Reconnaissons cependant qu'on les trouve tous à Amélie et en pleine terre, mais dans des expositions exceptionnelles et choisies.

Faisons observer également que la flore d'Amélie est assez restreinte, parce qu'elle tient le milieu entre la flore des régions méditerranéennes et la flore pyrénéenne.

La température moyenne d'Amélie est 15°,74.

Les saisons présentent, comme dans les climats doux, des variations graduelles et généralement assez constantes. L'automne et l'hiver sont surtout remarquables par la douceur et la régularité de la température.

La transition entre l'été et l'automne s'accompagne ordinairement de pluies d'orage qui amènent la cessation des fortes chaleurs. Elles se font sentir quelquefois jusqu'au 1er, et plus rarement jusqu'au 15 septembre. A partir de cette époque, la température se refroidit graduellement. Des séries de beaux jours, rarement interrompues par de courtes pluies, caractérisent l'automne, qui se prolonge souvent jusqu'au 1er décembre. A ce moment, l'hiver se prononce de plus en plus; il est précédé, non comme dans la plupart des pays, par des changements brusques de température, mais quelquefois par un ou deux jours de pluie.

Un caractère distinctif des journées d'hiver, c'est la grande différence qui existe entre la température du milieu du jour et celle du matin et du soir. Aussi est-il très-important de distinguer, au point de vue des malades, la journée médicale, qui commence à dix heures et finit à trois heures, de la journée proprement dite. Cette partie du jour, seule propice aux promenades en plein air, donne généralement des températures assez élevées, même pendant les mois réputés les plus froids de l'année. Ainsi, bien que le thermomètre descende fréquemment, au cœur de l'hiver, et dans la nuit ou dans la matinée, à + 5°, 4°, 3°, et rarement à 0, — 1, — 2, — 3°, il s'élève le plus souvent, pendant la durée du jour médical, à 10° et même à 12°.

Il est important de recommander aux malades de rentrer avant le coucher du soleil. A ce moment, on éprouve une sensation subite de froid humide qui contraste avec la température du milieu du jour. Ce phénomène s'explique par le rayonnement du sol et par le refroidissement des couches inférieures de l'air, qui rend plus sensible la vapeur d'eau qu'il contient. Lorsque la nuit a succédé au crépuscule, l'air paraît moins froid; c'est une conséquence de l'équilibre de température qui s'est établi entre l'air et le sol, et du changement de direction du vent qui du nord-est tourne généralement au sud-ouest.

Les mois de décembre, janvier et février, sont ordinairement très-beaux. Si on observe pendant ces mois quelques journées pluvieuses ou présentant des variations atmosphériques, elles sont peu nombreuses et largement compensées par de longues séries de beaux jours. D'ailleurs, même pendant ces journées exceptionnelles, il est rare que le temps ne s'adoucisse pas vers midi, et ne permette une promenade de deux ou trois heures à la plupart des malades.

Si l'automne et l'hiver sont des saisons privilégiées sous le rapport de la régularité des conditions météorologiques, le printemps présente, au contraire, de grandes vicissitudes atmosphériques. Il s'annonce habituellement par des changements brusques de température, par des pluies et des vents qui tournent fréquemment du nord au sud. Cette période de mauvais temps, qui commence quelquefois à la fin de février ou dans les premiers jours de mars, coïncide plus souvent avec l'équinoxe du printemps, et doit être considérée comme l'hiver d'Amélie. Sa durée moyenne est de vingt à vingt-cinq jours. Elle n'est pas plus rigoureuse que dans les autres pays, mais elle contraste à Amélie avec les longues périodes de beau temps qui caractérisent l'automne et l'hiver.

Avril et mai sont les mois qui donnent le plus grand nombre de jours pluvieux. Du reste, ces pluies, qui se reproduisent quelquefois jusqu'au 15 juin, ont l'avantage de retarder l'apparition des fortes chaleurs. Elles se renouvellent fréquemment et sont de courte durée.

C'est vers le 15 juin que commence ordinairement l'été, caractérisé par des chaleurs intenses et l'absence complète de pluies. Bien que le thermomètre oscille dans la journée entre 27° et 32°, les chaleurs ne sont pas aussi fortes qu'on pourrait le supposer en examinant la configuration du pays. On ressent presque tous les jours, à partir de midi, la brise de mer, qui rend la chaleur très-supportable. Exceptons cependant quelques rares journées où le soleil est obscurci par de gros nuages fortement électrisés. Ces nuages, qui planent au-dessus de la vallée et sont ensuite attirés par les pics les plus élevés, augmentent la tension électrique de l'atmosphère, et produisent chez certaines personnes des lassitudes générales, de la céphalalgie et des douleurs vagues dans les membres. Tous ces troubles disparaissent promptement dès que ces nuages se sont dissipés. On peut expliquer la rareté des orages à Amélie par l'éloignement des pics élevés, et par le déboisement et l'aridité des montagnes voisines. Quand ils éclatent, ils ne produisent jamais ces effets à la fois grandioses et effrayants qu'on observe dans les hautes vallées de la chaîne des Pyrénées.

Nous voyons donc qu'on peut diviser, au point de vue médical, l'année en deux saisons :

1° La saison d'été, du mois de juin au mois d'octobre;

2° La saison d'hiver, du mois d'octobre au mois de juin.

Ces deux grandes saisons, par l'influence qu'elles exercent sur les maladies et sur les effets du traitement thermal, répondent à deux ordres distincts d'indications thérapeutiques.

La saison d'été doit être réservée aux affections qui exigent un traitement thermal énergique et une excitation très-vive du côté de la peau. Ces affections sont : le rhumatisme simple, les maladies cutanées, la syphilis, la bronchite chronique simple et les vieilles blessures.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT. — M. Fleury.

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Gangrène partielle de l'intestin. — Hémorrhagie consécutive. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Masbrenier, interne du service.)

M. Fleury a communiqué il y a un an, à la Société de chirurgie, deux observations de hernies étranglées (1) à la suite desquelles est survenue une hémorrhagie assez forte pour en compromettre le succès.

Chez les malades opérées, l'écoulement du sang avait paru se rattacher à l'état menstruel et être par conséquent indépendant de la lésion de l'un des vaisseaux placés autour des anneaux.

Etait-ce une simple coïncidence? L'état congestif des organes situés dans la cavité pelvienne les prédisposait-il à une hémorrhagie? La solution de cette question ne pouvait être résolue que par des faits nouveaux; c'est en faisant un appel aux membres de la Société qu'elle devait être élucidée et recevoir une solution.

Une observation récente, analogue aux précédentes, recueillie dans ces derniers temps à sa clinique, est venue corroborer l'opinion qu'il avait émise à cette époque; c'est ce qui m'a engagé à la publier.

Marguerite B..., âgée de trente-cinq ans, née au village de Champeyroux, qu'elle habite, d'une bonne santé habituelle, mère de plusieurs enfants, est depuis sept à huit ans, nous dit-elle, affectée d'une hernie crurale. La tumeur dont elle ignorait la nature rentrait toujours lorsqu'elle était couchée, ou sous l'influence d'une pression légère, et n'a jamais été maintenue par un bandage.

Le 10 juillet dans la soirée, sans que la malade eût fait aucun effort, la hernie sortit, s'étrangla et devint irréductible. Comme Marguerite B... était enrhumée depuis quelques jours, il est possible qu'une quinte de toux ait provoqué la sortie de la tumeur. Elle fit bien quelques tentatives pour la réduire, mais ses efforts furent inutiles; la hernie grossit, devint douloureuse, et bientôt des hoquets, des nausées suivies de vomissements, vinrent s'ajouter aux douleurs qu'elle éprouvait déjà.

Le lendemain un médecin fut appelé. Après des tentatives prolongées de taxis qui restèrent sans succès, il pensa qu'une opération était urgente. Mais ce ne fut que le lendemain matin (12 juillet) que les parents se décidèrent à transporter la malade à Clermont.

L'opération fut pratiquée immédiatement.

La tumeur, qui avait le volume d'une grosse noix, était dure, tendue, un peu douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau, mais ne présentait cependant pas la dureté de ces petites hernies que l'on désigne sous le nom de marronnées. Le ventre était ballonné sans être dur ni douloureux, le pouls était assez résistant et peu fréquent; la malade paraissait être dans d'excellentes conditions.

Une incision cruciale mit à nu le tissu cellulaire sous-cutané, le fascia superficialis, et découvrit le sac, qui fut divisé à son tour; une sérosité sanguinolente s'en échappa aussitôt. Aucun vaisseau n'a été ouvert dans ce premier temps de l'opération. Une petite portion de la circonférence de l'intestin grêle paraissait alors à l'extérieur; il offrait une couleur d'un rouge brun, et dans un point très-limité présentait une petite tache grisâtre. A la partie externe et supérieure de l'anse intestinale, une petite portion d'épiploon faisait hernie. Le débridement fut opéré directement en haut. L'anse étranglée fut légèrement attirée à l'extérieur afin de juger des effets de la constriction; mais comme elle paraissait saine, sa réduction fut opérée; l'épiploon fut à son tour repoussé dans la cavité abdominale. Comme il avait conservé sa couleur et sa souplesse, il n'y a pas eu d'inconvénient à le réduire. Le pansement fut des plus simples : un linge troué et de la charpie recouvrirent la plaie.

La malade a peu souffert; on lui a prescrit l'administration de deux pilules d'extrait thébaïque à deux heures d'intervalle l'une de l'autre et un lavement dans la soirée. Tous les symptômes de l'étranglement avaient cédé, et la guérison semblait assurée.

La sœur de la salle, ayant mal compris la prescription, fait administrer le lavement au bout de deux heures; mais, en découvrant le malade, on s'aperçoit que l'appareil est imbibé de sang.

L'interne de garde est aussitôt appelé. Il cherche à deux reprises différentes à se rendre maître de l'hémorrhagie en tamponnant avec de la charpie. L'écoulement de sang continuant, on envoie chercher le chef de service.

Dans les conditions où se trouvait la malade pendant et après l'opération, en l'absence de tout écoulement de sang, qui eût rendu nécessaire une simple ligature, la première demande qu'il lui adressa, c'est si elle n'avait pas ses règles; la réponse fut négative, elle ne les attendait pas avant huit jours.

Un tamponnement fait avec des boulettes de charpie, attachées les unes aux autres et glissées dans l'anneau crural, et des compresses imbibées d'eau froide eurent facilement raison de l'hémorrhagie.

La nuit suivante, la malade a éprouvé des coliques, des douleurs au bas-ventre. Elle s'en rend parfaitement compte, nous dit-elle le lendemain à la visite, ses règles sont arrivées dans la nuit, et elles ont été précédées par le malaise dont elle se plaint tous les mois.

L'état de la plaie, celui du ventre, ne peuvent pas en effet rendre compte des symptômes qui se sont manifestés; c'est donc là l'unique cause de l'hémorrhagie qui a eu lieu la veille.

Les jours suivants, un engorgement inflammatoire s'est manifesté dans la région inguino-crurale droite, et bientôt des gaz mêlés à du pus s'échappent par l'ouverture pratiquée; comme le jour où l'hémorrhagie a eu lieu, du sang s'est épanché sous les téguments. Il est probable qu'ils sont le résultat de la décomposition putride de quelques caillots; mais leur sortie est bientôt suivie de l'issue d'un liquide jaune dont l'odeur est assez forte et qui laisse sur les pièces du pansement une tache caractéristique. Nul doute qu'une fistule stercorale ne se soit établie, et qu'elle n'ait succédé à la chute de la petite eschare qui avait été remarquée sur l'intestin.

Cet écoulement a persisté six jours seulement, ce qui doit faire supposer que la perte de substance a été bien petite. La plaie n'a pas tardé à se recouvrir de bourgeons charnus de bonne nature, l'appétit a reparu, l'état général est devenu satisfaisant; l'amélioration a fait de jour en jour des progrès rapides; les forces se sont rétablies, et le 30 juillet la malade était en état de retourner dans son village.

Quelques particularités de l'opération méritent de fixer un instant l'attention.

L'épiploon faisait partie de la hernie; devait-on le réduire ou le laisser à l'extérieur? Son intégrité, sa mobilité, ont engagé à en opérer la réduction, contrairement aux préceptes formulés par M. Malgaigne : la suite a prouvé qu'on avait eu raison.

L'étranglement ne remontait qu'à quarante-huit heures; la malade devait donc être encore dans des conditions favorables pour être opérée. Un point grisâtre existait sur l'intestin; il devait tenir évidemment aux tentatives peu mesurées de taxis, car les portions de l'organe sur lesquelles l'anneau ou le collet du sac exerçaient une constriction étaient saines. Cette gangrène, si toutefois c'en était une, a paru trop limitée pour s'opposer à la réduction, car les adhérences devaient avoir eu le temps de s'établir avant la chute de l'eschare; c'est en effet ce qui est arrivé.

Dans cette circonstance, comme toujours du reste, les chances de succès sont d'autant plus grandes que l'on attend moins pour agir. Malheureusement, dans les hôpitaux, quelque célérité que l'on y mette, on ne peut opérer que lorsque le malade arrive, et le plus souvent il est trop tard.

L'habitant de la campagne hésite à faire appeler un médecin; celui-ci espère réduire par le taxis, et le plus souvent, lorsqu'il nous envoie le malade, l'intestin, comprimé par l'agent constricteur d'une part, d'une autre par des tentatives de taxis souvent peu mesurées, est dans des conditions telles que le traitement chirurgical doit échouer. C'est là ce qui explique la répugnance de beaucoup de malades pour une opération qui, faite dans de bonnes conditions, réussit presque constamment.

M. Fleury a vu dernièrement un malade qui avait passé successivement par les mains de trois médecins qui, à tour de rôle, avaient exercé un taxis prolongé. Que peut faire l'opération dans ce cas, si ce n'est compromettre l'art?

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1863, n° 137.

ANÉVRYSME POPLITÉ DIFFUS CONSÉCUTIF.

(Observation lue à la Société de chirurgie par M. le docteur Tillaux, chirurgien des hôpitaux.)

M. Tillaux présente à la Société une pièce prise sur un homme qu'il a opéré dans le service de M. Chassaignac à l'hôpital Lariboisière.

Il s'agit d'un anévrysme artériel désigné par les auteurs anglais et par M. Broca sous le nom d'anévrysme *diffus consécutif*.

Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans qui s'aperçut, au commencement de juin dernier, de la présence dans le jarret droit d'une tumeur grosse comme un œuf de poule. N'en étant nullement incommodé, il ne s'en inquiéta pas.

Un mois plus tard, à la suite d'une chute dans laquelle la jambe fut violemment fléchie sur la cuisse, le malade éprouva une sensation de déchirement et une vive douleur. Immédiatement un gonflement considérable envahit toute la région poplitée. Après un traitement insignifiant, le malade entra à l'hôpital le 10 août.

Tumeur diffuse occupant toute la partie postérieure et latérale de la jambe droite, depuis la ligne articulaire jusqu'à l'union des jumeaux et du soléaire pour former le tendon d'Achille. — Signes non équivoques d'une tumeur anévrysmale, bruits de souffle, expansion, etc.

La tumeur présentait deux bosselures latérales : la bosselure externe était rouge, chaude, manifestement enflammée. On sentait au toucher qu'une très-mince épaisseur de tissus séparait le doigt de la masse sanguine; il y avait à craindre une perforation imminente. M. Tillaux a songé tout de suite à pratiquer la ligature de la fémorale par la méthode d'Anel; il voulut cependant employer d'abord la compression indirecte, non pas comme moyen de guérison, mais comme moyen préparatoire à la ligature, de façon à dilater les collatérales et à prévenir ainsi la gangrène, toujours à redouter dans les cas de ce genre.

Quatre heures de compression furent faites pendant trois jours; mais la tumeur, au lieu de diminuer, ne fit qu'augmenter de volume. La ligature de la fémorale fut alors pratiquée à l'anneau du troisième adducteur.

Aucun phénomène anormal ne survint au-dessous de la ligature, mais l'opération fut le point de départ d'un phlegmon diffus qui emporta le malade le septième jour.

Fallait-il dans ce cas essayer la cure radicale de l'anévrysme par la compression indirecte? M. Tillaux ne le pense pas, parce que d'abord il avait affaire à un anévrysme diffus consécutif; de plus, la poche était enflammée et menaçait de se rompre; la compression indirecte ne mettait pas suffisamment à l'abri d'une rupture imminente.

La pièce présentée par M. Tillaux est remarquable en ce qu'elle montre très-distinctement la dilatation primitive de l'artère et la nouvelle cavité formée par la rupture du sac. Cette cavité est située entre les jumeaux très-amincis en arrière et le soléaire en avant. Elle mesure 25 centimètres de haut sur 13 de large. Chose digne de remarque, elle renfermait une masse considérable de caillots fibrineux stratifiés qui occupaient non point le sac primitif, mais bien la poche consécutive à la rupture de l'anévrysme. Au niveau des bosselures déjà signalées, le sang était immédiatement en rapport avec la face profonde de la peau amincie.

ÉPILEPSIE SYMPTOMATIQUE.

Examen microscopique d'une petite tumeur du pédoncule cérébral gauche.

Par MM. Cornil et Thomas.

Un homme était entré à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Denonvilliers, pour de larges brûlures superficielles.

Cet homme, âgé de trente ans, était épileptique depuis l'âge de

---

L'hiver, au contraire, convient aux affections qui demandent une excitation modérée du côté de la peau, une température moyenne et égale, et une atmosphère dépourvue d'humidité; ce sont les affections rhumatismales diathésiques et les principales affections de poitrine, phthisie, bronchite, avec emphysème, asthme, etc.

Amélie, par sa situation et par les qualités de son atmosphère, tient le milieu entre les stations du littoral (actaïques) et les stations continentales.

Le climat d'Amélie présente pendant l'hiver des variations de température moins brusques et moins fréquentes que dans la plupart des stations méditerranéennes; en outre, il est remarquable par une température quotidienne douce et assez uniforme, par l'absence d'humidité et de vent mistral froid.

La faible altitude de la station (235m) est importante à signaler au point de vue des affections de poitrine. Si l'air est un peu moins dense que dans la plaine, il est relativement plus oxygéné. Les malades atteints d'asthme ou d'autres affections de poitrine n'éprouvent pas cette gêne et cette suractivité de la respiration dont ils se plaignent dans les lieux élevés, et les stagnations atmosphériques n'y sont pas à craindre comme dans les basses vallées. L'air y est pur, vivifiant, imprégné des émanations des plantes de montagnes et doué de qualités modérément excitantes. Il stimule l'appétit, facilite la digestion et favorise la transpiration sans l'exagérer. L'ensemble de tous ces effets se traduit par une action tonique et reconstituante. Aussi le climat d'Amélie convient spécialement aux enfants délicats, faibles de constitution, aux anémiques, aux personnes lymphatiques épuisées par les manifestations de la diathèse rhumatismale ou de la diathèse goutteuse, etc.; mais il doit être interdit aux malades trop nerveux ou trop sanguins, c'est-à-dire aux sujets qui ne peuvent supporter une légère excitation.

Les phthisiques trouvent à Amélie des conditions d'air et de lumière très-favorables à leur maladie. Le climat exerce, en effet, dans la phthisie, une influence très-grande sur l'état général et consécutivement sur l'état local. Cette action peut se décomposer en action primitive, curative et adjuvante. L'action primitive s'exerce non-seulement sur les sujets prédisposés à la phthisie, mais encore chez ceux qui ont subi les atteintes de cette cruelle maladie. De meilleures conditions d'aération et de climat leur épargnent les accidents dus aux vicissitudes atmosphériques des pays froids et humides.

Le froid et l'humidité sont en effet les agents extérieurs qui dépriment le plus les principales fonctions de l'économie, et notamment l'organe de la respiration, sur lequel ils exercent une action locale directe et une action générale par l'intermédiaire de la peau.

Un séjour prolongé dans un climat doux et uniforme, la possibilité de s'y livrer presque tous les jours à l'exercice de la promenade, en plein air et sous un soleil assez ardent, sont des conditions avantageuses et bien suffisantes pour modifier les principales fonctions et par suite la nutrition générale. Toutes ces conditions, qu'on trouve réunies à Amélie, favorisent la transpiration cutanée, facilitent la digestion et activent la circulation. Le système musculaire y trouve une augmentation d'activité qui relève le ton de la fibre. En somme, tous les systèmes et toutes les fonctions de l'économie ressentent une influence favorable du climat. Aussi n'est-il pas rare d'observer de véritables résurrections dues à l'action seule de ce modificateur. On voit quelquefois des phthisiques dont l'état général est profondément détérioré, mais dont la lésion pulmonaire est très-limitée, se relever rapidement, et revenir en quelque sorte à la vie. L'influence climatérique est d'autant plus grande, on le conçoit, que la maladie est plus rapprochée du début. Son action sur la phthisie arrivée à la troisième période, quoique limitée, est encore très-manifeste. En effet, bien des malades qui ne résisteraient ni à certains froids ni à certaines vicissitudes atmosphériques, trouvent dans ce changement de climat des conditions qui arrêtent momentanément la marche de la maladie et aident à prolonger leur vie.

Les formes de phthisie qui se trouvent le mieux du séjour d'Amélie sont les formes torpides et les formes catarrhales; on ne doit pas y envoyer les phthisies à forme sèche, se compliquant fréquemment d'éréthisme nerveux ou sanguin.

L'action curative s'exerce, comme nous l'avons dit, d'abord sur l'état général et consécutivement sur l'état local. En effet, l'organisme se trouvant dans de meilleures conditions, entretient un fonctionnement plus actif de la peau, qui favorise la résolution des congestions pulmonaires, diminue la sécrétion des bronches et tend à limiter la lésion. Dès lors les alternatives d'amélioration et d'aggravation deviennent de plus en plus rares et moins marquées; à leur place, on voit s'établir un temps d'arrêt définitif qui présage la guérison.

« Certains phthisiques, dit M. Lambron, se trouvent si merveilleusement bien du climat d'Amélie qu'on est porté à croire qu'il y a dans l'air quelque chose de spécialement curatif, qu'il est doué d'une *revivification* toute particulière, comme on voit l'air d'autres localités favoriser au contraire le développement et la marche de cette cruelle maladie. »

Non-seulement le climat d'Amélie permet d'instituer le traitement thermal à une époque de l'année où les malades ne pourraient le subir dans d'autres stations sans s'exposer à des rhumes, à des refroidissements ou à des reprises d'acuité, mais encore il aide puissamment l'action de la médication sulfureuse; ses effets se combinent avec ceux du traitement pour remonter une constitution affaiblie, favoriser la transpiration cutanée, et finalement pour résoudre les congestions pulmonaires et en prévenir le développement.

Dr Bouyer,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Par jugement en date du 2 août 1864, rendu par le tribunal correctionnel d'Avesnes (Nord), le sieur D..., docteur-médecin, a été condamné à un mois d'emprisonnement et aux frais pour avoir certifié faussement des maladies et des infirmités propres à procurer l'exemption à un jeune homme de la classe de 1863.

douze ans ; les accès convulsifs ne revenaient qu'à de longs intervalles.

Pendant son séjour à l'hôpital, ce malade était pris d'attaque épileptique à chaque pansement des brûlures. La cicatrisation des brûlures se fit cependant régulièrement ; mais lorsqu'elle fut complète, le malade eut des attaques épileptiques qui se répétaient sept, huit et dix fois par jour. Il a succombé au milieu d'un accès.

A l'autopsie, on constate que le cerveau est bien développé ; il ne présente point de vascularisation exagérée, mais le pédoncule cérébral gauche est le siége d'une tumeur. Cette tumeur est dure, elle a déterminé l'atrophie d'une partie du pédoncule. Cette atrophie s'étend à la protubérance et à la pyramide antérieure du côté gauche.

Cette tumeur est constituée, aussi bien sur des coupes que par la dissection avec les aiguilles, par un tissu composé de fibrilles extrêmement fines, de telle sorte qu'avec un grossissement de 500 diamètres on leur distingue à peine un double contour, et par des noyaux ovoïdes. Les fibriles sont flexueuses, assez longues ; les noyaux ovoïdes sont pourvus d'un nucléole. Leur longueur est de 6 à 8 millimètres ; leur largeur, 3 millimètres. On trouve, en outre, dans cette petite tumeur, des fibres élastiques et des vaisseaux ; il n'y a pas d'éléments nerveux proprement dits, ni tubes ni cellules.

La pyramide atrophiée, examinée comparativement avec celle du côté opposé, sur des coupes minces longitudinales ou perpendiculaires à la longueur, après durcissement préalable dans l'acide chromique, nous a donné les résultats suivants :

La pyramide du côté sain offre des tubes nerveux larges, à double contour, formés de leur cylindre-axe et de l'enveloppe médullaire ; ils sont pressés les uns contre les autres, et au bord de la préparation on voit des amas globuleux ou granuleux de substance médullaire.

Du côté atrophié, au contraire, les tubes nerveux sont minces, le double contour est à peine visible, et la substance médullaire a disparu presque entièrement ; leur cylindre-axe est normal. Ils sont séparés les uns des autres sur une coupe par un tissu fibrillaire qui contient une quantité considérable de corpuscules amyloïdes, et quelques noyaux allongés en moindre quantité. Il n'y a pas de corps granuleux de Gluge. Cette altération de la pyramide est absolument la même qu'on trouve dans les cordons postérieurs des moelles d'ataxie locomotrice : atrophie des tubes nerveux, disparition de la substance médullaire et formation de corpuscules amyloïdes.

Quant à la structure de la tumeur du pédoncule, elle est la même que celle des parties sclérosées du cervelet que M. Duguest a présentées à la Société anatomique dans trois observations se rapportant également à l'épilepsie. (*Gaz. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 septembre 1864. — Présidence de M. Decaisne, vice-président.

M. le Président annonce que le volume XXXIV des *Mémoires de l'Académie* a paru et est en distribution.

— M. Faye présente quelques considérations sur les erreurs d'origine physiologique en astronomie. (Voir le *premier-Paris*).

Traitement de quelques névroses ayant leur siége à la base du cerveau. — M. Remak donne lecture d'un mémoire sur ce sujet.

Dans un mémoire lu à l'Académie au mois de septembre 1856, j'ai déjà cité quelques effets du courant galvanique constant sur certaines maladies de la moelle épinière et du cerveau. En poursuivant depuis ce temps ces recherches sur une vaste échelle, je suis parvenu, quant aux maladies de la moelle, à des résultats qu'il serait trop long de développer ici. Je veux donc me borner à mentionner une observation sur le développement et le traitement de certains troubles intellectuels.

Il est connu que ces troubles sont précédés quelquefois d'attaques de paralysie ou de spasmes des muscles de la face ou des muscles oculaires externes et internes. On a pu interpréter ce fait par l'hypothèse que la même altération du cerveau, de laquelle provient plus tard l'aliénation mentale, engendre aussi la paralysie ou le spasme local. Mais d'après une série d'observations que j'ai faites dans les dernières années, je suis porté à croire que le développement de la maladie suit quelquefois une marche tout à fait inverse, c'est-à-dire que la paralysie ou le spasme local sont dus primitivement à un trouble de circulation du sang autour des racines des troncs nerveux à la base du cerveau, occasionné par une méningite ou périostéite, et que ce même trouble, en s'étendant par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins et surtout de leurs nerfs sympathiques sur les parties voisines du cerveau lui-même, cause ensuite le trouble mental.

Pour faire comprendre comment je suis arrivé à émettre cette opinion, je suis obligé de communiquer quelques faits que j'ai déjà publiés en Allemagne.

Il faut rappeler, avant tout, que dans l'atrophie musculaire progressive d'Aran, où l'électrisation locale reste sans effet, l'application du courant constant sur la partie cervicale du sympathique peut, d'après mes observations publiées depuis 1860 et confirmées par d'autres médecins, conduire dans certaines limites à une guérison complète.

Occupé ensuite depuis des années de l'application du courant constant au traitement des maladies spasmodiques et névralgiques, j'ai dû observer, dans des cas de tic convulsif et de tic douloureux, que ce courant, porté immédiatement sur les parties souffrantes, ne produit pas de guérison, et qu'il aggrave même quelquefois les symptômes ; tandis que le même courant, dirigé sur certains points du cou, n'est pas seulement d'un effet immédiat, mais peut successivement conduire à un résultat satisfaisant et durable.

Par des recherches comparatives nombreuses dont il est impossible de donner ici les détails, je crois avoir démontré que les points dont je viens de parler correspondent à certains points du nerf sympathique du cou, surtout aux ganglions cervicaux et à la partie vertébrale de ce nerf qui accompagne l'artère vertébrale.

J'ai constaté en outre que dans des cas de paralysie complète des muscles de la face, des yeux, de la langue, de la respiration même, où la faradisation ou même la galvanisation locale ne produisent aucun effet ou un effet très-fâcheux, alors l'application indirecte du courant constant exerce une influence visible, en produisant une amélioration progressive durable, et quelquefois même une guérison parfaite.

On comprendra donc que dans des cas de paralysie et de spasme facial, compliqués d'une faiblesse mentale, j'ai dû suivre la même voie. En effet, j'ai été heureux d'observer que l'application du courant donne aussi dans ces cas un effet bien prompt et satisfaisant, et qu'elle rétablit même les forces mentales, avant de faire disparaître tout à fait les symptômes de paralysie ou de spasme.

A l'appui de cette assertion, je citerai le cas d'une femme de quarante ans. Cette malade a été admise à ma clinique le 11 mai de cette année. Quinze mois auparavant elle fut saisie d'une paralysie faciale complète du côté gauche, puis de douleurs et d'anesthésie dans le rayonnement du nerf trijumeau et d'une faiblesse mentale progressive très-prononcée. Malgré une médication très-large et la faradisation de la face prolongée pendant des mois, l'état de la malade empirait : il se développait des spasmes occupant les muscles de la face, surtout du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé, ce qui, d'après mes observations très-nombreuses, est presque toujours le cas, les accès de convulsions consécutifs à la paralysie faciale se présentant plutôt du côté sain que du côté primitivement affecté, tandis qu'il se forme des contractures très-prononcées sur le côté de la paralysie.

Aussitôt que la malade fermait les yeux, on pouvait voir que les muscles de la face du côté gauche entraient en contraction au point d'entraîner l'angle de la bouche en haut et en dehors. De l'autre côté, chaque fois que la malade tentait de froncer les sourcils, le muscle frontal gauche restait sans mouvement, tandis que les autres muscles du même côté montraient les mêmes contractions exagérées que pendant l'occlusion des yeux.

Le côté gauche de la face était le siége d'un état mixte d'anesthésie, de névralgie et d'hyperesthésie, et c'était surtout sous l'influence d'un attouchement léger de la moitié gauche de la face que des convulsions éclataient plus du côté droit que du côté gauche, tandis qu'une pression forte de la région du ganglion supérieur cervical du sympathique, qui était bien douloureuse, supprimait d'un coup les convulsions et les douleurs dans la face.

La faiblesse mentale était arrivée à un degré très-avancé ; surtout la mémoire était affaiblie à ce point, que la malade était presque incapable de raconter les détails de sa maladie, qu'elle était hors d'état de lire et d'écrire comme auparavant, et de faire avec précision les moindres travaux du ménage. Il existait en même temps un abattement moral qui poussait la malade au désespoir.

Déjà le lendemain, le courant constant, dirigé sur le ganglion cervical supérieur gauche du sympathique, donnait un effet immédiat et visible, en calmant les convulsions de la face. Ces applications du courant, répétées à peu près trois fois par semaine en présence de mes élèves, amenèrent dans le cours de trois mois une vraie transformation dans l'état de la malade, et c'était avant tout l'esprit de la malade qui s'en était ressenti.

— M. Velpeau présente un mémoire ayant pour titre : *Nouveau système de traitement de la syphilis sous le climat du Nord à l'aide de quelques moyens pharmaceutiques particuliers*, découverts par M. J. J. Maslovsky, médecin accoucheur à Moscou.

Ce mémoire, qui outre un certain nombre d'observations particulières destinées à faire connaître la manière d'agir des moyens thérapeutiques employés par l'auteur, comprend des considérations générales sur certaines modifications survenues dans le caractère de la maladie et considérées les unes comme l'effet du temps, les autres comme tenant au climat, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Rayer, Cloquet.

NÉCROLOGIE.

Le docteur Ernest Goupil.

Jeudi dernier, ont eu lieu les obsèques du docteur Ernest Goupil, dont nous avons annoncé la mort prématurée.

M. Boucher de la Ville-Jossy a prononcé, au milieu d'une foule d'amis et de collègues, quelques mots qui, mieux que nous ne saurions le faire, diront quelle était la valeur de l'homme et quels regrets il a laissés autour de lui.

« ..... Goupil eut le bonheur d'avoir pour père un de nos plus respectables confrères, qui sut toujours honorer notre profession par ses éminentes vertus ; vertus qui de tout temps ont su lui concilier l'estime et l'affection de tous ceux qui le connaissent, clients, amis et confrères. A cette précieuse école, Goupil puisa des principes d'honneur, de probité, de délicatesse, qui ont élevé son caractère et honoré sa trop courte carrière. Aussi, nul de nous n'a-t-il été surpris de voir dans les concours la science et l'érudition de notre ami entourées de cette douce sympathie qui facilite et appelle le succès.

» Chacun de nous applaudit à son entrée dans les hôpitaux. Ses études l'en avaient rendu digne, et l'auréole d'honorabilité qui entourait son père, se reflétant sur lui, semblait le désigner au choix de ses juges. Jamais il n'a trahi les espérances qu'à cette époque il était légitime de fonder sur lui. Esprit juste, il sut féconder cette précieuse qualité par un travail intelligent et soutenu. Guidé par un de ses anciens maîtres, devenu son ami, il publia un livre qui montre les solides qualités de son esprit. Et si dans cet ouvrage la jeunesse du praticien se laisse entrevoir, on y découvre aussi de rares qualités d'observateur, qui présageaient chez Goupil l'avenir brillant d'un grand praticien.

» Dans son service hospitalier, il savait chaque jour faire apprécier sa savante expérience et la bonté de son cœur. C'est assez dire qu'il était aimé de tous, surtout de ses élèves, auxquels il savait inspirer l'amour de l'étude et du bien. Sa mémoire restera chère à ceux dont il a guidé les premiers pas dans les sentiers si ardus de la science appliquée.

» Dirai-je aussi le vide qu'il laisse au milieu de nous, nous ses collègues, qui chaque jour apprécions les précieuses qualités de son cœur et de son esprit, nous qui trouvions toujours en lui l'aménité, la douceur et la bienveillance, qui font le charme des rapports dans la société ? Aussi quelle fut notre consternation à tous lorsque nous parvint la fatale nouvelle de la mort de notre regretté collègue ! Depuis quelques jours à peine il nous avait quittés plein de vie, d'espérance et la joie au cœur ; tous nous étions heureux de son prochain retour. Hélas ! nous ignorions encore le danger qui menaçait ses jours, que déjà la mort l'avait frappé ! Cher ami, ton souvenir ne périra pas parmi nous, qui avons su t'apprécier et t'aimer. Au nom de tes collègues je t'en donne l'assurance, et je t'adresse un suprême adieu ! »

De la paralysie (dite essentielle) de l'enfance, des déformations qui en sont la suite et des moyens d'y remédier. 1 vol. in-8° avec planches. Prix : 5 fr. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, éditeur.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 SEPTEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a épuisé... pour le moment, la petite discussion sur la transmissibilité de la syphilis aux animaux, incidemment soulevée à propos de la question de la pustule maligne et ravivée à l'occasion du procès-verbal par M. Ricord, qui n'a pas voulu laisser passer sans observation le fait énoncé dans la dernière séance par M. Vernois. L'opinion de la non-transmissibilité a triomphé sans contradiction, les contradicteurs étant absents.

M. Ricord a lu ensuite un rapport sur un mémoire de M. le docteur Prieur, de Gray, relatif à l'emploi de l'iode métallique dans le traitement des adénites scrofuleuses. L'ordre du jour était épuisé avant l'heure...., mais nous sommes en septembre. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Relevé statistique des observations du service de clinique chirurgicale pendant l'année 1863-1864 (1).

Par MM. BURLAUD, DE MONTFUMAT et ROQUES, internes du service.

Les tumeurs qui ont été observées sont au nombre de 18 cancroïdes : 1 sur le pavillon de l'oreille, 1 au grand angle de l'œil, 1 sur la joue gauche, 5 sur la lèvre inférieure, 1 de la commissure des lèvres, 1 du dos du nez, 1 du bord alvéolaire, 4 de la langue, 1 de la main gauche et 1 du pied.

Deux enchondromes ont été observés : 1 sur le thorax, qui a été suivi de métastase cancéreuse dans les poumons, puis 1 de la parotide. Il y a eu 3 tumeurs fibro-plastiques de la cuisse, 1 kéloïde de la nuque, 1 hypertrophie ganglionnaire, 1 tumeur de la parotide de nature cancéreuse, 1 polype naso-pharyngien compliqué de tumeurs cancéreuses dans le voisinage, 1 loupe stéatomateuse du cuir chevelu, 1 lipome de la fosse sous-épineuse, 1 tumeur de la région ischiatique, constituée par un kyste sanguin dont les parois étaient transformées en un tissu fibro-plastique; enfin 1 cancer du maxillaire supérieur, 1 tumeur de l'aisselle, qui semblait être une récidive d'une hypertrophie des glandes sudoripares. La plupart de ces tumeurs ont été opérées (voyez plus loin). 5 malades sont morts.

(1) Voir le numéro précédent.

Une tumeur érectile de la lèvre inférieure a été traitée par la ligature et a guéri.

Il y a eu 1 kyste du corps thyroïde chez un homme; 1 bec-de-lièvre unique de la lèvre supérieure a été opéré.

Parmi les maladies des yeux, on compte 26 kératites et kérato-conjonctivites, 14 conjonctivites simples et conjonctivites scrofuleuses, 1 conjonctivite purulente, 1 iritis simple et 1 iritis syphilitique, 1 conjonctivite granuleuse; 15 cataractes ont été vues, 11 ont été opérées par abaissement et 3 l'ont été d'un seul œil; 6 malades ont recouvré la vision, 4 ont été améliorés, 1 est resté dans le même état; 1 malade est morte à la suite d'un érysipèle, trois fois il y a eu de l'iritis qui a empêché la guérison.

Un cas d'anthrax de la lèvre supérieure avec phénomènes généraux graves a été observé chez un individu qui avait été opéré de cataracte (1).

Il y a eu 1 amaurose; 1 strabisme convergent a été opéré par la strabotomie interne; 1 fistule lacrymale a été guérie par l'excision des points lacrymaux; 1 staphylome de la cornée a été traité par la cautérisation; 1 phlegmon de l'œil non suppuré a été observé; traité par les sangsues, il a guéri.

Un ectropion n'a pas été traité à cause d'un érysipèle qui est survenu et a entraîné la mort; 1 ankylops, 1 ecchymose des paupières complètent le chiffre des lésions des paupières observées cette année.

Les maladies du sein ont été au nombre de 35; 22 abcès du sein, 2 adénites mammaires, 1 tumeur tuberculeuse, 1 kyste du sein et 1 contusion du sein.

Les tumeurs de la mamelle sont ainsi réparties : squirrhe du sein, 7; encéphaloïde, 5; adénoïdes, 3; hypertrophie, 1. 11 tumeurs ont été opérées; deux fois il y a eu érysipèle. Quelques plaies des opérations avaient été réunies par première intention. Parmi les trois tumeurs adénoïdes, une a présenté le singulier phénomène de la disparition presque complète sous l'influence de la compression et de l'iodure de potassium (2).

Le chiffre des maladies de l'anus et du rectum est composé de 16 fistules à l'anus, dont 13 ont été traitées par incision et excision, une par excision simple et une par l'application de la galvano-caustique. Une n'a pas été opérée. 14 fois l'opération a été suivie de guérison.

Il y a eu 4 abcès à la marge de l'anus, dont un symptomatique d'une lésion des os.

Il y a eu 5 tumeurs hémorrhoïdales traitées par la cautérisation avec la pâte de Canquoin; 3 malades ont été améliorés, 2 ont été guéris. Une végétation à l'anus a été traitée par la ligature et a guéri. Sur quatre fissures à l'anus qui ont été traitées par les mèches et qui ont guéri, 2 ont été traitées par la dilatation forcée et ont guéri. Un rétrécissement du rectum chez une femme a été amélioré par suite de la dilatation avec l'éponge préparée. Deux ulcères à l'anus de nature probablement syphilitique ont été améliorés par l'usage des mèches enduites d'onguent de la mère et l'usage d'un traitement antisyphilitique.

(1) L'histoire de ce malade a été rapportée par M. le Dr A. Després, dans sa *Revue clinique* de la *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 370.
(2) Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 265, n° 67.

Dix-huit femmes sont accouchées à terme dans le service, et n'ont présenté qu'un seul accident, une métrite; il y a eu un avortement à cinq mois sans accidents.

Il y a eu une métrorrhagie symptomatique d'une hématocèle rétro-utérine, et 5 métrorrhagies symptomatiques de fausses couches, de polypes en voie de développement; les 6 malades ont guéri.

Quatre kystes multiloculaires de l'ovaire, dont 2 compliqués d'ascite, 12 kystes uniloculaires de l'ovaire, ont été admis dans le service; dans les deux premiers cas, il a été fait une ponction de l'ascite; les malades ont été améliorées, mais non guéries. Sur les 11 malades atteintes de kyste uniloculaire de l'ovaire, 4 avaient déjà subi plusieurs ponctions; 10 ont été soumises à la ponction. Trois malades sont mortes de péritonite; une d'entre elles avait présenté un phénomène singulier, des gangrènes étendues de la jambe gauche.

Une malade n'a pas été traitée; elle était au début d'une grossesse.

Un kyste uniloculaire de l'ovaire, déjà ponctionné, a été soumis au traitement par la canule à demeure; la malade a succombé.

Six corps fibreux de l'utérus ont été observés sur des femmes ayant un âge compris entre les deux limites de vingt-huit ans et de quarante-cinq ans; le repos et les vésicatoires ont amélioré 5 malades; la cinquième a été prise de rhumatisme articulaire compliqué de péritonite, et qui a été suivi de mort.

Sur 16 métrites, une était une simple congestion utérine; deux métrites granuleuses du col ont été traitées par les cautérisations au nitrate d'argent. Deux fois les métrites ont été compliquées de péritonite circonscrite; une fois la métrite a causé l'avortement.

Il y a eu 1 hypertrophie du col de l'utérus, 2 carcinomes utérins; 1 polype de l'utérus, qui a été arraché; il y a eu 3 cancers du col de l'utérus.

Il y a eu 6 abcès des grandes lèvres, ayant tous pour origine l'inflammation de la glande valvo-vaginale; une vaginite et une végétation syphilitique sur les grandes lèvres.

Cinq malades atteints de varices ont présenté quatre fois des phlébites de varices (il ne faudrait pas conclure des chiffres à la fréquence des varices; les malades n'entrent guère à l'hôpital pour de simples varices). Une fois il y a eu une rupture d'une varice.

Trois ulcères variqueux un peu enflammés ont été traités dans le service par le repos, les cataplasmes et la compression.

Les malades entrés avec des érysipèles dans le service sont au nombre de 6 : 4 présentaient un érysipèle dit spontané de la face, qui, traités avec les compresses d'eau de sureau, ont guéri.

Un malade entré avec un érysipèle de la jambe, compliqué

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la pneumonie, par A. GRISOLLE, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition, refondue et considérablement augmentée (1).

Il est peu de maladies aussi fréquentes que la pneumonie; c'est une de celles que le médecin rencontre journellement, à tous les âges de la vie, aussi bien chez l'enfant que chez le vieillard : aussi, lorsque parut en 1841 le *Traité de la pneumonie* de M. Grisolle, cet ouvrage, d'un intérêt tout pratique, fut-il accueilli avec une grande faveur. Il semblait que tout eût été dit sur la pneumonie; mais depuis, des recherches nouvelles ont été entreprises, en anatomie pathologique notamment; certaines questions que l'on croyait définitivement résolues ont été reprises, des opinions entièrement opposées à celles qui avaient cours dans la science ont été émises sur le traitement, de nouvelles doctrines se sont produites, des discussions qui sont loin d'être terminées se sont engagées, et au milieu du débat encore pendant on ne saurait voir intervenir plus à propos l'autorité de M. Grisolle.

Dans cette nouvelle édition, l'auteur a résumé tous les travaux récents qu'il a contrôlés par sa propre observation, et il offre ainsi au lecteur une histoire aussi complète de la pneumonie qu'elle peut être faite dans l'état actuel de la science.

(1) Chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Le plan de l'ouvrage n'a pas été modifié, il ne pouvait l'être; aussi nous ne donnerons pas ici l'analyse complète d'un livre déjà connu, nous nous attacherons à faire ressortir les nombreux changements et les additions qui ont pour ainsi dire transformé une seconde édition en un livre nouveau.

Le premier chapitre, qui traite de l'anatomie pathologique, est un de ceux qui ont été le plus modifiés. On y trouvera une étude histologique du poumon hépatisé. Les nouveaux résultats obtenus par l'examen microscopique sont venus confirmer l'ancienne opinion qui était admise sur le siége de la pneumonie. Remarquons à ce sujet que M. Grisolle a été aussi sobre que possible de détails microscopiques, et n'a pas cherché à s'étendre, comme il aurait pu le faire facilement, sur les divisions basées purement et simplement sur l'étude histologique, que quelques micrographes ont cherché à établir tout récemment (pneumonie fibrineuse, catarrhale, etc.). Cette division n'est d'aucun intérêt pratique, surtout si on la compare à celle adoptée par M. Grisolle dans tout le cours de l'ouvrage : pneumonie primitive, pneumonie consécutive.

Un long article entièrement nouveau est consacré à l'étude des lésions désignées sous le nom de splénisation, carnification, état fœtal, pneumonie lobulaire, broncho-pneumonie, pneumonie hypostatique, sur lesquelles tant de controverses se sont élevées. Il est, en effet, peu de questions d'anatomie pathologique qui aient suscité plus de travaux que la pneumonie lobulaire. Nous rappellerons seulement ici ceux de Fauvel, Legendre, Bailly, Barrier, Rilliet et Barthez. Actuellement la lumière est à peu près faite, et bien qu'il paraisse à peu près certain que ce sont des lésions de nature complexe, la part la plus grande doit être faite à la congestion pulmonaire.

Voici d'ailleurs comment s'exprime M. Grisolle à ce sujet :

« La splénisation doit être considérée comme une forme de congestion plutôt que comme une variété soit du premier degré, soit de l'hépatisation rouge. Cette doctrine me paraît être la seule vraie. Il est facile d'ailleurs de prouver que dans la splénisation simple le caractère anatomique essentiel de l'état phlegmatique, c'est-à-dire l'exsudation plastique, manque. Il n'existe, en effet, dans les parties splénisées, à l'œil nu comme au microscope, que des globules sanguins, de l'épithélium, d'autres portions de tissu normal, et parfois un peu de pus provenant des bronches (Gaerdner). Mais s'il est incontestable que la splénisation n'est pas une forme de congestion, nous devons convenir pourtant qu'elle coexiste souvent avec d'autres lésions qu'elle favorise, qu'elle provoque tôt ou tard. Une de celles qui coexistent le plus souvent avec la splénisation, consiste en noyaux d'induration qui ont la structure de l'hépatisation rouge ou de l'hépatisation grise; ils sont disséminés en nombre plus ou moins considérable à la surface et dans l'épaisseur d'un poumon, ou bien des deux à la fois. C'est cette lésion qui a été décrite sous le nom de pneumonie mamelonnée, par bulles disséminées, et surtout sous celui de pneumonie lobulaire. »

De même, l'état fœtal, la carnification se distinguent par plus d'un caractère important de l'hépatisation.

« Mais ces diverses lésions peuvent se réunir, se confondre, se succéder; c'est ainsi que la pneumonie partielle lobulaire existe rarement isolée, mais presque toujours on la rencontre soit avec la splénisation, ou avec les lésions caractéristiques de la pneumonie franche; mais dans ces cas celles-ci sont modifiées dans leur forme, dans leur aspect par la congestion au milieu de laquelle elles sont survenues; joignez-y, en outre, une bronchite intense caractérisée par la rougeur des tissus et par la grande quantité des mucosités sécrétées, et l'on aura ainsi par l'anatomie l'explication de ces anomalies que présentent souvent dans leur marche, dans leur expres-

de phlegmon diffus, a succombé à l'infection purulente. Un érysipèle du pied gauche a guéri.

Vingt érysipèles ont compliqué les plaies et opérations, sans compter les érysipèles qui se sont joints aux phlegmons et angioleucites qui ont accompagné les lésions traumatiques; sans compter les érysipèles qui se sont montrés sur des plaies à la période ultime de l'infection purulente.

Sept érysipèles se sont montrés autour de plaies contuses de la tête.

Il est né autour d'une plaie en suppuration une fistule consécutive à une nécrose du pariétal.

Un érysipèle est survenu après une contusion du nez.

Il y a eu un érysipèle après les opérations suivantes : à la suite de l'ablation d'un kyste sébacé du sourcil; d'une tumeur cancéreuse parotidienne; d'une tumeur fibro-plastique; d'un cancroïde de la lèvre inférieure; d'une tumeur ganglionnaire; d'un stéatome du cuir chevelu; d'un enchondrome de la parotide. Après une opération d'ectropion et une opération de cataracte, trois érysipèles se sont montrés à la suite des opérations sur le sein.

Deux malades sont morts : celui qui avait eu un érysipèle de la face à la suite de l'opération de la cataracte, et celui qui était entré avec un ectropion.

A la suite des plaies et des opérations, en comptant tous les morts, il y a eu 7 infections purulentes, 1 infection putride. 3 malades ont succombé à la cachexie cancéreuse, 7 autres sont morts de péritonite; les quatre atteints de hernie et le malade qui avait eu une contusion de l'abdomen et une perforation intestinale, une malade atteinte de polype fibreux de l'utérus. Deux malades atteints d'érysipèle de la face et du cuir chevelu n'ont présenté que de la congestion des méninges.

Dans cinq cas l'autopsie n'a pu être faite. Enfin un malade est mort de pleuro-pneumonie, un autre de tubercules pulmonaires, un autre de pneumonie hypostatique en relation avec des symptômes d'infection purulente que le malade avait présentés pendant ses derniers moments. Une malade brûlée a succombé aux suites d'une vaste brûlure.

II. 102 malades ont été opérés, 84 ont guéri, 8 ont été améliorés, 10 sont morts.

19 hydrocèles de la tunique vaginale ont été ponctionnées et injectées. Un seul accident a été observé, un phlegmon des bourses : tous les malades ont guéri.

Un kyste du cordon, une hématocèle ont été ponctionnés et ont guéri.

3 castrations ont été faites; un seul malade est mort après une inflammation de la paroi abdominale et une infection purulente; il s'agissait d'une tumeur qui avait le volume d'un gros concombre et était constituée par du tissu fibro-plastique du testicule et une hydrocèle symptomatique.

Un phimosis opéré par incision a guéri.

6 tumeurs ganglionnaires ont été opérées par incision de la peau et énucléation de la tumeur. 9 cancroïdes ont été enlevés avec l'instrument tranchant. Toutes ces opérations ont été suivies de guérison. Il n'y a eu qu'un accident à la suite de l'ablation d'un ganglion de la région parotidienne. Il y a eu une paralysie faciale incomplète.

Deux kystes sébacés ont été opérés; l'une des opérations a été suivie d'érysipèle, l'autre de guérison.

Un kyste synovial a été traité par la ponction et l'injection iodée et a été guéri.

Un kyste du corps thyroïde a été ponctionné et injecté de teinture d'iode à deux reprises; le malade a quitté l'hôpital avec son kyste, mais celui-ci diminué de volume et semblant en voie de guérison.

Une kéloïde de la nuque a été enlevée.

Une exostose sous-unguéale du petit orteil a été enlevée; une tumeur érectile de la lèvre a été enlevée par la ligature. Deux lipomes, une tumeur hématique de la fesse ont été enlevés. Tous les malades ont guéri sans accidents.

Une tumeur hématique du thorax a été enlevée; le malade a été atteint d'érysipèle et d'infection purulente. Un métatarsien nécrosé a été réséqué. Le malade a guéri.

Un bec-de-lièvre opéré a été guéri.

Trois amputations ont été faites : une amputation de cuisse pour une tumeur fibro-plastique de la cuisse; une amputation traumatique primitive pour un écrasement de la jambe; une amputation de doigt pour un écrasement de trois doigts à gauche. Cette opération avait été une régularisation de la plaie, les métatarsiens avaient été coupés avec la cisaille en avant de leur articulation avec les os du carpe. Les deux premiers malades sont morts.

Dix squirrhes du sein ont été opérés; quatre encéphaloïdes ont été enlevés. Les plaies n'ont pas été réunies avec des épingles, les bords ont été rapprochés avec des bandelettes de diachylon. Deux érysipèles ont été observés.

4 tumeurs adénoïdes, une hypertrophie mammaire, un kyste du sein ont été extirpés. A la suite de l'opération, dans ce dernier cas, il y a eu un érysipèle.

4 hernies étranglées ont été débridées : les malades sont morts. L'étranglement dans tous les cas datait de plusieurs jours.

2 polypes fibreux de l'utérus ont été arrachés, et dans les deux cas l'opération a été suivie de guérison.

10 fistules à l'anus ont été incisées et excisées; un seul malade est mort.

13 cataractes opérées ont donné les résultats indiqués plus haut. Il y a eu deux cas de mort, l'un par érysipèle de la face et du cuir chevelu, l'autre par suite d'un anthrax malin de la lèvre supérieure, accidents qui sont étrangers à l'opération même.

NAISSANCES MULTIPLES. — GROSSESSE TRIPLE.

Par M. le docteur Coon (de San-Francisco).

Dans la matinée du 29 mars 1862, je fus appelé près de Mme X..., de San-Francisco, que l'on disait être en travail rapide. Quand j'arrivai chez elle, les servantes me dirent que l'enfant était déjà né, ce que je vérifiai promptement. Je trouvai cet enfant très-petit, et le cordon ombilical plus grêle que la moitié du volume normal. En plaçant ma main sur l'abdomen de la mère, je découvris que le fond de l'utérus était encore près du cartilage xyphoïde, et glissant le doigt indicateur de la main droite le long du cordon, je ne rencontrai pas de placenta au museau de tanche. J'en conclus que j'avais affaire à un cas de grossesse gémellaire, et qu'il était de mon devoir d'attendre de nouveaux efforts d'expulsion de l'utérus. Au bout d'environ une heure et demie, les douleurs revinrent avec force, et quelques minutes après la tête d'un second enfant parut au périnée. La douleur suivante termina l'accouchement. L'utérus conserva sa position élevée; l'abdomen était presque aussi distendu qu'au début; les douleurs restèrent actives, et cinq minutes environ après un troisième enfant fut chassé au dehors, toujours dans la présentation de la tête.

Le premier né était du sexe féminin, et était le plus grand et le plus développé des trois. Il avait bien respiré presque immédiatement après sa naissance et ne demandait pas d'autres soins, après sa séparation de sa mère, que de le tenir chaudement. Il n'en était pas ainsi pour le second et le troisième. Ils paraissaient presque morts au début. Je conservai leurs connexions avec la mère par le cordon, dont les pulsations étaient faibles, et j'usai de frictions sur la surface du corps, pendant quelques minutes, sans effet apparent. Je nettoyai, autant qu'il était possible, la bouche et la gorge des mucosités, et je cherchai à dilater la poitrine, en l'élevant à l'aide de ma main placée sous le dos et en déprimant les côtes et le sternum, dans le but de produire un vide pour l'introduction de l'air et de le chasser ensuite. Par cette manœuvre, les deux enfants furent amenés à respirer faiblement. Des efforts diligents furent faits peu après par la nourrice pour les tenir chaudement.

Ces enfants furent tous les deux trop débiles pour tirer leur nourriture de la mère. L'un d'eux parut incapable de digérer et mourut au bout de deux jours. Le second prit quelques aliments, mais sembla n'en pas être nourri et mourut seize jours après. La petite fille née la première eut assez de force pour prendre le sein, et commença promptement à se développer; j'ai su depuis qu'elle était pleine de santé et de vie.

Après avoir apporté l'attention nécessaire aux enfants, j'employai les moyens ordinaires d'exciter les contractions de l'utérus sur le placenta, c'est-à-dire les frictions sur l'abdomen et une légère traction sur les cordons. La matrice reprit promptement son action, et une large masse placentaire fut chassée. En l'examinant avec soin, je constatai que la partie maternelle de cette masse présentait l'apparence d'un seul placenta. On semblait voir des communications vasculaires à travers toute son étendue. La face fœtale, cependant, offrait la forme distincte d'un placenta triple. Les trois cordons ombilicaux émergeaient à des points presque équidistants les uns des autres; et les vaisseaux ombilicaux s'irradiaient pour chaque cordon d'une manière identique, comme si chaque placenta eût été séparé et distinct des autres. De là cette leçon pratique que, dans aucun cas de grossesse multiple, on ne doit faire d'efforts pour l'extraction du délivre avant que le dernier fœtus ait été expulsé; une pratique différente exposerait la mère à une hémorrhagie dangereuse, sinon fatale.

Il y avait une poche des eaux séparée pour chaque cordon, et je conclus que chaque poche s'était rompue dans l'ordre suivant lequel les enfants avaient été expulsés, parce que la tête de chacun s'est présentée régulièrement l'une après l'autre jusqu'au bout.

L'hémorrhagie succédant à l'expulsion du délivre ne fut pas plus abondante que dans les cas de même genre. La convalescence de la mère fut rapide et, sous tous les rapports, favorable.

Il peut être intéressant d'indiquer ici les statistiques qui ont été faites en différents pays sur la fréquence des grossesses triples. Le *Traité de l'art des accouchements* de Churchill renferme ce qui suit : « Autant qu'on peut en juger par des chiffres, nous trouvons pour la pratique des médecins anglais, 36 cas de grossesse triple sur 167,676 accouchements, soit 1 sur 4,531 1/3; pour les praticiens français, 6 grossesses triples sur 36,570 accouchements, ou 1 sur 6,095; d'après les médecins allemands, 25 grossesses triples sur 251,386 cas, ou 1 sur 7,185. En totalité, nous avons 455,632 cas et 78 grossesses triples, ou 1 sur 5,840 (1). » Ernest Berchon, d.-m.-p.

HÉMORRHAGIE UTÉRINE APRÈS LA DÉLIVRANCE,

Par M. le Dr Bonvin, de Sion (Valais, Suisse).

Le 13 mars au soir, je fus appelé à une lieue d'ici, chez Mme L..., âgée de vingt-quatre ans, primipare, pour l'accoucher. Le travail avait commencé depuis douze heures; les eaux s'étaient écoulées au début du travail; la dilatation n'était pas complète, la tête encore très-haute. Je me décidai à attendre. Je retournai près de la malade le lendemain matin. La tête était un peu descendue en position occipito-iliaque antérieure gauche; la dilatation était complète, mais les contractions utérines nulles.

J'appliquai le forceps, et je terminai l'accouchement avec assez de peine. L'enfant, une grande fille, avait le cordon autour du cou, et ne donna aucun signe de vie. Je voulus la ranimer par les moyens ordinaires, et pendant que je m'occupais ainsi de l'enfant, je chargeai la sage-femme de délivrer la mère sans la faire changer de position. La délivrance fut facile, et je m'assurai que tout le placenta avait été retiré. Je continuai à vouloir rappeler l'enfant à la vie, lorsque tout à coup j'entends un jet, comme si l'on versait de l'eau par la chambre. A peine avais-je levé la tête, qu'un second jet succéda au premier, puis un troisième : c'était la mère qui perdait ainsi son sang, et qui s'écriait : « Ah! il me faut mourir! »

Placer mes mains à travers les parois abdominales jusque sur la colonne vertébrale et comprimer l'aorte fut l'affaire d'un instant. Ma situation n'était pas brillante : encore quelques jets de cette force,

(1) Les lecteurs qui voudraient consulter des documents plus étendus sur la question doivent avoir recours à la statistique du professeur Dubois publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1832, ainsi qu'au *Traité d'accouchements* de Cazeaux, qui reproduit avec quelques variantes les chiffres précédemment indiqués de la statistique de Churchill. Ils pourraient aussi consulter avec le plus grand fruit un travail spécial intitulé *Considérations pratiques sur les grossesses triples*, par le docteur Dunal, de Montpellier. (Paris, Victor Masson, 1860.) *(Note du traducteur.)*

---

sion symptomatique, ces phlegmasies thoraciques décrites sous le nom de broncho-pneumonies, et qui sont surtout fréquentes aux deux extrêmes de la vie. »

L'étiologie de la pneumonie est longuement et savamment exposée. Il serait à désirer que l'on eût sur les causes de toutes les maladies des notions aussi complètes que celles qu'a recueillies M. Grisolle pour la pneumonie; et il est impossible d'émettre le moindre doute sur les résultats auxquels il est arrivé, lorsqu'on les voit établis d'après un résumé de 1200 observations, dont la moitié ont été recueillies par l'auteur lui-même.

Sous toutes les latitudes règne la pneumonie; mais sa fréquence n'est pas la même dans tous les pays. Très-commune dans les régions tempérées, elle est rare, parfois même presque inconnue dans les pays à température extrême, au pôle et à l'équateur. Le fait suivant en est une preuve bien remarquable : La dernière expédition anglaise envoyée à la recherche du passage du nord-ouest se composait de trois cents hommes d'équipage, qui pendant trois ans ont séjourné sous la latitude la plus élevée qu'on ait pu atteindre, couchant sur la glace avec une température qui a baissé à — 54°, et cependant ces trois cents hommes ont bien présenté quelques cas de bronchite légère, mais pas un seul cas de pneumonie. Autre fait non moins curieux : La pneumonie est très-rare chez les marins, tant que les navires sont en pleine mer, quelle que soit la latitude; mais dès que le navire approche des côtes ou se tient sur rade, elle se voit fréquemment, ce qui s'explique par la constance relative de la température qui règne au large.

Partout où l'on observe la pneumonie, elle sévit dans les saisons où règnent des transitions brusques de température, et dans les pays où la race nègre vit avec les Européens : la première fournit toujours de nombreuses victimes, tandis que les seconds sont parfois à peu près respectés. Cette susceptibilité du poumon chez les Nègres se rencontre dans les pays les plus semblables à ceux d'où ils sont transportés, et même dans le pays natal, comme l'a montré M. Boudin dans son *Traité de géographie et de statistique médicales*. Le maximum de fréquence a lieu à la fin de l'hiver et pendant le printemps, surtout durant les mois d'avril et de mars, de sorte que le froid seul ne peut être invoqué pour expliquer le grand nombre des pneumonies à cette époque, et qu'il faut faire une part à l'influence saisonnière.

L'étude des causes de la pneumonie secondaire et de la pneumonie chronique termine ce chapitre.

L'exposé des symptômes ne laisse rien à désirer. Tous les phénomènes locaux, généraux et sympathiques sont décrits avec cette méthode et cette clarté qui ont rendu cet ouvrage classique, et je me contenterai de signaler le passage relatif à la valeur séméiologique de la vibration des parois thoraciques. On sait que M. Monneret, qui s'est livré à une étude approfondie de la vibration thoracique, a posé comme règle que toute pneumonie s'accompagne d'une exagération notable de la vibration dans le côté affecté, et ce signe a été donné comme pathognomonique pour différencier la pneumonie de la pleurésie. Or, M. Grisolle n'attache aucune importance à ce phénomène, car voici le résultat de ses expériences faites à ce sujet : sur seize malades, on a constaté une augmentation des vibrations au niveau de la pneumonie à peine chez sept; chez cinq, il était incontestable que le frémissement thoracique était amoindri au niveau de l'altération pulmonaire, et il l'était parfois considérablement; enfin, chez quatre malades, il n'existait aucune différence sensible entre le côté droit et le côté gauche.

En présence de résultats si différents, je crois que de nouvelles recherches sur ce sujet sont nécessaires, et qu'il serait surtout intéressant d'examiner quelles sont les conditions anatomiques et pathologiques qui favorisent ou contrarient la production des vibrations thoraciques. Walshe et Skoda ont bien tenté quelques expériences sur le cadavre, mais ils ont obtenu chacun de leur côté des résultats différents et contradictoires en opérant sur des poumons qui à la vue paraissaient se trouver exactement dans les mêmes conditions sous le rapport de la quantité d'air, de liquides et de matériaux plastiques qu'ils contenaient. Une expérience fort simple de Skoda paraît prouver que les poumons hépatisés ont un degré de conductibilité très-variable. Une personne parle dans un stéthoscope appliqué sur un poumon hépatisé placé sur une table d'amphithéâtre, et une autre personne ausculte en se plaçant à diverses distances; on peut avoir ainsi la mesure du degré de conductibilité du poumon. Or, sur des poumons hépatisés de même apparence, on en trouve qui transmettent et renforcent les bruits; il en est d'autres qui transmettent moins bien les ondes sonores que ne le ferait un poumon sain. C'est que, comme le fait remarquer M. Grisolle, auquel nous empruntons ces lignes, ces portions de parenchyme pulmonaire en apparence identiques sont dans des états différents; aussi pour l'estimation de la puissance conductrice des poumons faut-il, quand ces organes sont enflammés, prendre en plus grande considération l'homogénéité du tissu que la solidification appréciable; c'est, en effet, dans la diversité d'homogénéité de ces différentes portions du poumon que se trouve probablement la clef de la difficulté.

On trouvera des renseignements précieux dans les chapitres qui suivent sur les diverses formes qu'affecte cette maladie. Dans un article spécial consacré à la pneumonie périodique, M. Grisolle, se fondant sur les travaux de Grégoire, Roche, Maillot, Mondière, Rousseau, Catteloup, Saillard, etc., établit d'une façon positive que certaines pneumonies se montrent avec un des types des fièvres palustres, re-

et j'aurais eu devant moi un cadavre. Heureusement l'hémorrhagie s'arrêta presque aussitôt que la compression de l'aorte fut faite. Après dix minutes, je voulus m'assurer si c'était vraiment la compression qui arrêtait ainsi par enchantement l'écoulement du sang : je cessai de comprimer, et immédiatement un nouveau jet se renouvela par le vagin.

La preuve était suffisante, et je n'aurais pas osé la renouveler. La compression fut reprise, et cette fois je la continuai pendant trois éternelles heures, en substituant de quart d'heure en quart d'heure les mains de la sage-femme aux miennes. De cette manière, j'eus le temps de faire chercher du seigle ergoté frais, le mien étant un peu altéré; je fis des applications de glace sur le ventre, je donnai du vin et de la teinture de cannelle, et je parvins enfin à faire contracter la matrice et à conjurer le danger,

La femme se rétablit parfaitement bien; elle jouit aujourd'hui d'une bonne santé.

Ce n'est pas la première fois que nous comprimons l'aorte pour des cas de ce genre, et nous nous en sommes toujours bien trouvé. Dans le cas présent, aurions-nous réussi à arrêter le sang sans la compression? Nous pouvons avec assurance dire que non et affirmer que la malade doit la vie à l'héroïque moyen employé. Qu'aurions-nous fait ici avec les moyens ordinaires? La matrice ne se contractait pas; le pouls de notre malade était d'une petitesse extrême, les lèvres complétement décolorées; une syncope était imminente et pouvait être mortelle!

La compression de l'aorte nous a tiré de notre position difficile; elle nous a fait gagner du temps, pendant lequel nous avons employé les moyens propres à faire contracter l'organe, qui laissait échapper tout le sang.

Puisse cette observation, ajoutée à tant d'autres, propager la méthode de la compression de l'aorte et contribuer à sauver la vie à plus d'une mère!

Quant à nous, nous avons acquis cette conviction, que si nous avions le malheur de perdre une femme par hémorrhagie utérine après la délivrance sans lui avoir fait la compression de l'aorte, nous croirions ne pas avoir rempli parfaitement notre devoir.

NOTE SUR L'ANESTHÉSIE DE LA CORNÉE

dans l'empoisonnement par le sulfure de carbone.

Par MM. G. Bergeron et P. Lévy.

A l'occasion d'une observation recueillie par mon collègue et ami M. Lévy dans le service de M. Pidoux, et où il s'agissait d'un ouvrier travaillant le caoutchouc soufflé, nous avons cru devoir, M. Lévy et moi, faire quelques expériences. De ces expériences, j'extrais ici ce qui a trait à un point très-particulier de l'intoxication sulfo-carbonée, c'est-à-dire l'insensibilité cornéenne.

Le malade dont nous avons recueilli l'observation présentait cette anesthésie à un haut degré, et cela sans trouble de la vue. Voici ce que deux expériences confirmatives nous ont appris à cet égard.

Dans une première expérience faite sur un cochon d'Inde, soumis, sous une cloche tubulée, à l'inhalation du sulfure de carbone, nous avons noté, au bout de quinze minutes, l'anesthésie de la cornée; elle avait succédé presque immédiatement à la période de résolution et de collapsus, qui survient très-rapidement dans les expériences faites sur les animaux.

La sensibilité de la cornée revint environ vingt minutes après que l'animal eut été retiré de la cloche et mis à l'air libre, la sensibilité cutanée avait déjà reparu depuis environ quatre ou cinq minutes.

Dans trois autres expériences faites, deux sur des chiens, une sur un lapin, nous avons noté cette anesthésie, et toujours nous avons reconnu qu'elle apparaissait un peu avant que la sensibilité cutanée eût entièrement disparue. (*Gaz. méd.*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 septembre 1864. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un exemplaire du rapport de M. le docteur Simonin sur le service de la vaccine dans le département de la Meurthe en 1863 (commission des épidémies) ;

2° Un rapport de M. le docteur Foucart sur le service médical des eaux minérales de Bilazais (Deux-Sèvres) pour l'année 1863 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite ne comprend que les comptes rendus de l'Académie des sciences et belles-lettres de Montpellier.

— M. Ricord demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Transmission de la syphilis de l'homme aux animaux.

M. Ricord. Je commence par déclarer que je n'ai aucun intérêt personnel ni scientifique à nier la transmissibilité de la syphilis aux animaux, non plus que son origine spontanée. Il est évident que la syphilis a dû commencer par naître spontanément, elle s'est développée une première fois chez quelqu'un, sous l'influence d'un concours particulier de causes. Je n'ai donc pas à examiner cette question. Je dirai seulement au sujet de la vérole ce que Voltaire disait des arts, c'est qu'on ne sait qui l'a inventée.

Quant à la transmissibilité aux animaux, je ne la nie pas formellement, mais je ne sache pas qu'on en ait constaté un seul exemple bien authentique chez aucun animal. J'en appelle à cet égard à nos collègues de la section de médecine vétérinaire. Ont-ils rencontré jamais chez les animaux quelque chose qui ressemble à la syphilis ou qui puisse s'y rattacher? Je déclare que je n'en sais rien ; je me borne à poser la question.

Je ne voudrais pas, c'est le cas de le dire, réveiller le chat qui dort, mais je ne puis m'empêcher de faire une remarque au sujet du chat dont M. Vernois nous a entretenus dans la dernière séance, de ce chat qui a contracté la vérole en léchant les objets de pansement qui avaient servi aux malades de l'hôpital des vénériens. Mais si les chats pouvaient contracter la vérole de cette manière, il serait bien extraordinaire que depuis vingt-sept ans qu'un grand nombre d'animaux de cette espèce vivent au milieu de l'hôpital abandonnés à leurs instincts dépravés, il n'y en ait pas eu un seul qui eût présenté un nouvel exemple de ce genre de contagion. Une autre chose m'étonne, c'est que le chat de M. Vernois, qui pouvait en même temps qu'il prenait le mal prendre aussi le remède, ait eu la mauvaise chance de ne prendre que le mal. Que voyons-nous, enfin, dans les symptômes que nous a décrits notre collègue? Des ulcères à la gueule, puis des exostoses. Mais ce n'est pas là la marche ordinaire de la syphilis, à moins qu'on ne m'objecte que les choses ne se passent pas de la même manière chez les chats que chez l'homme.

Il y a donc au moins de grands motifs de doute dans ce fait. Je ne suis pas sûr que ce chat n'ait pu avoir, sous l'influence de diverses causes qui ont échappé à l'attention, des ulcérations à la gueule et des exostoses. Je laisse ce diagnostic douteux sous la responsabilité de M. Vernois. Il me reste, comme on le voit, le droit de poser encore plusieurs points d'interrogation sur cette question.

Maintenant, que l'on apporte des faits nouveaux, qu'on porte la lumière sur ce sujet, je ne demande pas mieux; mais jusque-là j'use du droit que j'ai de dire ce que je sais et ce que j'ai vu. Or, de tout ce que j'ai vu, il résulte pour moi jusqu'à présent que la vérole est l'apanage exclusif de l'homme.

M. Velpeau. J'ai fait aussi des expériences d'inoculation, il y a bien longtemps, c'était en 1817 ou 1818, avec mon maître Bretonneau. Nous avons inoculé des chancres, des bubons sur des chiens, des moutons et des lapins. Jamais nous n'avons rien produit qui ressemblât à la vérole; nous n'avons jamais observé aucune espèce d'accident consécutif. Nous avons répété ces expériences au moins une dizaine de fois, et le résultat a toujours été aussi négatif. J'incline donc à penser qu'effectivement les animaux ne sont pas aptes à avoir la vérole. Et cela me paraît établi non-seulement par l'observation, mais aussi par le raisonnement; car si les animaux étaient sujets comme l'homme à contracter cette maladie, ils devraient en être imprégnés et pénétrés tous depuis longtemps. Le fait du chat de M. Vernois, j'ai regret de le dire, n'a aucune valeur. Ce n'est pas en avalant du pus ou des matières infectantes quelconques que l'on contracte la syphilis. Les autres observations qui ont été invoquées à l'appui de la transmissibilité aux animaux ne me paraissent pas beaucoup plus concluantes. Je ne dirai pas comme M. Ricord que la vérole est l'*apanage* de l'homme, ce serait un triste apanage, mais bien que l'homme seul est apte à la contracter.

M. Bouley. M. Ricord a interpellé les vétérinaires en les priant de dire ce qu'ils savent à cet égard. Je vais essayer de lui répondre pour mon compte. J'ai vu faire bien souvent, et j'ai fait moi-même des expériences. Je n'ai vu et obtenu à la suite des inoculations que des lésions locales très-éphémères, jamais de lésions syphilitiques caractérisées. Les lésions que l'on produit dans ce cas chez les chiens n'offrent pas de différence avec ces ulcères que l'on observe si fréquemment aux oreilles de certains chiens de chasse. Il en est de même pour les chevaux. En sorte que je suis porté à croire jusqu'à présent que la transmission de la syphilis ne s'effectue pas chez les animaux.

Un mot maintenant de la maladie du coït chez les chevaux. C'est en 1796 qu'elle a été observée pour la première fois. On l'a vue réapparaître plusieurs fois depuis, notamment en Russie et en Afrique. Le caractère essentiel de cette maladie est, ainsi que son nom l'indique, de ne se transmettre que par le coït; mais elle n'est pas directement inoculable par la lancette, et elle offre en outre cette particularité de ne laisser après elle aucune lésion consécutive. Il y aurait toutefois un point d'étiologie intéressant à examiner : on a émis à plusieurs reprises cette opinion, que la maladie du coït pourrait bien provenir de l'homme. Il paraît, d'après une observation faite par un vétérinaire très-distingué de l'armée, M. Merche, que la maladie du coït a été observée plusieurs fois en Algérie. C'est une opinion admise parmi quelques tribus arabes que, lorsqu'un homme est atteint d'une affection vénérienne, le plus sûr moyen de s'en guérir est d'immerger son membre dans le vagin d'une jument. M. Merche a rapporté à ce sujet l'histoire d'un zouave qui aurait cherché à se guérir de cette manière; il aurait ainsi communiqué la maladie du coït à une jument, qui l'aurait transmise au premier cheval qui l'a sailli, lequel à son tour l'aurait donnée à un grand nombre d'autres juments. Si des faits de ce genre venaient à se multiplier, il faudrait bien admettre que la maladie du coït du cheval serait d'origine syphilitique, mais modifiée par suite du changement du terrain sur lequel elle a été transportée.

M. Ricord donne lecture d'une lettre que lui a adressée M. Leblanc, et de laquelle il résulte que son collègue n'a jamais observé la syphilis dans aucune espèce animale, bien qu'il ait tenté de nombreuses expériences d'inoculation. M. Leblanc ajoute dans sa lettre que c'est de M. Ricord qu'il tenait la matière inoculable, ce qui est une garantie de sa bonne qualité. Pour lui, la maladie du coït est une maladie analogue à la syphilis, mais elle en diffère essentiellement au point de vue du diagnostic différentiel.

Quant au fait que vient de citer M. Bouley, M. Ricord pense qu'il peut très-bien se comprendre sans la participation du zouave.

M. Gibert fait remarquer que les expériences d'inoculation ont plutôt reculé qu'avancé la question qui se débat en ce moment.

M. Velpeau revient sur les expériences dont il a parlé tout à l'heure, pour ajouter que dans la pensée que le pus et les matières morbides inoculables pouvaient bien perdre leur propriété contagieuse par le transport ou par un repos plus ou moins prolongé, il a eu la précaution d'inoculer ces matières immédiatement et à l'instant même où elles venaient d'être recueillies.

M. Leblanc. Les inoculations que j'ai faites ont aussi été pratiquées toujours immédiatement.

M. Briquet. Les faits que vient de faire connaître M. Bouley se rapprochent beaucoup de ceux que j'ai exposés, et ils corroborent l'hypothèse que j'ai émise dans l'une des précédentes séances.

M. Larrey proteste contre l'opinion qu'on pourrait déduire de ce que vient d'exposer M. Bouley, que des faits de ce genre seraient communs dans l'armée. Il ne craindrait pas de démentir formellement une pareille opinion.

M. Bouley protesterait contre lui-même s'il avait pu avoir cette pensée. Il n'a entendu parler que de la population arabe et non des soldats de notre armée; il est bien éloigné de leur prêter ces mœurs un peu trop... bibliques. L'usage auquel il a fait allusion vient du fond de la Russie et de l'Afrique.

RAPPORT.

Iode dans le traitement des adénites scrofuleuses. — M. Ricord, au nom d'une commission composée de MM. Gosselin, Devergie et Ricord, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur

connaissant peur cause la même infection miasmatique, et cédant promptement à la même médication spécifique, le quinquina. Il en décrit deux formes, une forme intermittente et une forme rémittente.

Mais la partie la plus intéressante sans contredit de tout l'ouvrage, celle qui en fait un sujet tout d'actualité, c'est le traitement. Avant tout, nous ne saurions trop insister avec M. Grisolle sur ce grand principe de thérapeutique, vrai pour toutes les maladies et qui n'est que trop souvent oublié, c'est que le traitement de la pneumonie doit varier suivant une foule de circonstances. Il n'y a aucune méthode qui soit indistinctement applicable à tous les cas, et on ne peut déterminer d'avance ni le choix du remède ni surtout les limites dans lesquelles on doit l'employer.

« C'est l'état général, dit avec raison M. Grisolle, qui doit être la source des indications principales, et c'est d'après cette considération surtout que doit être déterminée l'opportunité des remèdes. » Il faut que le médecin le sache bien, ce n'est point *la pneumonie* qu'il doit savoir traiter, mais bien des gens atteints de pneumonie; et que d'indications différentes, suivant l'âge, la constitution, les habitudes, l'état de santé antérieur, etc.!

Avant d'examiner les diverses médications plus ou moins actives préconisées contre cette maladie, M. Grisolle a dû se demander si elles étaient vraiment utiles, si la pneumonie devait être combattue activement, ou s'il ne valait pas mieux l'abandonner aux seules ressources de la nature, la laisser marcher, comme le veulent quelques médecins.

Examinons donc avec M. Grisolle la valeur de l'expectation, méthode qui n'est pas si nouvelle qu'on le croit généralement. Dès longtemps, en effet, en France, deux médecins dont le nom est resté célèbre chacun à des titres différents, Biett et Magendie, contrairement à la pratique générale, employaient l'expectation dans leur service ; mais comme ces médecins n'ont rien écrit à ce sujet, ils ne firent que bien peu de prosélytes. C'est de l'étranger que nous vint la doctrine nouvelle, et ce fut bien certainement une des causes de son succès. Depuis 1849, on vit paraître successivement les travaux de Dietl, en Allemagne; de Magnus Von Huss, en Suède; et de Bennett, en Ecosse, travaux s'appuyant sur des statistiques très-favorables à l'expectation ; aussi eurent-ils dans notre pays un grand retentissement, et immédiatement plusieurs médecins adoptèrent et mirent en pratique la nouvelle méthode.

C'est sur des chiffres que se sont appuyés les défenseurs de l'expectation, aussi M. Grisolle leur répond par des chiffres; prenant les résultats publiés, il montre que l'expectation n'a pas donné dans les mains de tous des résultats aussi brillants que ceux qui ont été énumérés, et il cite à ce sujet les relevés de Schmidt et Bordes en Hollande, de Wanderlich à Leipzig. En comparant à ce sujet un travail du docteur Saucerotte (de Lunéville), sur l'examen comparé des résultats statistiques obtenus dans les divers traitements de la pneumonie, travail basé sur 4,365 observations, on trouve que c'est le traitement de Laennec qui a donné le plus de guérisons.

Est-ce à dire que M. Grisolle repousse l'expectation d'une façon absolue? Non, certes. Même dans la première édition de son ouvrage, M. Grisolle avait insisté sur ce fait, très-anciennement connu, à savoir, qu'à certaines périodes de la vie, dans l'enfance, par exemple, la pneumonie tend naturellement à la guérison ; aussi adopte-t-il l'opinion de Legendre et de Barthez, qui repoussent toute médication active dans la pneumonie franche des enfants; mais il n'en est plus de même chez les adultes et les vieillards.

L'expectation est donc permise dans certaines conditions, mais « en faire une méthode de traitement à peu près exclusive pour une affection si variable dans ses formes, si peu semblable souvent à elle-même d'une année à une autre, c'est là une impossibilité, c'est une doctrine que repousse le sens commun. »

Ce qui peut expliquer jusqu'à un certain point les résultats heureux obtenus sans traitement aucun, c'est que, comme le dit avec raison l'auteur, les pneumonies aujourd'hui n'ont plus exactement les mêmes caractères qu'il y a vingt ans. Si aujourd'hui on soigne moins les pneumoniques qu'on ne le faisait autrefois, ce n'est point par esprit de système, mais c'est par nécessité; car la tolérance pour les émissions sanguines est moindre à présent. Evidemment la constitution médicale n'est plus la même; mais qui peut affirmer qu'elle ne changera pas?

Après avoir examiné et discuté soigneusement les divers traitements, M. Grisolle arrive à cette conclusion, que le traitement qui d'une manière générale convient le mieux, est celui qui consiste dans l'association des émissions sanguines et de l'émétique; il termine en disant avec Sydenham :

« Le traitement que je conseille est celui que je voudrais me voir appliquer, si j'étais actuellement atteint de la maladie dont je viens de tracer l'histoire. »

F. Bricheteau.

Un monsieur d'un extérieur convenable s'est présenté chez M. le docteur Sandras, pendant qu'il faisait ses visites, et a remis une bouteille d'un litre, en réclamant 6 francs de la part de M. Leroy, pharmacien, à qui, disait-il, le docteur avait recommandé d'apporter cette bouteille immédiatement en en réclamant le prix.

Il n'est pas besoin d'ajouter que cette bouteille ne contenait que de l'eau, et que notre confrère a été encore une fois exploité par un voleur.

Prieur (de Gray), ayant pour titre : *De l'iode à l'état métalloïde dans le traitement des adénites scrofuleuses cervicales sus et sous-maxillaires, et des adénites inguinales d'origine syphilitique.*

Ce travail renferme des faits dignes de fixer l'attention, car ils assignent à l'iode métallique une action résolutive très-marquée dans les cas indiqués, en même temps que la propriété de produire des eschares épidermiques qui ne laissent le plus souvent après elles ni cicatrices ni taches durables.

Le procédé consiste à appliquer sur les engorgements ganglionnaires des lamelles d'iode enfermées dans l'épaisseur d'une couche de ouate, où elles se vaporisent rapidement sous l'influence de la chaleur. La quantité d'iode employée est en moyenne de 1 centigramme par centimètre carré, répartie aussi également que possible à la moitié, au tiers ou au quart de l'épaisseur d'une carde de coton, qui doit être couverte et débordée par une feuille de gélatine dont la circonférence adhérant aux téguments, concentre dans un point déterminé une vapeur d'iode. L'appareil est laissé en place de vingt-quatre à quarante-huit heures. Il en résulte une phlyctène remplie d'une sérosité louche, purulente ou sanguinolente.

M. Prieur affirme avoir traité depuis dix ans environ cent vingt malades par cette méthode, et avoir fait disparaître, calcul moyen, plus de trois cents ganglions tous fortement tuméfiés.

M. le rapporteur exprime le regret qu'en parlant des adénites inguinales, l'auteur du mémoire n'ait pas spécifié s'il s'agissait d'adénopathie symptomatique du chancre infectant, ou simplement de bubons sympathiques du chancre mou, ou bien encore du bubon virulent consécutif à cette variété de chancre et recélant lui-même le chancre ganglionnaire.

Mais la région inguinale n'est pas moins que celle du col un siége de prédilection des engorgements strumeux ganglionnaires ; et souvent un chancre ou une blennorrhagie uréthrale ne sont que l'occasion du développement de ces engorgements.

Ces adénites ont la même physionomie et la même terminaison que celles sur la nature desquelles personne n'élève de doutes, qui se sont développées sur des sujets manifestement scrofuleux et cèdent à la médication iodée. Dans ce cas, on rencontre assez fréquemment sur les malades les cicatrices irrécusables d'autres engorgements suppurés de même nature.

M. Ricord a expérimenté le procédé de M. Prieur dans huit cas d'adénite scrofuleuse bien caractérisée, et les résultats qu'il a obtenus sont de nature à confirmer les conclusions de ce médecin. La durée moyenne du traitement a été de six semaines à trois mois, ce qui est une durée relativement courte pour ce genre d'affection.

M. le rapporteur ne partage pas entièrement l'avis de M. Prieur relativement au peu de douleur causée, suivant lui, par l'application de l'iode métallique. Cette application a paru être, au contraire, très-douloureuse, et la douleur a duré chez plusieurs malades de dix-huit à vingt heures. L'un d'eux même n'a pu la supporter plus de deux heures.

Quant à l'action générale de l'iode, consécutive à son absorption, M. Ricord est porté sinon à la nier absolument, au moins à la réduire beaucoup. Chez aucun malade on n'a observé de phénomène d'intoxication iodique.

M. le rapporteur propose pour conclusion : 1° d'adresser une lettre de remerciments à l'auteur ; 2° de renvoyer son mémoire au comité de publication.

L'Académie adopte.

— Il est quatre heures et demie, la séance est levée.

C. P. DENONVILLIERS.

Nous avons conduit dimanche dernier 11 septembre, à sa dernière demeure, au cimetière de Versailles, derrière une famille éplorée, une assistance nombreuse de médecins et de chirurgiens des hôpitaux de Paris, de professeurs agrégés de notre Ecole, avec le triste cortége des jeunes gens de son âge et de son cœur, la dépouille mortelle de notre cher camarade Charles-Paul Denonvilliers, mort à vingt-trois ans, et autour duquel s'étaient déjà formées de légitimes espérances, dont la réalisation eût été le soutien d'un nom médical des plus brillants et l'héritage d'un nom scientifique aussi illustre.

Petit-fils de Cordier, professeur au Muséum et membre de l'Institut, Paul était entré d'une façon brillante dans la carrière médicale, où l'appelaient ses goûts naturels, la renommée et l'exemple de son père M. Denonvilliers, inspecteur général des Ecoles de médecine, professeur à la Faculté de Paris. C'est sous de tels auspices qu'au sortir du collége Stanislas, où déjà ses facultés avaient éveillé l'attention, il prit en 1860 sa première inscription, et entra à l'hôpital de la Charité comme élève dans le service de notre vénéré maître M. Velpeau.

Un travail soutenu, des examens solides, la place de deuxième externe obtenue au concours de 1862, celle d'interne provisoire en 1863, le désignaient comme un candidat sérieux à la prochaine lutte de l'internat, et l'appelaient sans doute à y prendre sa part légitime de victoire.

Il avait, en effet, donné déjà de fortes preuves de ses facultés : intelligence ouverte, éléments solidement établis, jugement droit, clarté et simplicité dans l'expression, voilà ce qui laissait voir facilement la source où ces dons avaient pris naissance. L'avenir, sous la tutelle des soins paternels, se fût chargé de les développer. Que n'eût-on pas, en effet, été en droit d'attendre d'un tel élève soumis aux conseils d'un tel guide ?

Il avait plus : car, si les qualités de son esprit demandaient à se perfectionner encore, celles de son cœur donnaient déjà tout ce qui est le charme de la vie. Sensible, aimant, simple de goût, sans prétention, il a été le fils adoré d'une famille charmante, et le camarade recherché des compagnons de son temps.

Ainsi s'ouvrait sa vie : cependant, atteint depuis quelques mois d'un mal dont les tristes symptômes se sont vérifiés en s'aggravant chaque jour, il avait quitté Paris et ses études pour demander à l'air et au soleil quelques-uns de leurs bienfaisants effets. Hélas ! il n'était plus temps : l'inflexible l'avait déjà frappé du bout de ses ailes !

Pourtant son esprit sembla résister jusqu'aux sombres approches, et ceux qui ont eu ses derniers regards d'affection et ses dernières paroles, en conserveront profondément le triste et touchant souvenir.

Dans ces quatre mois de sa vie, il appartient tout entier à ceux auxquels il devait tout et dont il recevait encore les soins les plus tendres. Mais souvent il fut aussi aux amis, dont il désirait près de lui la présence fréquente. Alors, comme si sa maladie ne lui eût semblé qu'une épreuve temporaire de souffrances, il laissait aller son esprit aux illusions les plus complètes. Projets d'avenir, plans de travail, idées de légitime ambition, désirs d'honorer aussi un jour son nom : il aimait à voir tour à tour se présenter à lui tout ce que peut rêver une âme pleine de jeunesse et de distinction.

Hélas ! il n'en devait rien être !

La maladie avait jeté trop avant ses racines, et peu à peu la vie s'éteignit. Il est tombé aux approches de l'hiver, à la chute des premières feuilles. Ce qui n'était encore pour la science et notre profession qu'une *espérance*, s'est ainsi trouvé renversé avant la moisson venue : la fleur s'est fanée ! Ce qui avait déjà donné les fruits si doux de l'attachement à la famille et de la fidélité à l'amitié, s'est aussi brisé dans ce jour !

Il est tombé avant l'heure, comme notre cher Ardouin, qu'il aimait aussi et dont la mort récente nous affligeait tous, lui qu'entourait également le ravissant cortége des espérances lointaines et des amitiés sincères.

Et voilà pourquoi, comme pour lui, tant de pleurs ont coulé sur sa tombe et tant de regrets ont dit la place qu'il laissait ainsi vide !

Henri LIOUVILLE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le Concours pour l'internat des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 17 octobre, à midi, à l'Assistance publique.

On s'inscrit à partir du 20 septembre, jusqu'au lundi 3 octobre.

— Un cas de rage vient d'être observé à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier ; nous publierons prochainement cette observation.

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, commencera ses conférences pour l'externat, l'internat, et les deuxième et troisième examens de fin d'année, le 3 octobre prochain, et les continuera tous les jours, dans son amphithéâtre, boulevard Sébastopol, 46 (rive gauche).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traitement de la syphilis et d'autres maladies sans mercure, ou Recueil de témoignages tendant à prouver que le mercure est une cause de maladies, non un remède ; par M. Charles P. DRYSDALE, membre du Collége royal de médecine de Londres, Fellow du Collége des chirurgiens d'Angleterre, médecin du dispensaire Farringdon (traduit de l'anglais). In-12 de 102 pages. Prix, 1 fr. 50 c. Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives inflammatoires et hémorrhagiques vers les principaux appareils de l'économie, cerveau, moelle, poumons, etc., stéatose du foie, par M. le docteur CHÉDEVERGNE, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. in-8° de 248 pages. Prix : 3 fr. 50 c. *franco*. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

L'hiver dans le Midi. Indications climatologiques et médicales, et Conseils aux malades ; par A. BUTTURA, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital de Cannes. In-8° de 40 pages. Prix : 1 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Traité complet de physiognomonie, ou l'Homme moral positivement révélé par l'étude raisonnée de l'homme physique, avec des considérations sur les tempéraments, les caractères, sur leurs influences réciproques ; par le docteur LEPELLETIER (de la Sarthe). Un vol. in-8° de 600 pages. Prix : 7 fr. 50. — A Paris, chez Victor Masson et fils.

Fragments de critique médicale (Broussais, Magendie, Chomel), par le docteur CHAUFFARD, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Brochure in-8° de 67 pages. (Extrait de la *Revue des cours scientifiques.*) Prix : 1 fr. 50. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Des polypes naso-pharyngiens au point de vue de leur traitement, par le docteur ROBIN-MASSÉ, ancien élève des hôpitaux de Paris. Mémoire grand in-8°, avec 6 planches. Prix : 3 fr. *franco*.—Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'Ecole de Médecine, 23.

Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, troisième année, 1863-1864. Un vol in-8° de 500 pages. Prix : 5 fr. — Ce volume contient, entre autres mémoires : CHAUVEAU, A propos de l'aphémie. — CHASSAGNY, De la rupture des symphyses des nerfs vaso-moteurs de la tête. — RODET, Cancer de l'estomac. — OLLIER, Résection sous-périostée du maxillaire supérieur. — BERTOLUS, Cysticercus cellulosæ. — DELORE, Ectromélie. — ROLLET, Chancre induré de la lèvre chez les verriers. — DIDAY, Blennorrhagie syphilitique. — Paris, chez F. Savy, libr.-édit., rue Hautefeuille, 24.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 112. — SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 112. — SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Périnéorrhaphie.

Lorsqu'une déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale est ancienne (date de plus de trente jours), il n'est plus question de faire des sutures pour obtenir une réunion par seconde intention. La plaie est cicatrisée, la muqueuse vaginale est soudée avec la muqueuse rectale. Il faut avoir recours à l'avivement et à la suture, ou à la cautérisation de l'éperon, qu'on répète successivement.

Ce dernier procédé, imaginé par M. J. Cloquet, a quelques avantages. On a vu, après la cautérisation, la fente de la cloison recto-vaginale diminuer. Mais M. Velpeau a objecté qu'il s'agissait de la descente de l'éperon attiré en bas par la cicatrice de la brûlure, et non d'une occlusion par réunion des deux lèvres de la déchirure.

Le premier procédé a été pratiqué par Roux et Dieffenbach, qui avivaient et réunissaient par trois points de suture les parties avivées; et ce dernier chirurgien pratiquait des incisions libératrices sur le périnée, au niveau à peu près des branches ascendantes de l'ischion.

L'insuffisance de ces procédés n'a pas tardé à être reconnue. M. Langenbeck a inventé, et M. Verhaegne (d'Ostende) a mis en usage un procédé autoplastique compliqué, où la partie véritablement intéressante était une suture du rectum indépendante d'une autre suture destinée à unir un lambeau pris sur l'éperon, avec les lèvres de la déchirure avivées. Mais dans ce procédé, le lambeau pris sur la muqueuse vaginale est susceptible de se gangrener : l'opération laisse à désirer sur ce point.

Au milieu de toutes ces tentatives, trois opérations qui avaient été faites pour des ruptures récentes du périnée, et d'après le précepte de M. Danyau, étaient venues indiquer pour ainsi dire quels sont les *desiderata* auxquels on doit répondre dans les opérations de suture des ruptures anciennes du périnée. En 1849, M. Maisonneuve citait devant la Société de chirurgie trois cas de guérison par un procédé de suture véritablement bon.

Une suture en surjet avait réuni les bords de la muqueuse du vagin, puis les bords de la peau du périnée, puis les bords de la muqueuse rectale. Deux fils doubles traversant une grande épaisseur de tissu, l'un en arrière de la vulve, l'autre en avant de l'anus, avaient servi à placer deux points de suture enchevillée qui maintenaient la suture en surjet.

Cette opération, doublement excellente au point de vue de la théorie et au point de vue des faits, devait devenir une règle même pour les déchirures anciennes, et M. Demarquay a récemment publié un procédé qui repose sur le principe des sutures de tous les points de la déchirure; suture de la muqueuse du rectum, suture de la muqueuse vaginale, suture de la peau.

Voici le procédé qu'a employé M. Demarquay :



Dans un premier temps le chirurgien enlève sur les surfaces cicatricielles, de chaque côté de la cloison, deux lambeaux triangulaires dont la base est inférieure et regarde la fesse, et dont le sommet tronqué correspond à l'éperon de cette cloison déchirée. La grandeur de ces lambeaux est, comme on le comprend, subordonnée à l'étendue de la cicatrice. Dans un second temps, l'opérateur sépare l'une de l'autre la paroi vaginale et la paroi rectale; il dédouble ainsi la cloison dans une hauteur de 1 centimètre environ, et dissèque de chaque côté avec le plus grand soin les muqueuses du vagin et du rectum. Après avoir ainsi pratiqué l'avivement des bords de ces muqueuses, il procède à la suture, qui peut se diviser en trois temps :

1° Suture du vagin;
2° Suture du rectum;
3° Suture du périnée.

Du côté du vagin, il fait avec des fils cirés de cinq à neuf sutures simples, en commençant par la plus profonde; l'aiguille courbe armée d'un fil est enfoncée à gauche dans la muqueuse vaginale; elle traverse la lame de la cloison dédoublée et apparaît sur la surface d'avivement, puis la pointe est enfoncée sur le point correspondant de l'autre côté pour aller sortir également sur la muqueuse vaginale. On a ainsi une anse de fil dans la plaie, et les deux bouts dans le vagin.

On applique exactement de la même manière les autres fils cirés, qu'on pourra nouer ensuite dans ce conduit. Grâce au dédoublement de la cloison, les deux lambeaux de la muqueuse vaginale se trouveront en contact quand on serrera les fils, non par leurs bords seulement, mais aussi par une surface saignante d'une étendue d'autant plus grande que les fils auront traversé une épaisseur plus grande de parties avivées.

L'opérateur réunit ensuite de la même manière, du côté du rectum, les lambeaux de la cloison dédoublée, en plaçant également les anses de fil dans la plaie, et les bouts dans l'intestin. Il opère ensuite le rapprochement des surfaces en nouant les fils; trois ou quatre suffisent d'ordinaire pour faire la suture du rectum. Quand on est arrivé à cette partie de l'opération, la plaie a la forme d'un entonnoir dont la base regarde le chirurgien qui opère, et dont le fond correspond à celui de la déchirure. Les parois de l'entonnoir sont latéralement les surfaces cicatricielles avivées; en avant et en arrière, il est limité par les deux sutures qui, rapprochant séparément les muqueuses du vagin et du rectum, isolent complétement les deux conduits dont nous parlons.

Il ne reste plus alors qu'à rapprocher l'une de l'autre les parois latérales de cet entonnoir; c'est ce que fait M. Demarquay à l'aide de trois fils métalliques qui, enfoncés profondément à l'aide d'aiguilles courbes, en allant toujours de gauche à droite, vont au fond de la plaie former trois anses. En nouant l'une avec l'autre les extrémités de ces fils, on met en contact les deux surfaces triangulaires avivées.

Enfin, pour compléter le tout, le chirurgien fait, à l'aide de fils cirés, une série de ligatures simples moins profondes, qui établissent une liaison entre celles de la cloison vaginale et celles de la cloison rectale.

La suture étant ainsi terminée, le chirurgien pratique les deux incisions semi-lunaires de Dieffenbach, qui, comme nous l'avons dit, ont l'immense avantage de s'opposer à toute espèce de tiraillement.

Tel fut le procédé qu'employa M. Demarquay dans deux opérations pratiquées en 1858; l'une, en juin, à la Maison de santé, en présence de M. Monod; l'autre, en septembre, chez une malade de la ville. Il resta chez la première opérée une petite fistule recto-vaginale, qui fut traitée plus tard par la cautérisation. Grâce à ce moyen, la fistule diminua un peu de diamètre; mais la malade ayant été obligée de quitter Paris, l'oblitération ne put être pratiquée. La seconde malade a été guérie.

Épilepsie saturnine.

M. Bouillaud entretenait l'Académie de médecine, dans une de ses dernières séances, d'un cas d'épilepsie saturnine terminé par la mort et qui a donné l'occasion de rechercher la matière toxique dans la substance cérébrale. On lira avec intérêt quelques détails sur ce fait, que les Comptes rendus n'ont pu reproduire que d'une manière très-incomplète.

Il s'agit d'un homme âgé de quarante-trois ans, qui travaillait depuis six semaines seulement à la fabrique de Clichy, où il était entré faute d'autre occupation et poussé par la misère. Il se trouva justement employé au genre de travail qui expose le plus les ouvriers à respirer la poussière saturnine. Il n'était dans l'établissement que depuis quelques jours, lorsqu'il commença à être pris de malaise, céphalalgie, perte de l'appétit et des forces.

Ne pouvant plus suffire à son travail, il entra le 18 juin dernier à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bouillaud. Il se plaignait alors de faiblesses, de douleurs vagues dans le ventre et dans les membres, et de constipation. Il était pâle et offrait déjà un liséré marqué sur les gencives.

Un bain sulfureux, administré le jour même de l'entrée du malade à l'hôpital, donna à la peau une coloration gris noirâtre intense et généralisée.

Dans la nuit du 23 juin, le malade fut pris tout à coup d'une violente attaque épileptiforme; une seconde, une troisième attaque succédèrent bientôt.

Le 24, au matin, on le trouva en plein état de connaissance, n'ayant qu'une idée très-confuse de ce qui lui était arrivé la veille. La langue avait été mordue, ses bords étaient meurtris et saignants. Le malade accusait de la céphalalgie et une sensation de brisement des membres.

M. Bouillaud prescrivit deux vésicatoires aux cuisses et un purgatif au séné.

Le soir, à cinq heures, le malade était dans un état comateux; il avait eu onze attaques depuis la visite du matin. Il avait complétement perdu connaissance et ne répondait à aucune excitation. Il eut une attaque au moment même où on l'examinait.

Cette attaque débuta par une légère plainte avec grincement des dents : la face pâlit, la respiration s'arrêta, et les membres roidis furent agités de petites secousses. La figure se congestionna ensuite et devint violacée; la respiration était bruyante, et à chaque expiration les lèvres se couvraient d'écume. Au bout de deux minutes le malade retomba dans le coma. Plusieurs attaques semblables eurent lieu dans la nuit suivante. Le lendemain, on le trouva plongé dans un coma profond. Il mourut le soir à cinq heures, après être resté trente-six heures sans connaissance.

Les urines, essayées à plusieurs reprises par la chaleur et l'acide nitrique, ne contenaient point d'albumine.

L'autopsie faite trente heures après la mort, a donné les résultats suivants :

Le cerveau est congestionné. Les méninges sont fortement injectées, et l'on voit le long des vaisseaux qui se ramifient sur la face convexe des hémisphères, quelques légers exsudats opalins, sans adhérence au tissu cérébral sous-jacent.

Les autres viscères, notamment le foie et les reins, examinés avec soin, ont été trouvés sains.

Sur la demande de M. Bouillaud, M. Fordos, pharmacien en chef de la Charité, a bien voulu se charger de faire la recherche du plomb dans la substance cérébrale. Toute la masse du cerveau, à l'exception d'une tranche pesant environ 150 grammes, fut calcinée. Le résidu charbonneux repris par les réactifs convenables donna une quantité relativement considérable de sulfure de plomb.

— Nous avons déjà signalé plusieurs fois les recherches faites dans le but de découvrir la présence du plomb dans la substance cérébrale chez les sujets morts à la suite d'une encéphalopathie saturnine. Jusqu'ici on n'avait guère signalé que des traces de plomb impondérables, à peine appréciables aux réactifs. C'est la première fois, croyons-nous, qu'on a pu obtenir une quantité dosable de ce métal.

On remarquera dans ce fait l'absence d'albuminurie, ainsi que l'intégrité constatée des reins. On sait que l'albuminurie avait été signalée depuis longtemps dans l'intoxication par les sels de plomb. Dans un travail récent, que nous avons analysé il y a quelques mois (voir la *Revue* du 23 avril dernier), M. le docteur Danjoy a cru pouvoir établir, d'après des faits cliniques qui lui ont montré la coïncidence fréquente de l'encéphalopathie saturnine et de l'albuminurie, une relation physiologique entre ces deux ordres de phénomènes pathologiques.

Le fait pathologique que nous venons de rapporter paraîtrait échapper à cette loi. Faudrait-il attribuer l'absence de la lésion rénale et de l'albuminurie qui en est la conséquence, à la rapidité extrême de la marche de la maladie, qui a eu, en effet, un caractère essentiellement aigu?

On se rappelle qu'une dissidence s'est produite sur la question de savoir à quelle époque de l'intoxication saturnine se manifeste l'affection rénale, entre M. Ollivier, qui dit avoir trouvé cette lésion dans des cas d'intoxication récente, et M. Lancereaux, qui admet, au contraire, qu'elle ne survient qu'à une période déjà avancée de la maladie plombique, c'est-à-dire à la période cachectique. Ce fait tendrait à donner raison à M. Lancereaux. La rapidité avec laquelle les accidents cérébraux ont amené la mort avant que la période cachectique ait eu le temps de s'établir, expliquerait l'absence de lésion des reins.

Nous ferons remarquer enfin, sous le point de vue du rapprochement des symptômes de l'épilepsie saturnine avec ceux de l'épilepsie ordinaire, qu'il serait difficile ici de retrouver les dissemblances signalées par quelques auteurs, et que, n'étaient la connaissance de la cause et la coexistence d'autres signes d'intoxication saturnine, les symptômes n'ont différé ici de ceux de l'épilepsie commune que par l'acuité et la rapidité extrême de leur marche.

Sur une cause nouvelle du ptyalisme des aliénés.

Nous avons publié dans le numéro du 25 août dernier un travail de M. le docteur Berthier sur le ptyalisme des aliénés. M. Evariste Michel, ancien interne de l'asile d'aliénés d'Aix, nous communique à ce sujet une note dont l'objet est de faire connaître une cause nouvelle de ce ptyalisme.

On se rappelle que M. Berthier attribue l'affection qu'il décrit si exactement à trois causes différentes : au mauvais état des voies digestives, à des hallucinations diverses, et enfin à une surexcitation générale fort commune d'ordinaire chez les maniaques et au début de la démence paralytique. Ce ptyalisme est toujours sous la dépendance de la volonté. Aucune exagération de sécrétion salivaire ne le détermine, si ce n'est peut-être alors qu'il dérive d'une excitation extrême, ainsi qu'il arrive parfois dans la manie aiguë où la salive s'épanche de la bouche en abondance, comme dans certains états pathologiques dont il ne saurait être ici question.

A côté de cette exagération de fonction qui se produit sous l'influence dont nous venons de parler, on voit des aliénés se livrer à la salivation pour se débarrasser d'une sécrétion que le mauvais état de leurs voies digestives leur fait justement trouver nauséabonde, d'autres pour expulser des matières auxquelles des hallucinations du goût prêtent une repoussante fétidité; enfin quelques-uns s'abandonnent à cette expectoration volontaire et excessive qu'aucune mauvaise odeur ne provoque, dans la seule pensée d'échapper aux effets d'un chimérique empoisonnement.

Tels sont les différents mobiles auxquels obéissent les aliénés que frappe cette sordide infirmité, ou du moins les raisons diverses qui en ont été données par les auteurs que l'explication de ce phénomène morbide a occupés.

A ces causes depuis longtemps connues, M. Evariste Michel croit pouvoir en ajouter une nouvelle qu'il n'a vu mentionnée nulle part, et qu'il a eu l'occasion d'observer à l'asile d'Aix pendant son internat.

« Je veux parler, dit-il, d'une salivation parfaitement volontaire, qui se manifeste chez certains malades atteints de délire religieux. Je dis chez certains malades, parce que ce symptôme n'est point constant, et qu'il ne se présente que chez les aliénés frappés de l'une des nombreuses variétés de ce délire dont les formes sont si multiples et les nuances si arrêtées. On chercherait vainement, je crois, le phénomène dont je parle, dans la démonophobie ou dans la démonolâtrie, ces termes extrêmes de cette redoutable vésanie; mais on le rencontrerait souvent parmi les insensés que tourmente la folle crainte de commettre une faute, parmi ceux qu'une conscience timorée, un esprit étroit, un jugement faux, une éducation religieuse mesquine laissent sans repos et sans trêve, qui se livrent à d'austères pratiques de piété et s'imposent de ridicules mortifications, parmi ceux enfin qui, ne voyant dans la loi évangélique que la lettre, sont tués par la lettre. Tout est pour eux l'occasion d'une lutte pénible et d'un indescriptible tourment. Le moindre mot qui éveille en eux une idée de révolte contre le joug qui les courbe, ou encore la moindre parole qui fait naître dans leur esprit un souvenir libidineux, un désir peut-être, et cela par les associations d'idées les plus bizarres comme les plus lointaines, les porte à cracher, afin, disent-ils, de s'opposer avec plus de véhémence aux sentiments qui les agitent, et de se défendre des tentations qui en résultent, persuadés qu'ils s'arrachent par là aux pensées qui les obsèdent et qu'un esprit en délire leur présente comme criminelles. Les vains efforts qu'ils croient devoir entreprendre pour repousser la perception des sons n'ont pas d'autre but, selon eux, que de donner à leur volonté plus de caractère et à leur résistance plus d'énergie.

» Les hallucinations et les illusions du goût, de l'ouïe, de l'odorat, portent d'ordinaire les malades qui en sont atteints à empêcher, jusqu'à un certain point et autant qu'il est en eux, les fonctions de ces divers organes. Ici c'est l'ouïe qui est en jeu, et, chose remarquable, les efforts se portent sur les organes du goût.

» L'histoire du malade dont je vais parler fera comprendre peut-être les étranges motifs de cette singulière interversion. J'ai connu, il y a quelques années, un homme fort lettré et d'une intelligence remarquable, que des lectures trop mystiques, jointes à une désastreuse prédisposition héréditaire, avaient jeté dans ce délire. Il se livrait aux pratiques de dévotion les plus exagérées et s'abandonnait aux mortifications les plus dégoûtantes. Un domestique l'ayant surpris un jour dans une position ridicule, que la pensée de se sanctifier lui faisait souvent adopter, le railla en des termes de nature à choquer ses légitimes susceptibilités et à l'offenser dans ses plus chères croyances. Depuis lors, toutes les fois qu'il entendait cet infirmier parler devant lui, aurait-il prononcé les paroles les plus convenables et les moins répréhensibles, son front se ridait, ses joues se contractaient; il se détournait et crachait avec obstination.

» Il lui semblait, me disait-il plus tard, pendant une rémission de trop courte durée que lui laissa ce douloureux délire, dont la mort devait être le terme fatal, il lui semblait que les paroles de cet homme le souillaient; elles résonnaient à son oreille comme autant de blasphèmes, bien qu'il ne se méprît point sur leur véritable sens, qui, pour lui comme pour tous, n'avait rien de blasphématoire; mais elles empruntaient ce caractère en sortant d'une bouche impure, et parce qu'elles émanaient d'un homme qu'il considérait comme réprouvé et maudit. S'il les avait écoutées impassiblement, sans chercher à s'en débarrasser par de semblables efforts, il aurait cru, en les entendant, participer à l'état de celui qui les proférait et se rendre coupable. Je ne saurais mieux faire comprendre l'inconcevable illusion par laquelle il passait qu'en me servant de ses propres expressions, malgré l'apparence grossière de son langage : « Il » me semble, disait ce malade, que la parole qui me scandalise » se dissout dans ma bouche; que ma salive s'en imprègne et » qu'elle pénètre ainsi dans mon corps pour le souiller. »

S'il est vrai, comme le pense M. Ev. Michel, ce que nous n'avons pas eu le loisir de vérifier, que cette nouvelle cause de ptyalisme n'ait pas encore été indiquée, c'est une addition utile à faire à l'excellente classification de M. Berthier.

Ophthalmoscopie.

Nous avons assisté hier, dans les services de clinique de l'Hôtel-Dieu, à quelques nouveaux essais d'ophthalmoscopie, ce moyen d'exploration si précieux, non-seulement pour le diagnostic des maladies profondes de l'œil, mais encore comme auxiliaire ou complément du diagnostic des affections cérébrales et de certaines affections générales qui ont un retentissement plus ou moins immédiat sur l'organe de la vision. Ces essais ont été faits avec le nouvel ophthalmoscope perfectionné de M. le docteur Galezowski, qui a été conçu et exécuté particulièrement en vue de faciliter et de vulgariser les applications de l'ophthalmoscopie dans les exercices cliniques des hôpitaux.

L'ophthalmoscope de M. Galezowski est basé sur ce double principe :

1° Que la lentille étant placée à une distance fixe de l'œil examiné, il n'y a plus besoin de chercher en tâtonnant cette distance; il suffit d'appuyer l'instrument contre l'orbite et de projeter la lumière sur l'œil au moyen du miroir réflecteur pour qu'on aperçoive très-distinctement le fond de l'œil, ainsi que la papille, à travers le petit trou ménagé au centre de ce miroir;

2° Que la partie de l'instrument qui s'applique sur l'orbite du malade constitue une véritable chambre noire, circonscrite au champ de l'organe exploré, et qui suffit pour empêcher la lumière du jour d'arriver à la surface de la cornée et de gêner l'examen. C'est cette modification surtout qui nous a paru utile pour les applications cliniques. Cette heureuse modification permet, en effet, d'examiner les malades à toute heure et par quelque jour que ce soit, dans leur lit et dans toutes les positions indistinctement, assis ou couchés, sans qu'on ait besoin de les déplacer et de les transporter dans une pièce particulière. L'appareil et une lampe suffisent pour toutes les explorations.

Nous reviendrons, à l'occasion de quelques-uns des résultats de ce mode d'exploration, que nous aurons à faire connaître, sur des détails plus précis à ce sujet, s'ils sont jugés nécessaires.

Les lecteurs de la *Revue* apprendront avec plaisir la publication de la deuxième édition, revue et augmentée, de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, par M. Trousseau. Cette nouvelle édition, dont les deux premiers volumes viennent de paraître, se composera de trois volumes. Le troisième et dernier volume est annoncé pour la fin de novembre prochain.

Les deux volumes parus contiennent les leçons déjà publiées dans la première édition, auxquelles M. Trousseau a ajouté un assez grand nombre de faits recueillis dans les deux dernières années, et un assez grand nombre de leçons nouvelles conçues et rédigées dans le même esprit et la même forme que celles de la première édition.

On trouvera parmi les principaux sujets de ces nouvelles leçons : les *névralgies*, la *paralysie glosso-laryngée*, l'*aphasie*, la *rage*, la *cirrhose*, l'*ictère grave*, le *rhumatisme noueux*, le *rhumatisme cérébral*, la *chlorose*, l'*infection purulente*, la *phlébite utérine*, la *phlegmatia alba dolens*, les *phlegmons péri-hystériques*, les *phlegmons péri-néphriques*, l'*hématocèle rétro-utérine*, etc. Nos lecteurs reconnaîtront dans ces titres plusieurs leçons dont nous leur avons déjà donné la primeur.

DE L'ISOLEMENT DES MALADES

atteints d'affections contagieuses ou infectieuses, spécialement des malades affectés de variole.

M. le docteur Vidal a lu à la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 24 août dernier, un très-remarquable et très-consciencieux rapport sur cette question à l'ordre du jour, à savoir : s'il convenait d'isoler, dans les hôpitaux, les malades atteints d'affections contagieuses ou infectieuses, spécialement les malades affectés de variole.

On se rappelle qu'une pétition adressée au Sénat par les malades de l'hôpital Saint-Louis, puis renvoyée au ministre de l'intérieur, fut le point de départ de cette enquête, à laquelle vient aujourd'hui répondre, par l'organe de M. Vidal, une commission nommée au sein de la Société médicale des hôpitaux, et composée de MM. Roger, Guérard, Léger, Lallier, Jaccoud et Vidal.

Les conclusions de cette commission, discutées dans les séances de la Société avec toute l'attention que comporte un aussi grave sujet, peuvent être considérées comme l'expression des vœux de tous les médecins des hôpitaux de Paris; et on ne peut mettre en doute un seul instant que le directeur de l'Assistance publique, en invitant les médecins des hôpitaux à lui adresser les résultats de leur expérience et leur opinion relativement à l'isolement des malades ou au maintien de l'état de choses actuellement existant, ne s'empresse de mettre à exécution les mesures qui lui sont proposées.

I. Deux questions se présentent naturellement à l'esprit :

1° Y a-t-il nécessité d'isoler les malades atteints d'affection contagieuse (variole et varioloïde)?

2° En cas d'affirmative, quels sont les meilleurs moyens de réaliser cet isolement et d'empêcher la contagion, tout en mettant les varioleux dans les conditions les plus favorables à leur guérison?

II. La réponse affirmative à la première de ces deux questions s'impose d'elle-même : et aujourd'hui des plaintes s'élèvent de toute part, comme au temps de Tenon vers la fin du siècle dernier. Dans son rapport de l'année 1861, M. Laborie, médecin en chef de l'Asile impérial de Vincennes, s'exprime à cet égard avec beaucoup de justesse et de vérité; nous citerons textuellement quelques lignes de son rapport :

« Nous ne saurions laisser passer cette occasion de nous élever de toutes nos forces contre le déplorable usage de laisser » les varioleux dans les salles communes. Une maladie aussi » redoutable, aussi transmissible, devrait être mise en quarantaine, et nous sommes toujours péniblement affectés en voyant » parmi les convalescents varioleux qui nous arrivent souvent » défigurés, quelquefois infirmes, des malades qui étaient entrés » dans l'hôpital pour y être traités d'une autre affection. C'est » pendant le cours de ce traitement que, mis en contact avec » les varioleux, ils ont eux-mêmes contracté la variole. »

Parmi les cas d'affections varioleuses qui se déclarent pendant le séjour à l'hôpital, on en pourrait savoir exactement le compte, si mention de la cause de la maladie était faite sur les bulletins statistiques.

Il y a là malheureusement une lacune, et l'hygiène nosocomiale est ainsi privée de précieux renseignements. Mais une partie des cas d'affection varioleuse ne se manifestant qu'après la sortie des malades des hôpitaux, nous est connue, et la statistique des asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet donne à cet égard des renseignements précieux.

En ne prenant pour base de calculs que le nombre de malades ayant eu l'éruption varioloïde pendant les quatorze jours qui ont suivi leur sortie des hôpitaux :

Sur 128 varioleux observés à l'asile de Vincennes de 1861 à 1864, pendant trois années, 100 ont contracté la maladie dans les quatorze premiers jours qui ont suivi leur sortie de l'hôpital, ce qui, comparé au nombre total, donne un rapport de 78,90 pour 100.

A l'asile du Vésinet, M. Guionix, en faisant le même calcul, a noté une proportion plus considérable, qu'il évalue à 90 pour 100.

En somme, 195 malades sortis convalescents des hôpitaux, entrés dans les deux asiles précités pendant les années 1861, 1862, 1863, ont eu la variole, qu'ils avaient *contractée* à l'hôpital. Le rapport des malades sortis des hôpitaux à ceux admis en convalescence étant de 6,32 à 1, on peut raisonnablement admettre que 195×6,32, c'est-à-dire environ 1,232 malades sont devenus varioleux après être sortis de l'hôpital et y avaient contracté la variole. Si on ajoutait à ce chiffre celui des malades devenus varioleux dans les salles par contagion, on pourrait très-raisonnablement doubler le chiffre précédemment obtenu.

Ces évaluations numériques prouvent mieux que toutes les assertions la nécessité de la séparation des varioleux dans les hôpitaux.

L'urgence d'une mesure radicale ayant pour but d'arriver à un isolement aussi complet que possible, a été admise à l'unanimité par la commission.

III. Cependant on pouvait faire à l'adoption de cette mesure quelques objections : on pouvait dire, par exemple, qu'il suffirait de revacciner indistinctement tous les malades au moment de leur entrée pour empêcher ainsi la propagation de la variole dans les hôpitaux.

C'est là une idée fort belle en théorie, mais difficile à réaliser dans la pratique : elle a du reste été essayée, et quelques années ont suffi pour en faire justice. C'est qu'en effet non-seulement la revaccination est insuffisante, parce qu'on ne peut contraindre tous les malades entrant à l'hôpital à s'y soumettre, mais encore parce que ceux qui y sont amenés au début ou dans le cours des maladies aiguës sont mal disposés à en recevoir l'influence préservatrice. Chez le plus grand nombre de ces derniers, la vaccination échoue ou ne réussit qu'imparfaitement, et le but qu'on poursuivait n'étant pas atteint, ils restent désarmés devant les chances de contagion.

D'autre part, la revaccination n'est point par elle-même une opération indifférente, et il ne serait guère prudent d'ajouter à une maladie grave, telle qu'une pneumonie, une fièvre typhoïde, etc., l'excitation que détermine l'évolution du vaccin.

Une autre objection pourrait être faite à la nécessité des mesures proposées par la commission, en faisant remarquer qu'il existe dans tous les hôpitaux des chambres à un ou deux lits. Le directeur de l'Assistance publique se demande « comment » il se fait que ces chambres soient si souvent détournées de » leur destination.... C'est aux chefs de service à répondre, puis- » qu'il leur appartient de distribuer à leur gré, et suivant la » convenance du traitement, tous les malades de leur salle. »

Les chefs de service peuvent parfaitement répondre à cela que si ces chambres ont été détournées de leur destination, c'est que leur destination était illusoire. A quoi bon placer les varioleux dans ces chambres? L'isolement n'en est pas réel. La plupart communiquent avec les salles communes auxquelles elles

sont contiguës; le service en est fait par les mêmes personnes; leur literie, leur linge sont confondus avec ceux des salles voisines. Une preuve convaincante de ce qu'on peut attendre de ces petites chambres à deux lits, nous est fournie par un fait qui s'est présenté le mois dernier dans le service de M. le docteur Tardieu, à l'hôpital Lariboisière.

Dans la petite chambre contiguë à la salle Sainte-Joséphine, n° 18, arriva une varioleuse : les n°s 19 et 20 de la grande salle eurent tous deux de la varioloïde; la contagion s'était faite par propagation.

IV. Puisque l'isolement est nécessaire et qu'on n'a jusqu'ici rien trouvé qui pût y suppléer, il ne restait plus qu'à rechercher quels sont les meilleurs moyens de réaliser l'isolement des varioleux dans les conditions les plus favorables à leur guérison.

1° *Isolement dans un hôpital spécial.* — Il y a à Londres, au nord de la ville, à Highgate-Hill, un hôpital spécial pour les varioleux, le *Small-pox and vaccination hospital.* Or, les varioles ne sont là ni plus graves ni plus bénignes que partout ailleurs; les varioleux ne se nuisent donc point en se groupant dans un même hôpital.

Mais ce qu'il y a de plus important à noter, c'est que cette concentration des varioleux dans un même point n'est pas pour les quartiers avoisinants une cause d'infection. C'est un fait que M. Marson, médecin depuis près de trente ans du *Small-pox hospital*, affirme d'une façon très-positive.

On soigne au *Small-pox* presque tous les cas de variole, car sur 34,213 malades soignés à Guy's hospital, à Saint-Barthélemy, à Saint-Thomas, on ne compte que 18 cas de variole; et encore ces malades sont mis dans de petites salles isolées, *à des étages distincts des autres malades.* M. Husson, dans son *Étude sur les hôpitaux*, mentionne ce fait; c'est là un idéal auquel les petites chambres à un ou deux lits contiguës aux salles ne répondent qu'imparfaitement.

2° *Isolement dans un pavillon séparé.* — C'est un mode d'isolement adopté dans presque toute l'Allemagne, en Danemark, en Russie. On ne peut admettre de varioleux que dans les hôpitaux qui ont des pavillons séparés pour les recevoir.

3° Enfin un moyen d'isolement inférieur au précédent, mais de beaucoup supérieur au maintien du *statu quo*, c'est *l'isolement dans des salles ou chambres séparées du reste de l'hôpital.* C'est ce qui se fait dans les hôpitaux de l'armée et de la marine, mieux partagés que les nôtres.

A Vincennes et au Vésinet, qui sous ce rapport pourraient servir de modèle, non-seulement les salles de varioleux sont isolées, mais ces malades sont isolés eux-mêmes pendant tout leur séjour à l'asile; ils ont leurs réfectoires, leurs promenades distincts, et ne se mêlent jamais aux autres malades. C'est là une des nombreuses et excellentes améliorations que l'Assistance publique de Paris pourrait emprunter avec avantage aux asiles de convalescence.

V. En résumé, la commission de la Société médicale des hôpitaux a donné, par l'organe de M. Vidal, son rapporteur, les conclusions suivantes :

1° Il est urgent d'isoler les malades atteints d'affections contagieuses (variole, varioloïde, etc.);

2° Les beaux résultats de l'isolement par les méthodes mises en usage dans les asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet, dans les hôpitaux de l'armée et de la marine, etc., démontrent la possibilité d'éviter les dangers dont la crainte a fait ajourner jusqu'ici une mesure salutaire;

3° La création d'un hôpital spécial n'est pas nécessaire et pourrait avoir des inconvénients;

4° La construction dans chaque hôpital d'un pavillon isolé avec service particulier et indépendant, composé de chambres de deux à quatre lits pour la variole, de quatre à six lits pour la varioloïde, avec une ventilation de 120 à 150 mètres cubes par heure et par malade, permettrait de séparer aussi complétement que possible les varioleux et de les traiter dans des conditions favorables à leur guérison;

5° Dans les hôpitaux dont les dispositions actuelles ne permettraient pas la construction d'un pavillon isolé, il est nécessaire et il serait possible de séparer les varioleux des autres malades en les réunissant dans des chambres de deux à quatre lits pour la variole, de quatre à six lits pour la varioloïde, *chambres groupées dans un quartier indépendant des autres services;*

6° Il serait avantageux, dans le pavillon ou dans le quartier des varioleux, de réserver des chambres d'alternance.

D[r] E. Le Sourd.

DU FORCEPS ASSEMBLÉ.

Par M. le docteur C. Bernard (d'Apt).

En énumérant les diverses indications que l'on a voulu remplir depuis le réel perfectionnement apporté au forceps par Levret, la *Gazette des Hôpitaux* du 27 août dernier me range parmi les accoucheurs qui ont imaginé des forceps dont le brisement de chaque branche fait des forceps très-portatifs. C'est une erreur; le forceps dont je suis l'auteur ne porte ni articulation ni brisure dans le plein de chaque branche : je ne l'ai point affaibli en en faisant un forceps de poche.

En second lieu, après avoir dit un mot des forceps spéciaux, susceptibles d'être appliqués les uns antéro-postérieurement, les autres dans certaines présentations de la face, il est question du forceps destiné par son auteur, M. Chassagny (de Lyon), à obvier à la difficulté de l'introduction séparée des deux branches; et à cet endroit, vous louez M. le docteur Trélat d'avoir rejeté dans le forceps qu'il a fait construire, une complication inutile, celle de la *réunion constante des deux branches du forceps proposé par M. Chassagny.*

Je revendique pour moi ce que la *Gazette* appelle une complication inutile. C'est moi qui suis responsable de la proposition du *nouveau principe de la jonction des branches du forceps, et de leur introduction simultanée.* Ce principe, qui est condamné rigoureusement, « parce qu'il semble que l'introduction séparée des deux branches soit une pratique plus heureuse que l'expérience de plus d'un siècle a traditionnellement conservée et à juste titre », ce principe, dis-je, je l'ai réalisé sur un forceps non croisé, auquel j'ai donné le nom d'*assemblé.*

Cet instrument, présenté en 1836 à l'Académie de médecine de Paris, fut théoriquement approuvé par ce corps savant. Depuis cette époque, je suis arrivé à ma cent cinquième application. La *Gazette des Hôpitaux* a publié dans le temps une partie de ces applications. Le *Journal des sciences médicales et naturelles* de Bruxelles, et les *Annales cliniques* de Montpellier, renferment un mémoire dogmato-clinique, dans lequel j'ai décrit l'instrument à l'état assemblé et à l'état désassemblé; car j'ai fait la part des deux principes, en les admettant tous les deux sur le même forceps.

Pour éclairer la question, il suffit de se reporter au n° 61 de votre excellent journal, où il est dit à l'occasion du forceps présenté par M. Chassagny : « Cet instrument s'applique les deux branches repliées l'une sur l'autre, comme dans le forceps de M. Camille Bernard. » Je suppose que ces paroles sont sorties de la plume de M. Chassagny lui-même ou de celle du confrère qui a rendu compte de la séance de l'Académie de médecine du 24 mai dernier. Quoi qu'il en soit, j'ai à m'applaudir de ce que M. Chassagny a trouvé bon d'adopter le principe de l'assemblage des branches.

Quant à la modification instrumentale que mon honorable confrère a apportée au forceps assemblé, je ne puis ici exprimer une opinion rationnelle. Je ne connais ce forceps que par la figure renfermée dans la *Gazette des Hôpitaux.* Je puis dire, cependant, qu'à l'époque de mon invention, la jonction des branches par l'extrémité postérieure fut exécutée par moi de très-bonne heure, parmi les mille essais que je tentai, et que je la rejetai, par la raison qu'elle exigeait l'emploi des deux mains pour opérer l'évolution des deux branches. Tous mes efforts ont tendu à ce qu'une seule main fît déployer les deux cuillers, tandis qu'à l'intérieur l'autre main surveillait le plus longtemps possible la saisie de la tête : il s'agit surtout en cela des applications au détroit supérieur.

Je ne veux entrer aujourd'hui dans aucune discussion, à la veille de celle qui va s'ouvrir au sein du Congrès de Lyon à l'endroit du forceps. Cependant je dois dire qu'une expérience de près de trente ans depuis mon invention, me permet de m'applaudir d'avoir réuni les deux branches du forceps, tout en les conservant séparables. La pratique a parfaitement justifié ces paroles de M. le professeur Velpeau : « Faire du forceps un instrument d'ensemble, c'est le compléter. » M. Velpeau est l'auteur du rapport qui en 1836 fut lu à l'Académie au nom d'une commission composée de MM. P. Dubois, Moreau et Velpeau.

Sans doute, l'art du fabricant n'a pas dit son dernier mot dans l'exécution du principe que j'ai préconisé. J'ai bien prévu que les mille modifications compliquées, inutiles ou disgracieuses que j'ai répudiées seraient reprises et deviendraient un jour l'objet de nouvelles tentatives; mais au milieu des changements dont est susceptible chaque partie du forceps, il existe toujours une perfection idéale que nous devons nous efforcer d'atteindre. Je me garderai donc bien de poser des bornes aux perfectionnements; je les sollicite, je les souhaite, et quoique le forceps assemblé dont je me sers ait rempli jusqu'ici mes intentions, je serais heureux qu'un autre inventeur fît mieux encore.

Ma seule prétention, à moi, c'est d'avoir réalisé par une première invention un principe que je crois fécond en heureux résultats. Les instruments passent, mais les idées restent quand elles sont bonnes. Je suis prêt à adapter au forceps assemblé telle modification qui constituera un progrès. Quant à l'idée de la jonction des branches, j'ai la certitude morale qu'à l'avenir toutes les intelligences qui se tourneront vers le perfectionnement du forceps, s'efforceront de joindre les deux principes sur le même instrument, au risque de se priver dans les applications au détroit supérieur de la plus utile des ressources (1).

— Nous ne voulons pas discuter ici les opinions ni la pratique de M. Bernard; le lecteur jugera et se reportera aux raisons que nous avons fait valoir contre le forceps de M. Chassagny, dont le principe a des rapports avec le forceps de M. Camille Bernard présenté à l'Académie en 1836.

(*Note de la Rédaction.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 septembre 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* — Le *Montpellier médical.*

— M. le docteur Mac Leod, membre correspondant étranger, fait hommage à la Société de l'ouvrage qu'il vient de faire paraître, intitulé : *Outlines of surgical diagnosis.*

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le D[r] Lespiau, médecin-major de première classe aux ambulances du Mexique, un manuscrit intitulé : *Exposé clinique des blessures traitées aux hôpitaux de Cholula et de Puebla.*

Ce travail, consciencieusement fait, renferme quelques observations chirurgicales intéressantes.

— M. Depaul dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Joseph-Louis Gianelli, un ouvrage imprimé en italien *sur la vaccine et les lois qui régissent la vaccination dans le royaume d'Italie.*

Dans ce travail important, M. le D[r] Gianelli recherche l'origine de la vaccine et exprime des opinions analogues à celles de M. Depaul.

— M. Follin dépose sur le bureau de la Société, de la part de M. J. A. Loubet, sa thèse inaugurale intitulée : *Des troubles visuels qui se lient à la diphthérite et de leurs causes.*

Le travail de M. Loubet, dit M. Follin, est une monographie intéressante de l'amaurose liée à la diphthérie. Depuis fort longtemps on savait que l'angine diphthéritique était quelquefois suivie de troubles de la vue, mais on ignorait la cause de ces troubles jusqu'à ces derniers temps, où l'on a reconnu qu'il s'agissait là d'une paralysie de l'appareil musculaire de l'accommodation. Le travail de M. le D[r] Loubet est une étude de l'amaurose diphthéritique faite au point de vue des recherches modernes.

— **Résection du maxillaire supérieur.** — M. Ollier (de Lyon) adresse la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Par suite de circonstances exceptionnelles, je n'ai pu connaître que tardivement votre réponse à ma lettre du 26 juillet dernier. Je viens vous demander aujourd'hui, malgré ce retard, qui serait inexcusable s'il n'était pas involontaire, la permission de vous répondre à mon tour, mais sur deux points seulement : sur une question de texte et sur une question d'observation.

Ce n'est pas que je puisse adopter complétement votre manière de voir sur la rétraction des tissus en général et du tissu osseux en particulier. Mais je ne m'étendrai pas sur ce sujet, de crainte de faire oublier le point de départ et de trop élargir les limites de la discussion. Ne perdons pas de vue seulement que la théorie que je soutiens s'applique spécialement aux cavités accidentelles, osseuses ou ostéofibreuses, résultant de l'ablation d'un os ou d'une portion d'os.

Nous ne différons du reste que du plus au moins dans la question de la rétractilité de ces cavités osseuses accidentelles, et vous vous montrez implicitement disposé à reconnaître les avantages de mon procédé, s'il peut donner lieu à la reproduction d'une masse osseuse assez épaisse pour empêcher l'os malaire de s'incliner vers le nez.

Vous dites, en effet, que « pour soutenir les deux extrémités de » l'arc osseux, dont le milieu a été enlevé avec le maxillaire supé» rieur, il faudrait non pas une simple lamelle ossiforme et sans ré» sistance, mais un os véritablement épais et solide. »

Mais c'est précisément cette condition que j'ai obtenue, et, si vous voulez bien relire mon observation, vous verrez qu'il n'y est nulle part question de cette lamelle ossiforme et flexible dont vous me reprochez à plusieurs reprises la souplesse et la minceur; mais qu'au contraire je signale une « masse épaisse, non dépressible, impéné» trable par de fortes épingles, conservant d'une manière fixe une » forme arquée, bien distincte de l'os malaire, et ne pouvant être » constituée que par un tissu osseux de nouvelle formation. »

Cette masse de nouvelle formation produite par le périoste, réunit ainsi toutes les conditions que vous exigez; elle remplit le programme que vous avez tracé vous-même. Nous ne sommes donc séparés sur ce point que par un texte mal interprété et qu'il est facile de rétablir.

Maintenant, permettez-moi d'ajouter quelques lignes sur un autre point plus important peut-être, parce qu'il est plus général : Vous considérez la dissection du périoste comme une opération très-longue, extrêmement douloureuse, pleine de dangers pour le malade, redoutable par l'hémorrhagie qu'elle peut produire. Quant à moi, je la regarde au contraire comme une manœuvre facile, n'exposant à aucun danger et n'augmentant pas sensiblement les douleurs de l'opération. Nous ne pouvons pas être ici en plus complet désaccord. Il ne s'agit plus cependant d'une théorie, il s'agit d'un fait qu'on peut vérifier et démontrer. C'est au nom de l'observation et de l'expérimentation que je combats vos conclusions, et je dois d'autant moins laisser vos objections sans réponse, qu'elles émanent d'un homme en qui tout le monde se plaît à reconnaître les plus brillantes qualités de l'opérateur.

Depuis mes premières recherches sur le rôle du périoste dans les régénérations osseuses, je me suis efforcé de démontrer que le décollement de cette membrane n'offrait pas les difficultés imaginées par quelques chirurgiens.

J'ai fait voir que cette membrane était très-facile à décoller sur la plus grande étendue des os, chez les jeunes sujets surtout, et qu'en thèse générale il ne fallait pas juger de son adhérence sur le vivant par la difficulté qu'on avait à l'isoler dans les préparations cadavériques. Avant d'avoir donné la démonstration clinique de ce fait, je l'avais constaté un grand nombre de fois sur les animaux.

L'union du périoste à l'os est même tellement faible dans certains cas pathologiques, qu'il est plus facile de laisser cette membrane adhérer aux parties molles périphériques que de l'enlever avec l'os. C'est pour cela qu'on a fait quelquefois des résections sous-périostées sans le savoir et sans le vouloir.

Dans l'ablation du maxillaire qui est ici en cause, le périoste a été rapidement et très-régulièrement détaché. Celui de la face externe de l'os, comme on pouvait le constater par un examen direct, n'avait pas éprouvé la moindre perte de substance. Quant à celui de la voûte palatine, son intégrité fut indirectement démontrée par la netteté de la surface osseuse qu'il recouvrait. La sonde-rugine pour le premier, un levier coudé en forme de langue de carpe pour le second, sont les deux instruments dont je me suis servi. Ce décollement s'est accompli sans douleur, au moins pour le périoste externe, car le malade était sous l'influence de l'éther. Certainement on ne doit pas procéder à l'ablation d'un polype naso-pharyngien pendant le sommeil anesthésique, mais on peut toujours rendre le malade assez insensible pour qu'il ne se réveille qu'après les temps les plus douloureux de l'opération préliminaire.

(1) Le forceps assemblé a le grave défaut d'être d'un prix très-élevé, comparativement au forceps en usage. Sa vulgarisation a tenu jusqu'ici, je crois, à cette cause. J'en appelle en cela à nos habiles fabricants.

Je ne puis donc pas admettre avec vous, Monsieur le président, que le décollement du périoste soit une opération très-longue et extrêmement douloureuse. Ce temps de l'opération préliminaire est au contraire rapide et peu douloureux par le procédé que j'indique. C'est l'extirpation du polype, suivie d'une hémorrhagie plus ou moins abondante, qui constitue la partie de l'opération la plus longue, la plus dangereuse et la moins réglée.

Vous m'objectez encore l'hémorrhagie, que vous considérez comme très-redoutable, et à ce propos vous me rappelez l'opération d'uranoplastie dans laquelle notre habile collègue M. Legouest eut la plus grande peine à arrêter cette complication.

Permettez-moi ici encore de repousser l'analogie que vous invoquez. L'hémorrhagie est grave dans l'uranoplastie parce qu'on ne peut pas aller lier l'artère palatine supérieure, et qu'on est obligé de suspendre l'opération tant que le sang coule en abondance; mais dans l'ablation du maxillaire, c'est tout autre chose. L'extirpation de l'os est le meilleur hémostatique, l'artère palatine supérieure étant arrachée ou déchirée, et ce n'est pas du lambeau périostique palatin luimême que peut venir le sang. Une fois le maxillaire extirpé, les chances d'hémorrhagie ne sont pas plus nombreuses, que le périoste ait été conservé ou enlevé avec l'os.

La crainte de l'hémorrhagie ne doit donc, pas plus que la douleur et la difficulté de l'opération, constituer un argument contre la conservation du périoste dans l'ablation du maxillaire. Or la présence de cette membrane donnant lieu à la reproduction d'une masse solide et résistante entre les surfaces osseuses laissées sans soutien par l'ablation du maxillaire, et diminuant en outre notablement la perte de substance de la voûte palatine, il ne peut y avoir et il n'y a en réalité que des avantages à la conserver.

Veuillez agréer, etc.

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. FOLLIN n'ayant pas assisté à la dernière séance et n'ayant pu depuis prendre connaissance des discours de M. Foucher et de M. Richet, demande la parole pour la prochaine séance.

M. Follin aura la parole.

LECTURE.

M. MEYER lit un mémoire sur l'*iridectomie*.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Giraldès, Follin et Lefort.

M. VELPEAU s'étonne, à l'occasion de cette lecture, du nombre considérable des opérations d'iridectomie qui ont été pratiquées par quelques chirurgiens dans l'espace de quelques années. On les compte par centaines. Le glaucome aigu, qui indique le plus souvent l'opération, n'est pas une affection très-fréquente, c'est du moins ce qui résulte de la longue et nombreuse pratique de M. Velpeau. On pourrait faire des observations analogues au sujet des fistules vésico-vaginales, dont un chirurgien venu récemment en France aurait opéré près de trois cents.

M. LARREY fait remarquer que la pratique spéciale de certains chirurgiens dépasse la ville où ils exercent. Roux avait fait douze cents fois l'opération de la cataracte; Larrey père pratiqua cent treize ou cent seize fois la désarticulation de l'épaule. M. de Græfe est dans ce cas, et les nombreux malades qui lui viennent de tous les pays expliquent le nombre très-élevé de ses opérations d'iridectomie.

M. GIRALDÈS fait remarquer que beaucoup d'affections rangées autrefois dans la classe confuse des amauroses, sont aujourd'hui considérées à juste titre comme des glaucomes; que d'ailleurs les méthodes ou les opérations nouvelles proscrites par certains chirurgiens se concentrent entre les mains de quelques opérateurs, qui arrivent alors à des chiffres considérables d'opérations. C'est ainsi qu'après les attaques de M. Syme (d'Edimbourg) et celles de l'école irlandaise, l'iridectomie n'a guère été pratiquée au début qu'à l'hôpital de Morfield, par M. Bowman. C'est pour la même raison que depuis 1856 M. de Græfe, le premier promoteur de l'iridectomie, a si souvent répété cette opération, et sa vaste instruction unie à une incontestable bonne foi scientifique, ne permettent pas de mettre en doute l'exactitude du diagnostic.

M. LEFORT donne quelques détails sur la manière dont fonctionne la clinique ophthalmologique de Berlin, sur le nombre très-élevé des malades qui s'y présentent, sur leur inscription régulière sur un registre spécial, sur le soin avec lequel sont tenus les relevés statistiques, et en définitive sur la certitude que présentent les renseignements de cette nature venus d'Allemagne.

M. VERNEUIL demande que la Société passe à l'ordre du jour. Il serait fâcheux que la Société s'engageât dans une voie de suspicion vis-à-vis de chirurgiens étrangers qui peuvent avoir entre les mains les preuves de ce qu'ils avancent.

M. VELPEAU n'a élevé de doutes sur la bonne foi d'aucun chirurgien; il demande seulement qu'on fournisse la preuve que ces nombreuses observations d'iridectomie ont été faites pour des glaucomes. Les motifs indiqués par M. Giraldès ne l'ont pas convaincu, et il pense encore qu'on a dû regarder comme des glaucomes ce qui n'en était pas.

COMMUNICATION.

Tumeurs lymphatiques; autopsie. — M. TRÉLAT communique la fin de l'observation du malade qu'il avait présenté à la Société dans la séance du 22 juin de cette année.

(Nous publierons ce fait intéressant dans un prochain numéro.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

Cancer de l'œil. — M. MARJOLIN présente à la Société un enfant atteint d'une tumeur ulcérée de l'œil qui offre le volume d'une pomme, et fait une saillie considérable hors de l'orbite; cette tumeur paraît consécutive à une blessure de l'œil. M. Marjolin a toujours vu récidiver ces sortes de tumeurs, et demande l'avis de ses collègues sur l'opportunité de l'opération.

M. GUERSANT. J'ai bien vu 40 ou 50 cas de ces affections, et toujours j'ai observé une récidive plus ou moins rapide. Elle paraît inévitable, même en opérant dès le début, lorsque le produit morbide est encore très-petit; néanmoins il m'a paru que l'ablation soulageait les malades pendant un temps, et malgré l'insuccès définitif assuré, j'ai plusieurs fois opéré dans des conditions analogues.

M. VERNEUIL. Si M. Marjolin jugeait à propos de faire une opération qui serait uniquement palliative, je lui rappellerais un cas encourageant dû à M. Dubois (d'Abbeville) et publié dans nos *Bulletins*. On croyait à un cancer de l'œil, et on trouva que la tumeur provenait exclusivement de la cornée. L'opération fut faite avec l'écraseur linéaire. On pourrait peut-être employer ici le même procédé; la mobilité prononcée de la masse morbide indique que les adhérences doivent être limitées, et qu'on arriverait probablement, après une énucléation partielle, à étreindre la base d'implantation avec la chaîne d'un petit écraseur linéaire.

M. LARREY. Le petit malade de M. Marjolin me rappelle un malade que j'opérai à l'hôpital des Cliniques pendant que je remplaçais M. Cloquet. Une ablation complète et de profondes cautérisations n'empêchèrent pas la récidive.

Syphilis, accidents primitifs de caractère particulier. — M. A. DESPRÉS présente une malade atteinte de syphilis, et communique à ce sujet une note qui sera publiée dans un prochain numéro.)

Luxation du pouce. — M. L. LABBÉ présente un malade chez lequel il a tenté la réduction d'une luxation du pouce en essayant tous les instruments et toutes les manœuvres connues. En présence de l'échec, il demande s'il faudrait recourir à la ténotomie.

(Nous donnerons cette observation dans un prochain numéro.)

M. RICHET conseille de nouvelles tentatives, surtout en employant les mouvements de circumduction préconisés par Roux; la ténotomie ne lui paraît pas indiquée, car elle est incertaine, et d'ailleurs les malades atteints de luxation du pouce non réduite recouvrent des mouvements assez étendus pour pouvoir se servir très-utilement de ce doigt.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par un arrêté du ministre de l'instruction publique du 20 septembre, l'ouverture du concours pour cinq places d'agrégés des écoles supérieures de pharmacie, qui devait avoir lieu le 15 octobre prochain, est prorogé au 2 novembre suivant.

— La Société centrale de médecine du département du Nord a arrêté, pour son concours annuel de l'année 1865, les questions suivantes, dont plusieurs ayant été traitées d'une manière insuffisante au concours de 1864, ont été conservées.

Question de médecine. — Du traitement rationnel de l'hémorrhagie cérébrale, fondé sur l'étude des lésions anatomiques, sur leur nature et sur leur étiologie.

Questions de chirurgie. — 1° De l'ophtbalmie sympathique, tant spontanée que traumatique, et de son traitement.

Examiner jusqu'à quel point l'excision de l'œil, le premier affecté et déjà détruit, peut influer d'une manière favorable sur l'état du second. — Appuyer ses assertions, non-seulement sur ses observations propres, mais aussi sur des tableaux statistiques raisonnés dont on indiquera soigneusement les sources.

2° Des lésions traumatiques de la main et des doigts.

3° Des obstacles autres que les hernies au cours des matières dans l'intestin grêle et des moyens d'y remédier.

Ces redoutables affections sont assez rares pour que l'expérience personnelle d'un seul praticien soit nécessairement assez bornée à l'endroit des moyens chirurgicaux dirigés contre elles. La Société considérera donc comme un titre sérieux à ses récompenses une statistique exacte des résultats obtenus jusqu'à ce jour.

Question d'accouchements. — De la valeur du palper abdominal comme moyen de déterminer la position du fœtus, et surtout de rectifier les présentations vicieuses soit avant, soit pendant le travail de l'accouchement.

Tous les praticiens français et étrangers sont invités à prendre part au concours annuel. Les mémoires, lisiblement écrits en français et en latin, seront seuls admis à concourir. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être manuscrites. La Société demande aux concurrents la plus grande exactitude dans les citations, avec indication de la page et même au besoin de l'édition. Les manuscrits envoyés deviennent la propriété de la Société. Toutefois l'auteur peut en demander copie à ses frais.

Les mémoires seront envoyés suivant la forme académique, c'est-à-dire *franco*, sans indication de nom d'auteur, et portant une devise répétée sur un billet cacheté avec le nom et l'adresse de l'auteur. Ce billet ne sera ouvert que pour les mémoires couronnés. Tout auteur qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera exclu du concours.

La clôture du concours annuel est fixée au 1er juin 1865 (terme de rigueur).

Prix. — Chacune de ces questions peut obtenir : 1er prix, médaille d'or; — 2e prix, médaille d'argent. — Mention honorable.

Un docteur en médecine de Lille, qui désire garder l'anonyme, a ajouté une somme de deux cents francs au prix de cette année sur la question d'ophthalmologie.

— Le banquet annuel de l'internat de Lyon aura lieu le 22 octobre prochain. Les anciens internes et les internes actuels sont invités à y prendre part. Ce banquet se fera par souscription; le prix de la cotisation est fixé à 15 francs.

On est prié de remettre en souscrivant le montant de la cotisation soit à l'interne de garde, à l'Hôtel-Dieu, soit à M. Horand, interne dans le même hôpital. La liste de souscription sera close le 10 octobre au soir.

MM. les souscripteurs seront informés, par une lettre, du lieu et de l'heure de la réunion.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie. Trois séries de cinq volumes chacune. Prix de chaque série : 35 fr. Le cinquième volume de la troisième série vient de paraître; prix : 7 fr. — Paris, 1864, J. B. Baillière et fils, éditeurs.

Le vitalisme et l'animisme de Stahl, par Albert LEMOINE, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure. Un vol. in-8°, faisant partie de la bibliothèque de philosophie contemporaine. Prix : 2 fr. 50. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

De la mort par inanition, et Etudes expérimentales sur la nutrition chez le nouveau-né, par le docteur BOUCHAUD, ancien interne de la Maternité de Paris. In-8° de 128 pages et 4 tableaux. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libr.-édit.

Conseils d'hygiène et de médecine usuelle, par le docteur P. ROBERT, médecin de l'Asile des vieillards, comprenant l'hygiène, la pharmacie et la chirurgie domestique, un dictionnaire de médecine usuelle et les plantes indigènes employées en médecine. Prix : 1 fr. 25. — Paris, chez A. Delahaye, libr.-éditeur.

Le Directeur, Dr H. LE SOUEF.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 113. — MARDI 27 SEPTEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 113. — MARDI 27 SEPTEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 SEPTEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

La dernière séance de l'Académie ne nous offre qu'un très-mince contingent pour les sciences médicales et naturelles. Quand nous aurons mentionné quelques présentations d'ouvrages et une note de M. Tigri sur les infusoires parasitaires; quand nous aurons signalé une présentation de M. Pasteur, relative à l'étude de la lumière phosphorescente que développent des insectes coléoptères de la famille des élatères et du genre pyrophore, connus au Mexique sous le nom de cucuyos et qui jouissent de la faveur de servir d'ornement aux dames mexicaines; un deuxième mémoire de M. Matteucci, sur les courants électriques de la terre; et des recherches chimiques de MM. de Luca et Ubaldini, sur l'asparagine, desquelles il résulte que cette substance, que l'on n'avait extraite jusqu'à présent que d'un petit nombre d'espèces végétales et en particulier de l'asperge, d'où elle a tiré son nom, se rencontre en abondance dans les productions tuberculeuses appartenant à des familles très-différentes et peut-être dans presque toutes les plantes à une certaine époque de la végétation; nous aurons dit à peu près tout ce qui pouvait intéresser nos lecteurs dans cette séance.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. BARTH.

Rétroversion utérine à quatre mois de grossesse; enclavement de l'utérus dans le petit bassin; redressement par la main introduite dans le rectum.

(Observation recueillie par M. ALCIDE LAMY, externe du service.)

Le 12 août 1864, est entrée dans la salle Saint-Landry, n° 28, la nommée B... (Pauline), âgée de trente-huit ans, journalière. De taille peu élevée, cette femme paraît avoir le bassin bien conformé. Elle est habituellement d'une excellente santé, et n'a eu d'autre maladie sérieuse que la petite vérole à l'âge de quatorze ans. Réglée pour la première fois à seize ans, elle a eu depuis ce temps des menstrues toujours régulières, et, dans l'intervalle, des flueurs blanches parfois assez considérables.

Mariée à l'âge de trente ans, elle eut à trente et un ans une première grossesse, qui, arrivée à cinq mois, s'accompagna, sans cause appréciable pour la malade, d'un œdème indolore des deux membres inférieurs; et cette infiltration persista, en présentant quelques alternatives d'augmentation et de diminution, jusqu'au moment de l'accouchement. Celui-ci fut lent, pénible; la malade resta deux jours dans les douleurs. Le travail se termina néanmoins sans nécessiter l'emploi du forceps. Les suites de couches furent régulières; la malade nourrit son enfant dix-sept mois et vit revenir les menstrues le dix-huitième.

Trois ans plus tard, à trente-quatre ans, arriva une deuxième grossesse, qui se passa très-régulièrement jusqu'à la fin. L'accouchement fut plus facile que le premier. La malade nourrit encore son enfant pendant treize mois, et le retour des règles eut lieu un mois après. Depuis lors, les menstrues restèrent toujours régulières jusqu'au mois d'avril 1864, époque où elles disparurent complétement, ce qui fit penser à une nouvelle grossesse.

Le 27 juillet, à la suite d'un effort qu'elle fit pour soulever un seau plein d'eau, la malade ressentit une douleur aiguë dans la région hypogastrique.

Huit jours après, le 4 août, elle ne put ni uriner ni aller à la selle. Cet état dura jusqu'au 12, époque de son entrée à l'hôpital.

A la visite du 13, la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, dans la région des lombes, à la partie supérieure des cuisses. L'hypogastre présente une tumeur globuleuse, faisant une forte saillie en avant, partout mate à la percussion, assez ferme, mais élastique, convexe à son bord supérieur, lequel s'élève jusqu'à l'ombilic.

Interrogée de nouveau, la malade « croit être enceinte de six à sept mois, » c'est du moins ce que lui a dit une sage-femme. Cependant, c'est depuis quatre mois seulement que ses règles ont cessé de paraître. Quelle était cette tumeur? S'agissait-il d'une grossesse avec forme insolite de l'utérus contenant peu de liquide? Mais le palper n'y faisait constater aucune partie solide, aucun mouvement spontané; l'auscultation n'y faisait percevoir ni souffle ni doubles battements.

Le cathétérisme lève une partie des doutes, en évacuant par la sonde environ deux litres d'urine. A mesure que le liquide s'écoule, la tumeur du bas-ventre s'affaisse; mais, quand la vessie est vidée, l'hypogastre est aplati, et par le palper on n'y constate pas la tumeur que formerait l'utérus dans une grossesse de quatre mois. En pratiquant le toucher vaginal, on ne trouve pas le col utérin; le cul-de-sac postérieur du vagin est effacé; immédiatement derrière la fourchette, on rencontre une tumeur dure, arrondie, qui ne permet pas de pénétrer plus profondément; en dirigeant le doigt en avant, on ne trouve pas le col non plus, et l'on sent la tumeur précitée se continuer vers la région antérieure du petit bassin; ce n'est qu'en portant l'index et le médius très-profondément, en haut et en avant, que l'on rencontre derrière la symphyse du pubis une petite partie plus souple, séparée du corps de la tumeur par un sillon étroit, et l'on reconnaît à ce caractère la lèvre postérieure de la matrice. En touchant par le rectum, on retrouve la tumeur précitée appuyant en arrière contre la face antérieure du sacrum, dont elle remplit ainsi toute la concavité.

A ces caractères, on reconnaît l'utérus distendu et en état de rétroversion complète. Dès lors, on s'explique facilement non-seulement la rétention de l'urine et des matières fécales, mais aussi le peu de développement du bas-ventre pour une grossesse de quatre mois. En effet, la matrice ainsi renversée en arrière aplatissait le rectum par son fond contre la face antérieure du sacrum, et, par son col porté derrière le pubis, elle comprimait le col de la vessie contre la face postérieure de la symphyse pubienne. De plus, par le fait de son renversement en arrière dans le petit bassin, l'utérus ne faisait aucune saillie apparente à l'hypogastre.

Ce déplacement (constaté par M. Blot, interne, MM. Lamy, Gimbert, Gallois, externes, et par M. le docteur Pillon) ne pouvait se prolonger sans danger pour la malade. Cependant l'utérus ne pouvait être redressé ni par le doigt porté dans le rectum, ni par l'index et le médius introduits dans le vagin.

Après plusieurs jours de repos et quelques bains, les choses restant dans le même état, le 18 août M. Barth procéda au replacement de la matrice de la manière suivante:

Un demi-lavement d'huile pure avait été préalablement administré avant la visite. La malade fut placée à genoux sur son lit, le corps penché en avant, appuyée sur les coudes et la tête reposant sur le traversin. Mettant à profit la dilatabilité de l'intestin, M. Barth introduisit dans le rectum d'abord l'index, puis le médius, et après une dilatation opérée par l'écartement de ces deux premiers doigts, il fit pénétrer aussi, successivement, le troisième et le quatrième doigts, et enfin la main entière (le pouce seul excepté).

La main ainsi introduite (plus facilement qu'on ne pourrait le croire) permettait d'agir sur une large surface. Exerçant alors sur la face postérieure de la tumeur des pressions graduées, de bas en haut et d'arrière en avant, il sentit l'utérus céder peu à peu, et, après quelques efforts modérés, fuir en quelque sorte sous la pression. Les doigts, se mouvant aussitôt librement dans le petit bassin, purent distinguer nettement l'angle sacro-vertébral faisant une saillie assez prononcée.

La malade étant alors replacée sur le dos, le doigt introduit dans le vagin retrouva immédiatement le col de l'utérus revenu à sa position et à sa direction normales, et les personnes attachées au service purent aisément reconnaître que la tumeur du petit bassin avait disparu, que les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin avaient repris leur disposition naturelle, et que le col utérin se présentait au centre du vagin avec ses lèvres et son orifice bien distincts. En même temps, la palpation abdominale constatait la présence du fond de l'utérus au-dessus du pubis.

Dès le jour même, la malade put évacuer librement les matières fécales sans le secours de lavements, et dès le lendemain elle put rendre l'urine sans l'aide de la sonde. Toutes douleurs avaient disparu, et le 25 août la malade quitta l'hôpital après que l'on eut constaté que l'utérus avait conservé la position normale dans laquelle il avait été heureusement replacé.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. RICHET.

(M. L. LABBÉ, chirurgien par intérim).

Luxation complète du pouce.

Observation recueillie par M. SPIESS, interne des hôpitaux.

(Le malade qui fait le sujet de cette observation a été présenté le 14 septembre à la Société de chirurgie.)

Victor X..., âgé de vingt-trois ans, entre à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 43, le 9 septembre 1864.

Il y a huit jours (lundi 5 septembre), cet homme glisse dans la rue; en cherchant à se retenir, il tend le bras gauche et tombe ainsi, le poids de tout le corps supporté par sa main gauche largement ouverte. Il se relève sans que cette chute lui ait causé de douleur bien vive; il

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie (1).

S'il est un principe universellement admis en médecine, et qui ne trouve plus aujourd'hui de contradicteurs sérieux, c'est que la physiologie doit servir de base à toutes nos études, et que la connaissance approfondie des conditions normales de l'organisme est indispensable à celui qui veut en étudier les déviations morbides.

Mais un problème aussi compliqué que celui de la vie doit nécessairement comprendre des éléments dissemblables, et les questions qu'il soulève s'adressent tour à tour aux branches les plus diverses des connaissances humaines. A mesure que nos moyens d'investigation s'étendent, se multiplient et se perfectionnent, leur application devient de plus en plus difficile: l'intelligence d'un seul homme ne suffit déjà plus pour les embrasser dans leur ensemble, et pour devenir un observateur complet, il faut aujourd'hui que le médecin soit doublé d'un chimiste et d'un physicien, d'un vétérinaire et d'un micrographe; la botanique elle-même est quelquefois fondée à intervenir dans la pathologie pour nous expliquer la nature de certains produits parasitaires, et nous dévoiler l'origine de plusieurs affections singulières.

(1) Tome V, 3e série, 1863. Prix: 7 fr. J. B. Baillière et fils, éditeurs.

Le recueil que nous avons sous les yeux répond à la tendance actuelle de l'esprit médical. Composé d'une série de travaux divergents en apparence, mais qui viennent tous se grouper autour d'un centre commun, il aborde successivement chacune des sciences qui font partie du domaine physiologique, et nous fait envisager sous une foule d'aspects différents les lois qui régissent les êtres organisés. On sait d'ailleurs que telle a toujours été la direction imprimée aux études de la Société de biologie; c'est devant elle que s'est déroulée cette longue série de recherches qui a conduit à la découverte de la fonction glycogénique du foie, du rôle qui appartient au pancréas dans la digestion, et de l'influence exercée sur la circulation par les nerfs vaso-moteurs; c'est devant elle qu'ont eu lieu les expériences qui ont éclairé d'un jour si nouveau les propriétés de la moelle épinière; c'est devant elle qu'ont été lus les premiers travaux qui aient été publiés en France sur les embolies capillaires, sur la leucocythémie, sur les corpuscules amyloïdes et sur les applications du sphygmographe à la physiologie. La question controversée des réviviscences et des générations spontanées a été expérimentalement débattue pour la première fois devant elle. L'impulsion donnée aux études embryogéniques depuis quelques années, les progrès si remarquables de l'histologie, et l'importance qu'on attache aujourd'hui à la connaissance exacte des éléments constitutifs des tumeurs, sont en grande partie le résultat des efforts persévérants de la Société de biologie.

Sans déroger à ses anciennes traditions, le dernier volume qu'elle vient de publier semble faire une part plus large à la médecine proprement dite. Après la théorie, la pratique; après la science pure, la science appliquée: telle a toujours été la marche naturelle de l'esprit humain. Nous trouvons une preuve évidente de ce travail de transition dans le mémoire de MM. Charcot et Cornil sur les lésions anatomiques de la goutte, où les diverses modifications que subissent les principaux viscères (et plus particulièrement les reins) chez les goutteux sont étudiées au point de vue des idées nouvelles que les médecins étrangers ont récemment formulées à cet égard. Nous signalerons en même temps un intéressant travail de M. Cornil sur l'hypertrophie des nerfs dans les membres paralysés chez certains hémiplégiques; une note de M. Leudet sur les lésions de l'œsophage causées par les anévrysmes de l'aorte; une communication de M. Archambault sur l'hydrocéphalie; les recherches de M. Olivier sur l'albuminurie saturnine; enfin la description d'une tumeur volumineuse, formée par l'hypergénèse de la substance grise de la moelle épinière. Ce fait, jusqu'à présent unique dans la science, offre un grand intérêt au point de vue des altérations du système nerveux.

Les questions les plus élevées de la pathologie générale se trouvent débattues dans une étude de M. le professeur Robin sur les états de virulence et de putridité de la substance organisée. Les conditions fondamentales de la contagion et de l'infection y sont discutées avec une grande largeur de vues et ramenées aux principes généraux de la chimie animale, tels que nous les connaissons aujourd'hui.

La présence d'infusoires dans le sang de l'homme et des animaux, constatée depuis quelque temps dans un certain nombre de maladies infectieuses et putrides, est un fait de la plus haute importance qui permet de concevoir bien plus nettement qu'autrefois les conditions qui président au développement et à la propagation de ces affections formidables. Les recherches de M. Davaine sur le *sang de rate* chez le mouton, déjà connues en partie du public par les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, se trouvent insérées *in extenso* dans le volume que nous analysons. M. Davaine a constaté la présence des bactéridies dans le sang et les viscères des moutons frappés de cette affection, et s'est assuré que ces infusoires étaient le moyen de trans-

s'aperçoit alors que son pouce est déjeté en arrière, et qu'il est dans l'impossibilité de le fléchir dans la paume de la main.

La nuit qui suit l'accident, le malade éprouve une douleur intense dans la partie blessée, et ne peut prendre aucun repos.

Le lendemain, il constate du gonflement; il va consulter un médecin, qui fait de vaines tentatives de réduction en se servant de lacs pour obtenir l'extension. Dans la même journée, X... va trouver un rebouteur, qui lui conseille de garder son pouce luxé.

Le malade perd ainsi trois jours et se décide enfin le 9 septembre à entrer à la Pitié.

Etat au moment de l'entrée. — Douleur supportable, mais exagérée par tout mouvement volontaire ou communiqué, ainsi que par la chaleur et le contact d'un cataplasme.

Il y a à peine un peu de gonflement dû à une légère infiltration sous-cutanée, mais il existe une déformation manifeste avec raccourcissement du pouce. Ce raccourcissement peut être évalué à 1 centimètre 1/2. Quant à la déformation, voici ce que l'on remarque :

La région externe de la paume de la main est volumineuse; le pouce, raccourci, modérément distant de l'indicateur, est légèrement fléchi; la flexion existe surtout au niveau de la phalange unguéale. Mais la déformation la plus remarquable consiste en deux saillies anormales : l'une correspond à l'extrémité inférieure de la face dorsale du premier métacarpien; l'autre, à la partie inférieure de l'éminence thénar, ou plus exactement au pli cutané qui sépare la base du pouce de la main.

Si par le toucher l'on explore la région, il est aisé de reconnaître que la saillie dorsale est formée par l'extrémité glénoïdienne de la première phalange du pouce, et qu'à la paume de la main, c'est la tête du premier métacarpien qui soulève les téguments. En comprimant sur la face dorsale du métacarpien, on exagère la saillie palmaire.

Quant aux mouvements que le malade peut imprimer spontanément à son pouce, ils sont bornés à un léger degré de flexion et à un déplacement latéral presque nul. Les mouvements communiqués sont bien plus étendus. On peut fléchir le doigt, bien que ce mouvement soit un peu douloureux, le placer dans l'extension, et même, en conservant l'extension, lui faire former un angle obtus, ouvert en arrière. On obtient aussi, en agissant sur les phalanges, un déplacement en dedans ou en dehors de l'axe du métacarpien. Enfin, on constate qu'une traction modérée est tout à fait insuffisante pour affronter la surface glénoïdienne avec le condyle métacarpien.

Le 10 septembre, le malade est chloroformé jusqu'à perte complète de la sensibilité; le pouce est fixé pour l'extension dans la pince à préhension de M. Charrière. Les différents modes de traction sont essayés : traction directe, extension exagérée, traction et flexion; mais souvent la pince lâche prise, et l'on abandonne ces tentatives à cause de l'insuffisance de l'instrument.

M. Labbé fait alors exécuter au pouce des mouvements de circumduction, en exerçant une traction modérée, mais sans plus de succès.

Le 13, le malade endormi de nouveau avec le chloroforme, le doigt est embrassé dans une anse de cuir qui s'enroule parallèlement à son axe et que porte une puissante tige d'acier unie à un manche très-solide. (Appareil Robert).

Cette fois, on peut pratiquer une traction considérable; on peut sentir l'extrémité phalangienne entraînée au-devant de la surface articulaire du métacarpien : mais un obstacle invincible s'oppose au contact des deux surfaces. A plusieurs reprises, et après avoir essayé les différents modes d'impulsion, on constate presque l'affrontement des surfaces, mais le rapport ne peut être maintenu, et dès que la traction cesse, la luxation se reproduit. Cette séance se termine sans succès.

Le lendemain, malgré les efforts employés, le malade n'accuse pas de douleur; le gonflement est modéré; l'épiderme de la peau est légèrement excorié en plusieurs endroits; enfin, les tractions ont manifestement diminué le raccourcissement du doigt.

Le 16, malade endormi de nouveau; emploi de l'instrument de M. Robert; mêmes tentatives. On a recours surtout à la traction avec rotation en dedans et flexion, selon le procédé qui réussit à Roux dans une luxation analogue qui semblait irréductible. (Malgaigne, t. II, p. 741.) Toujours même insuccès. Il semble qu'une des causes de cet insuccès soit dans la difficulté de fixer la tête du métacarpien, qui fuit sur les côtés au moment où l'on tente la coaptation.

Le 21, il est évident, malgré l'impossibilité où l'on est d'obtenir la réduction, que les efforts tentés ont fait diminuer presque complétement le raccourcissement. Les deux saillies, celle due à la partie postérieure de la phalange et celle qui résulte de la présence de la tête du métacarpien, persistent; mais le malade exécute des mouvements beaucoup plus étendus, et si l'on doit renoncer à l'espoir d'une réduction complète, on est en droit d'espérer que le malade pourra plus tard se servir convenablement de son pouce, ainsi que cela a été observé dans plusieurs faits de ce genre.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE

de 3 centimètres de diamètre. — Opération par la méthode américaine. — Guérison par une seule opération.

Par M. Foucher, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté de Paris.

La nommée Alexandrine D..., femme M..., âgée de vingt-sept ans, me fut adressée dans les premiers jours de janvier par notre savant confrère le docteur Dubois (d'Abbeville). Cette femme vient à Paris pour se faire opérer d'une fistule vésico-vaginale, et grâce à l'obligeance de notre collègue M. Desormeaux, je puis la placer à l'hôpital Necker.

La malade est d'une bonne santé habituelle, cependant son teint est pâle, anémique. Deux premiers accouchements ont eu lieu sans la moindre complication. En mars 1863, grossesse gémellaire arrivée à terme; l'accouchement fut pénible; les douleurs se continuèrent pendant trois jours et trois nuits; le forceps fut employé, les deux enfants se présentaient par le sommet; l'un, du sexe mâle, naît à midi; l'autre, du sexe féminin, naît à six heures du soir.

Depuis l'accouchement, c'est-à-dire depuis dix mois, la malade n'a jamais éprouvé le moindre besoin d'uriner, et, dès le deuxième jour, elle a pu s'apercevoir que l'urine s'écoulait par le vagin. Aucun traitement n'a encore été fait.

Lors de l'entrée à l'hôpital, nous constatons que la malade perd continuellement ses urines, dans la position horizontale comme dans la position verticale; la partie supérieure des cuisses et la vulve sont le siége d'un léger érythème. Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre sur la paroi antérieure une sorte de bride transversale derrière laquelle se trouve une ouverture qui permet au doigt recourbé de pénétrer facilement dans la vessie; immédiatement derrière cette ouverture et la limitant à sa partie postérieure, on rencontre la lèvre antérieure du col utérin, dont l'orifice est large et déchiqueté. L'examen avec le spéculum univalve, la malade étant placée sur les genoux et sur les coudes, on aperçoit, en avant du col sur la paroi antérieure du vagin, une sorte d'infundibulum au fond duquel se trouve une ouverture de 3 centimètres d'étendue. Cette ouverture, de forme ovalaire, a son grand diamètre à peu près transversalement dirigé et se trouve en partie masquée en avant par un large repli cicatriciel, que l'on doit déprimer pour faire un examen complet. La muqueuse vésicale se voit au pourtour de l'ouverture large qui fait communiquer le vagin et la vessie, et forme un bourrelet assez considérable. En arrière, on aperçoit le col de l'utérus mou, déchiqueté, saignant, et la lèvre antérieure limite en arrière l'orifice de la fistule.

La malade est soumise à un traitement tonique et aux injections vaginales astringentes.

Le 14 janvier, la malade prend une bouteille d'eau de Sedlitz, parce que l'opération doit être pratiquée le lendemain; mais comme le temps était très-sombre et que quelques-uns des instruments n'avaient pas été préparés, l'opération fut remise au lundi 18 janvier.

Le 18, la malade a été purgée la veille, et le matin, après un lavement simple, afin d'achever de vider l'intestin, M. Foucher commence l'opération à neuf heures et demie, par un temps assez sombre. La malade est couchée sur le côté gauche, la cuisse gauche étendue et la cuisse droite fléchie sur le bassin.

Le spéculum de Bozeman est introduit dans le vagin et en découvre toute la paroi antérieure. Cependant, comme la fistule ne se voit pas bien, M. Foucher passe une anse de fil dans la bride antérieure qui masque l'ouverture, et exerçant une traction à l'aide de cette anse, il peut commencer l'avivement. Ce temps de l'opération est encore rendu difficile par la hernie de la muqueuse vésicale et par les mouvements intempestifs de la malade, dont l'indocilité est extrême. Tout le pourtour de la fistule est d'abord circonscrit au moyen d'une incision circulaire, distante des bords de l'ouverture de 1 centimètre, puis une incision perpendiculaire au bord antérieur faite avec la pointe du bistouri permet de saisir la muqueuse, qui est excisée d'abord dans toute la moitié antérieure gauche de la partie antérieure, ensuite dans toute la moitié antérieure droite, de sorte qu'au moyen de deux coups de ciseaux l'avivement est complet en avant. Les angles étant cachés par les parois latérales du vagin, on se trouve obligé pour les mieux voir de placer momentanément la malade sur les genoux et sur les coudes. Dans cette position, l'avivement des angles et celui du bord postérieur, qui empiète sur la lèvre antérieure du col, ont lieu sans autre difficulté que celle causée par un écoulement de sang abondant. Cet écoulement, joint à l'indocilité de la malade, nécessite des temps d'arrêt, pendant lesquels le vagin est rempli d'éponges.

L'avivement terminé, on procède avec un jour très-défavorable au passage des fils d'argent. Ces fils sont passés d'avant en arrière dans la lèvre antérieure, puis dans la lèvre postérieure, à 1/2 centimètre de la portion avivée. Les plus grandes précautions sont prises pour qu'ils se correspondent exactement. Huit fils d'argent sont placés, et chaque chef de fil est tordu avec celui qui lui correspond de manière à réunir exactement les lèvres de la plaie.

La suture n'était pas encore achevée que la malade éprouvait le besoin d'uriner, qu'elle n'avait pas ressenti depuis dix mois.

On place la sonde à demeure, qui donne immédiatement issue à une petite quantité d'urine sanguinolente.

L'opération avait duré environ une heure; la malade s'était plainte plusieurs fois d'une fatigue excessive; l'amphithéâtre était mal chauffé. C'est à ces diverses causes qu'on attribue un léger frisson au moment où on la dépose dans son lit. On la place sur le dos, les jambes légèrement écartées et les jarrets soutenus par un coussin.

Deux heures après, la malade est bien, n'accuse aucune douleur et s'endort pendant un petit quart d'heure.

A quatre heures, depuis un moment, malaise général, toux légère, envie de vomir, face rouge, pouls à 100 au moins.

A quatre heures et demie, efforts de vomissement, pâleur extrême, lipothymie; selle involontaire abondante, diarrhéique, noire et très-fétide. La sonde est restée en place. On nettoie la malade avec soin, et une injection d'eau tiède est poussée doucement dans la vessie. Elle ressort immédiatement, et rien ne s'écoule par le vagin. L'urine, un peu plus sanguinolente, continue de couler goutte à goutte par la sonde. L'état général est devenu meilleur, et la malade s'endort un peu vers sept heures et demie.

A neuf heures, l'état général est parfait; la malade n'est plus fatiguée; elle passe une bonne nuit, pendant laquelle la sonde ne se bouche pas.

Le mardi 19, la malade a faim; on permet deux œufs et du bouillon.

A cinq heures, la sonde n'est pas bouchée, mais l'urine coule moins vite. Injection d'eau tiède aussitôt rendue. Mercredi 20. L'urine est devenue parfaitement transparente, sans mélange de sang. — On permet une côtelette.

Rien de nouveau jusqu'au samedi 23. A cinq heures, envies d'aller à la garde-robe. Lavement simple; selle facile, molle.

Dimanche matin 24, on trouve la sonde engorgée de mucus et de sels calcaires. L'urine ne coule plus, mais la malade ne perd rien par le vagin.

On enlève la sonde et on la remplace; il s'écoule aussitôt un grand verre d'urine.

La sonde à demeure reste jusqu'au jeudi, donnant toujours issue à des gouttelettes d'urine claire.

Le jeudi 28, M. Foucher enlève les fils et remplace la sonde. Une petite quantité de sang s'écoule par le vagin et semble venir de l'utérus. Ce serait, au dire de la malade, à peu près l'époque de ses règles.

Le jeudi soir, les règles continuent, mais l'urine sort par la sonde aussi claire et en quantité aussi considérable qu'avant la section des fils.

Le samedi 30, l'écoulement sanguin s'est arrêté. Le soir, envies d'aller à la garde-robe. Lavement simple, selle molle et facile.

Le dimanche 31, la sonde est un peu obstruée de sels calcaires et de mucus. L'urine est trouble et un peu sanguinolente. Dans la crainte d'une cystite qui pourrait compromettre la réunion déjà obtenue, on enlève définitivement la sonde.

Le dimanche soir, la malade a eu des envies d'uriner toutes les demi-heures à peu près, et se plaint d'une légère douleur pendant la miction. Pas une goutte d'urine ne s'est écoulée par le vagin.

Le lundi, les urines sont plus claires. Le mardi, 2 février, la malade n'urine plus que toutes les heures, et l'urine est normale. Le

---

mission de la maladie chez les animaux susceptibles de la contracter; car les reptiles et les oiseaux paraissent jusqu'à présent à l'abri de l'inoculation, et parmi les mammifères on voit certains individus y résister d'une manière presque indéfinie.

Le développement donné à la partie médicale de cette publication n'en a point fait négliger la partie purement scientifique. Aux anatomistes, nous signalerons les recherches de MM. Sappey et Ordoñez sur les muscles pileux; aux physiologistes, les curieuses expériences de M. Bert sur la greffe animale, qui consiste à souder ensemble deux êtres distincts, — et les études de M. Giannuzzi sur le sens de l'olfaction, qu'il regarde comme indépendant en grande partie du nerf olfactif; aux tératologistes, les recherches intéressantes de M. Dareste sur la production artificielle des monstres; aux chimistes, les expériences de M. Chatin sur la production du sucre dans les végétaux, les recherches de M. Delore sur le principe colorant des suppurations bleues, et le nouveau procédé d'analyse appliqué aux substances anesthésiques par M. Hardy. Enfin, quoique l'étude du *bouquet des vins* soit une question un peu étrangère aux travaux ordinaires de la Société de biologie et aux préoccupations habituelles de la plupart de nos confrères, nous croyons que personne ne saurait rester indifférent aux mystères scientifiques que renferme une bouteille de bordeaux, — surtout lorsque c'est M. Berthelot qui se charge de vous les expliquer.

Nous croyons en avoir dit assez pour indiquer l'esprit qui a présidé à la rédaction de ce nouveau volume, et pour faire apprécier l'importance des matériaux qu'il renferme. Les travailleurs y trouveront un recueil précieux de faits bien observés, et les lecteurs sérieux y verront une image fidèle des progrès les plus récents de la science.

Dr E. Le Sourd.

Du choix d'une station d'hivr, et en particulier du climat d'Antibes. Etudes physiologiques, hygiéniques et médicales, par le docteur Bergeret, de Saint-Léger (1).

M. le docteur Bergeret a divisé son ouvrage en trois parties.

Première partie : Physiologie, faits physiologiques pour servir à l'histoire des différents cas d'épuisement qui réclament le séjour des stations hivernales.

Dans cette première partie de son ouvrage, l'auteur passe en revue toutes les fonctions primordiales de la nutrition, qu'il porte au nombre de cinq : la digestion, la circulation, la respiration, l'urination et la sudorification. Il envisage séparément chacune de ces fonctions, et fait voir le rôle de chacune d'elles dans le grand acte de la nutrition. Il fait ressortir très-judicieusement que tandis qu'il n'y a qu'une fonction d'assimilation, il y en a au contraire trois de désassimilation.

Il s'étend beaucoup sur la fonction cutanée, qu'à juste titre il élève au rang de fonction primordiale. C'est une fonction excrémentitielle, car elle rejette de l'économie des principes immédiats de la seconde classe.

L'auteur s'attache à bien faire voir combien les fonctions excrémentitielles sont importantes pour débarrasser le sang des principes délétères qui le vicient quand ces fonctions sont troublées. Il explique combien l'archée, la nature, si l'on aime mieux, a été prévoyante en rendant les fonctions primordiales de la nutrition adjuvantes les unes des autres : ainsi une fonction étant troublée par une cause quelconque, les fonctions les plus similaires lui viennent en aide par une superactivité fonctionnelle qui débarrasse le sang des principes de la deuxième classe, devenus impropres à l'acte de la nutrition.

L'auteur parle de la chaleur animale, et il la place là où elle se produit, dans la cellule organique même. C'est le résultat de l'acte chimique de la nutrition pendant l'échange permanent qui a lieu dans cette cellule même, entre les principes immédiats assimilateurs et les principes immédiats de la désassimilation.

Le but tout entier de l'ouvrage est de démontrer *que des troubles profonds dans la fonction de nutrition produisent le refroidissement de l'organisme.*

1° Quand les troubles fonctionnels sont brusques et intenses, l'organisme se refroidit promptement, et le sujet meurt à 24°,9.

2° Quand les troubles sont moins intenses et plus prolongés, les êtres deviennent scrofuleux ou phthisiques. Or la scrofule et la tuberculose sont les expressions les plus élevées du refroidissement organique avant la mort.

M. Bergeret étudie ensuite les différentes causes qui troublent la nutrition. Le *froid humide* lui paraît la cause la plus fréquente des troubles de cette fonction. Il commence par donner une description succincte mais très-exacte de la peau; puis il démontre l'action du froid sur cet organe par des faits de physiologie expérimentale. Il fait très-clairement voir que l'organe cutané est en quelque sorte un fourneau supplémentaire, qu'il en remplit toutes les fonctions dans les êtres inférieurs. Il fait comprendre comment cet organe extrêmement vasculaire, et par conséquent très-hémié, s'anémie quand il est impressionné par le froid; il ne reçoit dès lors plus ou que très-peu de sang, et ce liquide reflue vers les autres organes des fonctions primordiales, des fonctions de conservation de l'individu, où il produit de l'hypérémie, de la stase sanguine, des inflammations et des sécrétions plus abondantes, surtout aux poumons et aux reins. Cette étude est faite avec beaucoup de soin.

(1) Un vol. in-18 jésus. Prix : 2 fr. 50. Paris, chez J. B. Baillière et fils.

jeudi on lui permet de se lever un moment dans la journée. Elle ne mouille pas plus les linges avec lesquels elle se garnit, qu'elle ne mouillait son lit.

La malade reste à l'hôpital jusqu'au 17 février, se promenant presque tout le jour. Elle se dit parfaitement guérie, et un examen fait par MM. Foucher et Desormeaux confirme ce résultat.

La malade a écrit ces jours derniers à une de ses amies de l'hôpital que la guérison complète persiste et qu'elle ne perd pas une goutte d'urine involontairement.

DU TRAITEMENT DE CERTAINES FORMES D'ÉPILEPSIE

par le bromure de potassium.

Le traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium remonte à une dizaine d'années. Ce fut sir Charles Locock qui fit le premier l'application de ce médicament. Voici ce qu'il écrivait en 1853 :

« Il y a quatorze mois, je fus consulté par les parents d'une jeune dame qui était atteinte d'hystéro-épilepsie depuis neuf ans, et qui avait épuisé tous les médicaments imaginables. Cette malade fut alors soumise à l'usage du bromure de potassium à la dose de dix grains (0 gr. 65), trois fois par jour et pendant trois mois; puis elle prit la même dose quinze jours seulement avant chaque époque menstruelle; enfin, dans les trois ou quatre derniers mois, le médicament n'était administré qu'une semaine avant cette même époque. Le résultat fut tel, que la malade n'eut aucune attaque pendant toute la durée du traitement. «

Sir Charles Locock eut recours à la même médication dans quatorze ou quinze cas, et une fois seulement il échoua.

Les docteurs Brown-Sequard et Radcliffe ont depuis lors constaté nombre de fois l'utilité du bromure de potassium dans l'épilepsie.

Le Dr Robert M'Donnel vient de publier sur ce sujet, dans un des récents numéros du *Dublin quarterly Journal of medical science*, quelques observations intéressantes, dont nous nous empressons de donner une analyse à nos lecteurs. Bien que les faits rapportés par l'auteur anglais soient autant des exemples d'hystérie que d'épilepsie, ils n'en sont pas moins très-importants, en raison des résultats obtenus.

Obs. Ire. — E. L., âgée de vingt-trois ans, servante, eut une première attaque d'épilepsie dans la matinée du 4 juillet 1861. C'est une jeune femme qui a toutes les apparences de la santé, et est d'une constitution vigoureuse. Elle n'a jamais eu de convulsions dans son enfance et ne sait pas s'il y a eu des épileptiques dans sa famille. On la trouva, le jour indiqué plus haut, couchée sur le parquet du salon, dans un état complet d'insensibilité et en proie à des convulsions; elle fut prise d'une seconde attaque, alors qu'elle était encore au lit, le 1er août 1861 ; elle ne poussa aucun cri, mais le bruit de gargouillement qui se passait dans son pharynx attira l'attention d'une autre servante, qui la vit se débattant dans de violentes convulsions. Il y eut de l'écume à la bouche, mais la langue ne fut pas mordue. L'attaque dura une demi-heure environ.

On eut de la difficulté à empêcher la malade de rouler à bas de son lit; la perte de la connaissance fut complète; pendant tout le jour il y eut de l'assoupissement, de l'oppression et de la céphalalgie. — On prescrivit de l'huile de ricin et de l'essence de térébenthine tous les trois jours, pendant une quinzaine.

Le 27 août, nouvelle attaque, qui se reproduit encore le 19 septembre. On apprend alors que la première et la seconde attaque avaient eu lieu au milieu de l'époque menstruelle, la seconde quelques jours avant cette époque, et enfin, la quatrième, au moment même des règles. — On prescrivit à la malade 10 grains (0 gr. 65) de bromure de potassium trois fois par jour, et l'on continua l'usage de ce médicament, sauf de courtes intermittences jusqu'en mai 1862. Pendant cet intervalle, il n'y eut pas d'attaques.

J'ai vu la malade quelques jours avant Noël (1862), elle n'avait éprouvé rien de nouveau.

Obs. II. — Sarah O..., âgée de vingt-cinq ans, petite, de faible constitution, est sujette depuis quatre années à des attaques d'épilepsie qui sont plus fréquentes et plus intenses au moment des époques menstruelles.

Le 9 juillet, elle eut deux attaques, et je pus observer l'une d'elles.

Le 10, je vis la malade pendant toute une attaque qui dura six minutes et qu'on ne regarda pas comme forte.

Le 15, nouvelle attaque plus intense, qui se prolongea onze minutes. La perte de connaissance était complète et s'accompagnait de convulsions. La malade ne criait pas, mais faisait des inspirations profondes et rapides; écume à la bouche. Ses amies savaient que ses attaques étaient plus fortes à l'approche des règles; en outre, elles reconnaissaient à ses yeux cernés et à l'odeur particulière qui s'exhalait de la peau ou des sécrétions l'imminence d'une attaque, et alors elles s'abstenaient de sortir.

L'odeur dont il est question était en effet des plus curieuses : lorsqu'on touchait la peau de la malade, la main conservait une odeur analogue à celle de l'arsenic réduit en poudre. La menstruation se faisait régulièrement tous les quinze ou seize jours; quelquefois cet intervalle se passait sans attaque aucune, mais d'ordinaire il en survenait une le deuxième ou le troisième jour de l'époque menstruelle; puis, le lendemain, deux ou trois autres attaques, et le surlendemain, cinq, sept, et même jusqu'à douze; celles-ci diminuaient alors d'intensité et de fréquence, et disparaissaient avec les règles ou bien le jour suivant.

J'ai vu cette malade avoir huit attaques dans une même nuit, et à moins d'une heure d'intervalle entre chacune d'elles. La parole devenait alors difficile, et la malade présentait des mouvements choréiformes des membres et des muscles du cou; dans les intervalles, l'esprit était très-lucide et la mémoire intacte.

Pendant quelque temps, cette malade fut traitée avec de la térébenthine, dans l'espoir d'amener peut-être l'expulsion de vers intestinaux. Il y eut quelque amélioration sous l'influence de ce traitement, mais la malade ne rendit aucun entozoaire.

Le 14 septembre 1860, on prescrivit dix grains (0gr,65) de bromure de potassium trois fois par jour, ainsi que de l'huile de foie de morue.

Les règles survinrent le 22 et durèrent jusqu'au 27; trois jours après leur apparition, elle eut une attaque. Pendant l'intervalle des règles, le 5 octobre, nouvelle attaque.

Les menstrues commencèrent le 15 octobre et ne s'arrêtèrent que le 21; deux attaques pendant cet intervalle.

Le 25, on doubla la dose de bromure, et on continua l'huile de foie de morue; on conseilla à la malade de faire de longues promenades et de suivre le meilleur régime possible. Pendant quatre mois, elle prit 20 grains (1 gramme 30) de bromure trois fois par jour.

Au bout de ce temps, comme les attaques avaient disparu, elle cessa l'usage du médicament, et je la perdis de vue. Je la vis au mois de juin dernier. A ma grande surprise, j'appris qu'elle était mariée et enceinte. Elle m'apprit aussi qu'elle n'avait pas eu d'attaques jusqu'au moment de sa grossesse. Elle avait eu quelques petites attaques au mois de mai, qu'elle attribuait à des soucis. Depuis lors, elle n'a pas éprouvé de convulsions, bien que l'accouchement eût été long.

Obs. III. — Je fus consulté au mois de décembre 1862 pour une dame de trente-deux ans, épileptique depuis seize ans, c'est-à-dire depuis l'époque de l'apparition des règles. Quoique les attaques épileptiques ne fussent pas limitées exactement aux époques menstruelles, cependant elles apparaissaient en général au commencement ou bien à la fin de ces époques. Les menstrues apparaissaient régulièrement tous les seize jours et duraient cinq jours. Habituellement la malade avait douze ou quatorze attaques épileptiques par mois, et le plus grand nombre de ces attaques survenait peu de temps avant ou pendant l'époque menstruelle.

J'ai vu cette malade pendant la série d'attaques, qui commença le 9 décembre 1862; j'ai été témoin d'une attaque; la malade ne cria pas, mais ses inspirations profondes suffirent pour appeler l'attention des personnes qui se trouvaient dans la chambre voisine. L'attaque dura quatre minutes; perte de connaissance complète, convulsions légères et surtout du côté gauche; pas d'écume à la bouche; engourdissement et lourdeur pendant plus d'une heure après l'attaque, qui, m'a-t-on dit, était légère comparativement aux autres.

On m'apprit que la malade avait fait usage d'un grand nombre de médicaments, mais qu'un seul, prescrit par M. le docteur Locock, avait paru maîtriser la maladie et éloigner toute attaque pendant près de quatre mois. Je demandai à voir la prescription, et je trouvai que c'était du bromure de potassium, qui avait été administré à la dose de 10 grains trois fois par jour.

Le 18 décembre 1862, j'ordonnai une once de bromure de potassium (31 gram.) dans trois onces d'eau distillée, à prendre 60 gouttes trois fois par jour; en outre, une cuillerée d'huile de foie de morue trois fois par jour également, bon régime et promenades fréquentes, mais sans fatigue toutefois.

Les attaques ont diminué assez graduellement de fréquence les mois suivants, et en novembre 1863 la malade n'en eut pas une seule. La perte de connaissance n'était plus complète et les attaques étaient devenues très-légères.

Au mois de juin, la dose de bromure avait été élevée à 40 grains trois fois par jour.

Il y a douze mois, cette malade présentait des symptômes évidents de dérangement cérébral; elle ne pouvait fixer son attention; elle ne trouvait aucun plaisir à lire des romans, parce qu'elle oubliait les noms des personnages d'un jour à l'autre. Elle a beaucoup gagné tant sous le rapport de l'intelligence que sous celui de la mémoire.

Ces cas, et beaucoup d'autres semblables, permettent de croire que le bromure de potassium est un médicament d'une grande efficacité contre l'épilepsie, surtout lorsque cette maladie coïncide avec quelque dérangement dans les fonctions utérines.

Quant à la dose, ajoute le docteur Robert M'Donnel, je puis certifier, d'après mon expérience, qu'on peut l'élever plus qu'on n'a l'habitude de le faire. J'ai administré le bromure à la dose de 30 et 40 grains trois fois par jour, et cela pendant des mois, sans voir survenir aucun mauvais effet. Je suis convaincu que des doses telles que 10 grains trois fois par jour sont insuffisantes.

On aurait tort de croire que le bromure de potassium ne convient qu'aux cas d'épilepsie qui surviennent chez des femmes atteintes de troubles menstruels. Le fait suivant en est la preuve.

Un jeune homme âgé de dix-huit ans, épileptique, fut admis dans les salles du docteur Robert M'Donnel. Ce malade exhalait par la peau une odeur tout à fait analogue à celle qui a été indiquée dans une des observations précédentes. Le bromure de potassium fut prescrit d'abord aux doses de 10 grains trois fois par jour, puis 15 grains, 20 grains, et le rétablissement parut complet.

« Je ne prétends pas, dit en terminant M. Robert M'Donnel, que l'odeur particulière dont j'ai parlé suffise pour qu'on soit en droit d'assurer la guérison définitive; cependant le fait est digne d'attention : une odeur particulière, fétide de la peau et des excrétions, est commune chez les épileptiques. C'est un phénomène prodromique ou concomitant d'une série d'attaques. Il est permis de prédire l'approche des attaques par l'odeur d'un cautère ou d'une brûlure; mais quant à l'odeur à laquelle je fais allusion, elle me semble tout à fait *sui generis*; et comme je l'ai dit plus haut, on ne saurait mieux la comparer qu'à l'arsenic sublimé.

Dans les cas où l'on peut rapporter les attaques épileptiformes à des excès sexuels chez l'homme, je puis affirmer que le bromure de potassium est très-utile. Mais comme mes observations ne sont pas encore assez complètes, je remettrai à une autre communication l'étude de ce sujet. »

VAGISSEMENT UTÉRIN

entendu dans un cas d'inertie franche de matrice, après la rupture des eaux, lors de l'application du forceps.

Par le docteur Le Briéro, de Plougastel.

Il y a quelques mois j'étais appelé, à deux heures du matin, dans un village de la commune de Plougastel-Daoulas, arrondissement de Brest (Finistère), pour accoucher Marie R.... A mon arrivée, elle n'éprouvait que des douleurs très-sourdes dans les reins et dans le bas-ventre. Habituellement le travail marchait chez R... avec rapidité, et jamais l'on n'avait le temps ni la pensée de mander un médecin ou une sage-femme : une voisine recevait les enfants.

Il étudie ensuite la malpropreté, puis la privation de lumière et le défaut d'insolation. C'est encore la peau qui est la première intéressée. Le trouble de la fonction cutanée réagit sur toutes les autres fonctions. La nutrition étant par cela même pervertie, il se produit un refroidissement de l'organisme. Les faits physiologiques qui servent à la démonstration de ces sujets sont très-simples et très-intéressants; ils sont de plus très-faciles à observer.

Dans un autre article, il s'occupe des vêtements. Il fait voir combien le corset est un vêtement peu rationnel. Ce vêtement, par la compression qu'il exerce sur tous les organes splanchniques et par la gêne qu'il apporte dans le libre développement de l'organe gestateur, est la cause de toutes les maladies de langueur des femmes, et il contribue puissamment aux maladies aiguës et chroniques de poitrine.

Il passe ensuite aux causes qui agissent directement sur la composition du sang : l'alimentation insuffisante, les pertes sanguines, les suppurations abondantes, la dyssenterie, le dévoiement, la diarrhée, font le sujet d'autant d'articles où il démontre que le sang étant privé de ses principes immédiats d'assimilation, la nutrition est incomplète, et il y a consécutivement refroidissement de l'organisme.

Après l'examen de ces différentes causes, l'auteur jette un coup d'œil rapide sur la nutrition. Il étudie la composition normale du sang; il explique la classification des principes immédiats qui constituent normalement ce liquide; il étudie encore les capillaires et les éléments anatomiques, puis il démontre ensuite très-clairement comment a lieu l'échange permanent des principes de composition, nutritifs, contenus dans le sang avec les principes de décomposition, devenus impropres à l'entretien de la vie : le sang revivifié, lancé par le cœur, arrive dans les capillaires; il cède ses principes nutritifs dissous et son oxygène, et prend en échange des principes dissous de décomposition et de l'acide carbonique. L'oxygène a servi à l'acte chimique de composition, l'acide carbonique est le produit; c'est la fumée résultant de ce même acte qui a produit de l'électricité et de la chaleur.

Il termine cette première et très-intéressante partie en faisant comprendre l'action vraiment merveilleuse du soleil sur un organisme refroidi. La peau blanche, glacée, sans vie, d'un être languissant, s'anime, se réchauffe, fonctionne sous les rayons vivifiants du soleil, le foyer de vie de notre univers.

Dans la deuxième partie, l'auteur rapporte trois observations de refroidissement organique, poussées jusqu'aux dernières limites et très-promptement guéries à Antibes.

Dans la troisieme partie, l'auteur commence par donner une description générale du grand bassin qui part de Cannes et se termine à Nice, et dont Antibes occupe le centre. Il fait ensuite un court exposé historique de cette ville, qui fut fondée 551 ans avant J. C.; puis il s'occupe de la climatologie de ce charmant pays.

D'après des documents certains, en étudiant les airs, les eaux et les lieux, et en comparant sous ce triple rapport Antibes avec Cannes et Nice, il fait ressortir l'incontestable supériorité climatérique d'Antibes sur ces villes, ses voisines.

Les vents, qui sont très-incommodants à Nice et à Cannes, ne sont pas ressentis à Antibes. Le mistral seul fait fumer les cheminées dans certains quartiers.

Les eaux, qui sont très-mauvaises à Nice et à Cannes, sont excellentes à Antibes.

Les terrains, qui sont d'alluvion récente à Nice et à Cannes, sont plutoniens à Antibes. A l'ouest de Nice, les embouchures du Var sont marécageuses et miasmatiques. A Antibes, il n'y a ni rivières ni prairies, par conséquent, jamais de miasmes.

M. Bergeret fait ensuite une longue digression sur les mauvais effets des effluves salées dans la phthisie pulmonaire. Selon lui, l'air de la mer est très-funeste dans les maladies de poitrine. Il appuie son raisonnement :

1° Sur la désolation des côtes maritimes, où aucune plante, aucun arbre ne résistent au souffle nécrosique de la mer, et qui corrode si rapidement le marbre, les métaux, que les fils télégraphiques se rompent à chaque instant.

2° Il rapporte les conclusions du mémoire de M. Jules Rochard, chirurgien de marine à Brest (1). M. Rochard démontre par de nombreuses observations que les effluves salées de la mer activent la fonte tuberculeuse.

3° Il cite des faits de physiologie expérimentale à l'appui de son raisonnement.

De son article, il ressort très-clairement que l'air de mer, loin de favoriser la guérison de la tuberculose, ne fait que précipiter la terminaison funeste de la maladie.

L'auteur parcourt, enfin, les environs d'Antibes, et décrit toutes les merveilles de ce pays où croît le dattier.

Quel charmant pays ce doit être qu'Antibes, quand on se souvient que cet hiver, pendant les mois de janvier et de février, le minimum de la température a été de + 3° 5, et cela pendant un jour seulement, tandis que partout dans le Midi, et jusqu'en Egypte, il neigeait et il gelait!

Dr Tercy de Nolot.

(1) *De l'influence des voyages sur mer et de l'émigration dans les pays chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire.* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1856.)

Agée de quarante et un ans, cette femme avait eu onze enfants à terme : six vivent.

Brune, d'une bonne constitution, parfaitement conformée, Marie R... avait le conduit vulvo-utérin large, facilement dilatable, comme d'ordinaire chez les personnes multipares. Il n'y avait rien d'exagéré pourtant; le vagin n'était pas chargé de graisse. J'y introduisis facilement les doigts jusqu'au col, que je trouvai aux deux tiers dilaté et très-extensible, à tel point que l'occiput pouvait être circonscrit à travers la poche des eaux, dont la flaccidité était notable. Le ventre n'était pas volumineux ; les battements cardiaques et le bruit de souffle étaient distinctement perçus. Tout était bien, en un mot, à part les douleurs qui ne se déclaraient point.

Obligé de me rendre près d'une autre femme chez laquelle il y avait une hémorrhagie utérine inquiétante, je conseillai de prendre patience et recommandai de venir me chercher au premier réveil des douleurs ; on attendit vainement pendant dix-huit heures.

Rappelé près de la femme, je trouvai la dilatation à peu près complète; mais de douleurs expultrices point. Evidemment l'action de la matrice était insuffisante. L'inertie de l'utérus était franche et tenait à un défaut de contractilité : les fibres utérines trop souvent distendues avaient perdu leur élasticité. Je rompis les membranes en les pinçant, car la poche était flasque. La quantité de liquide qui s'écoula était normale ; l'inertie n'était donc pas due à une accumulation d'eaux amniotiques. Au reste, avant leur sortie, la distension de l'abdomen était uniforme, mais non pas excessive. Le ventre n'était pas bilobé ; l'oreille appliquée sur le stéthoscope n'entendait pas deux bruits de cœur ; je ne songeai donc pas à la présence de jumeaux. Certain d'avoir affaire à une sorte de stupeur utérine, j'employai tous les moyens mis en usage pour obtenir des contractions : les infusions excitantes, les frictions, le changement de position. Les douleurs sommeillaient toujours. L'inertie était donc franche, réelle, persistante.

Le fœtus se présentant par l'extrémité céphalique, le bassin bien conformé, aucun obstacle sur le conduit vulvo-utérin, le col largement dilaté et très-dilatable, j'eus recours à l'extrait de seigle ergoté à la dose de 2 grammes dans une infusion de thé sucrée. La malade prit le tout en trois fois, de demi-heure en demi-heure. Mon but était de prévenir une hémorrhagie post-puerpérale en déterminant des contractions ; celles-ci devinrent à peine sensibles. La tête restait toujours au détroit supérieur, en première position (occipito-iliaque gauche antérieure). Je me décidai à appliquer le forceps, bien qu'il ne fût pas indiqué exclusivement à la version. A peine avais-je introduit la branche à pivot que je fus stupéfait, comme les assistants, d'entendre des vagissements. Evidemment l'air avait pénétré dans la matrice, et l'enfant avait respiré. Je retirai la branche de forceps introduite, les cris cessèrent. J'introduisis la main, ils se renouvelèrent semblables aux premiers, et entièrement semblables à ceux d'un enfant qui vient de naître, avec cette seule différence qu'ils étaient un peu étouffés par les parois de la matrice et du ventre. Je retirai la main, plus rien. J'introduisis de nouveau la branche mâle du forceps, encore des vagissements. Je m'empressai d'appliquer la seconde branche ; j'articulai. Certain d'avoir bien saisi la tête, je la ramenai en position occipito-pubienne ; je tirai en bas, puis, l'occiput dégagé, je relevai le forceps. Tout marcha rapidement, et une forte fille vint au monde. La délivrance n'offrit rien de particulier ; de violentes tranchées prévinrent l'hémorrhagie. Les contractions se déclarèrent sous l'influence du seigle ergoté et des frictions circulaires sur l'abdomen. Les suites de couches furent très-heureuses.

J'ai trouvé ce cas de vagissement utérin tellement curieux, que je me suis permis de le communiquer au savant professeur Pajot, qui m'a répondu :

« Monsieur et très-honoré confrère,

» Le vagissement utérin, tel que l'entendaient les auteurs anciens, était perçu dans l'utérus, les membranes intactes ; pour moi, c'est une fable. Celui que vous avez entendu n'est pas sans exemple dans les présentations de la face et même du sommet. Quand l'air a pu pénétrer dans la matrice, il est compréhensible, bien que ce soit, à coup sûr, un phénomène des plus rares, surtout dans le sommet.

» Le fait est assez curieux pour qu'une observation très-détaillée puisse être publiée, et je vous engage, cher confrère, à la rédiger avec les plus minutieuses circonstances.

» Je vous remercie de votre communication pleine d'intérêt, et vous prie de me croire votre bien dévoué confrère. P. Pajot. »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 septembre 1864. — Présidence de M. Morin.

— M. Flourens présente à l'Académie le tome II du choix des œuvres de Buffon, qu'il publie sous le titre de : *Chefs-d'œuvre littéraires de Buffon*. Le tome Ier a été présenté dans le commencement de l'année : celui-ci complète l'ouvrage.

Lumière phosphorescente des cucuyos. — M. Pasteur fait la communication suivante :

M. l'abbé Moigno m'a prié d'examiner au spectroscope la lumière phosphorescente que développe un insecte coléoptère de la famille des élatères et du genre pyrophore, qui lui a été envoyé par M. Laurent, capitaine de la *Floride*. Ces insectes sont très-communs au Mexique, où ils sont connus sous le nom de *cucuyos*. Les dames mexicaines s'en servent comme d'un objet d'ornement. Elles les conservent en les nourrissant de canne à sucre et en ayant la précaution de les baigner une ou deux fois par jour.

La lumière que répandent les deux petits corps que l'insecte porte sur la tête est si vive, surtout lorsqu'il est un peu excité ou qu'on le place dans une assiette où il y a déjà de l'eau, qu'elle permet de lire dans l'obscurité lorsqu'on est à petite distance de l'animal.

Le spectre de cette lumière est fort beau, mais continu, sans aucune apparence de raies. J'ai fait cette observation avec M. Gernez, agrégé préparateur de physique à l'Ecole normale, qui avait eu déjà l'idée d'étudier autrefois la lumière phosphorescente des vers luisants au spectroscope, sans y distinguer davantage de raies obscures ni brillantes.

M. P. Gervais, présent à la séance, m'apprend qu'il a examiné également à Montpellier, en compagnie de M. Diacon, fort habitué aux études spectroscopiques, les lombrics phosphorescents et les vers luisants, sans découvrir de raies.

Les cucuyos montrent la même lumière sous le ventre, entre le corselet et les anneaux. Il est probable, comme l'a fait observer M. Milne-Edwards, que la matière susceptible de devenir lumineuse est répandue dans tout le corps de l'insecte.

Il y aurait certainement de très-intéressantes études à faire sur cette lumière ainsi que sur la substance qui en est le siége. Ces insectes sont beaucoup plus faciles à manier que les vers luisants, et leur phosphorescence est incomparablement plus vive.

On voit d'ailleurs, par l'exemple de ceux que je présente à l'Académie, combien il est facile de les conserver vivants.

— M. Blanchard, à l'occasion de la précédente communication de M. Pasteur, donne quelques détails zoologiques sur l'insecte phosphorescent qui vient d'être présenté.

C'est, dit-il, un coléoptère du genre *pyrophorus*, de la famille des élatérides. Il existe en France des représentants de cette famille, de petite taille et bien connus de tout le monde sous le nom vulgaire de *taupins*; mais ceux-ci ne répandent jamais aucune phosphorescence. Cette propriété appartient au contraire à beaucoup de grands élatérides fort abondants dans les régions intertropicales de l'Amérique, propriété qui a valu à ces insectes la dénomination commune de *pyrophorus* (porte-feu) qui leur est appliquée par les entomologistes. La phosphorescence apparaît principalement sur deux espaces ovalaires du prothorax (corselet) où le tégument est mince et transparent, de sorte que la lumière est nettement circonscrite. Les voyageurs et les personnes qui ont résidé au Brésil, à la Guyane, au Mexique, ont souvent décrit les effets remarquables de la lumière répandue par ces insectes dans les nuits sombres. M. Lacordaire a rapporté qu'on pouvait lire dans une profonde obscurité en promenant un pyrophore de ligne en ligne. Un récit du docteur Bondaroy, inséré dans les *Mémoires de l'Académie des sciences* de 1766, apprend que quelques coléoptères de ce genre, apportés par hasard à Paris dans de vieux bois, où ils s'étaient trouvés vivants à leur arrivée, causèrent une grande frayeur dans le faubourg Saint-Antoine.

En terminant, M. E. Blanchard insiste sur l'intérêt d'une recherche qui conduirait à une détermination certaine de la structure de l'organe ou des tissus qui sécrètent la matière phosphorescente, nos petits lampires (vers luisants) étant peu favorables pour cette étude délicate. Il y a sur ce sujet des faits qui sont loin d'être encore bien éclaircis, malgré cette assertion du docteur Spix que chez les pyrophores la substance lumineuse provient d'un petit sac logé dans le thorax et rempli d'une matière onctueuse comme du phosphore fondu. Comme la phosphorescence se manifeste aussi à la partie inférieure du corps, entre les anneaux du thorax et de l'abdomen, une semblable localisation est évidemment impossible.

— M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. C. Sédillot, un opuscule ayant pour titre : *De quelques phénomènes psychologiques produits par le chloroforme, et de leurs conséquences médico-légales et opératoires.*

— M. le Président présente, au nom de l'auteur, une note qui lui a été adressée de Sienne par M. Tigri. Cette note, qui est écrite en italien, a pour titre : *Considérations sur les infusoires du genre* bacterium, *présentées à l'occasion des observations de MM. Jaillard et Leplat.*

« Dans un ensemble d'études sur la question du parasitisme, j'avais été conduit, dit M. Tigri, à faire deux groupes distincts des cryptogames parasites, selon qu'ils vivent sur des parties mortes ou qu'ils se développent sur des parties vivantes ; quand j'en suis venu à m'occuper, au même point de vue, des infusoires, j'ai senti qu'une semblable distinction n'était pas moins indispensable ; en conséquence, j'ai eu grand soin de ne pas confondre, dans mes observations sur ces petits êtres, ceux qui se manifestent dans une des phases de la décomposition des matières organiques et dont l'existence est ainsi nécessairement bornée à la durée de cette phase, et ceux qui s'alimentant aux dépens de sucs préparés physiologiquement dans l'organisme animal, peuvent y vivre et s'y reproduire indéfiniment. MM. Leplat et Jaillard, faute d'avoir eu égard à cette différence si importante de conditions, ont cru à tort que leurs observations donnaient un démenti aux faits annoncés par M. Davaine, par M. Signol et par moi. Elles ne prouvent absolument rien que ce qui était déjà admis, que ce qui est évident par soi-même, savoir : que des êtres organisés ne peuvent vivre dans un milieu où manquent les éléments nécessaires à la conservation de leur mode particulier d'existence. Les deux expérimentateurs ont introduit dans l'organisme d'un animal vivant des bactéries prises sur des substances animales en putréfaction. Je ne doute point qu'il n'y ait dans ce putrilage des infusoires rapportables au genre *bacterium* d'Ehrenberg, mais ce ne sont pas là les bactéries que M. Davaine et M. Signol ont observées dans le sang d'animaux domestiques atteints de certaines maladies, ce ne sont pas celles que j'ai trouvées dans le sang d'hommes morts de fièvre typhoïde.... »

M. Tigri a joint à la note que nous venons de résumer un article imprimé par lui dans les *Actes de l'Académie des Nuovi Lincei*, tome XVII, concernant les observations sur les bactéries trouvées par lui dans le sang humain. (Renvoi à l'examen de la commission précédemment nommée, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer, Velpeau et Bernard.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision ministérielle du 26 août 1864, ont été nommés :

Président du conseil de santé des armées, M. le médecin inspecteur Maillot, en remplacement de M. Vaillant, admis à la retraite;

Membre du même conseil, M. Cazalas, nouvellement promu médecin inspecteur.

— Le concours de l'externat (150 places) des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 24 octobre 1864, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris.

Le registre d'inscription, ouvert le jeudi 22 septembre, sera clos le samedi 8 octobre. Les inscriptions sont reçues d'une heure à trois heures, tous les jours.

— On lit dans le *Montpellier médical:*

« A la suite d'un concours qui vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un prix de clinique fondé par M. le docteur Donné, recteur de notre Académie, le jury a décerné le prix, consistant en un microscope d'Oberbæuser, à M. Jean-Félix Chavernac, d'Azillanet (Hérault).

» Un autre prix (mannequin d'Auzoux, petit modèle), dû également à la munificence de M. le recteur Donné, et destiné à celui des candidats à la place d'aide-anatomiste qui serait sorti vainqueur du concours, a été obtenu par M. Gonzagues (Eustache), d'Alignan-du-Vent (Hérault). »

— M. Isoard, interne à l'hôpital de Marseille, nous prie d'annoncer qu'il est étranger à la publication d'une théorie des bruits du cœur que nous avons publiée récemment, et qui est l'œuvre d'un homonyme.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 114. — JEUDI 29 SEPTEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 114. — JEUDI 29 SEPTEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 SEPTEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Deux questions importantes ont comparu hier devant l'Académie de médecine, la question du mode d'action des eaux minérales sur l'économie ou de la *cause* de leurs propriétés thérapeutiques, et celle de la contagion de la fièvre typhoïde. Bien qu'elles soient venues se heurter l'une et l'autre contre le silence de l'Académie, que les interpellations réitérées du président ne sont pas parvenues à rompre, elles n'en ont pas moins paru exciter, la première surtout, un très-vif intérêt dans l'auditoire.

La question de la cause des propriétés thérapeutiques des eaux minérales s'étant également produite devant une autre Académie, dans une séance dont nous aurons à rendre compte incessamment, nous demandons la permission d'ajourner jusque-là ce que nous avons à en dire.

Un mot seulement sur la seconde question, celle de la contagion de la fièvre typhoïde.

Dans une lecture faite à l'Académie dans le courant de juillet de l'année dernière, M. le docteur H. Gintrac, que son éducation médicale et ses habitudes de pratique dans les grands hôpitaux avaient maintenu jusque-là, à l'égard de la contagion de la fièvre typhoïde, dans ce degré du doute qui approche fort de l'incrédulité, exposait une série de faits qu'il avait eu l'occasion d'observer sur le seul théâtre où une question de ce genre puisse être bien étudiée, et qui l'avaient amené à reconnaître que dans certaines circonstances encore indéterminées, la fièvre typhoïde est contagieuse.

Cette proposition n'était pas nouvelle. Depuis que la question a été portée pour la première fois devant l'Académie par M. Bretonneau, comme tout le monde le sait, les faits se sont multipliés, et le nombre des adhérents à l'opinion de la contagion s'est incessamment accru. Cependant les occasions d'observer ces cas de contagion, qui ne se produisent que dans des circonstances évidemment exceptionnelles, sont encore elle-mêmes assez rares pour qu'on sache gré à M. H. Gintrac d'avoir apporté dans l'observation des faits qu'il lui a été donné de recueillir, cette habitude de sévère et rigoureuse analyse qui peut seule leur donner toute leur valeur, et d'avoir en quelque sorte su prendre sur le fait quelques-unes des conditions particulières propres à mieux faire ressortir la contagion.

C'est sur cet intéressant travail que M. Briquet a fait hier un rapport. L'honorable académicien ne s'est pas borné à résumer les faits énoncés dans le mémoire de M. Gintrac; il a repris lui-même la question en sous-œuvre; et, dans quelques considérations générales sur les caractères des maladies contagieuses et sur les circonstances principales de leur histoire, il a fait un départ très-juste entre les maladies qui sont toujours et essentiellement contagieuses, celles dont on a dit avec raison que la contagion constituait leur caractère propre et nécessaire, et celles dont la contagionabilité ne se manifeste, au contraire, que dans des circonstances rares et dans certaines conditions particulières de milieux.

En résumé, les faits communiqués à l'Académie par M. Gintrac, et favorablement accueillis par la commission dont M. Briquet a été l'organe, apportent un nouveau témoignage irrécusable en faveur de l'opinion de plus en plus accréditée aujourd'hui de la contagion de la fièvre typhoïde. Mais il faut les accepter avec les restrictions très-sages qu'y ont mises nos deux savants et honorables confrères, si l'on veut tout à la fois rester dans les termes de la vérité et se mettre en garde contre ces réactions de l'opinion toujours dangereuses, et qui, dans cette circonstance en particulier, pourraient avoir pour effet de jeter inutilement l'alarme dans le public. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. MOREL-LAVALLÉE.

M. A. DESPRÉS, chirurgien par intérim.

Tumeur syphilitique.

Marie X..., Anglaise, domestique, ayant servi chez une femme entretenue, est entrée à l'hôpital Beaujon le 25 août 1864. Elle portait sur la sympbyse du menton une tumeur arrondie ayant la forme d'un macaron, le volume d'une noix, d'une couleur rouge violacé, marquée de stries rouges formées par des capillaires qui rampaient sur la tumeur; sa surface, lisse, présentait sur quelques points des croûtes extrêmement petites. Cette tumeur, indolente à la pression, ne provoquant pas de douleurs spontanées, était mobile avec le tégument sur lequel elle était implantée par une large base. Plusieurs ganglions sous-maxillaires du côté droit étaient engorgés.

La malade présentait en même temps une plaque muqueuse ou tubercule plat sur la lèvre supérieure du côté gauche, et une seconde plaque muqueuse qui s'était transformée en une ulcération à bords taillés à pic et recouverte d'une croûte. Il y avait deux plaques muqueuses sur chaque pilier antérieur du voile du palais. Enfin les petites lèvres étaient également recouvertes de plaques muqueuses.

Outre ces manifestations du côté de la peau et des muqueuses, la malade présentait encore une iritis du côté droit; il y avait une teinte louche de la chambre antérieure, une synéchie postérieure, une déformation de la pupille et le cercle radié péricornéal, signe caractéristique des lésions de l'iris. La vue était un peu trouble.

Voici dans quel ordre se sont montrés ces divers accidents, et les détails qui ont été recueillis par M. de Lavaysse, interne du service:

Il y a deux mois et demi, un petit bouton a paru sur le menton: c'était d'abord une petite tumeur rouge et pointue, entourée d'une auréole rouge; elle s'est peu à peu accrue, et a acquis en moins d'un mois le volume indiqué plus haut. A ce moment, dit la malade, la région du cou a été tuméfiée.

Cinq semaines après, la plaque muqueuse et l'ulcération de la lèvre supérieure se sont montrées.

A cette époque, un pharmacien, consulté par la malade, a prescrit une tisane amère, des lavages avec l'eau de mauve, et un sirop dépuratif.

Bien que la tumeur ne diminuât pas, la malade a continué son traitement, et c'est pour des douleurs vives dans les tempes et de la gêne dans la vision, qui existaient depuis dix jours, que Marie X... est venue à la consultation de l'hôpital Beaujon.

Interrogée à ce moment à l'effet de savoir si elle avait eu des taches sur la peau et des maux de gorge, la malade nous a répondu qu'elle avait eu quelques maux de gorge, mais qu'elle ne s'était jamais aperçue de taches sur sa peau; elle ne se doutait pas ou disait ne pas se douter qu'elle eût des plaques muqueuses aux grandes lèvres.

Le diagnostic ne présentait aucune difficulté. Quelle que fût l'interprétation à laquelle pouvait se prêter la tumeur primitive, il était évident que l'on avait affaire à une syphilis constitutionnelle entrant dans la seconde période.

Le traitement suivant a été institué: contre l'iritis, calomel à dose fractionnée uni à la poudre de Dower; collyre au sulfate d'atropine, 0gr20 pour 30 grammes d'eau; badigeonnage autour de l'orbite avec la teinture d'iode. Contre les plaques muqueuses de la bouche, un gargarisme avec 4 grammes d'alun; contre les plaques muqueuses de la vulve, des lotions avec l'eau blanche.

Le traitement général a été ainsi établi: tous les deux jours, une pilule de proto-iodure de mercure de 25 milligrammes, et les jours intermédiaires, une pilule de bichromate de potasse de 0 gr. 05; tisane de gaïac sucrée avec le sirop des cinq racines.

Aujourd'hui, après dix-neuf jours de traitement, les plaques muqueuses de la vulve sont guéries et celles de la bouche sont en voie de guérison. Les tubercules plats de la lèvre supérieure ont diminué de volume; l'ulcération du tubercule plat du côté droit est cicatrisée; il ne reste plus qu'une plaque violacée. La tumeur du menton est réduite au tiers de son volume primitif. L'injection péri-cornéale a disparu; la chambre antérieure est plus claire, et il ne reste de l'iritis séreuse qu'une synéchie postérieure. La rapidité de la disparition successive des accidents fait espérer une prompte guérison.

Le fait que je soumets à la Société m'a paru digne d'attention. Les livres spéciaux offrent, pour ce qui a trait à notre malade, une lacune, ou au moins des définitions qui manquent de clarté.

En effet, est-ce un tubercule muqueux, un tubercule plat, qui existe sur le menton de Marie X...; ou bien est-ce cet état particulier qui a été désigné par M. Ricord sous le nom de persistance de l'induration du chancre, et une organisation consécutive qui se rapprocherait des tumeurs connues sous le nom de kéloïdes?

La seconde hypothèse paraît la plus probable, parce que la tumeur semble née la première, et surtout parce qu'elle a été accompagnée d'engorgements sous-maxillaires polyganglionnaires. Mais rien ne prouve que ce soit là le premier accident; la malade peut nous avoir trompés.

Pour justifier la première interprétation, il faudrait accepter comme démontré que la plaque muqueuse peut être l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle, et cette proposition n'a été jusqu'ici admise que pour certaines ulcérations de la vulve. M. A. Guérin a cité plusieurs exemples de ce fait dans son récent livre sur les maladies des organes génito-urinaires de la femme. Mais, même dans ce cas, il faudrait encore forcer l'interprétation pour se rendre compte de l'engorgement ganglionnaire.

Enfin, comme particularité de cette observation, j'ajouterai que dès le troisième jour du traitement la malade a senti quelques élancements dans la tumeur du menton.

HOTEL-DIEU D'ANGERS. — M. FARGE.

Pleurésie; thoracentèse; guérison.

(Observation recueillie par M. J. DROUET, interne.)

(Communiquée par M. FARGE à la Société de médecine d'Angers.)

Le 27 mai, nous trouvons couchée au n° 11 de la Clinique médicale une jeune fille de vingt ans, bien constituée, Camille P...

Il y a dix jours, elle fut prise, au retour d'une promenade à la campagne, de toux, de crachats sanguinolents, sans douleur de côté. Ce n'est que quatre ou cinq jours plus tard qu'elle a été prise de douleurs dans le côté gauche, bientôt suivies de gêne dans la respiration. Dans les mêmes jours, elle eut aussi des vomissements. Malgré son état, la jeune fille ne garda pas la chambre, continua de mener une vie assez agitée, et pour tout traitement elle prit une limonade citro-magnésienne à 50 grammes, et se fit appliquer des cataplasmes sinapisés sur le côté douloureux.

Le 26 mai, après avoir consulté pour la première fois un médecin, elle fit à pied, sans paraître très-fatiguée, un trajet de plus d'un demi-kilomètre pour se rendre à l'Hôtel-Dieu. L'insomnie fut complète la nuit qui suivit son admission.

Le 27, au matin. Voici l'ensemble des symptômes que nous pouvons observer: décubitus dorsal, quelquefois latéral gauche; pouls à 120, sans intermittences ni irrégularités; de 64 à 68 inspirations à la minute. Face vultueuse, lèvres cyanosées; pas de sueur ni de chaleur anormale à la peau. La malade, très-gaie, peu consciente de la gravité de son état, répond très-bien aux questions qui lui sont adressées. Elle ne ressent pas de douleur de côté.

Matité de tout le côté gauche de la poitrine, tant en avant qu'en arrière, dépassant la ligne médiane en avant, et seulement limitée au bord droit du sternum, depuis la clavicule jusqu'au tiers inférieur de la poitrine; on entend un bruit de souffle double. Le cœur est refoulé à droite, ses battements sont sourds et sa pointe bat entre l'appendice xyphoïde et les fausses côtes droites.

En arrière, l'auscultation démontre l'existence du souffle dans les deux temps de la respiration, dans la fosse sus-épineuse et le long de la colonne vertébrale, dans un espace de trois travers de doigt environ. Le souffle est d'autant moins prononcé qu'on le cherche plus bas. Ailleurs, les bruits respiratoires sont nuls. Les espaces intercostaux du côté malade sont agrandis, et les doigts, placés convenablement entre la sixième et la septième côte, perçoivent de la fluctuation.

En présence d'un épanchement pleurétique aussi considérable et situé du côté gauche, en présence du déplacement du cœur, M. Farge juge la thoracentèse nécessaire et la propose à la malade.

Celle-ci étant assise et soutenue dans son lit, M. Farge fait avec le bistouri, à six travers de doigt environ de la colonne vertébrale, au niveau de la septième côte, une petite incision à la peau, qui est tendue et abaissée de manière à faire correspondre cette petite piqûre au septième espace intercostal. C'est en ce point que la ponction est pratiquée avec un trocart garni d'avance de baudruche. L'opération n'a rien de très-douloureux, il s'écoule lentement 1 litre 80 centilit. de sérosité citrine, légèrement mêlée de sang vers la fin. Abandonné à lui-même, ce liquide donne lieu à la formation d'un caillot assez considérable et résistant, d'apparence gélatineuse. L'examen aux réactifs démontre une grande abondance d'albumine et des traces de fibrine.

La baudruche faisant office de soupape, il n'entre pas d'air dans la plèvre. L'écoulement d'abord continu diminue peu à peu, puis il cesse pendant l'inspiration, pour reparaître continu quand on incline la malade du côté ponctionné. Enfin, il n'a plus lieu que dans les fortes expirations et dans la toux. Ce dernier symptôme ne paraît que vers la fin de l'opération; la toux devient alors quinteuse, fatigante et presque continue.

La malade auscultée avant ces quintes, lorsque la poitrine est déjà en grande partie vidée, présente les symptômes suivants:

Dans la fosse sus-épineuse, on entend le murmure vésiculaire; dans le reste de la poitrine (en arrière), souffle fort et superficiel dans les deux temps: œgophonie (signes manifestes que le poumon, déjà moins loin de l'oreille, n'est pas déplissé, et que l'air ne pénètre pas dans les vésicules pulmonaires).

Après les nombreuses quintes de toux qui signalent la fin de l'écoulement, le souffle est remplacé en arrière par du murmure vésiculaire qui se trouve seulement plus faible que du côté opposé. Le même phénomène se produit en avant. En même temps, la sonorité a reparu; le pouls, en un quart d'heure, est tombé de 120 à 104, et la respiration de 68 à 50.

La malade pendant la durée de l'opération ne paraît pas avoir été menacée de syncope ; elle a seulement pâli : soulagée par la ponction, elle se laisse bientôt aller au sommeil. — Quelques cuillerées de vin de Bordeaux ; bouillon de poulet ; potion avec 1 gr. de nitrate de potasse, 30 gr. sirop de digitale, 0,05 d'opium.

Le soir de ce même jour, pouls à 96 ; 44 inspirations.

Le 28 au matin, pouls à 92, 44 inspirations. La douleur de côté, au niveau de la ponction, est à peine sensible quand la malade respire, mais elle est très-accusée à la pression. La percussion ne fait trouver de matité nulle part, seulement de la diminution de sonorité en bas, tant en avant qu'en arrière. A ce niveau, la respiration est faible et même à peine sensible en arrière : œgophonie presque partout. A la base, en dehors, quelques bulles de râle crépitant et un peu de souffle. Toux quinteuse, peu fréquente ; expectoration presque nulle.

Le soir, pouls à 120 ; 56 inspirations. La malade nous dit qu'elle a eu un accès d'oppression dans le courant de la journée. La face redevient vultueuse : douleur de côté très-vive. — Sinapismes aux extrémités inférieures ; large cataplasme et 12 sangsues sur la région douloureuse.

Le 29, soulagée par cette émission sanguine, la malade a dormi cette nuit. Pouls à 104 ; 50 inspirations ; inappétence, constipation ; ventre ballonné et douloureux. — Lavement purgatif, qui reste sans effet ; limonade citro-magnésienne à 50 gr.

Le 30, l'inappétence absolue persiste, bien que le ventre soit redevenu plus souple. Pouls à 92 ; 38 inspirations. La sonorité est à peu près complète en avant ; il en est de même en arrière, excepté vers la base. En arrière, dans presque tout le côté gauche resté douloureux à la pression, souffle doux, superficiel, double, œgophonie. En bas, absence de tout bruit respiratoire.

Du côté droit, bien qu'il n'y ait aucune douleur et que la sonorité soit conservée, l'oreille perçoit aussi un peu d'œgophonie.

Large vésicatoire à la base à gauche. — Même potion diurétique et calmante.

Le 31, la douleur du vésicatoire engage la malade à se coucher sur le côté droit, et la respiration n'en est pas très-gênée. Le pouls est demeuré à 92. Un peu de souffle en avant et en bas. On n'ausculte pas en arrière, à cause du vésicatoire.

Le 1er juin, l'inappétence persiste. Pas de fièvre ; toux rare.

Le 2, pouls à 80 ; 30 inspirations. Murmure respiratoire normal, partout en avant. En arrière, à la base, la diminution de sonorité persiste dans une étendue de trois ou quatre travers de doigt ; à ce niveau, on entend à peine la respiration.

Le 3, pouls à 78 ; 22 inspirations. Sommeil excellent. Respiration normale partout. Dans la moitié inférieure de la poitrine, en arrière, œgophonie.

La malade est entrée en convalescence.

Voici les réflexions dont M. Farge fait suivre la lecture de cette observation à la Société de médecine :

Dans l'histoire de notre malade, dit-il, plusieurs points méritent d'être signalés :

1° L'abondance de l'épanchement et la rapidité de son développement : le début absolu de la maladie date au plus de neuf jours avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu, — le début probable de la pleurésie de quatre ou cinq ;

2° L'intensité de l'oppression : 68 inspirations par minute, sans angoisses, ni syncopes, ni menace d'asphyxie ;

3° Le déplacement du cœur, déjeté à la fois en bas et à droite par le refoulement latéral du médiastin et vertical du diaphragme ;

4° Enfin la fluctuation patente et reconnue par les élèves dans le septième espace intercostal.

L'opération, d'ailleurs simple, a permis de constater les particularités suivantes :

1° Le déplacement de la peau a été vertical en bas et assez considérable ; moyen que nous croyons plus sûr pour détruire le parallélisme des ponctions cutanée et musculaire. Une cicatrisation rapide et complète le second jour en a été la suite ;

2° Pendant la première période de l'écoulement, c'était la cage thoracique qui revenait sur elle-même ; le poumon restait comprimé et les symptômes stéthoscopiques restaient persistants ; ils paraissaient seulement plus près de l'oreille ;

3° Jusqu'à l'écoulement d'un litre et demi environ, le souffle et l'œgophonie persistent ; le poumon, qui n'était plus pressé par le liquide, restait emprisonné par des pseudo-membranes déjà fortement organisées. Le vide virtuel des inspirations ne détermine que très-tard les efforts de toux. Alors et immédiatement on entend du murmure vésiculaire, qui va croissant après chaque quinte. La percussion montre que le poumon se distend, et la preuve qu'il a rompu des enveloppes en voie d'organisation est faite par le léger écoulement sanguinolent qui apparaît en ce moment. On peut donc affirmer que dès le cinquième jour les pseudo-membranes embrassent le poumon et peuvent résister aux inspirations même profondes ;

4° Enfin nous constatons l'amendement immédiat et progressif qui suit l'opération. Au troisième jour, nous voyons quelques symptômes aigus qui cèdent à une application locale de sangsues. L'épanchement, bien qu'évacué à une période voisine du début, n'a pas eu de tendance à se reproduire, et un vésicatoire unique a rapidement fait justice de celui qui restait à la base.

TUMEURS LYMPHATIQUES, AUTOPSIE.

Par M. le docteur Trélat (1).

(Observation lue à la Société de chirurgie dans la séance du 11 septembre.)

Vous vous souvenez sans doute d'un malade que je présentai à la Société dans la séance du 22 juin dernier, et que la plupart des membres examinèrent avec intérêt. Il était atteint de deux tumeurs volumineuses siégeant dans chacun des triangles de Scarpa et constituées, d'après l'avis presque unanime des chirurgiens qui avaient vu le malade, par des dilatations lymphatiques. Le seul traitement avait consisté dans l'application d'un appareil compresseur. Un caleçon élastique de M. Bourjeaurd, muni de deux pelotes, remplissait parfaitement ce but après plusieurs modifications. La tumeur de gauche était maintenue complétement réduite, celle de droite un peu moins bien, à cause de la présence d'un bandage herniaire de ce côté.

Sous l'influence de ce traitement inoffensif, les tumeurs s'étaient évidemment améliorées ; l'une et l'autre avaient diminué de volume, mais la gauche conservait, même après une station verticale prolongée et sans l'appareil, une forme aplatie persistante, qui indiquait un retrait des parties dilatées. La santé générale était bonne, les fonctions normales ; les vertiges avaient disparu.

Dans cette situation favorable sous tous les rapports, ce jeune homme me rappela qu'il avait au voisinage de l'anus une petite fistule consécutive à un abcès sous-cutané, qui s'était produit il y a dix-huit mois environ. Cette fistule très-superficielle, longue de 15 à 16 millimètres, donnait lieu à un faible écoulement séro-purulent, était située au niveau du pli fessier du côté gauche, à 5 centimètres environ de l'anus ; elle était borgne-externe, et ne communiquait par aucun point avec l'intestin. J'avais conseillé quelques injections modificatrices et la compression du trajet fistuleux, remettant à une autre époque, et après observation suffisante, tout moyen de traitement plus actif.

La fistule était restée dans le même état, et mon jeune malade désirait en être débarrassé définitivement avant de retourner dans son pays, et au moment de se livrer à quelques travaux réguliers qui lui permissent d'utiliser la fin de son séjour. Je ne crus pas devoir m'opposer davantage à un désir très-formellement exprimé à plusieurs reprises, et je me décidai, vu l'excellent état de la santé générale, à pratiquer cette petite opération.

Elle fut faite le mercredi matin, 7 septembre ; j'incisai le trajet sur une sonde cannelée, puis j'excisai avec des ciseaux courbes l'autre lèvre et le fond de la fistule ; la petite plaie fut remplie de charpie.

Le lendemain jeudi, à part un peu de cuisson, l'opéré n'avait pas souffert ; il avait dormi et mangé comme à son habitude.

Le vendredi, très-bon état général et local.

Le samedi matin, même situation ; la plaie rosée se borde d'un liséré cicatriciel. Aucune souffrance, aucun malaise. La guérison marche à souhait et paraît devoir être des plus rapides.

Ce même jour, samedi, à six heures du soir, les deux tumeurs inguinales deviennent douloureuses. La douleur est modérée d'abord ; mais au bout d'une demi-heure elle est extrêmement intense. On m'envoie chercher ; comme on ne me trouve pas, un médecin du voisinage fait appliquer sur les tumeurs des cataplasmes arrosés d'un liniment calmant, et prescrit une potion opiacée.

J'arrive près du malade un peu avant neuf heures : il est très-pâle, cette pâleur existe sur tout le corps ; les yeux sont cernés, la face, le cou et les mains humides de sueur. Les douleurs, toujours violentes, deviennent excessives à intervalles rapprochés ; elles siégent dans les deux tumeurs, et remontent en s'irradiant vers la région des reins et l'épigastre. Les tumeurs, qui étaient vides et flasques dans le décubitus, sont tendues, et quoique à leur surface la peau ait conservé sa coloration normale, le moindre attouchement provoque une souffrance insupportable. De chaque côté, le canal inguinal est vide. La paroi abdominale est tendue, ou mieux roidie par la contraction musculaire. Le ventre est sonore à la percussion.

Le pouls, contracté, est extrêmement fréquent, 140 pulsations. Il y a eu dans la journée, avant les accidents, une selle naturelle ; les urines, rares et fortement colorées, sont rendues sans difficulté.

Cet ensemble de phénomènes graves dure sans interruption et sans changement depuis six heures et demie du soir.

Je constate de nouveau qu'il n'y a aucun étranglement herniaire ; on ne peut songer à un iléus, la nature des douleurs, leur siége, leur violence doivent détourner de cette opinion. Il me paraît présumable que les deux tumeurs se sont enflammées rapidement, que le liquide qu'elles contenaient a dû être modifié, que ce liquide a dû franchir facilement des voies lymphatiques probablement dilatées ; enfin l'état du pouls et la pâleur extrême de la peau semblent indiquer une intoxication générale.

Le malade, en me suppliant de le soulager, accusait une extrême préoccupation. Partageant mentalement ses craintes, je fis prévenir ses amis et sa famille, tout en le rassurant de mon mieux.

L'indication pressante était de combattre la douleur ; j'ordonnai de larges applications de laudanum et à l'intérieur une potion fortement morphinée, qui ne provoqua pas de vomissements.

Le lendemain, dimanche matin, après une nuit sans sommeil à cause de la souffrance, il semble y avoir un peu de calme ; les tumeurs n'offrent plus la même sensibilité excessive au moindre contact. Le pouls n'a que 130 pulsations. Cependant, ce calme peut bien n'être qu'une fatigue portée jusqu'à l'épuisement. D'accord avec mon ami M. le docteur Millard, qui a bien voulu m'éclairer de ses avis dans cette circonstance grave et qui d'ailleurs connaissait déjà le malade, nous prescrivons un léger purgatif pour combattre le météorisme du ventre, des boissons acidules et un bain pour le milieu du jour.

Le purgatif a été rejeté par régurgitation et n'a produit presque aucun effet.

A trois heures, abattement, demi-délire calme, pouls filiforme. La peau du corps a pris une coloration rose vif comme au début de la scarlatine ; au cou, cette teinte est irrégulière et alterne avec des plaques pâles ; la face est restée très-pâle. — C'est un commencement d'agonie.

Le bain est bien supporté pendant une demi-heure ; le malade replacé dans son lit est calme, tranquille, abattu. Il expire doucement à huit heures du soir, moins de vingt-six heures après le début des accidents. Au moment de la mort, on voyait des marbrures violacées sur la peau du cou et du thorax. Dès le lendemain, la putréfaction était très-avancée.

En présence d'un cas si insolite, d'une marche si rapide des accidents, je sollicitai de la famille l'autorisation, qui me fut accordée, de procéder à l'autopsie.

Elle ne put être faite que le mardi matin, trente-six heures après la mort. Nous ne disposions que d'un temps fort court, nous dûmes donc nous borner aux constatations les plus importantes.

La décomposition cadavérique était portée au plus haut degré. Couleur verdâtre, tissu cellulaire distendu par des gaz, face méconnaissable. La dissection de la tumeur droite nous montra que celle-ci était située en majeure partie sous le fascia cribriforme, en avant des aponévroses du psoas et des adducteurs ; qu'elle laissait échapper, dès que le scalpel intéressait sa surface, un liquide opaque, épais et d'un rose jaunâtre ; qu'elle était constituée par des lobes rapprochés les uns des autres, ainsi qu'on peut le voir encore sur la pièce disséquée. Cette tumeur est exactement limitée en haut, en bas et sur les côtés ; mais en arrière, elle communique manifestement avec les vaisseaux lymphatiques profonds. Au moment où je la sépare en ce point, le liquide rose s'écoule assez abondamment. A sa surface, la tumeur présente un grand nombre de bosselures, d'un volume variable, que je n'ai pas voulu ouvrir, parce que j'ai pensé que cette pièce rare pourrait être conservée.

En ouvrant la cavité abdominale, nous constatons qu'il n'y a aucune altération intestinale. Bien plus, malgré une recherche attentive, il nous est impossible de retrouver la hernie inguinale, qui avait été positivement reconnue par les médecins de l'île Maurice, par M. Nélaton, par moi, par tous ceux qui avaient vu le malade. *Cette hernie n'existait pas.* Nous avions tous commis la même erreur, difficile à éviter, que chez le malade de Breschet et d'Amussat. C'étaient des vaisseaux lymphatiques variqueux qui occupaient le canal inguinal et la partie supérieure du cordon. Cela nous explique pourquoi cette prétendue hernie était si difficile à maintenir réduite, pourquoi, malgré toutes les précautions, le bandage en laissait toujours filer une partie.

En décollant le péritoine de la paroi abdominale postérieure, on apercevait, le long des vaisseaux iliaques, une masse plus grosse que le pouce formée de conduits pelotonnés, enroulés les uns avec les autres, se dirigeant généralement de bas en haut. La même disposition existait des deux côtés. Vers les piliers du diaphragme, ces deux masses se rapprochaient l'une de l'autre et confinaient par leurs bords. Elles remontaient plus haut et s'engageaient très-probablement sous le diaphragme ; mais nous n'avons pu, faute de temps, vérifier ce dernier point. Ces masses, dont je soumets quelques parties à l'examen de la Société, rappelaient exactement le dessin qui a été donné par Breschet, et que notre collègue M. Follin a reproduit dans son *Traité de pathologie externe*. Elles étaient constituées par des dilatations lymphatiques.

La tumeur du côté gauche ne put pas être examinée.

Bien que cette autopsie confirme, sauf pour ce qui est relatif à la hernie, l'exactitude du diagnostic, j'insiste sur un point : quand je présentai le malade à la Société, notre collègue M. Verneuil émit l'opinion que les vaisseaux lymphatiques profonds et intra-abdominaux étaient sans doute dilatés, et avaient peut-être été le point de départ de la maladie. Je combattis cette opinion, et on peut se rappeler que l'étude des signes sembla me donner raison. Les tumeurs paraissaient rigoureusement limitées à la région inguinale. Nous avons aujourd'hui la preuve qu'il n'en était rien. Ce fait doit donc inspirer pour l'avenir une extrême défiance dans des cas analogues à celui-ci. On sera toujours en droit de craindre, même en l'absence de tout signe probant, qu'il n'existe des dilatations profondes de nature à rendre le pronostic beaucoup plus grave.

Si on se reporte aux accidents présentés par le malade d'Amussat, accidents qui se développèrent spontanément à la suite d'une course fatigante, et qui offrent avec ceux de notre malade une grande analogie, on est en droit de se demander si la très-petite opération faite le mercredi a été pour quelque chose dans la production des phénomènes graves qui n'ont débuté que le samedi suivant, sans que rien eût pu les faire craindre, sans aucune trace de rougeur ou d'inflammation de la plaie, sans érysipèle, sans angioleucite.

On peut penser cependant que les lymphatiques de la fesse ont pu transmettre aux tumeurs de l'aine une irritation légère qui est devenue le point de départ, l'étincelle d'une inflammation qui a semblé se développer uniquement dans ces tumeurs. On éprouve cependant quelque peine à comprendre comment cette irritation s'est propagée à la fois et au même moment à chacune des tumeurs. Peut-être ce phénomène trouverait-il mieux son explication en admettant que les accidents ont commencé primitivement dans les voies lymphatiques dilatées, ce qui s'accorderait mieux avec la brusque intensité des douleurs, avec leur étendue et avec les troubles généraux accusés par la fréquence du pouls et la pâleur de la peau.

Quoi qu'il en soit de ces diverses hypothèses, il n'en reste pas moins démontré par l'observation d'Amussat et par celle-ci que les malades atteints de tumeurs lymphatiques variqueuses sont exposés à des accidents très-graves ; que ces accidents peuvent se développer sous l'influence de la cause la plus inoffensive en apparence ; qu'il faut les soustraire à tout ce qui peut intéresser ou irriter le système lymphatique dans un point quelconque du corps ; enfin, que le pronostic à porter est beaucoup plus grave que ne sembleraient le faire croire l'aspect et le volume des altérations, parce que celles-ci s'étendent souvent au delà des limites de nos moyens d'exploration.

(1) Voir le numéro du 5 juillet de la *Gazette des Hôpitaux*.

OBSERVATION DE CÉPHALOEMATOMES SOUS-PÉRICRANIENS

guéris par la ponction et la compression.

Par M. le docteur Henri Berthelot.

Le 12 août 1864, la femme B..., de Lavoux (Vienne), présente à notre consultation son enfant âgée de dix-sept jours.

Cette petite fille, venue à terme, d'une bonne constitution, porte deux tumeurs sur le cuir chevelu.

La femme B... était primipare ; son accouchement s'était fait heureusement ; l'enfant s'était présentée par le sommet (première position). Ce ne fut que le lendemain qu'on s'aperçut de la présence de deux tumeurs, qui depuis cette époque n'ont subi ni augmentation ni diminution.

La première de ces tumeurs, la plus volumineuse, siége sur le pariétal droit, au niveau de l'angle supéro-postérieur, et s'étend en bas jusqu'au temporal. Cette tumeur, ovalaire, recouvrant tout le pariétal, est molle, fluctuante, ne conservant pas l'empreinte du doigt, sans rougeur ni chaleur du cuir chevelu. Elle ne dépasse pas la ligne médiane. De toutes parts elle est limitée par les sutures osseuses. Elle mesure 25 centimètres de circonférence à sa base. Sa grosseur approximative est celle d'un gros œuf de dinde.

La seconde tumeur, arrondie, de la grosseur d'un œuf de pigeon, siége au niveau de la bosse occipitale, sur la ligne médiane. Elle me-

sure 14 centimètres de circonférence à sa base. Elle présente les mêmes caractères que la première.

Sur la limite de chacune des tumeurs on sent à la palpation comme une brusque interruption de l'os. On serait tenté de croire à un défaut d'ossification, à un arrêt de développement. Cependant, si l'on pousse lentement la tumeur à son centre, elle se déprime, et l'on sent le plan résistant de l'os. On détermine parfaitement par le toucher la forme du bourrelet osseux qui se continue insensiblement en dehors avec la surface osseuse et présente en dedans une surface taillée à pic. C'est bien là le cercle osseux, le bourrelet osseux décrit par Valleix.

A quelle affection avions-nous affaire ?

Nous avons hésité un instant pour porter notre diagnostic.

L'œdème séro-sanguin conserve l'empreinte du doigt et n'offre point de fluctuation, point de cercle osseux à la base de la tumeur comme dans notre tumeur.

Les tumeurs comprimées avec la pulpe du doigt ne déterminaient point chez notre petite malade cet assoupissement, cette paralysie générale momentanée qu'on observe lorsque l'on comprime une encéphalocèle ou un fongus.

Les tumeurs sanguines sous-aponévrotiques ressemblent assez à celles que nous avons décrites, mais elles manquent de bourrelets osseux, et sont en général comme à cheval sur les sutures, ainsi que l'a fait remarquer Valleix.

La fluctuation, l'absence d'œdème et d'ecchymoses aux téguments, la présence du bourrelet osseux sur la limite de chaque tumeur, la sensation du plan résistant de l'os en déprimant les tumeurs, nous ont porté à diagnostiquer deux céphalœmatomes sous-péricrâniens.

Nous noterons ici que les bourrelets osseux étaient incomplets et n'embrassaient que les deux tiers environ de la circonférence des céphalœmatomes.

L'incision large de la tumeur, conseillée comme le meilleur moyen thérapeutique, nous effrayait un peu à cause de l'hémorrhagie.

C'est à la ponction avec le bistouri que nous avons eu recours.

Elle a été pratiquée à la partie la plus déclive de chaque tumeur. Il est sorti environ 150 grammes d'un sang noir, sirupeux, contenant des caillots. Les tumeurs se sont immédiatement affaissées, et la saillie du cercle osseux de Valleix est devenue appréciable à la vue.

Un petit linge enduit de cérat est appliqué sur chaque piqûre et une compression uniforme est faite sur chaque tumeur à l'aide de plaques de coton maintenues par un petit bonnet de linge serré.

Le 14 août, ces tumeurs s'étaient en partie remplies; mais les téguments de la première tumeur, la plus volumineuse, se sont recollés dans une étendue de 1 centimètre tout autour de la piqûre faite avec le bistouri. On continue la compression.

Le 19, les deux tumeurs ont complétement disparu. Les bourrelets osseux ne sont plus sensibles.

Le 11 septembre, la guérison est définitive.

OBSERVATION

sur une imperforation de l'extrémité inférieure du rectum.

Par M. le docteur Girouard père, de Chartres.

Le 31 mai 1864, j'ai été chargé de donner des soins à une petite fille âgée de quatre mois.

On me dit qu'elle était née sans anus ; que le docteur D..., consulté deux jours après la naissance, avait pratiqué une profonde incision, et que des matières fécales s'étaient écoulées en abondance.

Pour empêcher l'ouverture de se fermer, on avait recommandé d'y introduire des mèches de charpie. Malgré ce moyen, la plaie s'était rétrécie, et l'introduction des mèches, même les plus petites, était devenue tellement douloureuse qu'il avait fallu en cesser l'emploi.

Pour faciliter la défécation, on donnait depuis une quinzaine de jours, tous les matins, une cuillerée à café d'huile de ricin.

Le 31 mai, la face était grippée, les joues creuses, les yeux enfoncés; le ventre ballonné, bleuâtre; cris plaintifs presque continuels, envies de vomir à chaque instant.

La nourrice me dit que du matin au soir et une grande partie des nuits, l'enfant faisait des efforts pour aller à la selle, et qu'il ne rendait que de l'eau.

A l'anus, il y avait une ouverture, mais tellement petite qu'on pouvait à peine y introduire un stylet de la grosseur d'une épingle. En forçant un peu, j'y fis pénétrer la branche d'un mince compas d'épaisseur. Je reconnus que le rétrécissement s'étendait à 2 centimètres et demi de profondeur, au point correspondant au sommet du sacrum, et qu'au delà l'intestin rectum était dilaté.

Que faire? Elargir le trajet et entretenir l'ouverture à l'aide de mèches? C'est ce qu'on avait déjà fait sans succès.

Fendre de chaque côté, opérer même une perte de substance et empêcher la plaie de se réunir? Dans un cas à peu près semblable, je n'avais pas réussi.

Je pensai que peut-être j'obtiendrais une guérison durable si je pouvais :

1° Creuser et prolonger en arrière la rainure anale (jusqu'au cul-de-sac intestinal), attaquer même, si cela était nécessaire, le coccyx et le sommet du sacrum;

2° Opérer à la partie interne de chaque fesse une perte de substance, de manière à former une large plaie conique dont le sommet serait à l'extrémité interne du trajet fistuleux ;

3° Maintenir la plaie largement évasée, afin que la cicatrice partant des bords de l'ouverture pût y attirer la peau des fesses, pendant que la cicatrice naissant de la muqueuse intestinale l'entraînerait et borderait l'orifice du rectum, de cette membrane qui est peu susceptible de coarctation et facilement dilatable dans son état naturel.

Après m'être assuré à l'aide d'un compas que de l'intérieur du rectum à la surface externe du sommet du sacrum il y avait une épaisseur de 2 centimètres, et du sommet du sacrum à l'ouverture anale un espace de 2 centimètres et demi, je traçai à l'encre, de la base du coccyx à l'anus, un ovale large de 2 centimètres; sur toute son étendue, à l'exception du point correspondant à la cloison recto-vaginale, j'appliquai une couche de pâte de Vienne de quelques millimètres d'épaisseur. En cinq minutes, la cautérisation de la peau fut complète. J'enlevai la pâte, et après avoir introduit une petite sonde dans le trajet fistuleux, je traversai la base du coccyx jusqu'à la sonde avec un bistouri droit, dont la lame, glissant dans un manche gradué, ne s'allongeait que de 2 centimètres. L'ayant retirée, j'enfonçai une cheville de pâte de zinc un peu moins longue que le trajet de la plaie; entre cette ponction et l'anus, j'en fis deux autres, et j'y logeai des morceaux de pâte de zinc, de manière à ne cautériser que la paroi postérieure du trajet fistuleux, sans toucher à la paroi antérieure formée par la cloison recto-vaginale.

Six heures après, tous les tissus compris entre chaque piqûre étant traversés par le caustique, je fendis l'eschare à l'aide d'un bistouri boutonné. Aussitôt un flot de liquide et de matières d'une certaine consistance s'échappa. Le ventre s'étant affaissé, j'introduisis dans le rectum une mèche de charpie cératée. Sur chaque côté de la plaie j'appliquai de la pâte de zinc, et pour en limiter l'action et l'empêcher d'agir sur la cloison recto-vaginale, j'entassai sur le fond de la plaie de la charpie enduite d'onguent de la mère.

Deux heures après, les matières fécales ayant chassé la mèche, je renouvelai l'appareil et je le fixai solidement à l'aide de bandelettes de papier Fayard : il resta en place sept à huit heures.

Je recommandai à la nourrice d'introduire de nouvelles mèches toutes les fois que l'enfant irait à la selle et de couvrir la plaie de linges enduits d'onguent de la mère, rabattus sur les bords pour les maintenir évasés le plus possible.

Pendant les cautérisations, les souffrances ont été parfaitement supportées : quelques plaintes, pas le moindre accident. La nuit, par moments, un peu d'agitation, puis sommeil tranquille.

Le lendemain, un peu de fièvre, point de plaintes : l'enfant tette bien, dort et va facilement à la selle.

Après être restée deux jours près de moi, la nourrice retourne chez elle. Le huitième jour elle ramène l'enfant : il rendait librement les matières fécales; l'introduction des mèches était facile; il ne restait plus de l'eschare que la portion formée aux dépens du coccyx.

Le cinquième jour, je revis l'enfant : l'orifice du rectum était parfaitement libre ; l'eschare du coccyx était tombée, mais la plaie était pâle ; pour la ranimer et la solidifier, afin d'obtenir une cicatrice de bonne nature, j'en touchai toute la surface avec un crayon de nitrate d'argent fondu.

Je recommandai de faire prendre tous les jours à l'enfant, dans un peu d'eau, une cuillerée à café de sirop ferrugineux, moitié le matin et moitié le soir.

A dater de cette époque, tout a marché régulièrement; on a continué de couvrir la plaie d'onguent de la mère étendu sur du linge rabattu sur les bords pour les maintenir évasés; mais on a cessé les mèches, et à la place on a introduit le matin, à midi et le soir, un bâtonnet d'ivoire de la grosseur du petit doigt.

Le vingt-cinquième jour, la cicatrisation de la plaie était complète. La nourrice me dit que l'enfant allait comme un autre à la selle, et qu'il rendait souvent des matières moulées plus grosses que le doigt.

Je recommandai de continuer encore pendant deux ou trois mois l'emploi du petit bâtonnet d'ivoire, plutôt par précaution que par nécessité.

Le 25 août, j'ai revu l'enfant : il était bien portant, toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement.

A l'anus, la rainure était large et profonde, limitée en avant par la cloison recto-vaginale, en arrière par une surface solide recouverte d'une cicatrice adhérente, semblant formée par le sommet du sacrum. Sur les côtés, la rainure était évasée et (la peau ayant été attirée sur la plaie par la rétraction du tissu inodulaire) la cicatrice avait à peine quelques lignes de largeur.

En écartant les fesses, on voyait au fond et en arrière de la rainure l'orifice du rectum bordé d'une membrane muqueuse. Dans le cas où l'ouverture viendrait à se rétrécir, il serait facile de la dilater.

OBSERVATION DE FARCIN AIGU

terminé par la mort.

Par M. le docteur Lemariez (de Pont-Audemer).

Le dimanche 14 août 1864, je fus appelé à 14 kilomètres de chez moi près d'un riche cultivateur, M. M..., que l'on me dit atteint d'une *mauvaise fièvre*. Son état était le suivant : intelligence obtuse, stupeur, hébétude, figure fatiguée, forces nulles, prostration extrême. Pouls à 120, petit, déprimé; respiration courte, fréquente; abdominale; langue sèche, noire, fendillée; ventre météorisé à l'extrême. C'était une fièvre typhoïde grave (forme adynamique) arrivée à la fin du troisième septénaire, s'il n'y avait eu les particularités suivantes : à la partie antérieure de la poitrine et sur l'abdomen, une trentaine de pustules rappelant celles que l'on obtient par l'usage de la pommade stibiée; sur les jambes, quelques pustules semblables. Aux mêmes membres inférieurs, deux ou trois vestiges de phlyctènes qui, prises isolément, ressemblaient à des pemphigus en voie de guérison ; enfin quatre tumeurs développées dans le tissu cellulaire sous-cutané donnant la sensation de fluctuation et ayant une grande analogie avec les gommes syphilitiques.

Je diagnostique un farcin aigu, et partant de cette idée, j'interroge les parents du malade. D'après eux, il n'y a eu ni chez lui ni chez ses voisins de bestiaux malades; seulement, le dimanche précédent (7 août), M. M... se rendant à Elbeuf, a laissé tomber son cheval sur les genoux et a eu un *sang tourné*. Un médecin d'Elbeuf lui a donné ses soins, puis, vingt-quatre heures après, l'a renvoyé chez lui. Quelques jours plus tard, M. Bry, médecin à Montfort-sur-Risle, visita le malade, diagnostiqua une fièvre bilieuse avec des accidents typhoïdes, et institua un traitement *ad hoc*. Quoi qu'il en soit, le malade mourut quelques heures après ma visite. Je chercherais encore la manière dont cette affection avait pu se développer chez mon malade, si le hasard ne m'avait éclairé.

Voici ce qui s'était passé :

Environ un mois avant sa mort, M. M... ayant deux chevaux malades, avait appelé un empirique des environs. Après quelque temps, celui-ci se trouvant dans l'embarras, en appela un second, puis un troisième, tous deux venant de fort loin et se faisant payer en conséquence. Enfin les chevaux ne guérissaient pas; on fit venir M. Constantin, vétérinaire très-répandu dans notre arrondissement et jouissant d'une réputation justement acquise. Il trouva chez les deux chevaux la morve développée jusqu'à ses dernières limites; il les fit abattre *illico*, et indiqua les précautions à prendre pour que les autres chevaux du cultivateur soient épargnés.

Or, quand je fis ma visite, deux de ces chevaux, d'un grand prix du reste, avaient un peu de jetage ; de peur que je donnasse l'éveil, on me dissimula les antécédents. Le virus de la morve avait été inoculé par une plaie que M... avait au pouce dont il ne me parla point, et à laquelle il n'avait fait aucune attention, les empiriques ne lui ayant recommandé aucune espèce de précaution.

Quinze jours après la mort de M. M..., son berger vint me trouver pour un malaise général dont il s'inquiétait peu, mais qui m'effraya. Bien qu'il n'eût pas donné ses soins habituels aux chevaux abattus, il avait souvent aidé son maître dans des injections que les empiriques avaient conseillées. Or, il portait à la face dorsale des mains sept ou huit pustules et une phlyctène de la largeur d'une pièce de deux francs environ ; avec cela de la fièvre et surtout des frissons. Les purgatifs, les sudorifiques, et surtout les préparations de quinquina, ont triomphé de ce malaise, que je ne saurais dénommer. Aujourd'hui le malade est entièrement rétabli.

LES VOIES DE LA LYMPHE DANS UNE PLAQUE DE PEYER

chez l'homme.

Par M. H. Frey, professeur à Zurich.

Les plaques de Peyer, après être restées longtemps des organes énigmatiques, ont donné lieu dans ces dernières années à d'importants travaux qui ont eu pour résultat de nous faire connaître leur structure générale, du moins dans ce qu'elle a d'essentiel.

Cependant personne n'a encore établi, d'une manière précise et satisfaisante, les rapports entre les follicules et le système lymphatique. C'est de ces rapports que s'occupe M. Frey dans l'article dont nous allons rendre compte. Les travaux antérieurs de cet auteur, et particulièrement ses belles *Recherches sur les glandes lymphatiques*, nous inspirent une grande confiance sur l'exactitude des résultats.

M. Frey assigne aux follicules de Peyer la structure suivante :

Le follicule se compose de trois parties : la coupole, la couche moyenne et la base. La coupole fait saillie sur la muqueuse; elle est recouverte d'épithélium cylindrique et entourée d'une enveloppe garnie d'appendices villeux (la *vaginule* de Bœhm). La couche moyenne sert de moyen d'union des follicules entre eux ou avec le tissu muqueux environnant qui renferme les cellules lymphatiques. La partie basilaire est nettement séparée des parties voisines. Le tout est composé d'un tissu réticulé à mailles étroites à l'extérieur, larges au contraire à l'intérieur. D'innombrables cellules lymphatiques remplissent tous les interstices, et le follicule est traversé dans toute son épaisseur par un élégant réseau capillaire.

Voici quelle est dans les mammifères la disposition des voies par lesquelles chemine la lymphe. Chaque follicule a des canaux lymphatiques afférents qui sont les conduits chylifères de la vaginule. Ces canaux se répandent dans le tissu réticulé qui unit les follicules sans pénétrer dans ces derniers. De là, les conduits de la lymphe, qui ont perdu leurs parois propres, se rendent dans l'espace qui entoure la base du follicule et qui correspond au sinus alvéolaire des glandes lymphatiques, pour pénétrer ensuite dans les canaux lymphatiques du tissu sous-muqueux. Ainsi les parties moyenne et basilaire du follicule sont entourées de conduits lymphatiques; la région supérieure en est dépourvue.

L'auteur passe ensuite à l'exposé de ses recherches sur l'homme. Les dessins joints à son travail permettent de se rendre facilement compte de la disposition des parties. Les villosités contiennent un, deux ou même trois canaux chylifères qui descendent vers les intervalles compris entre les follicules et se jettent dans le réseau lymphatique qui occupe cet intervalle, au milieu de la substance lymphoïde qui unit les follicules entre eux. Le réseau se continue vers la base du follicule pour passer de là dans les vaisseaux lymphatiques sous-muqueux. Une des figures montre comment le réseau lymphatique situé à la base des follicules dans le tissu sous-muqueux aboutit à un large sinus dans lequel les vaisseaux lymphatiques prennent naissance.

(*Arch. de Wirchow* et *Gazette médicale*.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 septembre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Une lettre accompagnant l'envoi d'un certain nombre d'échantillons d'eaux minérales qu'il soumet à l'examen de l'Académie. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Un mémoire de M. A. Renault (d'Alençon), intitulé : *Maladies des enfants depuis leur naissance jusqu'à l'âge de dix à douze ans*. (Commissaires, MM. Blache et Royer.)

— M. Larrey présente, au nom de M. Jourdeuil, médecin-major de première classe, un rapport sur le service des eaux minérales de Baréges. (Commission des eaux minérales.)

LECTURE.

Recherches sur la cause des propriétés actives des eaux minérales. — M. Scoutetten donne lecture d'un Mémoire ayant pour titre : *Recherches sur les eaux minérales, et spécialement sur la cause de leurs propriétés actives.*

M. Scoutetten établit, dans des considérations préliminaires, que la composition chimique des eaux minérales ne suffit pas pour expliquer leur action thérapeutique. Il rappelle que cette composition se réduit quelquefois à des traces, à quelques milligrammes de substan-

ces actives, telles que l'arsenic, l'iode ou le brome, ou à quelques centigrammes de sels inertes. Il y a donc quelque chose en dehors de la minéralisation qui agit sur l'organisme et qui communique aux eaux leurs propriétés médicales.

Il s'agit de rechercher quelle est cette chose. — Considérant que l'effet le plus remarquable des eaux minérales est de produire une excitation qui s'élève assez souvent jusqu'à l'état fébrile, M. Scoutetten s'est demandé si l'électricité ne jouerait pas un rôle dans ces propriétés physiologiques des eaux. Par de nombreuses expériences faites avec le galvanomètre de Nobili, il a reconnu que les eaux minérales ne contiennent pas d'électricité libre, qu'elles sont négatives, tandis que les eaux aérées des lacs et des rivières sont positives.

En contact avec le corps de l'homme, toutes les eaux déterminent un courant qui part constamment du liquide pour traverser le corps. Ainsi, toutes les eaux, minérales ou non, sont négatives par rapport au corps qui y est plongé ; mais l'intensité du courant varie considérablement, selon la nature de l'eau : ainsi celle des rivières donne un courant qui ne fait dévier l'aiguille du galvanomètre que de 15 à 20 degrés, les eaux minérales artificielles donnent de 30 à 40 degrés, et les eaux minérales froides à la source, 70, 80 et même 90 degrés ; ce sont les eaux sulfureuses qui déterminent les courants les plus énergiques et les plus durables.

M. Scoutetten examine les modifications que l'eau sidérale subit en traversant la croûte terrestre dans le double trajet qu'elle suit de la surface aux couches profondes et des couches profondes au point d'émergence des sources. L'eau, dans ces conditions, devient un foyer de combinaisons incessantes d'actions et de réactions chimiques, ainsi que de manifestations électriques. C'est un liquide qui se meut, s'agite, se compose, se décompose, en un mot, c'est un *liquide vivant*. Les faits semblent se réunir, en outre, pour indiquer que l'eau, soumise pendant longtemps aux courants électro-magnétiques qui parcourent sans cesse la terre, et aux effets électriques déterminés par les actions chimiques, finit par éprouver une modification allotropique qui lui donne l'activité exceptionnelle que l'expérience constate. Cet état allotropique dure peu : il faiblit peu de temps après que l'eau est sortie de sa source, il disparaît au bout de trois jours dans les eaux les plus actives.

Quoiqu'il soit exact que les principes minéralisateurs ne jouent qu'un rôle secondaire, cependant ils exercent une action évidente lorsqu'ils sont en quantité suffisante pour modifier l'organisme; ils peuvent encore par leur contact avec la peau produire une stimulation qui se traduit par des éruptions.

D'après ces considérations, on doit admettre que les eaux minérales peuvent produire trois actions :

1° L'action dynamique, commune à toutes les eaux, quelle que soit leur composition chimique;

2° L'action médicamenteuse, variable selon la nature des éléments minéralisateurs;

3° L'action topique, déterminée par la stimulation produite à la peau et provoquant des éruptions diverses.

L'action dynamique résultant des effets électriques produits au contact de l'eau avec le corps, provoque l'excitation thermale; l'action médicamenteuse détermine des effets en rapport avec la nature du médicament. Quant à l'action topique, elle varie dans ses manifestations selon la composition chimique de l'eau, le mode d'administration et la durée du bain.

M. Scoutetten termine en émettant le vœu qu'une discussion académique vienne bientôt jeter une lumière complète sur les faits qu'il vient d'exposer.

RAPPORT.

Contagion de la fièvre typhoïde. — M. BRIQUET, au nom d'une commission composée de MM. Louis, Barth et Briquet, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire lu à l'Académie le 21 juillet 1863 par M. le docteur H. Gintrac, médecin de l'hôpital de Bordeaux, et intitulé : *Note sur la contagion de la fièvre typhoïde.*

Il y a pour la fièvre typhoïde, dit M. le rapporteur, comme pour toutes les maladies qui peuvent se communiquer, une question de théorie et une question de fait. Voyons d'abord, au point de vue de la théorie, les circonstances principales qui gouvernent les maladies contagieuses :

1° La fièvre typhoïde naît primitivement sous l'influence de conditions diverses : c'est sa première origine, elle ne devient communicable que par la suite. Or, parmi les 28 maladies contagieuses générales actuellement connues, 21 ou les 2/3 naissent de la même manière et ne deviennent qu'ensuite des maladies contagieuses.

2° Toutes les maladies contagieuses se transmettent à l'aide d'un germe visible ou invisible. Dans la fièvre typhoïde ce germe est invisible, comme il l'est dans 17 des 28 maladies contagieuses.

3° Les maladies contagieuses ont toutes une période d'incubation. Or, elle existe aussi dans la fièvre typhoïde.

4° Les affections contagieuses offrent à une certaine époque de leur cours une manifestation qui se produit soit à la peau, soit sur les membranes muqueuses; or, la fièvre typhoïde offre précisément une manifestation semblable.

5° La plupart des maladies contagieuses ne se reproduisent que par exception. La fièvre typhoïde suit encore cette règle.

La question de fait peut aussi être tranchée définitivement.

Dans les hôpitaux des grandes villes, et surtout ceux de Paris, les faits de communication de la fièvre typhoïde sont rares. Mais il n'en est pas de même dans la pratique particulière. Malheureusement ils sont isolés; ils ont lieu dans de petites localités, ils ne se produisent que sur un nombre de personnes très-limité. Il est d'ailleurs encore beaucoup de personnes qui supposent que la propriété qu'a une maladie de se transmettre est absolue, et qui, de ce qu'elles ne la voient pas se manifester dans un certain nombre de cas, en concluent qu'elle n'existe pas dans cette maladie. Il suffit de remarquer que, sous le rapport de la contagion, les maladies communicables se rangent en deux classes : les unes, telles que la variole, la rougeole, qui sont presque toujours aptes à se communiquer; les autres, telles que la dyssenterie, la coqueluche, les érysipèles, la bronchite, et nous rangerons dans cette classe la fièvre typhoïde, qui ne se manifestent que dans certaines conditions d'atmosphère, d'intensité de la maladie ou de défaut d'aération.

M. le rapporteur, après quelques considérations sur le typhus des bêtes bovines rapproché du typhus et de la fièvre typhoïde de l'homme, expose les faits contenus dans le mémoire de M. Gintrac, lesquels peuvent être résumés ainsi :

Une première malade arrive déjà mal portante d'un pays et d'une maison où régnait la fièvre typhoïde. Elle rentre dans sa famille et dans son pays où il n'y avait pas de malades, et aussitôt la fièvre typhoïde éclate dans cette maison et y atteint plusieurs personnes. De plus, une série de parents ou de garde-malades vient donner des soins aux personnes attaquées, et cette série de personnes en bonne santé se trouve être successivement atteinte de la même fièvre. Enfin trois personnes qui avaient contracté la maladie épidémique auprès des malades quittent le village théâtre de l'épidémie, et se dispersent chacune dans des localités différentes et dans lesquelles l'état sanitaire n'offrait rien de particulier. Aussitôt leur arrivée, on voit la fièvre typhoïde se déclarer dans chacune des familles où s'étaient retirées ces trois personnes.

Il faut ajouter que les villages indiqués ont été les seuls où la fièvre typhoïde ait régné.

La commission propose d'adresser des remerciments à l'auteur.

Après un échange de quelques observations entre MM. Bouley, Magne, Leblanc et Briquet, au sujet de la comparaison de la fièvre typhoïde avec le typhus des bêtes bovines, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée avant cinq heures.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le docteur MOTTE, *médecin en chef de l'hospice des Andelys (Eure).*

Monsieur,

Si les auteurs de statistiques portant sur des noms propres étaient obligés de demander et d'attendre des autorisations pour ranger tel ou tel nom sur leurs listes ; si, de plus, ils devaient rendre un compte rigoureux de quelques erreurs inséparables d'un travail de cette nature, il est évident que toute statistique serait absolument impossible. Pour ce qui nous regarde, nous espérions nous être mis à l'abri de tout reproche à ce sujet en disant à la page 540 de notre livre : « que nous étions prêts à réparer les omissions qu'on nous signalerait, de même qu'à ne point inscrire sur nos listes les noms de ceux qui, pour un *motif quelconque*, désireraient ne point y figurer. »

Cependant, Monsieur, en présence de cette intolérance si regrettable dont la méthode d'Hahnemann est l'objet de la part de la médecine officielle, et en songeant surtout à votre position de médecin en chef d'un hospice, nous comprenons votre protestation publique.

Mais ce que nous ne comprenons pas, c'est le dédain avec lequel vous parlez d'une doctrine qui a ses chaires ou ses hôpitaux en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, etc. ; qui a été enseignée à l'Ecole de Montpellier par l'illustre d'Amador; qui, de nos jours, est défendue avec talent par le professeur Imbert-Gourbeyre ; d'une doctrine qui est pratiquée dans tous les coins du monde par des milliers de médecins, et qui compte parmi ses partisans dévoués des magistrats éminents, des sénateurs, des ministres et des têtes couronnées. Nous pensions qu'on pouvait sans rougir se trouver en semblable compagnie.

En résumé, Monsieur, ou vous avez touché à l'homœopathie, et cela nous justifie d'avoir inscrit dans notre livre votre honorable nom; ou vous n'y avez point touché, et alors vous devriez, ce nous semble, parler avec plus de réserve d'une doctrine que vous ignorez, et de ses adeptes que vous ne connaissez pas davantage. Puisque le hasard a mis notre Annuaire dans vos mains, profitez-en pour lire les trois cents pages qui constituent la première partie, et peut-être verrez-vous se modifier votre sentiment à l'endroit de la médecine hahnemannienne ; parcourez les longues listes qui le terminent, et vous y trouverez en foule des noms connus et respectés, qui vous persuaderont sans doute que les homœopathes, aussi bien que les allopathes, *obéissent* à leurs convictions et ne les *exploitent* pas.

CATELLAN frères,
pharmaciens homœopathes, à Paris.

Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier la lettre que nous publions aujourd'hui, et que nous insérons pour satisfaire au *droit de réponse*. — Dr E. L.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 1er septembre 1864, M. le docteur Dagrève est nommé médecin du lycée de Tournon, en remplacement de M. le docteur Périat, décédé.

— Par arrêté ministériel en date du 6 septembre :

M. le docteur Lanelongue est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Guépin, démissionnaire;

M. Thorens, aide surnuméraire de botanique à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé aide de botanique à ladite Faculté, en remplacement de M. Lavit, démissionnaire.

— Par arrêté du 16 septembre, M. le préfet de la Haute-Vienne a nommé une commission chargée de recueillir les souscriptions offertes pour élever une statue à Dupuytren, à Pierrebuffière, sa ville natale.

Les membres de la commission sont : M. le vicomte de la Guéronnière, sénateur, *président;* M. le docteur Cruveilhier, *vice-président;* MM. Jules Béclard, de l'Académie de médecine, et Cardaillac, directeur des bâtiments civils au ministère de la maison de l'Empereur, *secrétaires.*

— M. le docteur Eug. Verrier recommencera son cours d'opérations obstétricales le lundi 3 octobre prochain, à quatre heures et demie, et le continuera tous les jours, le mercredi excepté.

S'adresser à M. Verrier, 72 bis, rue Bonaparte, de midi à 1 heure.

— Nous prions le confrère qui nous a adressé une note intitulée *Procédé fort simple pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe*, de vouloir bien se faire connaître à la rédaction du journal. Son travail n'ayant pas été signé, nous ne pouvons l'insérer sans que cette omission soit réparée.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 115. — SAMEDI 1er OCTOBRE 1864. (37e ANNÉE.)
N° 115. — SAMEDI 1er OCTOBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Syphilis congénitale; péri-hépatite syphilitique; gommes du foie et décollement des épiphyses.

Il se fait depuis quelque temps une sorte de croisade contre le traitement mercuriel et même contre toute espèce de traitement de la syphilis. Nous n'avons pas à examiner en ce moment cette question générale, qui a déjà donné lieu à quelques sages réflexions de la part d'un de nos collaborateurs. Nous ne la soulevons seulement qu'en vue d'un cas spécial, où l'expectation, dont nous ne contestons pas l'utilité dans quelques cas, nous paraît constituer un double danger; nous voulons parler du cas spécial de la syphilis chez la femme enceinte. Le fait suivant, qui a été communiqué récemment par M. Ranvier à la Société de biologie, motivera suffisamment cette remarque.

Une jeune fille de dix-huit ans entre à l'hôpital de Lourcine le 19 janvier dernier, atteinte de plaques muqueuses de la vulve et de l'anus, d'adénopathie inguinale double, spécifique, d'adénopathie cervicale postérieure, de plaques aux amygdales et d'une roséole discrète généralisée; accidents remontant à un mois. Ajoutons que cette jeune fille était enceinte de six mois. Aucun traitement n'a été suivi jusque-là. On ne la soumet, dans le service où elle est admise, à aucune médication spécifique; on se borne à badigeonner les plaques muqueuses avec une solution de nitrate d'argent. Plaques et roséole ne tardent pas à disparaître.

Aucun accident nouveau n'était survenu, quand vers la fin du huitième mois de la grossesse, les premières douleurs de l'enfantement se font sentir; c'était le 16 mars. Cette fille accouche d'une petite fille chétive, qui, au moment de sa naissance, ne présentait aucune manifestation syphilitique.

L'enfant fut allaitée par sa mère. Aucun traitement ne fut prescrit ni à l'une ni à l'autre.

Vers la fin de la première semaine, on découvre, en examinant l'enfant, une petite tumeur rouge de la grosseur d'une petite noisette, au niveau de l'olécrâne gauche. Les jours suivants, cette petite tumeur s'était ramollie peu à peu, et avait donné lieu à une ulcération qui s'est ensuite agrandie.

Le 11 avril, c'est-à-dire le vingt-sixième jour de la naissance, on trouve sur les grandes lèvres quelques papules sèches à peine saillantes; des papules semblables se voient également à la face. L'ulcération de la région olécrânienne avait alors un centimètre environ de diamètre, ses bords étaient réguliers, taillés à pic, épais et décollés, et son fond présentait un aspect pulpeux et grisâtre.

L'enfant, qui jusque-là maigrissait de jour en jour, dépérit à vue d'œil, et il succomba deux jours après.

A l'autopsie, voici ce que l'on constate. Le foie revêt une coloration jaune assez foncée, sans présenter toutefois la nuance indiquée par M. Gubler. Cet organe paraît augmenté de volume. On trouve sur sa face inférieure deux petites tumeurs saillantes de 5 à 6 millimètres, de 3 à 4 centimètres d'étendue, d'une couleur plus pâle que celle des autres portions de foie. Une tumeur semblable se voit sur la face supérieure. A côté de ces altérations circonscrites, on remarque encore une lésion généralisée; la consistance de l'organe est augmentée dans toutes ses parties. On distingue sur les parties divisées de petits points blanchâtres, un peu translucides, formés, comme l'indique le microscope, par du tissu conjonctif dont les éléments sont traversés par des vaisseaux et des conduits biliaires.

Les poumons, le thymus, les reins, les capsules surrénales et le système nerveux central n'ont subi aucune modification importante.

Les os présentent une altération curieuse. Toutes les épiphyses sont ou complétement détachées de leurs diaphyses, ou si peu adhérentes qu'il suffit du moindre effort pour les en séparer. A la coupe, on reconnaît que l'ossification est tardive; ce n'est qu'à 1 centimètre de la limite d'ossification apparente que l'on voit apparaître les premiers corpuscules osseux, tandis qu'à l'état normal on les voit se former au plus à 1 millimètre de cette ligne.

M. Ranvier rappelle, à l'occasion de ce fait, que dans un travail fait en collaboration avec M. A. Ollivier, il a soutenu que l'époque d'apparition de la syphilis congénitale varie suivant que la mère a ou n'a pas été soumise durant sa grossesse au traitement spécifique, et que si les accouchées de Lourcine ne mettent que rarement au monde des enfants syphilitiques, il faut l'attribuer au traitement qu'on leur a fait subir dans l'espace de temps qui sépare leur admission de leur accouchement.

Ce fait, qui serait, suivant la remarque de M. Ranvier, un des rares exemples de syphilis congénitale observés à l'hôpital de Lourcine, exemple constaté précisément dans un cas où la mère n'a été soumise à aucune médication spécifique, ne doit pas être perdu pour l'enseignement pratique. Quelque fondée que puisse être la doctrine de l'expectation vis-à-vis de certains cas et de certaines natures de syphilis, la circonstance de la grossesse change complétement les conditions, si ce n'est pour la mère, au moins pour l'enfant; et le médecin, dans ce cas, ne peut se soustraire à l'obligation d'agir.

Des pansements à l'alcool.

S'il y a quelque chose de rationnel aujourd'hui, c'est sans contredit le pansement simple dans les plaies récentes. Sorti des expériences de Tenon et de Desault, qui ont vanté les corps gras simples, le pansement simple est devenu une mode. Après que l'Académie de chirurgie, dans son engouement pour le nouvel appareil de pansement, eut mis au concours le sujet de l'abus de l'onguent et des emplâtres, les pansements que le moyen âge et la renaissance avaient empruntés à l'antiquité sont tombés dans l'oubli. C'était à l'époque de la décadence de l'Académie de chirurgie que ces choses se passaient, et alors comme toujours à des époques semblables, les mémoires adressés pour les concours étaient faits en vue de plaire au corps savant, et non dans le but de rechercher la vérité. Le commencement de notre siècle a vécu avec la tradition de la vieille Académie de chirurgie. Le *Compendium de chirurgie*, le *Traité de pathologie externe* de Vidal (de Cassis), ont consacré cette doctrine, et l'on est tombé d'un extrême dans un autre.

Le pansement simple, on le sait, est constitué ou bien par un linge troué enduit de cérat, qui recouvre une plaie réunie par première intention, ou bien une plaie non réunie, dans laquelle on a placé de la charpie sèche. Le linge troué enduit de cérat est recouvert de charpie, et on enveloppe le tout avec des compresses et des bandes; le pansement reste en place vingt-quatre heures ou plus.

Qui ne voit tous les inconvénients de cette pratique? Au bout de vingt-quatre heures et souvent moins, le linge troué enduit de cérat est sec, il est collé aux plaies et il est dur; ce sont là évidemment des causes d'irritation que personne ne saurait nier, et l'irritation mécanique des plaies est quatre-vingt dix-neuf fois sur cent la cause de leurs inflammations variées.

On ne compte pas toutes les réactions qui ont eu lieu contre les décisions de l'Académie de chirurgie. Bien que les chirurgiens eussent parfaitement compris que l'onguent diapalme, l'oliban, la myrrhe, l'encens, le galbanum, etc., fussent inutiles pour les plaies, ils ont successivement mis au jour les pansements par occlusion avec les bandelettes de diachylon, le pansement à l'eau froide et les cataplasmes. Et les voyages qu'ont faits en Angleterre MM. Topinard et L. Lefort nous ont fourni des statistiques prouvant que le pansement à l'eau froide, c'est-à-dire le pansement humide, était supérieur au pansement gras.

Enfin, dans le cours de la dernière discussion à l'Académie sur l'hygiène des hôpitaux, M. Batailhé est venu remettre en honneur les pansements dérivés du pansement avec le vin, qu'Hippocrate vantait déjà. Il proposait l'alcool, que Dionis, le premier, avait introduit dans la pratique en 1672, et qu'il employait sous forme d'eau-de-vie camphrée. Depuis ce temps ce pansement a été repris par les chirurgiens, M. Nélaton en particulier, et un de ses internes, M. de Gauljac, vient de faire un mémoire sur ce sujet (1).

Sauf l'interprétation de l'action de l'alcool considéré comme un simple agent coagulateur destiné à oblitérer les vaisseaux, les opinions émises par M. de Gauljac et celles qu'il emprunte à M. Batailhé nous paraissent excellentes. Il est positif que l'alcool agit à la fois comme caustique faible et comme *désinfectant*, et c'est là qu'est sa véritable supériorité. Le perchlorure de fer que l'on met sur les plaies et qui a une puissance coagulatrice bien supérieure à celle de l'alcool, agit tout à l'opposé de celui-ci. Quand pour arrêter une hémorrhagie on a employé des boulettes de charpie trop imprégnées de perchlorure de fer, on fait naître des inflammations au lieu de les prévenir.

M. de Gauljac nous apprend que le mode de pansement adopté par M. Nélaton est un pansement composé de charpie imbibée d'alcool camphré recouverte de compresses. Une toile gommée entoure ce pansement afin de conserver l'humidité autour de la plaie. Ajoutons que pour les plaies des muqueuses les lavages fréquents avec l'eau-de-vie camphrée sont un mode de pansement dont les effets n'ont pas été moins bons que les résultats obtenus par le pansement des plaies du tégument. Elle a, dans des plaies où la réunion immédiate a été tentée, réussi après un lavage de la plaie avec l'alcool camphré.

L'alcool camphré a été employé pour les surfaces suppurantes soit par des lavages, soit par l'application de charpie imbibée d'alcool camphré. Ici le liquide était employé comme succédané du vin aromatique, ce dernier vestige des traitements employés par les anciens. Dans les plaies en suppuration consécutive, à l'ouverture de foyers anfractueux, des injections ont été faites avec l'alcool pur et ont produit les meilleurs résultats, cette fois, nous dit M. de Gauljac, comme désinfectants. Puis l'auteur rapporte à ce sujet la pratique de M. Lestocquoy (d'Arras), qui panse les ulcères sordides avec l'alcool camphré.

Au reste, pour les plaies enflammées, un linge troué enduit de cérat, un gâteau de charpie mouillé avec l'alcool camphré mêlé à deux volumes d'eau, et un cataplasme par-dessus, constituent le pansement le meilleur et le plus rationnel.

Parmi les observations qui sont rapportées dans ce travail, il en est qui démontrent quelle a été l'influence de l'alcool camphré pour prévenir toutes les inflammations des plaies; il y a eu pendant toute l'année dernière, dans le service de M. Nélaton, deux érysipèles seulement chez les opérés pansés à l'alcool, et ils n'ont présenté nulle gravité. Nous ferons remarquer ici à nos lecteurs qu'il s'agissait d'un pansement humide, que la plaie ne pouvait se dessécher, et que, d'un autre côté, l'alcool combattant la septicité due aux altérations du pus dans la plaie, explique très-bien la bénignité des érysipèles, parce qu'il n'a pas pu se produire une infection purulente en même temps que l'érysipèle, et c'est là un point démontré.

M. Batailhé a donné le pansement à l'alcool comme un traitement préventif de l'infection purulente. Dans une de nos dernières *Revues cliniques*, à propos de l'infection purulente anatomique, nous en donnions la raison : l'action légèrement caustique, la neutralisation du virus par l'alcool semble être la véritable action de ce liquide, et M. de Gauljac se rattache à cette idée.

La cautérisation est assurément aussi une action salutaire, et Bonnet (de Lyon) a suffisamment insisté sur l'utilité du moyen, appliqué d'ailleurs sur une grande échelle dans les autres maladies virulentes, telles que la pustule maligne. La coagulation du sang dans les vaisseaux, invoquée par les premiers auteurs, est en grande partie une conséquence de la cautérisation. M. de Gauljac en fournit la preuve. Ces observations démontrent que l'alcool camphré pur, appliqué sur la peau pendant vingt-quatre heures, produit une vésication faible; il y a sous la charpie une vésicule épidermique soulevée par de la sérosité.

Une statistique dressée par M. de Gauljac, dans le service de M. Nélaton, démontre que le pansement à l'alcool a donné les résultats suivants : pour 8 plaies, contuses ou non, 8 guérisons; pour 12 ablations de tumeurs du sein, 12 guérisons; pour 15 ablations de tumeurs diverses, 15 guérisons; pour 2 autoplasties du nez, 2 guérisons.

L'éloquence de ces chiffres n'a pas besoin de commentaire.

Nous dirons toutefois qu'il faut en tirer trois conclusions : que le pansement humide a une supériorité réelle sur le pansement sec; qu'il faut tenir compte du soin que le médecin apporte toujours à l'exécution d'un traitement qu'il veut faire prévaloir, ce qui veut dire que les plaies sont alors pansées avec un soin rigoureux, et enfin, que toutes les fois que les plaies sont humectées de liquides s'altérant en vertu de la disposition maladive ou de la mauvaise hygiène des individus, l'alcool est un excellent agent pour neutraliser les poisons contenus dans la sérosité ou le pus des plaies.

(1) De Gauljac, *Du pansement à l'alcool*, 1864. Paris, chez A. Delahaye, place de l'École de Médecine, 3.

De l'hypermétropie cause du strabisme convergent.

Sous le nom d'hyperpresbyopie ou d'hypermétropie, on a décrit dans ces derniers temps une anomalie de la vision telle que l'œil ne voit distinctement ni les objets éloignés ni les objets rapprochés. Chez les sujets atteints de cette infirmité, les

rayons parallèles se croisent en arrière de la rétine; leurs yeux ne peuvent recevoir utilement que des rayons convergents. Ils sont comme amblyopes, mais avec cette différence qu'un verre convexe rapproché des yeux leur procure la vision nette des objets placés à l'horizon. (Donders, Giraud-Teulon.)

Cette anomalie, dont la cause consiste tantôt dans une trop faible réfringence des milieux transparents de l'œil et surtout du cristallin, tantôt dans une brièveté trop prononcée de l'axe antéro-postérieur de la coque oculaire, a elle-même pour effet presque constant de produire le strabisme. Mais à l'inverse de la myopie, qui produit ordinairement le strabisme divergent, l'hypermétropie donne lieu au strabisme convergent.

L'étude de la filiation et de la relation physiologique de ces deux troubles fonctionnels de la vision fait le sujet d'un travail très-digne d'intérêt que M. Lecorché a publié dans l'un des derniers cahiers des *Archives générales de médecine*.

M. Lecorché, se fondant sur cette donnée que l'hypermétropie est surtout fréquente chez les peuples d'un lymphatisme nettement accusé, avait en quelque sorte pressenti que cette anomalie devrait se rencontrer très-fréquemment en Angleterre. C'est précisément ce qui a été confirmé par les recherches statistiques et les rapports annuels des hôpitaux spéciaux consultés pendant un séjour qu'il a fait récemment dans ce pays. Il y a vu que la moyenne des strabismes qu'on y opère, et qui sont dus aux troubles visuels dont il s'agit, y est considérable relativement à d'autres pays.

« Ce qui prouve surabondamment, dit-il, que le lymphatisme et la scrofule jouent un certain rôle comme cause d'hypermétropie, et par suite de strabisme, c'est que c'est chez des sujets qui déjà ont présenté des traces évidentes de scrofule qu'on la rencontre habituellement, assez souvent accompagnée d'altérations diverses, portant sur la cornée, sur la muqueuse des conduits lacrymaux du nez, sur les ganglions cervicaux; de bronchite de nature suspecte, et parfois de phthisie scrofuleuse; c'est que c'est dans ces familles qui sont le plus manifestement atteintes de scrofule, qu'il n'est pas rare de constater chez l'un l'existence d'un strabisme, chez un autre des manifestations scrofuleuses de nature diverse. Ce qui semble prouver enfin que la cause de l'hypermétropie n'est pas due à une influence individuelle, qu'elle reconnaît une cause plus générale, c'est qu'il est assez fréquent de voir le strabisme héréditaire dans certaines familles. »

Dans l'une des observations que M. Lecorché a recueillies se trouvent trois frères, qui tous trois devinrent strabiques à peu près vers le même âge.

D'après Donders, ces troubles visuels, dus à la conformation vicieuse des globes oculaires, seraient 9 fois sur 10 la cause du strabisme, qui arrive ordinairement lorsque l'enfant commence à se rendre raison de la distance des objets qu'il regarde et à les fixer avec attention. Les deux yeux, le plus souvent d'une portée différente (myopes ou hypermétropes), sont alors inégalement frappés par l'image des objets, et l'un d'eux se dévie d'une manière passagère ou permanente.

Ce fait est pleinement confirmé par les observations recueillies par M. Lecorché, et qui permettent de porter à 90 p. 100 la proportion des cas où l'hypermétropie était la cause évidente du strabisme convergent. Notre confrère a constaté, en outre, que dans les cas où l'hypermétropie n'intéressait qu'un seul œil, deux fois sur trois c'était l'œil gauche. Lorsque, au contraire, on avait affaire à une hypermétropie double et sévissant inégalement sur les deux yeux, l'œil droit était le plus gravement atteint.

Toutefois, il faut reconnaître, de l'aveu de M. Lecorché, que l'état hypermétropique intense des deux yeux ou de l'un d'eux seulement, ne peut suffire pour expliquer l'étendue du strabisme. Dans quelques cas la déviation la plus étendue coïncide avec une hypermétropie légère et *vice versa*. Il est donc nécessaire, tout en regardant ce trouble fonctionnel comme une des causes déterminantes les plus fréquentes du strabisme convergent, d'admettre qu'il existe d'autres causes qui exagèrent l'étendue du strabisme, si même elles ne le produisent pas à elles seules. Deux fois seulement M. Lecorché a constaté la myopie comme cause de strabisme convergent; et dans ces cas même la myopie n'était pas simple : elle était accompagnée d'un léger état amblyopique mal défini, mais suffisant pour expliquer cette anomalie apparente, la myopie déterminant ordinairement, comme on le sait, le strabisme divergent.

Pour éviter le strabisme que déterminent la myopie et l'hypermétropie, comme on ne peut agir contre la cause première, l'anomalie dans la longueur de l'axe des yeux, on doit chercher à en prévenir les fâcheux effets en recourant à l'usage de verres convexes ou concaves.

Le traitement général dirigé contre la diathèse cause de l'hypermétropie, bien qu'impuissant à guérir ces troubles locaux, ne doit cependant pas être négligé. Mais lorsque le strabisme persiste en dépit de ce traitement et de l'usage des verres convexes, il ne reste plus qu'une ressource pour en combattre les effets, c'est l'opération du strabisme.

Nous reviendrons sur ce second objet du travail de M. Lecorché.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Suppléance de M. Bauchet.

Tumeur de la gaîne du nerf médian.

(Observation lue à la Société de chirurgie.)

La pièce que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux des membres de la Société de chirurgie peut être rangée dans la classe des *névromes*. Je l'ai enlevée hier matin à l'hôpital de la Charité, où je remplace momentanément M. Velpeau. La malade qui avait cette tumeur est âgée d'une soixantaine d'années. Elle s'est aperçue, il y a dix mois environ, qu'elle avait dans l'aisselle une petite tumeur du volume d'une noisette, qui ne provoquait aucune douleur, mais seulement un peu de gêne. Cette tumeur a grossi petit à petit au point d'acquérir le volume que nous lui trouvons aujourd'hui, c'est-à-dire le volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur indolente, même à la pression, était ovoïde, d'une dureté légèrement fibreuse, un peu élastique toutefois; régulièrement ovoïde, sans bosselures, sans adhérences et sans changement de couleur à la peau, assez mobile dans les parties profondes, placée sous les pectoraux. Je m'arrêtai à l'idée d'une tumeur fibro-plastique.

Voici les particularités que présenta l'opération :

Lorsque j'arrivai sur la tumeur, j'aperçus en dedans et en arrière un gros tronc nerveux. La tumeur elle-même était fixée à ses deux extrémités, supérieure et inférieure, par un gros tronc nerveux qu'on voyait arriver en haut et qu'on retrouvait en bas. L'artère axillaire battait immédiatement en dehors. Je pus alors reconnaître le nerf cubital en arrière, le musculo-cutané en dedans, et m'assurer que la tumeur était solidement attachée à l'une des branches du nerf médian. Le nerf, arrivé en haut de la tumeur, s'étalait en formant plusieurs petits faisceaux sur la partie antérieure de la tumeur. J'ai pu alors, en disséquant avec les plus grandes précautions, respecter tous les faisceaux nerveux et enlever la tumeur en laissant intact le nerf médian. Dans le courant de la journée, la sensibilité du pouce, de l'indicateur, du médius et de la moitié de l'annulaire fut un peu obtuse, quoique conservée; les mouvements avaient un peu de lenteur. Aujourd'hui, la sensibilité est tout à fait intacte partout, comme j'ai pu m'en assurer par une exploration attentive.

Voici maintenant cette tumeur, qui, comme je viens de le dire, tenait à la gaîne du nerf médian et avait dissocié ses faisceaux. Elle est dure, élastique; sa coupe est d'un blanc nacré et présente un reflet comme si elle était transparente : on dirait de la matière colloïde avec une consistance un peu plus grande qu'elle n'en a ordinairement.

J'insiste surtout sur ce point. Cette tumeur s'est développée sans provoquer de douleur et sans que la pression en déterminât, et pourtant (j'insiste de nouveau sur ce point) j'ai pu voir et disséquer les divers faisceaux dissociés et étalés sur la face antérieure de la tumeur, de façon que par ses connexions avec le nerf cette tumeur peut être rangée dans la classe des *névromes*; mais par l'absence d'éléments nerveux dans son intérieur, il vaut mieux la décrire sous le nom de tumeur *fibro-plastique* de la gaîne du *nerf médian*.

Voici, du reste, une note très-bien faite de M. Ordoñez, qui a examiné la tumeur, et dont l'habileté, on le sait, mérite toute confiance.

« La tumeur me paraît être un névrome dont le point de départ serait l'enveloppe fibreuse du nerf médian surtout et peut-être d'autres cordons nerveux voisins. L'absence du symptôme douleur ne prouve rien, car vous savez que la douleur a lieu quand le développement de la tumeur se fait du côté interne de la gaîne fibreuse du cordon nerveux; tandis que, suivant la région, la tumeur peut très-bien se développer du côté externe, et dans ce cas les malades n'accusent aucune douleur. J'ai eu l'occasion d'examiner trois cas analogues. Cela est surtout vrai pour les tumeurs bien délimitées ou ayant un pédicule, car pour les tumeurs diffuses ou sessiles, sur une certaine étendue du cordon nerveux, quoique développées à l'extérieur, la compression peut bien déterminer la douleur, du moins à la longue.

» La masse de la tumeur est formée d'une trame de tissu fibreux de nouvelle formation très-infiltrée :

» A. De matière amorphe identique par sa composition à la lymphe plastique.

» B. D'éléments embryoplastiques à différents états de leur évolution ordinaire, mais où prédominent les formes les plus voisines à l'état de complet développement, c'est-à-dire noyaux allongés et corps fusiformes fibro-plastiques.

» Ces éléments anatomiques, masqués par de la matière amorphe, deviennent beaucoup plus nets après l'application d'une faible solution d'acide acétique.

» L'action de l'alcool fait constater de la manière la plus évidente l'interposition de lymphe plastique au milieu de la trame : elle devient très-granuleuse par l'action du réactif, et sa présence en grande quantité prouve que la tumeur avait les matériaux suffisants pour une évolution complète. »

ABCÈS URINEUX OUVERT SPONTANÉMENT DANS L'URÈTHRE.

Opération. Fistule urinaire consécutive. Guérison spontanée.

Par M. le docteur Courtois (de Coulommiers).

Le 17 août de l'année dernière, je fus appelé auprès de M. X..., cocher, et voici ce que je constatai à mon arrivée :

Le malade, âgé de quarante-cinq ans environ, a toujours joui d'une santé parfaite. Constitution robuste. Tempérament sanguin très-prononcé. Souffrant depuis quelques jours, il s'est plaint d'inappétence, de céphalalgie, de fatigue, par instants d'une fièvre légère; cependant, malgré tout cela, il n'en a pas moins continué son travail. Mais depuis trois jours les accès de fièvre se sont reproduits tous les jours à la même heure avec une intensité beaucoup plus grande. C'est ce qui l'a déterminé à me faire appeler.

Aujourd'hui, la face est fortement colorée, la tête lourde, le pouls large, régulier, mais mou et dépressible. 80 pulsations. La peau est moite et chaude.

Bouche amère, pâteuse; la langue est large, humide, saburrale. Inappétence. Pesanteur et douleur au creux épigastrique. Nausées légères. Constipation, urines légèrement colorées et laissant déposer par le refroidissement un léger sédiment briqueté avec un mucus opalin qui flotte au fond du vase. Rien au cœur ni dans les poumons.

Le soir, vers sept heures, je retournai voir mon malade, et je pus facilement constater un accès de fièvre intermittente des mieux caractérisés. Je diagnostiquai, avec réserve cependant, une fièvre quotidienne compliquée d'un embarras gastrique, et je prescrivis un éméto-cathartique pour le lendemain matin. En même temps j'ordonnai pour chacun des jours suivants 0,60 centigrammes de sulfate de quinine à prendre pendant l'apyrexie. Les pilules ne furent pas prises, et le cinquième jour après la purgation l'accès reparut, mais cette fois avec une intensité réellement alarmante. Comme l'embarras gastrique persistait encore, j'ordonnai une bouteille de limonade Rogé à 70 gr. et comme M. X... avait, je ne sais trop pourquoi, une répugnance invincible pour les pilules de sulfate de quinine, j'administrai cette fois le quinquina sous forme d'électuaire. 30 grammes de quinquina jaune, que je fis diviser en douze doses et prendre immédiatement après l'accès de quart d'heure en quart d'heure, suivant la méthode de Sydenham, eurent raison de la fièvre, qui à partir de ce jour ne reparut plus.

Mais l'embarras gastrique qui avait persisté jusqu'ici, seulement avec une intensité moindre, fut suivi de vomissements bilieux d'une abondance extrême. Je ne parvins à les arrêter qu'en faisant mettre le malade sur son séant, d'après le conseil de M. Béau.

Tout paraissait bien fini cette fois, et cependant M. X... ne se rétablissait pas. Il restait toujours chez lui une grande prostration et une atonie presque complète des voies digestives. Étonné d'une persistance de symptômes que rien ne semblait plus expliquer, je questionnai de nouveau le malade, et j'appris alors quelques détails qui me mirent complétement sur la voie.

M. X... avait contracté cette année même une blennorrhagie qui, traitée d'une manière empirique, s'était transformée en uréthrite chronique, ou, pour me servir de l'expression du malade lui-même, en goutte militaire. C'était là le secret des urines muco-purulentes que j'avais attribuées tout d'abord à un léger catarrhe de la vessie. Depuis cette époque le jet d'urine serait devenu moins fort et la miction parfois douloureuse. Mais ce à quoi j'attachai surtout de l'importance, ce fut à de légères douleurs que le malade me dit avoir ressenties dans la région du périnée. Ce fut donc là que je portai toute mon attention.

A la vue, je ne pus rien découvrir, mais le toucher me permit de sentir un peu en arrière de la racine du scrotum, et très-profondément située, une tumeur dure, indolente, à fluctuation obscure, de forme ovoïde, et dont le grand axe était dirigé suivant la longueur du canal de l'urèthre, dont elle semblait faire partie. C'était là, bien certainement, la cause de la fièvre intermittente et de mon erreur de diagnostic. La prostate avait son volume normal, et le cathétérisme pratiqué avec une bougie-sonde olivaire, et ensuite avec une bougie à nœuds, me permit de constater un rétrécissement incomplet à peu près au niveau de la partie postérieure du bulbe. Le rétrécissement franchi, une douleur assez vive se manifesta au niveau de la portion membraneuse, qui était probablement le siége d'une inflammation assez vive, comme cela arrive fréquemment.

Là était probablement le point de départ de l'abcès, qui ne pouvait être en somme qu'un abcès simple, ou un abcès urineux ayant son origine dans de légères fissures de la portion membraneuse altérée par l'inflammation, fissures qui avaient permis à l'urine de couler goutte à goutte, et probablement avec une lenteur extrême, dans le tissu cellulaire situé entre les aponévroses moyenne et inférieure du périnée. Je suspendis mon diagnostic, car l'ouverture de la tumeur, que je me proposais de pratiquer le lendemain, devait me permettre de juger la question en dernier ressort.

Mais dans la nuit, à la suite d'un effort pour aller à la garde-robe, l'abcès s'ouvrit spontanément dans l'urèthre, et le malade rendit alors à peu près un demi-verre d'un liquide constitué par un mélange de pus et d'urine. Le soulagement fut immédiat. Plus de doute alors, nous avions eu affaire à un abcès urineux. Que faire dans ce cas? Bien que certains auteurs, et en particulier Roche et Sanson (*Pathol. médico-chirurg.*, 2e édit., t. V, p. 252), aient dit, ce qui est vrai, que les abcès urineux peuvent se vider dans l'urèthre et guérir ensuite sans s'ouvrir au dehors, je préférai, sans attendre davantage, suivre le conseil de M. Jobert, de Lamballe (*Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 362), c'est-à-dire ouvrir largement la poche au dehors pour en déterminer ensuite l'oblitération.

Mais le malade se croyait guéri; aussi je dus attendre quelques jours. Pendant ce temps, l'abcès, dont l'ouverture dans l'urèthre était probablement assez large, puisque la sonde, au lieu de pénétrer dans la vessie, pénétrait dans sa cavité, s'était transformé en dépôt urineux qu'il fallait vider toutes les deux heures, ce qui occasionnait des souffrances assez vives. Il survint en outre quelques frissons assez violents, et le malade, inquiet de nouveau et de plus très-affaibli, se décida à l'opération, que je pratiquai le jour même.

Je choisis l'instant où la poche urineuse était aussi pleine que possible, et après avoir placé M. X... comme pour l'opération de la taille périnéale, j'ouvris l'abcès en incisant lentement, et couche par couche, sur la ligne médiane et un peu en arrière du scrotum; il ne contenait plus que de l'urine.

L'intérieur de l'abcès est tapissé par une membrane pyogénique ferme, lisse et assez résistante; elle présente, en un mot, tous les caractères d'une membrane organisée, ce qui semble prouver que l'abcès ne s'est produit que par une infiltration très-lente de l'urine dans le tissu cellulaire de la région périnéale. Je remplis la poche de charpie sèche afin d'en amener la suppuration, et comme le malade ne pouvait supporter la sonde à demeure, je lui recommandai de se sonder toutes les fois que le besoin d'uriner se ferait sentir.

Au bout de quinze jours, il ne restait plus qu'une fistule uréthro-périnéale, qui finit elle-même par guérir spontanément.

Cette observation, qui n'amènera aucun fait nouveau dans la science, est cependant intéressante à plus d'un titre :

1° Par sa rareté. En effet, si on ouvre les traités de pathologie chirurgicale, celui de M. Nélaton en particulier, on y trouve que les abcès urineux qui s'ouvrent spontanément dans l'urèthre sont très-rares, et le cas de Chopart est le seul qui y soit cité, bien cependant que la science en présente quelques autres.

2° Par l'erreur de diagnostic dans laquelle je fus entraîné tout d'abord, erreur qui du reste peut être assez facile à commettre, et dont M. Denonvilliers cite lui-même un cas dans l'article Abcès du *Nouveau dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

DES PARTIES CONSTITUTIVES SPÉCIFIQUES

du suc pancréatique naturel ou artificiel.

Par A. Danilewsky, médecin praticien, à Charkow.

Le but de ce travail est de montrer que toute action spéci-

fique du suc pancréatique, qu'il soit naturel ou préparé artificiellement, est liée à la présence de certains corps, et que quelques-uns de ceux-ci peuvent être préparés sans qu'ils perdent de leurs propriétés. Le résumé suivant, placé par l'auteur à la fin de son mémoire, en fait connaître les résultats.

Le suc pancréatique manifeste, en dehors de l'organisme, trois réactions physiologiques spécifiques :

a. Il change l'amidon en sucre;

b. Il dissout d'une manière caractéristique l'albumine coagulée (fibrine);

c. Il décompose les graisses neutres en acides gras et en glycérine.

Chacune de ces réactions provient d'une substance spécifique particulière.

On peut préparer deux de ces substances, celles qui produisent les deux premières réactions.

L'existence de la troisième substance, celle qui produit la troisième réaction physiologique, est très-probable.

La première substance manifeste son action dans une solution neutre, alcaline ou acide.

La seconde substance, celle qui dissout la fibrine, n'agit que dans une solution alcaline ou neutre.

Un excès d'alcali libre, ou la présence d'acide chlorhydrique libre, empêche la digestion de la fibrine dans une solution de la substance spécifique.

Les deux corps en question n'appartiennent pas aux substances albuminoïdes, mais aux matières colloïdes.

(*Arch. de Virch.* et *Gaz. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 septembre 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Cancer de l'œil. — M. MARJOLIN demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

L'enfant que j'ai présenté à la Société, dans la dernière séance, est âgé de quatre ans ; dans sa famille, autant que l'on peut se fier à certains renseignements, il n'y aurait eu personne atteint d'affection cancéreuse. Le père est mort à l'âge de quarante-cinq ans, d'une fluxion de poitrine ; la mère a eu six garçons, cinq ont succombé en bas âge à la suite de convulsions.

L'enfant que vous avez vu, et qui a atteint l'âge le plus avancé, a eu aussi des convulsions à cinq mois, à la suite desquelles il est survenu du strabisme, comme vous avez pu le remarquer, sur l'œil gauche. Il serait impossible de pouvoir préciser l'époque du début de l'affection de l'œil droit, attendu que rien ne pouvait faire soupçonner l'existence d'une lésion aussi grave, lorsqu'il y a deux mois et demi, ayant reçu une pierre dans l'œil droit, il survint un gonflement considérable.

L'enfant fut alors mené aux Quinze-Vingts, puis successivement dans divers dispensaires. Le seul renseignement que j'aie pu obtenir, c'est que, dans le commencement, le médecin des Quinze-Vingts aurait fait plusieurs ponctions qui n'auraient amené aucun soulagement.

Aujourd'hui, l'œil droit a acquis un volume considérable, il est chassé hors de l'orbite et présente au centre une ulcération assez large en forme de champignon, la conjonctive est très-injectée. Il ne peut, je crois, pas y avoir de doute sur la nature cancéreuse de l'affection ; mais en tenant compte d'une part du volume de la tumeur, qui égale celui d'une pomme de moyenne grosseur, de l'affaiblissement très-marqué de l'enfant, et surtout de la récidive presque constante de la maladie après l'extirpation du globe de l'œil, je suis d'autant plus porté à l'abstention, que depuis la dernière séance j'ai pu examiner un peu mieux le petit malade, qui était entré mercredi matin dans mon service.

En effet, outre un état général d'affaiblissement des plus prononcés, l'enfant a des vomissements, des crampes dans les membres inférieurs ; de temps à autre il pousse des cris, et le visage devient successivement pâle et rouge; enfin, comme l'a très-bien fait remarquer M. Trélat, il existe dans le fond de l'œil gauche une tumeur d'un blanc jaunâtre, un peu brillante, très-visible sans aucun appareil. Lorsque l'on éclaire l'œil, cette tumeur devient encore plus nette, et l'on peut voir que le pourtour a une teinte rougeâtre, due probablement à la présence de vaisseaux. Ainsi donc, non-seulement l'œil droit est le siége d'un cancer, mais l'œil gauche serait aussi atteint, bien que la vision soit encore conservée. Toutes ces circonstances doivent donc faire repousser toute opération.

M. VELPEAU fait remarquer que ces taches d'un jaune verdâtre, tremblantes, siégeant vers le fond du globe oculaire, sont un des signes les plus constants du cancer de l'œil au début.

M. GUERSANT partage l'opinion de M. Velpeau. Il eut l'occasion, dans une circonstance, de voir un malade qui fut examiné aussi par MM. Desmarres et Nélaton ; il n'existait qu'une petite tache au fond de l'œil, mais bientôt un cancer oculaire se développa et parcourut toutes ses phases.

M. FOLLIN dit qu'on voit facilement ces tumeurs par l'éclairage direct en dilatant la pupille. Elles se développent dans les éléments de la rétine, ainsi que l'a établi M. Robin.

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. DOLBEAU. C'est à l'occasion d'un fait singulier que la question de l'iridectomie a été posée devant la Société de chirurgie ; il s'agissait, vous en avez gardé le souvenir, d'une malade à laquelle on avait rendu la vue grâce à l'excision d'une partie du diaphragme irien. Le diagnostic a du reste été l'objet de contestations entre plusieurs de nos collègues.

La discussion sur l'iridectomie, mise à l'ordre du jour, n'a pas été sans produire sensation dans le public scientifique. Pourquoi, en effet, depuis 1856, n'avait-on pas agité dans cette enceinte un problème aussi important? On nous a accusé, bien à tort, d'indifférence pour la belle découverte de M. de Græfe; nous avons tous rendu hommage à la science et à l'habileté du professeur de Berlin ; mais jusqu'ici il n'y avait pas de motif réel pour partager cette espèce d'engouement qu'a provoqué l'opération de l'iridectomie.

J'espère vous démontrer dans un instant que les applications de cette méthode doivent être restreintes, qu'on a abusé de l'excision de l'iris, et que la Société de chirurgie devrait encore rester dans une sage et prudente réserve. Quant à ceux qui auraient pu soupçonner la compétence de notre Compagnie, ils seraient dans l'erreur : les discours qui ont été prononcés ici dans les dernières séances sont là pour témoigner que nous sommes parfaitement en mesure d'apprécier toutes les communications qui nous seraient faites sur la matière.

L'iridectomie a d'abord été employée contre le glaucome aigu, et ce n'est que secondairement qu'on a voulu appliquer cette opération au traitement des maladies chroniques du globe de l'œil. Nous aurons à examiner ces deux catégories d'application de la méthode.

1° *De l'iridectomie dans le glaucome aigu.*

Appliquée dans ces ophthalmies graves, la section de l'iris a donné des résultats incontestables : à la suite de l'opération, les douleurs ont cessé et la vision s'est rétablie rapidement. Je vous citerai, par exemple, l'observation qui nous a été communiquée par M. Perrin.

Mais dans tous les cas analogues, il y a deux choses à considérer : d'abord la guérison succédant à l'iridectomie, et puis la théorie d'une cure aussi remarquable. La guérison du glaucome aigu à la suite de l'excision de l'iris est un fait incontestable ; mais il reste à démontrer que l'iridectomie est la seule route à suivre, et que toute autre intervention serait sans effet. Je crois, pour ma part, que les antiphlogistiques, les préparations d'atropine, unis exceptionnellement à la paracentèse du globe, permettront de guérir bon nombre de glaucomes aigus. Je laisse de côté les cas dans lesquels l'attaque glaucomateuse est tellement subite que la vue est immédiatement perdue, et que l'iridectomie elle-même n'arrive alors que comme un simple palliatif contre la douleur ; à ce dernier titre, tous les débridements du globe oculaire, et par conséquent l'opération d'Hancock, peuvent rivaliser avec l'excision de l'iris. Contre cette opinion nettement formulée, je n'admettrai point l'objection tirée des difficultés et des erreurs du diagnostic ; le glaucome aigu est une maladie facile à reconnaître, et l'ensemble des symptômes qui caractérisent cette grave affection est devenu réellement classique. Et, pour le dire en passant, c'est une maladie assez rare que le glaucome aigu ; et c'est son degré de fréquence qui motivait sans doute l'étonnement de M. Velpeau, étonnement que je partage avec beaucoup d'autres d'ailleurs plus compétents que moi.

L'iridectomie, je le reconnais, est un moyen d'arrêter la marche du glaucome ; c'est un bon moyen, je le concède encore; mais ce n'est pas le seul, puisque beaucoup de glaucomes peuvent exister pendant un nombre considérable de jours sans que pour cela la destruction de la rétine soit inévitable.

Arrivons maintenant à la théorie. Ici les fervents défenseurs de l'opération ne sont pas dans un accord parfait ; l'opinion la plus acceptée est la suivante : Ce qui caractérise le glaucome, c'est l'extrême distension du globe de l'œil ; cette tension exagérée constitue toute la gravité de la maladie, la destruction de la rétine en est la conséquence, et l'iridectomie met fin à cet excès de pression.

Mais l'opération n'agit-elle qu'en faisant diminuer la tension intraoculaire ? C'est ce qu'il serait difficile d'affirmer, puisque tant d'autres moyens, parmi lesquels je citerai la ponction d'Hancock, les sangsues appliquées directement sur le globe de l'œil, etc., amènent un soulagement notable dans le glaucome.

Si j'insiste sur la théorie et sur les hésitations qui l'environnent, c'est, Messieurs, pour bien faire comprendre le peu de fondement qu'il y aurait à appliquer l'iridectomie au traitement des affections chroniques de l'œil dans lesquelles il existe, entre autres symptômes, un excès dans la pression intra-oculaire ; cette considération sera, du reste, développée ultérieurement.

L'excès de tension s'observe encore, indépendamment du glaucome, dans quelques maladies inflammatoires de l'œil. Dans certaines iritis, par exemple, on constate l'excès de pression ; et cependant on n'applique pas l'iridectomie dans ces cas ; ou du moins, le nombre des chirurgiens qui conseillent cette pratique est-il encore restreint. Le globe de l'œil est cependant très-dur ; c'est donc une question de plus ou de moins dans la pression intra-oculaire qui fait varier la thérapeutique. Mais alors je pose la question suivante : la tension est-elle la même dans tous les glaucomes aigus, et par quels moyens pouvez-vous la mesurer exactement? L'examen ophthalmoscopique est presque toujours négatif ; il reste les résultats fournis par le toucher ; et ici les appréciations peuvent varier avec les observateurs. Ainsi, dans certaines inflammations de l'iris et de la choroïde, comme dans le glaucome lui-même, il y a exagération de la tension oculaire, mais à des degrés divers.

Nous serons donc conduits, en adoptant la théorie, à faire ou trop d'iridectomies, ou à n'en pas faire assez. Voyez, Messieurs, combien la détermination est embarrassante. Pour toutes ces raisons, il faudrait sans doute être très-sobre de l'iridectomie, et ne conserver cette opération que pour les phlegmasies très-aiguës. Dans tous les cas, l'extrême douleur sera peut-être une indication, et encore ce symptôme s'amende par les moyens ordinaires. J'ajouterai une remarque critique : l'opération d'Hancock, toute hypothétique qu'elle est, procure un soulagement immédiat ; de nombreuses observations en témoignent. L'excision incomplète de l'iris, comme chez le malade de M. Perrin, réussit également. Ne voyez-vous pas là, Messieurs, autant de raisons pour douter de la théorie qui gouverne l'emploi de l'iridectomie? L'excision de l'iris semble agir à la manière d'un débridement; il y a un soulagement immédiat, exactement semblable à celui qu'on obtient lorsqu'on incise des parties étranglées par l'inflammation. Mais s'il en est ainsi, l'iridectomie perd une grande partie de sa valeur; l'opération d'Hancock est plus simple et moins dangereuse.

2° *De l'iridectomie dans les affections chroniques du globe de l'œil avec perte plus ou moins complète de la vision.*

Si l'iridectomie agit en faisant cesser la tension du globe de l'œil qui accompagne les phlegmasies aiguës, il faut encore appliquer cette opération à toutes les affections chroniques dans lesquelles on peut constater une augmentation de la pression intra-oculaire. Telle est la doctrine des partisans de l'iridectomie ; dans cette direction d'idées, on a fait l'excision de l'iris pour le glaucome chronique, pour le staphylome postérieur, la kératite ulcéreuse, l'hypopion, etc. Encore quelque temps, et toute la pathologie oculaire rentrera dans le domaine du bistouri et de l'excision !

En vérité, Messieurs, c'est attacher bien de l'importance à un symptôme qu'on peut retrouver dans des maladies aussi diverses. Oui, la tension subaiguë peut avoir de graves inconvénients, et l'iridectomie est une ressource ; mais dans les affections chroniques, la tension est lentement acquise, et le débridement du globe de l'œil ne peut remédier à une maladie générale et quelquefois constitutionnelle.

Voyons quels sont les résultats fournis par l'iridectomie lorsque cette opération est pratiquée pour le glaucome chronique, qu'on assimile à tort au glaucome aigu.

A part quelques guérisons aussi inexpliquées que celles qui succèdent à toutes les tentatives empiriques, on s'accorde à dire que l'amélioration est très-faible, mais que l'opération entreprise trop tard a encore le mérite d'arrêter la maladie. Tout cela est bien peu de chose, et remarquez qu'on ne fait point entrer en ligne de compte les accidents possibles, tels que la cataracte traumatique, la fonte purulente du globe de l'œil, etc. La maladie s'arrête, dit-on, on précise les limites qui restent à la vision ; mais est-on bien en droit de dire que la marche d'une affection est modifiée par une opération alors que cette affection procède si lentement, que les débuts échappent à l'observateur, et que la terminaison ne saurait jamais être précisée? Quant aux améliorations obtenues, si j'en juge par quelques faits, elles existent surtout dans l'imagination des opérés ; ces pauvres malades, désireux de recouvrer la vue, déclarent volontiers qu'il y a du mieux.

L'iridectomie dans tous ces cas est donc une opération empirique, et il est très-discutable de soutenir que tout est permis quand la vue est perdue. Je pense, pour ma part, qu'il vaut mieux s'abstenir le plus souvent, car avec l'opération on risque le peu de vision qui pourrait subsister; on s'expose à des phlegmasies dangereuses, et on peut compromettre l'art.

Que dirai-je maintenant de ces iridectomies préventives destinées à empêcher le retour des iritis à répétition ! Que doit-on penser de ces excisions de l'iris que l'on pratique pour se mettre à l'abri des choroïdites séreuses qui pourraient compromettre l'opération de la cataracte ! En vérité, c'est pousser bien loin la foi dans une opération aussi hasardeuse dans ses résultats que problématique dans ses effets immédiats.

Je me résume, Messieurs, en disant :

1° L'iridectomie peut rendre des services dans le glaucome aigu ; mais cette opération ne doit passer qu'après les moyens usités en pareille circonstance, elle doit surtout céder le pas à l'opération d'Hancock.

2° L'iridectomie appliquée aux ophthalmies chroniques n'est justifiée par rien de positif; c'est l'empirisme, et l'indication en est difficile à préciser.

3° Enfin, l'iridectomie préventive a encore ses preuves à faire ; on pourrait l'employer pour faciliter l'extraction d'une cataracte compliquée d'adhérences.

Messieurs, je pense que la Société de chirurgie a bien fait de différer longtemps une discussion sur l'iridectomie, puisque aujourd'hui encore elle ne peut même pas se prononcer sur la valeur de cette opération. Rendons tous hommage aux travaux de chacun, car nous savons apprécier les résultats obtenus par les chirurgiens de tous les pays. Jugeons, Messieurs, sans idées préconçues, voyons les faits, revoyons surtout les malades opérés, et gardons-nous d'un germanisme exagéré.

M. GIRALDÈS. Il me semble que la discussion s'égare en suivant la marche que vient de lui imprimer M. Dolbeau. La question est de savoir quelle est l'efficacité de l'iridectomie dans le glaucome ; non pas dans le glaucome tel que le décrivaient Maître-Jan, Brisseau, Weller et Lawrence, mais dans celui dont les recherches anatomo-pathologiques récentes ont établi la nature. Le glaucome se montre sous différentes formes; il peut être chronique, subaigu, aigu, et même dans certains cas affecter une marche fulminante, suivant l'expression de M. de Græfe.

Qu'arrive-t-il quand un glaucome aigu est traité par les moyens ordinaires, révulsifs, sangsues, anti-arthritiques, etc.? Il se produit une amélioration faible ou nulle, et en définitive le malade perd la vue. C'est dans ces conditions que l'iridectomie est efficace ; elle arrête les progrès de l'affection et souvent rétablit la vision.

Je suis étonné que les adversaires de l'iridectomie ne songent à appuyer les succès qu'ils attribuent aux anciennes méthodes sur aucun de ces moyens d'exploration précis qui permettent de mesurer l'étendue du champ visuel. Cela me surprend d'autant plus que l'iridectomie est aujourd'hui adoptée non par un petit nombre, mais par les chirurgiens les plus distingués, à Vienne, à Berlin, dans toute l'Allemagne et l'Angleterre, et que ces chirurgiens ont signalé rigoureusement leurs échecs et leurs succès en prenant la peine de fixer le degré et l'étendue de ces succès.

On a mis en présence de l'iridectomie les ponctions de l'œil, méthode préconisée à diverses reprises, depuis White en 1808, par Wardrop, Makensie, Middlemore, Græfe. Ces ponctions n'ont donné que des résultats insuffisants, et elles ont été abandonnées.

A vrai dire, l'opération d'Hancock n'est qu'une ponction de l'œil. Je ne sais pourquoi M. Richet lui donne le nom d'iridotomie, car elle n'intéresse nullement l'iris.

M. Hancock, chirurgien du petit hôpital de Westminster, où l'opération est restée confinée longtemps, croyait que les fibres circulaires du muscle ciliaire, le muscle de Müller peut s'hypertrophier et étrangler l'œil ; il voulait lever cet étranglement. Mais si on examine l'état des parties si bien figurées par Jæger jeune et par Kölliker, si on tient compte du procédé qui consiste à enfoncer un couteau de Beer juste en arrière du cercle cornéal et à inciser dans l'étendue de 2 millimètres, on reste convaincu que cette opération équivaut à une simple ponction, et que cette ponction n'a même pas le pouvoir de vaincre la tension intra-oculaire.

Suivant M. Dolbeau, la tension intra-oculaire existe dans d'autres affections que le glaucome, et rien n'est moins fidèle et plus difficile à apprécier que ce signe.

Sans doute le degré de tension varie, mais il est extrême dans le glaucome aigu; l'œil a une dureté pierreuse. Pour éviter l'erreur, M. Bowman fait indiquer le degré de tension par une sorte de notation algébrique, T+1, T+2, ou bien T—1, T—2. On peut au reste con-

firmer ces données par l'étude de l'étendue du champ visuel. Il existe donc des moyens d'apprécier réellement le degré des altérations.

On nous objecte encore que l'iridectomie peut donner des succès pour le glaucome aigu, mais qu'elle est sans efficacité pour le glaucome chronique. L'iridectomie est la méthode de traitement dans les cas aigus, elle doit être la règle ; pour les autres, c'est une affaire de pratique. Chaque chirurgien examinera si, dans des cas extrêmes, il jugera opportun de recourir à une opération qui peut lui réserver quelques chances de succès. Et on ne saurait porter au passif de la méthode toutes les tentatives de ce genre.

L'iridectomie, dit-on encore, peut entraîner des accidents graves et en particulier la fonte purulente de l'œil. Mais quelle opération, sans en excepter la simple ponction, ne peut amener un pareil résultat? Ces accidents sont-ils fréquents, même dans le nombre considérable d'iridectomies pratiquées dans tous les pays?

L'iridectomie a été employée dans bien d'autres affections que le glaucome, dans l'iritis, le staphytome postérieur, on pourrait ajouter contre la conicité de la cornée. Dans tous ces cas, elle a été mise en usage comme un expédient et non en vertu d'une méthode généralement acceptée.

Ce n'est pas à l'aide de ces arguments vagues que l'on peut combattre une opération qui s'annonce comme un progrès et qui promet la guérison mieux et plus sûrement que par aucune autre méthode. Il faut pour cela des faits plus positifs.

Au reste, tous les chirurgiens sont loin de partager le scepticisme de M. Dolbeau, et nous avons vu l'un des plus illustres, sir B. Brodie, se soumettre à l'iridectomie pour arrêter les progrès d'une cataracte glaucomateuse.

M. FOLLIN. Après le discours de M. Giraldès, je n'ajouterai rien sur la question générale, mais je veux protester contre une assertion de M. Dolbeau relative à la rareté du glaucome aigu. C'est la première fois que j'entends formuler une pareille affirmation, et je crois devoir la relever immédiatement.

— La discussion sera continuée.

COMMUNICATION.

Tumeur fibreuse simulant un enchondrome. — M. GUÉRIN communique l'observation suivante :

(Cette observation sera publiée prochainement.)

— M. FOLLIN a eu l'occasion d'observer pendant son internat dans le service de M. Velpeau une tumeur fibreuse qui avait envahi la totalité du calcanéum très-augmenté de volume, et qui offrait par son aspect de l'analogie avec la pièce présentée par M. Guérin.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE.

DES NERFS VASO-MOTEURS.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Épernay, le 31 août 1864.

Monsieur,

Dans votre numéro du 20 août, vous annoncez comme nouvelle la découverte des nerfs vaso-moteurs. Or, voici ce que je disais dans la thèse que j'ai soutenue le 4 juillet 1822, à la Faculté de médecine de Paris, page 27, lig. 27 : « Aucune de ces choses, non plus que mille » autres semblables, ne peut se concevoir qu'en reconnaissant que » les vaisseaux sont sous l'influence de leurs nerfs propres, comme » les muscles sous l'influence des nerfs cérébraux ; et qu'un système » nerveux particulier n'obéissant point au cerveau et ne lui envoyant » pas ordinairement de sensations, règle les actions de la vie orga» nique comme le système nerveux cérébral règle celle de la vie ani» male. »

Et page 35, ligne 14 : « J'ai à peine besoin de dire que, « regardant » les deux systèmes nerveux comme agissant de la même manière, » je considère :

« 1° La sensibilité animale et les facultés intellectuelles et instinctives comme la susceptibilité du système nerveux cérébral à être mis en action ;

» 2° La sensibilité organique comme la susceptibilité des nerfs ganglionnaires à être mis en action ;

» 3° Que, sous le rapport des mouvements que ces deux systèmes nerveux déterminent, je *regarde* tout ce qui, dans les mouvements volontaires, ne résulte pas de l'élasticité des muscles, comme le résultat de l'action du cerveau, et « tout ce qui ne résulte pas de cette » même propriété dans les muscles involontaires et les vaisseaux » comme dépendant du système ganglionnaire. »

Dans cette thèse, qui porte le titre de *Dissertation sur les propriétés vitales,* l'idée fondamentale est précisément l'action du sytème nerveux ganglionnaire sur les muscles involontaires et sur les vaisseaux, de telle sorte que je lui attribuais et lui attribue encore tout ce qui, à cette époque, était considéré comme dû à la force vitale, à la nature médicatrice et aux prétendues exaltations et diminutions des propriétés vitales.

Dans les pages 19, 20 et 21, j'exposais les faits sur lesquels était fondée ma conviction, et ces faits me paraissent encore concluants. Les expériences de M. Cl. Bernard et de M. Brown-Séquard ne font que les confirmer.

Quant aux conclusions que vous tirez de ces expériences, elles ne me paraissent pas toutes également inattaquables. Si la dilatation des vaisseaux, par suite de la cessation de l'action nerveuse qui les contractait, explique bien la congestion, on ne trouve rien d'analogue dans l'accélération des battements du cœur qui existe dans la fièvre. Si la section du grand sympathique produisait sur le cœur le même effet que sur les capillaires, cet organe devrait cesser de se contracter, et la mort devrait être à peu près immédiate.

Je n'en dirai pas davantage aujourd'hui ; mais, si vous accueillez cette lettre, je tâcherai plus tard de vous démontrer qu'en admettant l'existence des nerfs vaso-moteurs, il serait facile de retrancher du langage médical une foule d'expressions vagues qui sont la cause principale de nos interminables discussions.

Recevez, etc.

ROUSSEAU,
chirurgien en chef de l'hôpital d'Epernay.

Nous sommes prêts à reconnaître que M. Rousseau a eu une heureuse inspiration en attribuant au grand sympathique tous les mouvements qui ne sont pas sous la dépendance des muscles ; mais c'est de la part de l'auteur une vue de l'esprit qui est la conséquence de la théorie du spasme de Hoffmann et Cullen, de la théorie de l'irritabilité de Haller, de la définition et des interprétations de Bichat pour le grand sympathique, qui était considéré comme fournissant des branches aux vaisseaux qu'il suit.

Nous ne pensons pas toutefois que la lettre que nous publions puisse être une revendication de priorité à l'égard de MM. Cl. Bernard et Brown-Séquard, et de ceux qui ont pris pour poin de départ les expériences du célèbre professeur du Collége de France. (*Note de la Rédaction*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel du 8 septembre, M. Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année 1864-1865, par M. Axenfeld, agrégé.

M. le docteur Schmidt est nommé aide de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. le docteur Rambach, dont le temps d'exercice est expiré.

— Par arrêté ministériel du 10 septembre, M. le docteur Rey est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, en remplacement de M. le docteur Arthaud, décédé.

— M. le docteur Genths, médecin des eaux de Schwalbach, vient d'être nommé médecin de l'Impératrice.

— Le ministre de la guerre a décidé qu'un exemplaire de l'ouvrage sur *les eaux minérales*, du docteur Scoutetten, serait envoyé dans chacun des établissements thermaux de la France. De plus, d'après avis favorable émis par le Conseil de santé, des exemplaires de cet ouvrage seront répartis dans les bibliothèques des hôpitaux militaires.

— La Société médicale d'Indre-et-Loire avait mis au concours cette question : *De l'alcoolisme.*

Six mémoires lui ont été adressés. Après le rapport de M. Millet, la Société a décerné des médailles d'or à MM. Chonnaux-Dubuisson (de Villers-Bocage) et A. Contesse (de Lons-le-Saulnier). Une mention honorable a été accordée à M. Debourge, de Rollat (Somme).

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 5 octobre, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville. Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société ;

2° Discussion sur la classification des maladies, par M. le docteur Dupré ;

3° Unicité et dualisme chancreux, par M. le docteur Edmond Langlebert ;

4° Communications diverses, par MM. Sandras, Laboureur et Domere.

— Le dessin qui a été figuré dans notre dernière *Revue* sur la périnéorhaphie est dû au crayon habile de M. le docteur Launay, élève distingué de M. Demarquay. Ce dessin et plusieurs autres ont été publiés dans un mémoire de M. Launay, où nous avons puisé la description du procédé de M. Demarquay.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la liberté de la pharmacie, par Arthur MANGIN. In-8° de 48 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1864, chez F. Savy, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 24.

Réflexions historiques et synthétiques sur les accouchements en général et sur le mécanisme de l'accouchement naturel et spontané en particulier, par M. le docteur Adrien VOLLE. In-4° de 92 pages. Prix, 1 fr. 50. — Paris, 1864, chez F. Savy, libr.-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 116. — MARDI 4 OCTOBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 116. — MARDI 4 OCTOBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 OCTOBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

La communication que M. Scoutetten a faite mardi dernier à l'Académie de médecine, sur la cause des propriétés actives des eaux minérales, il l'avait faite la veille à l'Académie des sciences, d'où elle nous revient aujourd'hui par le *Compte rendu*. Il nous arrive en même temps par la voie du bureau de la *Gazette* un livre du même auteur, sur le même sujet. Si M. Scoutetten, comme il le croit, a découvert une vérité, on voit qu'il tient à ne pas la laisser sous le boisseau. Il serait assez malséant de notre part, en présence de cette triple provocation, de garder le silence.

Il y a dans le mémoire lu par M. Scoutetten aux deux Académies, comme dans son livre, qui n'en est que le développement, deux parties distinctes : un exposé historique et critique des opinions courantes sur le mode d'action des eaux minérales, et l'énoncé d'une théorie nouvelle dont la prétention ne tend pas à moins qu'à donner le dernier mot de ce problème important de thérapeutique.

Nous aurions peu de chose à dire sur la première partie, si ce n'était pour faire remarquer l'accord de M. Scoutetten avec la presque universalité des médecins qui se sont occupés de l'étude des eaux minérales, sur l'insuffisance des notions fournies jusqu'ici par la physique et la chimie pour l'explication des effets des eaux minérales sur l'économie. Qu'on veuille bien nous permettre, à cette occasion, de rappeler ce que nous écrivions nous-même à ce sujet, il y a bien des années déjà, en 1847, dans un autre recueil que celui-ci :

« Quand les perfectionnements de la chimie eurent permis de découvrir dans les sources les principes, ou du moins quelques-uns des principes qui les minéralisent, on put se croire fondé à espérer que la thérapeutique trouverait dans cette découverte non-seulement de nouvelles applications, mais encore l'explication des effets qu'elle avait pu constater; illusion qui doit se dissiper devant la réalité des faits et leur logique interprétation.

» La méthode chimique procède par pétition de principe ; elle suppose connu ce qui ne l'est pas; elle part de données hypothétiques pour conclure à des effets qu'elle est dans l'impuissance d'expliquer. Elle suppose, d'une part la connaissance de tous les éléments constitutifs d'une eau minérale; d'autre part, un rapport direct entre ces éléments et les propriétés thérapeutiques dont ces eaux sont douées : double inconnue d'un problème où les inconnues sont en si grand nombre; nous pourrions dire peut-être avec autant de raison, double erreur fondée sur une fausse idée que l'on se fait de la puissance de la chimie et du caractère de ses résultats. On présume trop de la chimie, en effet, quand on croit qu'elle peut donner la raison des phénomènes dans lesquels elle intervient. En ce qui concerne les eaux minérales en particulier, elle nous fait connaître les substances mortes qui entrent dans leur composition, elle nous en fait voir les éléments à l'état de division et de dissociation, mais elle ne nous dit rien des forces en vertu desquelles ces éléments sont combinés pour constituer un tout unitaire et synthétique, elle ne nous apprend rien surtout à l'égard des propriétés spéciales qui résultent du mode d'association de ces éléments. » (*Gaz. méd.* de Paris, 17 juillet 1847.)

Si nous rappelons ces idées, qui n'avaient certainement pas elles-mêmes un très-grand mérite de nouveauté à l'époque où elles ont été écrites, mais qui étaient justifiées, au moins au point de vue critique, par les opinions ultra-chimiques de quelques médecins d'alors, c'est uniquement en témoignage de l'accord dont nous parlions tout à l'heure. Nous ne marchanderons donc nullement à M. Scoutetten le mérite ni la justesse de sa proposition; il a eu parfaitement raison, à notre avis, de dire qu'il y a dans les eaux minérales quelque chose en dehors de la minéralisation, qui agit sur l'organisme et produit les effets déterminés par leur usage; qu'il y a une cause, un élément quelconque qui leur donne le pouvoir qu'elles possèdent toutes plus ou moins, d'agir sur les constitutions affaiblies, de les ranimer et de guérir des maladies contre lesquelles les moyens communs de la thérapeutique sont ordinairement impuissants.

Cette cause, quelle est-elle ? On le sait déjà. Pour M. Scoutetten, c'est l'électricité.

Ce n'est pas la première fois que cette idée a été émise, elle l'a été souvent même. Mais de l'état de simple présomption ou d'hypothèse vague, sans caractère scientifique, sous laquelle elle s'était produite jusqu'à présent, M. Scoutetten a cherché par des études nouvelles et des expériences à la faire passer dans le domaine de la science.

M. Becquerel avait déjà posé en principe qu'au contact de la terre et d'une nappe ou d'un cours d'eau, il y a production d'électricité. M. Scoutetten, répétant les expériences de M. Becquerel, a constaté que dans ces conditions, lorsque l'eau est aérée, elle prend un excès notable d'électricité positive et la terre est négative. Appliquant le même procédé aux eaux minérales, il a reconnu que toutes ces eaux, sans exception, sont négatives au contact des terres adjacentes. Une eau minérale étant mise en contact, à l'aide d'un vase poreux, avec une eau d'une autre nature, si l'on fait passer un courant à travers un galvanomètre, l'aiguille aimantée dévie aussitôt et indique que l'eau minérale est négative et l'eau aérée positive. Enfin M. Scoutetten a examiné les effets électriques produits au contact des eaux avec le corps de l'homme, et il a constaté que toutes les eaux déterminent un courant qui part constamment du liquide pour traverser le corps de l'homme; toutes les eaux, minérales ou non, sont négatives par rapport au corps qui y est plongé, mais l'intensité du courant varie considérablement selon la nature de l'eau; celle des rivières donne un courant faible; les eaux minérales, au contraire, donnent un courant d'une grande énergie. Les eaux minérales, suivant M. Scoutetten, éprouvent au sein de la terre, où elles sont soumises aux courants électro-magnétiques qui la parcourent sans cesse et aux effets électriques déterminés par les actions chimiques, une modification allotropique qui leur donne l'activité exceptionnelle et les propriétés excitantes constatées par l'expérience.

Ainsi s'expliqueraient désormais, d'après M. Scoutetten, ce que l'on appelle *la vie* des eaux et toutes les merveilles qu'on lui a attribuées. A l'électricité dégagée au contact du liquide avec le corps de l'homme devrait être rapportée la part principale de l'action des eaux minérales, celle qui leur est commune, l'action excitante. Aux corps qu'elles tiennent en dissolution seraient dues les actions médicamenteuses secondaires qui les différencient et les spécialisent.

Quelque séduisante que cette théorie puisse paraître au premier abord, on comprendra la réserve où nous resterons à son égard jusqu'à ce qu'elle ait subi l'épreuve du contrôle expérimental et d'une discussion scientifique sérieuse. Et après ce contrôle, il y aura encore bien des points subsidiaires à examiner avant d'admettre la théorie à l'honneur de l'explication de l'action des eaux thermales et de la direction de leurs indications thérapeutiques. Jusque-là on nous permettra de faire vis-à-vis d'elle, comme nous l'avons fait vis-à-vis des théories chimiques, c'est-à-dire de nous renfermer dans les données purement cliniques.

La dernière séance de l'Académie, comme on en jugera par le compte rendu, a été riche en communications intéressantes. Nous reviendrons dans un autre numéro sur quelques-unes d'entre elles. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. HUGUIER.

Hydrophobie rabique.

(Observation recueillie par M. CARRIÈRE, interne du service.)

Le lundi 19 septembre, le nommé X... est amené à l'hôpital Beaujon et placé dans le service de M. Huguier.

Voici les faits que nous racontent les personnes qui l'ont accompagné, faits confirmés par les renseignements ultérieurs pris auprès des parents du malade.

Il y a dix-huit mois (à l'époque de l'avant-dernier carnaval, nous dit le malade), un chien avait mordu son propriétaire. X... se mit à la poursuite du chien pour le tuer, et en le saisissant il fut mordu aux deux pouces. Le pouce de la main gauche fut traversé de part en part, celui de la main droite fut mordu beaucoup moins profondément. On craignait que ce chien ne fût enragé ; aussi des amis du malade, pour le rassurer, en mangèrent les cuisses. Ces personnes n'ont rien éprouvé, et sont encore parfaitement portantes. Les plaies ne furent pas cautérisées; on fit un pansement ordinaire; elles se cicatrisèrent au bout de quelque temps, sans rien présenter de remarquable.

Quant au propriétaire du chien, il mourut au bout de quarante jours (le malade précise parfaitement cette date en disant que c'était la semaine de Pâques; mais le père du malade nous dit que cet homme mourut au bout de neuf jours, et cela subitement sans présenter aucun symptôme de rage; nous devons ajouter que le père admettait difficilement que son fils pût être enragé). Celui-ci est un homme de forte constitution, n'ayant jamais été malade; il buvait, mais peu de liqueurs fortes, et jamais de façon à se mettre en état d'ébriété complète. Il avait été militaire, et avait servi pendant dix-huit mois comme infirmier dans un hôpital en Algérie; aussi était-il souvent appelé dans son quartier pour ensevelir les morts.

Vendredi dernier 16 septembre, dans l'après-midi, on vint le chercher pour ensevelir un de ses voisins dont le cadavre se trouvait dans un état de putréfaction tel qu'il fut pris d'un grand dégoût et de nausées. Il rentra chez lui se plaignant beaucoup de ce dégoût et de ces nausées.

Le samedi, le dégoût persista; on lui fit du thé, il en but une petite quantité, fut pris de nausées, et refusa de boire le reste. On insista pour qu'il le prît; il essaya, mais il survint du spasme du pharynx qui ne lui permit pas d'en prendre la moindre quantité; en même temps, il entra dans un état d'exaltation extrême, se mit à pousser des hurlements, disant qu'il voulait mordre sa femme et ses enfants; il n'essaya pourtant pas de le faire.

Cet état d'exaltation, amené surtout par la vue des liquides, persista les deux jours suivants; aussi on se décida à l'envoyer à l'hôpital. Le malade nous raconte que la vue des larmes de sa fille, dont quelques-unes lui tombèrent dans la bouche lorsqu'il l'embrassa au moment de la quitter, le mit dans un état de surexcitation extraordinaire.

Le malade entre à l'hôpital le lundi à neuf heures du soir. Il est calme; il y a de la salivation, mais peu abondante. L'interne de garde, M. de Lavaysse, réussit après quelques difficultés à lui faire boire un verre d'eau, qui provoqua du spasme du pharynx, mais sans exaltation. — 15 centigrammes d'extrait thébaïque en 6 pilules furent prescrits; on ne réussit à faire prendre au malade que deux pilules de 25 milligrammes chacune.

Le malade resta calme toute la nuit, quoiqu'on eût jugé prudent de lui mettre la camisole; mais le lendemain, vers sept heures du matin, il entra dans un état d'exaltation considérable, et au moment de la visite M. Huguier constate les symptômes suivants :

La face est rouge, anxieuse, couverte de sueur; les yeux saillants, hagards; de temps en temps pourtant ils regardent fixement, surtout un drap blanc tendu au pied du lit pour recevoir la salive, qui est très-abondante. Le malade est dans un état d'exaltation extrême; il se débat, il veut briser ses liens, et se répand en invectives contre celui qui l'a fait attacher; il nie qu'il soit enragé; le propriétaire du chien n'est pas mort de la rage, dit-il; il ne peut expliquer son horreur pour les liquides; il nous prie et nous supplie de ne pas lui en donner, cela l'étouffe. Toutes ces paroles sont entremêlées de souvenirs de sa vie militaire; il ajoute qu'il est sûr de mourir, mais qu'il n'a pas peur de la mort. Il s'attendrit en pensant à sa femme et à ses enfants, et verse des larmes abondantes. Un verre de lait lui est présenté, il le refuse énergiquement en disant qu'on veut le tuer, l'assassiner. L'exaltation est devenue plus considérable.

Cet état est encore augmenté par les différents bruits qui se font autour du malade; ainsi le bruit d'une porte qu'on a ouverte (bruit assez peu fort), un léger mouvement imprimé au rideau de son lit. Le courant d'air produit ainsi l'a très-péniblement affecté. A ces moments, il est pris d'un tremblement convulsif; il se roidit : mais cet état dure peu, une demi-minute à peu près. L'intelligence est conservée; le malade répond très-nettement aux questions qui lui sont posées; il s'interrompt quelquefois pour suivre un autre ordre d'idées, mais revient facilement au sujet de la question. Au reste, il ne manifeste aucune intention malveillante à l'égard des personnes qui l'entourent, ne veut mordre personne, et non-seulement n'en témoigne aucune envie, mais encore les rassure en leur disant de ne rien craindre, qu'il ne mord pas. Il paraît reconnaissant des soins qu'on lui donne. La sensibilité cutanée paraît normale; le malade, piqué, éprouve la douleur ordinaire.

La salivation et la sputation sont excessives. Le malade s'interrompt souvent pour cracher, et crache avec force, en lançant sa salive au loin, sans chercher pourtant à cracher sur les assistants; au contraire, il prend ses précautions pour ne pas le faire. Chaque effort de crachement est accompagné d'un sentiment de constriction très-marqué au cou. Ce sentiment de constriction est encore provoqué lorsqu'on présente un liquide au malade, à la vue d'un corps brillant

ou même simplement en métal (un pot d'étain a suffi pour le provoquer). Dans ces cas, il survient avec une violence extrême, et toutes les fois qu'une cause extérieure quelconque augmente l'exaltation du malade. Il se plaint alors de souffrir horriblement, porte la main à son cou, comme si un corps étranger le gênait. Il se plaint aussi de douleur violente à l'estomac, douleur qu'il compare à une sensation de brulûre. De temps en temps, il vomit une petite quantité de matière brune très-foncée, mélangée à une matière visqueuse semblable à du mucus. On nous fait remarquer que dans la matinée il avait avalé une chique de tabac.

Du côté du système de la génération, nous notons des pertes séminales survenant dans les moments d'exaltation extrême, en même temps que le tremblement convulsif dont nous avons parlé plus haut. Le malade nous dit qu'il avait eu de ces pertes le jour précédant son entrée à l'hôpital.

Une injection sous-cutanée de 12 gouttes de sulfate d'atropine a été pratiquée, mais n'a paru exercer aucune influence sur la marche de la maladie. Les symptômes sont allés s'aggravant, et le malade est mort à quatre heures de l'après-midi, avec tous les signes de l'asphyxie.

Autopsie. — L'autopsie a été faite en présence de M. Gubler, quarante et une heures après la mort. Le temps est très-humide depuis quelques jours.

L'aspect extérieur du cadavre ne nous présente rien de remarquable; la rigidité cadavérique est ordinaire; il n'y a aucun signe extérieur de putréfaction. Sur la face dorsale des deux pouces, se remarquent deux cicatrices qui paraissent être celles faites par le chien.

Lorsqu'on incise la dure-mère, il s'écoule une petite quantité de liquide. Les vaisseaux de la dure-mère et de la pie-mère sont gorgés de sang.

Le cerveau est considérablement ramolli; la substance cervicale se désagrége facilement sous un mince filet d'eau; cette substance nous présente une coloration rosée, au lieu de la coloration grise normale; elle paraît injectée : cette injection est surtout marquée dans le fond des circonvolutions. La substance blanche est aussi très-injectée, on peut y suivre de petites veinules sur un trajet de 3 à 4 centimètres. Les couches optiques, les corps striés et la membrane des ventricules latéraux nous présentent aussi une injection très-marquée.

L'isthme de l'encéphale est la partie où la coloration de la substance grise est le plus marquée; sur la membrane ventriculaire du quatrième ventricule on trouve de petites sugillations ecchymotiques. Tout l'isthme est aussi très-ramolli.

Le cervelet et la moelle nous présentent aussi de l'injection, une coloration rosée de la substance grise et du ramollissement, le cervelet moins que la moelle.

Les papilles de la langue sont très-développées : à part cela, cet organe ne nous présente rien d'anormal; on n'y trouve aucune trace de vésicules ni de morsure. Les glandes salivaires nous présentent une coloration rouge-brun; elles paraissent avoir leur volume normal. Le pharynx et l'œsophage ne nous présentent rien de remarquable. L'estomac paraît sain, il contient une petite quantité de matière brune très-foncée, mélangée à du mucus, semblable à celle qui a été vomie par le malade. Les intestins sont remplis d'un liquide brun très-foncé, d'une grande fétidité. La rate est ramollie, le foie ramolli et congestionné.

Le cœur, assez volumineux, et les gros vaisseaux du cou et du thorax sont remplis d'un sang noir, en caillots semblables à de la gelée de groseilles.

Les poumons sont rouge brun, gorgés de sang, mais crépitants.

Les reins sont plus mous qu'à l'état normal; ils sont congestionnés.

Les muscles sont mollasses, d'un rouge moins vif qu'on ne les trouve ordinairement.

Comme devant un fait insolite on ne saurait être trop scrupuleux, et comme il n'y a ni paroles ni écrits perdus quand il s'agit de la science, nous avons cru devoir compléter les renseignements, si précieux qu'ils soient, qui ont été recueillis dans cette observation. Nous nous sommes livrés à une enquête.

Les gens du voisinage étaient d'avis partagés à l'égard de la mort du marchand de vin, qui avait été mordu en même temps que le malade de Beaujon. Les uns disaient qu'il était mort enragé; les autres croyaient qu'il était mort paralysé. Tout le monde s'accordait à dire que la mort était arrivée de trente à quarante jours après que le malade avait été mordu.

La femme du marchand de vin nous a donné les détails qui suivent :

Son mari avait été mordu vers le carnaval par un chien méchant, dont la morsure lui avait blessé très-profondément la main droite. Depuis cette morsure, ajoutait la femme, le blessé avait eu peur; il s'inquiétait, ne mangeait plus et ne dormait plus. Enfin, il avait été pris subitement, six semaines environ après l'accident, de paralysie de tout le côté gauche, d'étouffements, et il était mort en trois jours.

Interrogée par nous, à l'effet de savoir si le malade avait été agité, s'il avait beaucoup craché, la femme nous a répondu affirmativement; elle ne s'est pas expliquée sur le fait de la répugnance pour les liquides : son mari, disait-elle, ne voulait rien prendre. Toutes ces affirmations devaient être pour ainsi dire arrachées à la femme du malade, très-inquiétée, et qui ne cessait de dire que son mari n'était pas mort enragé.

M. le docteur Crestey, qui a soigné le malade, nous a donné des renseignements aussi précis que le permet l'éloignement des circonstances auxquelles il est fait ici allusion. Il nous a écrit ces lignes :

« Une chose me frappa, c'était un ptyalisme incessant. Bien que mon malade eût conservé l'intégrité de son intelligence, il ne cessait de crachoter partout, sur le mur, sur les draps, en l'air, selon la direction de son visage. »

Le lendemain du jour où ce phénomène était constaté et coïncidait avec une paralysie de tout le côté gauche du corps, le médecin ajoute :

« Le malade était paralysé des quatre membres; l'intelligence restait intacte, mais le ptyalisme continuait; le troisième jour il mourut sans qu'il y ait eu de crise nerveuse. »

M. Crestey ajoute que, aujourd'hui, il ne serait pas éloigné de penser que son malade a bien pu subir l'influence du virus rabique.

Voici donc pour les renseignements du côté du premier malade atteint; trente jours après une morsure de chien; de paralysie, de ptyalisme et d'oppression. Reste ce qui a trait au chien.

Il s'agissait, nous a-t-on dit, d'un chien-loup, qui voulait mordre les autres chiens, et était hargneux; et qui, d'un autre côté, mangeait très-bien.

Le jour même où ce chien a mordu le marchand de vin à la main, le malade de Beaujon au pouce, il a été tué, et le lecteur verra plus haut que ce chien a mangé par des chiffonniers, au nombre desquels se trouvait le malade qui fait le sujet de l'observation; les renseignements que nous a fournis M. Crestey apprennent que ce chien était très-gras.

Le fait positif que le lecteur trouvera dans ces lignes, c'est la tendance du chien à mordre les autres chiens. Ce signe, auquel M. Bouley a attaché une grande importance dans son remarquable mémoire à l'Académie, l'année dernière, permet d'affirmer que le chien était au début de la rage.

La mort du premier malade a été rapide; il y a eu du ptyalisme, et on nous disait que cet homme ne voulait rien prendre. Quelque exceptionnelle que soit l'absence d'accès, les deux premiers signes ont une valeur.

Les faits négatifs sont la paralysie et l'absence de crise nerveuse; mais il y a à côté de ces deux faits négatifs deux autres caractères qui semblent juger la maladie : il y a eu une période d'incubation de trente à quarante jours, et il y avait du ptyalisme.

Nous avons vu le malade de l'hôpital Beaujon; il avait réellement la rage : des accès de fureur, une bave écumeuse rejetée en quantité, des accès séparés par des intervalles de lucidité d'esprit et de tranquillité, ne laissaient aucun doute à ce sujet. Mais il y a quelque chose qui nous a frappé : au moment où le malade entrait dans un accès et crachait sur le drap placé auprès de son lit, il semblait qu'il eût une hallucination; il disait en lançant un crachat : « Je te vois, pourriture! O saleté! » Et lorsqu'on lui demandait dans ses moments de tranquillité après qui il en avait, il disait que c'était après le cadavre de l'individu qu'il avait enseveli et qui portait une odeur infecte, et il ajoutait : « Ce qui cause mon mal, c'est d'avoir vu cette pourriture.

Les faits d'incubation prolongée de la rage sont mentionnés dans les livres classiques; ils seront sans doute comparés avec celui qui a été observé dans le service de M. Huguier, et nous espérons que ces renseignements ne seront pas inutiles, si on discute ce dernier fait comme on a discuté les autres.

D[r] Armand Després.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guérin.

Tumeur fibreuse simulant un enchondrome.

Le nommé L..., âgé de soixante-sept ans, s'était plusieurs fois présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour nous montrer une énorme tumeur dans laquelle le pouce de la main droite se trouvait englobé depuis longtemps. Comme cette affection existait depuis 40 ans, prenant en considération l'âge du malade, je m'efforçai à plusieurs reprises de le détourner du désir qu'il avait d'être débarrassé de cette tumeur, qui était devenue par son poids une cause de véritable souffrance. Prétextant l'insalubrité des salles de l'hôpital, j'avais plusieurs fois ajourné sa réception, lorsque le 29 août dernier il vint me supplier de le recevoir et de l'opérer.

Considérant que le volume de cette tumeur, devenu excessif, s'était beaucoup accru depuis deux ans et que des douleurs s'y étaient manifestées depuis deux mois, je reçus L... avec l'intention de l'opérer.

A la visite du lendemain, nous trouvâmes cet homme couché au n° 57 de la salle Saint-Augustin. Doué d'un caractère vif et plaisant, il n'avait aucune peur de l'opération, et j'obtins à grand'peine qu'il l'ajournât jusqu'à l'époque où il n'y aurait plus d'infection purulente dans nos salles.

A part un peu d'emphysème pulmonaire, le malade eût joui d'une santé excellente, si à la place du pouce de la main droite il n'avait pas eu l'énorme tumeur dont il demandait à être débarrassé.

D'une longueur de 15 à 16 centimètres, cette tumeur présentait des dimensions variables dans les divers points de son étendue. Au niveau de la première phalange, elle avait 31 centimètres de circonférence et 25 au niveau du métacarpien, qu'elle débordait en haut de manière à recouvrir une partie du bord externe des os du carpe.

Arrondie dans son ensemble, elle paraissait formée de trois tumeurs globuleuses de dimensions inégales, correspondant au premier métacarpien et aux deux phalanges du pouce. Mais ces trois sections se continuaient insensiblement.

Dure et comme osseuse à sa périphérie, elle donnait au toucher la sensation que l'on perçoit en palpant une masse osseuse que la peau recouvre. Dans le quart de la région dorsale seulement, la tumeur était molle et fluctuante.

Prenant en considération la lenteur du développement de la maladie, son indolence pendant un très-grand nombre d'années, son peu d'action sur la constitution, l'intégrité des ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la main, nous avions pensé que c'était un enchondrome, et de tous les médecins qui ont eu l'occasion de la voir, il n'en est pas un à qui il soit venu la pensée que ce pouvait être autre chose.

Le 10 septembre, je pratiquai la désarticulation du premier métacarpien, et j'enlevai la totalité de la tumeur par une incision ovalaire dont l'extrémité supérieure correspondait à l'extrémité inférieure du radius.

Cette opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est que le trapèze nous parut un peu augmenté de volume.

Les petites branches artérielles, qui étaient en grand nombre, ayant été liées, je réunis les lèvres de la plaie par la suture entortillée, et le malade, qui n'avait pas voulu être endormi et qui n'avait cessé de plaisanter pendant l'opération, retourna tranquillement dans la salle.

Malgré le courage dont cet homme venait de donner la preuve, il était évident qu'il avait fait, pour se montrer calme, un effort qui l'avait épuisé. Il riait doucement en racontant des histoires; mais il était devenu pâle, et, bien que je lui eusse fait boire un verre de vin, ses forces paraissaient trahir sa volonté.

J'annonçai que cette opération pourrait avoir une issue fatale, et je rappelai plusieurs faits dans lesquels on voit des malades succomber à l'épuisement nerveux après avoir montré un courage surhumain pendant l'opération.

Au bout de quarante-huit heures, L..., dont la plaie avait le plus bel aspect, fut pris de délire bruyant. Comme il avait l'habitude de boire tous les jours un litre de vin blanc et deux litres de vin rouge, je lui prescrivis de l'opium et un supplément de vin de Bordeaux. Le calme sembla renaître; mais le pouls du malade s'accéléra, son intelligence ne tarda pas à se troubler de nouveau, et la mort survint le 15 septembre, dans la soirée.

Examen de la tumeur. — En incisant la tumeur, nous ne découvrîmes qu'un tissu homogène, criant sous le scalpel, sans trace du tissu osseux, qui avait disparu au niveau des phalanges et de la presque totalité du métacarpien. La surface articulaire de l'extrémité supérieure de cet os était encore représentée par une lamelle osseuse faisant en ce point une enveloppe à l'extrémité supérieure de la tumeur.

Il ne pouvait plus y avoir de doute : c'était une tumeur fibreuse, et non un enchondrome. Le tissu, d'un blanc jaunâtre, qui la constituait, se continuait d'un bout à l'autre sans interruption, et il était impossible d'y trouver des vestiges des phalanges.

Le milieu de la face dorsale de la tumeur, où l'on avait constaté de la fluctuation, était le siége d'un kyste rempli de sérosité rougeâtre, d'une consistance aqueuse. La quantité de liquide a été approximativement évaluée à 100 grammes. Les parois du kyste étaient unies, et leur consistance était à peu près celle du reste de la tumeur.

M. Ordoñez ayant examiné cette tumeur au microscope, n'y a trouvé que les éléments du tissu fibreux à divers degrés de développement; du sang constituait le liquide du kyste; la peau qui recouvrait la tumeur était hypertrophiée à ce point que les papilles avaient sept fois leur volume normal. Le microscope n'ayant découvert que du tissu fibreux dans cette masse, il est impossible de dire quel a été le point de départ de la maladie.

Après l'évacuation du liquide, cette masse pesait encore 1,100 gr.; cette tumeur est donc de nature fibreuse, malgré les symptômes auxquels elle a donné lieu et qui ont dû la faire confondre avec un enchondrome.

Les enchondromes des doigts sont communs; il n'y a pas de chirurgien qui n'ait eu l'occasion d'en observer. Les tumeurs fibreuses de cette région sont, au contraire, tellement rares, que je n'en connais pas d'observation, et que dans les travaux les plus récents sur l'enchondrome, on n'a pas même pensé à en faire le sujet d'un diagnostic différentiel.

C'est à cause de cela que j'ai cru devoir présenter à la Société de chirurgie cette pièce curieuse d'anatomie pathologique, pour qu'à l'avenir on pense aux tumeurs fibreuses quand on aura à se prononcer sur la nature d'une affection que jusqu'ici on eût sans hésitation regardée comme un enchondrome.

DE L'INFLUENCE DES FONCTIONS

sur la structure et la forme des organes.

Par M. C. Sédillot.

Nos expériences sur la régénération des os à la suite des résections nous ont révélé des changements si considérables dans certains os congénères, qu'il nous a semblé intéressant de les étudier particulièrement et de les rattacher aux lois d'influence réciproque des organes et de leurs fonctions.

De grands naturalistes ont soutenu sur ce sujet des doctrines opposées : Buffon, Cuvier, Flourens, disent : Tout change dans l'organisme, les parties constituantes se renouvellent incessamment par la nutrition, mais la forme ne change pas et reste la partie fondamentale de l'être.

Les autres, avec Lamarck, Geoffroy Saint-Hilaire, Darwin, etc., soutiennent que la fonction fait l'organe, et que l'organisme est variable dans sa forme et susceptible des plus nombreuses et des plus profondes modifications.

Si l'on considère un être quelconque dans des conditions et des milieux déterminés, c'est-à-dire constants, la proposition de Cuvier est d'une vérité absolue; mais si l'on suppose des changements de condition et de milieu, cette proposition n'offre plus la même exactitude, comme en témoignent encore aujourd'hui les variétés de grandeur, de proportion, de force et d'intelligence des différentes races d'une même espèce, et les difformités congénitales ou acquises dont chaque individu peut être atteint.

Pour ramener à une simple question d'anatomie et de physiologie pathologiques le champ si étendu d'un pareil problème, nous nous bornerons aux rapports des organes aux fonctions et réciproquement, puisque les exemples dont nous nous occuperons portent sur des faits de ce genre, empruntés à l'appareil locomoteur.

Quand on dit : Les organes font la fonction, on exprime une idée nécessaire, en ce sens que toute fonction est le résultat d'un organisme en activité, et que sans organe on ne saurait comprendre de fonctions possibles.

Mais lorsqu'on affirme cette autre proposition : La fonction fait l'organe, on exprime une idée complexe qui a besoin d'explications et de commentaires pour être exactement appréciée.

Aucune fonction ne pouvant exister par elle-même, indépendamment des organes qui l'accomplissent, les fonctions, comme causes, se trouvent réduites à des activités organiques plus ou moins énergiques, normales ou pathologiques; la digestion, par exemple, ne produira pas d'organes digestifs, puisqu'elle n'est que ces organes en action; mais elle pourra en augmenter ou en diminuer le volume et l'étendue, et en modifier la structure par la nature et la quantité des éléments ingérés, etc.

Les mouvements ne feront pas l'appareil locomoteur, puisqu'ils sont cet appareil même en activité, mais ils développeront et augmenteront la force musculaire, la résistance des tendons, la solidité et le volume des os. Si, par suite d'un pied bot équin compliqué de varus, on marche sur la face dorsale du pied, l'épiderme épaissi, le derme plus fibreux, les couches cellulo-graisseuses plus épaisses, finiront par représenter la structure normale du talon, et la fonction aura fait l'organe; mais la fonction aura été exercée par la jambe et le pied, avec leurs os, leurs muscles, leurs vaisseaux et leurs nerfs, et ce seront les changements de direction, de forme, de traction, de pression, d'innervation, de circulation et de nutrition subis par les organes, qui auront été en définitive l'origine des modifications que nous indiquons.

La fonction se trouvant ainsi ramenée à l'idée simple d'un organe en activité ou en mouvement, présente deux sujets d'étude des plus importants, l'un comprenant les tendances de chaque être à persister dans sa propre forme et à y revenir en cas d'écart, l'autre relatif aux exceptions de cette loi sous l'influence de conditions variables.

On s'explique ainsi pourquoi les muscles extenseurs ou fléchisseurs sont réunis ou divisés en faisceaux, selon que les doigts ont été soumis à des mouvements distincts ou à des mouvements de totalité.

Les membranes synoviales accidentelles, les fausses articulations reproduiront d'une manière fort remarquable les formes des jointures normales. Le retablissement de la continuité des os, des tendons, des nerfs, de l'œsophage, de l'urèthre, et la reconstitution de nos organes altérés rentreront dans l'ordre des mêmes faits.

Tontefois, l'ignorance où l'on est encore du mécanisme de quelques-unes de ces transformations en rend l'étude attrayante, et nous exposerons les modifications si curieuses que nous ont présentées les os à la suite des résections.

Si l'on a enlevé une portion de l'un des os de la jambe ou de l'avant-bras, et que cet os ne se soit pas reproduit, l'os congénère s'hypertrophie de manière à atteindre un volume égal à celui des deux os dont il est appelé à remplir seul les fonctions. Ce phénomène est des plus évidents sur les chiens dont on a réséqué le tibia. Le péroné est chez ces animaux presque filiforme et offre à peine la cinquième partie de la grosseur de l'os congénère, et cependant il acquiert bientôt le volume de ce dernier et peut même le dépasser.

Dans une de nos expériences, le péroné, qui n'avait que 3 millimètres de diamètre à l'état normal, en a offert 10 dans le point correspondant à la résection tibiale, et les mêmes faits s'observent au cubitus et au radius à la suite de la résection partielle de l'un de ces os.

Au premier abord, cette ampliation proportionnelle, cette sorte de transport de la matière osseuse de l'os réséqué sur l'os congénère, de manière à lui conserver le volume et la force des deux os, paraissent merveilleuses, et cependant les causes en sont très-simples. Dans tous les cas où nos organes locomoteurs sont soumis à une énergique activité, nous les voyons prendre plus de volume et de force. C'est ainsi que le côté droit du corps est généralement plus développé que le côté opposé, tandis que le contraire se remarque chez les gauchers. Les maîtres de boxe et d'escrime ont le bras droit beaucoup plus volumineux que le gauche. Les mouvements accélérant l'innervation et la circulation rendent la nutrition plus active.

La densité du tissu osseux est d'une égale importance. Tous les animaux appelés à supporter des efforts considérables et prolongés ont les os très-compactes et comme éburnés. C'est une observation facile à vérifier au musée anatomique de l'Ecole d'Alfort, où l'on conserve le squelette de plusieurs chevaux renommés pour leur rapidité exceptionnelle.

Dans nos expériences sur les os, les ruginations, les perforations, l'introduction dans le canal médullaire d'un corps étranger, déterminent la formation très-rapide de nouvelles couches osseuses, et les mêmes modifications surviennent dans les membres dont un des os a été enlevé. Les pressions, les tractions, les courbures, développées et subies, provoquent l'irritation nutritive des cellules plasmatiques, et l'hyperostose ne s'arrête qu'au moment où l'organe s'est mis en rapport de puissance avec les efforts à supporter.

Si l'os est trop faible, il se brise, se raccourcit et se réunit par un cal aux extrémités de l'os réséqué, ou bien chevauche sur lui-même et se double de manière à acquérir plus de résistance.

Les mêmes phénomènes s'observent tous les jours sur l'homme, et il suffit de jeter les yeux sur une série de fractures de l'avant-bras pour constater les différences de volume offertes par le radius ou le cubitus, qui peuvent dans les cas de fracture double former un cal commun ou s'envoyer des tiges osseuses de support, transversales ou obliques, pour accroître leur solidité.

Quoique je ne possède pas d'exemple de pertes de substance du tibia compensées par un développement proportionnel du péroné, je ne doute pas que l'on n'en rencontre, et on s'expliquerait ainsi comment la jambe a repris sa force et ses fonctions, quoique le tibia n'ait pas été reproduit. Nous ne pouvons passer en revue les prodiges de mécanique accomplis par des os réséqués ou fracturés avec ou sans nouvelles ossifications, et disposés en arcs-boutants, en voûte, en arceaux, en barres transversales ou obliques, dans le but d'augmenter la résistance totale du squelette du membre et d'en assurer les fonctions. Les cellules plasmatiques, avant de devenir osseuses, sont disposées en masses, en chapelets, en lamelles, en filaments, et l'ossification s'achève, s'arrête ou se ralentit selon les mille degrés de pression qui en règlent la marche et l'activité. A la suite d'une résection partielle de 3 centimètres du radius à deux travers de doigt de sa jointure carpienne, sur un chien de moyenne taille, nous trouvons les deux extrémités radiales non réunies par défaut d'ossification régénératrice, mais arc-boutées contre la face correspondante du cubitus, qui a augmenté de volume et s'est creusé de deux petites cavités assez profondes pour recevoir les bouts du radius et leur offrir des points de support et d'appui. On admire au premier abord cet ingénieux mécanisme, si bien calculé pour rétablir la solidité des os. Avec un peu de réflexion, l'on comprend bientôt cependant la simplicité et la nécessité de ce résultat. Dès que le radius manquait à peu de distance de l'articulation carpienne, la patte, ne rencontrant plus de résistance de ce côté, s'y inclinait fortement, et tendait à rapprocher l'un de l'autre les bouts de l'os réséqué. Mais le cubitus ne cédant pas devenait point d'appui pour les deux extrémités radiales qui s'y trouvaient portées par le renversement de a patte, le raccourcissement latéral du membre, l'action des muscles et l'élasticité des parties. Tous les os en contact s'engrènent réciproquement s'ils sont pressés l'un contre l'autre, et le plus mobile creuse une cavité de réception sur celui qui l'est moins. Le problème devenait dès lors d'une explication facile; tout y était clair, régulier et nécessaire.

Il nous semble inutile d'entrer dans plus de détails sur ces faits curieux; nous croyons les avoir résumés de la manière la plus concise en disant que la matière osseuse semblait proportionnelle aux effets à supporter, et qu'il suffisait d'enlever une certaine longueur de l'un des os de l'avant-bras ou de la jambe pour que l'os conservé s'hypertrophiât et acquît au bout de peu de temps un accroissement de volume égal à celui de l'os réséqué.

Le phénomène est des plus remarquables sur le chien, comme nous l'avons signalé, dont le péroné, étant cinq ou six fois plus petit que le tibia, en égale et même en dépasse bientôt la grosseur. Nous nous expliquons ainsi comment nos résections longitudinales sont si promptement suivies de la régénération complète de l'os. Ce sera également un nouveau motif de hardiesse et de confiance pour les chirurgiens dans la pratique des évidements osseux sous-périostés.

DU TRAITEMENT DE CERTAINES FORMES D'ÉPILEPSIE OU D'HYSTÉRIE

par le bromure de potassium.

Par M. le docteur Romain VIGOUROUX.

Dans le numéro du 27 septembre de la *Gazette des Hôpitaux*, on lit une intéressante analyse des observations de M. M'Donnell. Il s'agit du traitement de *certaines formes* d'épilepsie ou d'hystérie par le bromure de potassium. Mais quelles sont ces formes? C'est ce qu'on ne voit pas bien. M. M'Donnell a obtenu de bons résultats surtout dans les cas où il existait des troubles du côté de l'utérus; il n'affirme pas néanmoins que l'indication du médicament soit aussi limitée.

J'ai vu pendant longtemps employer le bromure de potassium par le docteur Brown-Séquard au *National Hospital for epileptic and paralysed;* je l'ai employé souvent moi-même, tant chez les épileptiques que dans d'autres affections, aux mêmes doses que le docteur M'Donnell. C'est l'impression résultant de cette pratique que je demande à communiquer brièvement.

Dans la *presque totalité* des cas (je parle de l'épilepsie), le bromure atténue les accès et les éloigne de plus en plus. Cet effet se produit aussi bien quand il n'y a pas de symptômes du côté des organes génitaux que dans le cas contraire. Mais il est excessivement rare qu'il suffise à obtenir la guérison définitive.

En effet, l'action *principale* de ce bromure est de diminuer la vascularité des centres nerveux et par suite leur excitabilité réflexe. Or, l'augmentation de l'excitabilité réflexe étant une des conditions physiologiques de l'épilepsie, on conçoit cette efficacité générale du bromure. D'autres médicaments usités contre l'épilepsie, tels que la belladone, le sulfate de quinine, etc., ont la même action physiologique que le bromure, action qui se réduit en définitive à faire contracter les petits vaisseaux de l'axe encéphalo-rachidien.

Mais si l'augmentation d'excitabilité réflexe est une *condition* de l'épilepsie, elle n'en est presque jamais la seule condition, et surtout elle n'en est pas la *cause;* car elle existe dans une foule d'affections autres que l'épilepsie. Le bromure ne s'adresse donc qu'à un élément et ne peut constituer à lui seul un traitement complet.

Cela nous explique pourquoi la maladie, après avoir semblé près de disparaître, revient au bout d'un certain temps, et pourquoi les observations de M. M'Donnell nous montrent des exemples de palliation extrême plutôt que de guérison.

Voici plusieurs années déjà que, grâce à Marshall-Hall et à Brown-Séquard, nous sommes en possession d'une théorie presque complète de l'épilepsie; voici plusieurs années déjà que nous connaissons l'action du bromure de potassium sur les centres nerveux. Ce n'est qu'aujourd'hui que la pratique, impérieusement indiquée par le rapprochement de ces deux notions, tend à se vulgariser. Je ne puis m'empêcher de dire à mes confrères que si, laissant de côté leur horreur de l'induction, ils avaient accordé quelque attention à la physiologie morbide, ils auraient pu instituer par eux-mêmes le traitement rationnel de l'épilepsie et de bien d'autres maladies, et ne pas être réduits à attendre les données toujours étroites et tardives de l'empirisme.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 septembre 1864. — Présidence de M. MORIN.

Danger de la piqûre du grand scorpion du nord de l'Afrique. — M. GUYON communique une note sur le danger, pour l'homme, de la piqûre du grand scorpion du nord de l'Afrique, *Androctonus funestus*.

Que la mort par cette piqûre, dit l'auteur, soit rare pour l'homme, que sur cent piqûres, par exemple, elle ne s'observe qu'une fois, je le veux bien; mais la question n'est pas là, elle est tout entière dans la possibilité du fait. Les anciens n'en doutaient pas, et je remarque de suite que presque tout ce qu'ils ont dit du scorpion, en général, se rapporte à l'espèce dont nous parlons.

Déjà nous avons présenté à l'Académie, dans sa séance du 15 mars 1852, plusieurs cas de mort chez l'homme par la piqûre de l'*Androctonus funestus*; nous venons lui en présenter deux autres cas. En voici les observations :

OBS. I. — *Piqûre sur un enfant arabe à El-Assafiâ, petite oasis à 2 kilomètres sud-est de Laghouat.*

Année 1856. — Un enfant arabe de neuf à dix ans, fils du caïd de la localité, Sidi-Haméd, est piqué à l'index de la main gauche par un scorpion qu'on put voir et écraser. C'était vers les huit heures du matin, et le lendemain, avant midi, l'enfant était mort.

La piqûre avait produit une douleur des plus vives; elle s'était continuée au fur et à mesure que le bras se tuméfiait. L'enfant avait longtemps crié, puis abondamment vomi. Au moment de la mort, la tuméfaction était grande, mais elle tenait, en grande partie du moins à la ligature pratiquée sur le membre, au-dessus de la blessure, ainsi que font toujours les Arabes en pareil cas, lorsque le siége de celle-ci le permet.

OBS. II. — *Piqûre sur un enfant arabe à Aïn-Madhy, oasis au sud-ouest de Laghouat.*

En la même année, et vers la même époque où le caïd d'El-Assafia perdait son fils, le caïd d'El-Madhy, le célèbre marabout Tedjini perdait, par la même cause, son fils cadet. C'était un enfant en bas âge, d'environ trois ans. Il avait été piqué à la main comme le fils du caïd Hamed. La mort produite par le scorpion, nous disait-il, est fréquente dans notre pays, et nous en avons toujours des cas chaque année, tantôt sur un point, tantôt sur un autre. Un langage en tout semblable, sur le même sujet, nous avait déjà été tenu par les habitants du Ziban en 1847 et 1855, et ceux de la Tunisie, il y a près d'un siècle et demi, n'en tenaient pas un autre au docteur Pagnius.

Nous avons réuni, dans un tableau placé à la suite de notre communication, les principaux cas de mort dont nous avons eu connaissance pendant notre séjour en Algérie. Ces cas, qui nous paraissent réunir toute l'authenticité désirable, sont au nombre de onze, et ont pour sujet quatre hommes, dont trois encore adolescents, quatre jeunes femmes et trois enfants du sexe masculin. Il ressort de notre tableau :

1° Que les enfants, à raison sans doute de leur taille plus petite que celle des adultes, et sans doute aussi à raison de leur sensibilité plus grande que celle des derniers, sont ceux qui offrent le plus de cas de mort, et qu'après eux viennent les femmes, qui s'en rapprochent généralement sous ces deux rapports.

2° Que parmi les adultes, ceux qui offrent le plus de cas de mort sont ceux piqués à la tête, cas dans lequel la mort peut être considérée comme produite non par une action générale du venin ou poison, mais par une extension au cerveau de la tuméfaction locale à laquelle la piqûre donne généralement lieu.

Nous ferons remarquer que cette extension de la tuméfaction locale aux parties voisines n'est peut-être pas moins à craindre pour les organes renfermés dans la poitrine, lorsque la piqûre a lieu dans la partie supérieure de cette cavité. Ainsi, la mort de deux femmes qui figurent au tableau précité, dont l'une avait été piquée au dos et l'autre au-dessus du sein, pouvait reconnaître pour cause l'extension du désordre local aux organes de la poitrine. C'est, du reste, ce qui s'observe assez souvent dans la morsure des serpents, lorsque cette morsure siége dans le haut du tronc, voire même aux membres supérieurs.

Le danger, pour l'homme, de la piqûre de l'*androctonus funestus* nous paraît ressortir suffisamment des faits que nous avons rapportés jusqu'à ce jour. La mort est rare sans doute, puisque depuis que nos possessions en Algérie se sont avancées jusqu'aux limites du désert, — ce qui remonte à l'année 1844 pour la contrée du Ziban, — nous n'y avons encore eu aucun décès par piqûre de scorpion. Cette piqûre, pourtant, y est fréquente, journalière, pour ainsi dire, surtout en été, à ce point que, pour le seul cercle de Biskra, on en a enregistré jusqu'à 121 dans le court espace de neuf mois.

J'appellerai l'attention de l'Académie sur deux agents thérapeutiques qui, dans le traitement de la piqûre du scorpion comme dans celui de la morsure du serpent, ont peut-être fait autant de mal que les accidents auxquels on les oppose; nous voulons parler de la ligature appliquée au-dessus de la partie blessée, dans le but de ralentir la marche du venin, et l'ammoniaque administrée à l'intérieur.

La ligature, appliquée par des personnes étrangères à l'art, soit pour la piqûre du scorpion, soit pour la morsure du serpent, est généralement exercée ou trop fortement ou trop longtemps, et de là des sphacèles envahissant tout le membre blessé, et compromettant plus ou moins la vie des sujets. J'en possède par devers moi de nombreux exemples recueillis en Afrique et en Amérique.

L'ammoniaque employée à l'intérieur, dans les deux cas dont nous

parlons, présente, de son côté, les plus graves inconvénients, à raison des doses exorbitantes auxquelles on la porte souvent. Ainsi, un militaire de la Martinique, dont nous avons donné ailleurs l'observation, a bien évidemment succombé à un empoisonnement par l'ammoniaque employée à des doses inconsidérées, après une morsure de serpent.

Que cet agent soit utilisé à l'extérieur comme caustique, et dans la piqûre du scorpion, et dans la morsure du serpent; qu'il y soit même préféré à d'autres caustiques, à raison de la commodité de son application, rien de mieux; mais qu'on l'emploie aussi à l'intérieur dans les mêmes circonstances, c'est ce qu'on comprend peu.

Je sais bien que l'ammoniaque à l'intérieur porte à la peau, favorise la transpiration, mais nous avons bien d'autres moyens que l'ammoniaque pour amener ce même résultat. Dans tous les cas, son administration à l'intérieur ne devrait jamais être faite que par un homme de l'art; elle nous paraît trop dangereuse entre des mains qui lui sont étrangères.

— M. SÉDILLOT communique un travail sur l'influence des fonctions sur la structure et la forme des organes. (*Voir plus haut.*)

M. SCOUTETTEN donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur les eaux minérales, et spécialement sur la cause de leurs propriétés actives* (voir le numéro de jeudi dernier).

M. FROMENTEL adresse de Gray (Haute-Saône) une note ayant pour titre : *Sur la fermentation, la gangrène et les microzoaires dits* ferments.

« Les recherches que j'ai faites sur la fermentation putride, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, recherches qui remontent déjà à plusieurs années, m'ont donné la conviction que cette fermentation se fait sans le secours des microzoaires, et que ceux-ci ne s'y développent que parce qu'ils ce milieu leur convient. Je me suis donc trouvé dans la nécessité de combattre une théorie qui a été récemment accueillie avec une grande faveur; mais je pense qu'en même temps j'ai fourni une preuve de plus contre les partisans de la génération spontanée. »

(Cette note est renvoyée à l'examen de la commission nommée dans la séance du 4 janvier dernier, à l'occasion du débat sur la question des générations dites spontanées, commission qui se compose de MM. Flourens, Dumas, Brongniard, Milne-Edwards et Balard.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de l'auteur, M. Paolini, professeur de physiologie à l'Université de Bologne, un mémoire imprimé ayant pour titre : *De quelques influences spéciales du système nerveux sur le mouvement du cœur.*

(M. Bernard est invité à prendre connaissance de cet ouvrage et à en faire l'objet d'un rapport verbal.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente également un ouvrage de M. F. A. Zenker, professeur d'anatomie pathologique à Erlangen, *sur les altérations du système musculaire dans la fièvre typhoïde.* Ce travail, destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, est transmis par M. Duchenne (de Boulogne). Dans une lettre jointe à cet envoi, l'auteur rappelle qu'il a déjà entretenu l'Académie de ses recherches sur ce sujet (*Comptes rendus,* séance du 29 avril 1861).

« Depuis cette époque, dit-il, de nouvelles observations ont pleinement confirmé les résultats que j'avais présentés sous forme d'une série de propositions, et jettent un grand jour sur la valeur pratique des faits annoncés. Comme en montrant que dans la convalescence des fièvres typhoïdes il y a régénérescence des tissus musculaires, j'ai constaté un fait important au point de vue physiologique et pathologique et jusque-là non admis, j'ai cru utile de donner dans ma nouvelle publication un essai historique et critique sur la doctrine de la régénération et du développement accidentel du tissu musculaire. »

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. MERCIER adresse une note concernant de nouvelles applications de l'électricité à l'art de guérir qu'il a imaginées et qu'il indique brièvement.

(Renvoi à l'examen de M. Cl. Bernard, qui jugera s'il y a lieu de renvoyer à une commission les inventions de M. Mercier.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 24 septembre 1864 :

M. Grisolle, professeur titulaire de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de clinique interne, en remplacement de M. Rostan, admis à la retraite.

M. Trousseau, professeur titulaire de clinique interne (service de l'Hôtel-Dieu), est nommé professeur titulaire de thérapeutique et de matière médicale, en remplacement de M. Grisolle.

M. Piorry, professeur titulaire de clinique interne (service de la Charité), est nommé professeur titulaire de clinique interne (service de l'Hôtel-Dieu), en remplacement de M. Trousseau.

M. Natalis Guillot, professeur titulaire de pathologie médicale, est nommé professeur de clinique interne (service de la Charité), en remplacement de M. Piorry.

— Par décret en date du 29 septembre 1864, M. le docteur Ducroquet a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel du 14 septembre, M. Jouet, professeur de physiologie et d'anatomie, et directeur de l'Ecole d'Angers, est autorisé à se faire suppléer dans son cours pendant l'année 1864-1865 par M. le docteur Meleux, professeur suppléant à ladite Ecole.

M. le docteur Legludic est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole d'Angers, en remplacement de M. Meleux, appelé à d'autres fonctions.

M. Dezanneaux, professeur suppléant à cette Ecole, est nommé professeur adjoint de pharmacie et de toxicologie, en remplacement de M. Drouet, décédé.

M. Thomas, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Reims, est nommé professeur de clinique interne à ladite Ecole (chaire vacante).

M. Decès, professeur de pathologie externe, est nommé professeur d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Thomas, appelé à d'autres fonctions.

M. Doyen, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Decès.

— Le concours pour une place de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le jeudi 13 octobre. Les membres du jury sont :

MM. Barth, Laugier, Manec, Michon et Ricord, *juges titulaires;*

MM. Monneret et Nélaton, *juges suppléants.*

Six candidats prendront part aux épreuves de ce concours. Ce sont : MM. de Saint-Germain, Guéniot, Liégeois, Péan, Sée (Marc) et Tarnier.

— Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce le 3 novembre prochain, pour trois emplois de répétiteur à l'École du service de santé militaire de Strasbourg.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées, savoir :

1° Anatomie. — 2° Thérapeutique et médecine légale. — 3° Pharmacie et matière médicale.

Anatomie. — 1° Composition sur un sujet d'anatomie générale; — 2° Préparations anatomiques; — 3° Interrogations.

Thérapeutique et médecine légale. — 1° Composition sur une question de thérapeutique et rapport sur une question de médecine légale; — 2° Examen clinique de quatre malades (deux appartenant au service des fiévreux et deux au service des blessés ou vénériens; — 3° Interrogations sur la thérapeutique et la médecine légale.

Pharmacie et matière médicale. — 1° Composition sur une question de matière médicale; — 2° Epreuve pratique de pharmacie. Détermination de plantes et de substances employées en médecine; — 3° Interrogations sur la pharmacie et la matière médicale.

Dans chacune des spécialités, la première épreuve sera éliminatoire.

La composition du jury d'examen et le mode d'exécution des épreuves continueront d'être régis par le programme en date du 26 juillet 1860, inséré au *Journal militaire* (1860, 2e semestre, p. 51 et 52) et au *Bulletin de la médecine militaire* (tome III, page 439).

Pourront être admis à prendre part au concours, pour l'un ou l'autre des deux emplois de répétiteur relatifs à la médecine, les médecins aides-majors des deux classes et les médecins-majors de deuxième classe, et pour l'emploi de répétiteur en pharmacie, les pharmaciens des mêmes grades.

Les officiers de santé qui désireraient concourir seront tenus d'adresser une demande régulière appuyée d'un avis motivé de leurs chefs directs.

Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle le candidat se présente, devra être parvenue au ministre (*bureau des hôpitaux*) avant le 15 octobre prochain, terme de rigueur, par l'intermédiaire des généraux commandant les divisions militaires ou des intendants divisionnaires, suivant que l'officier de santé est attaché à un corps de troupe ou à un établissement hospitalier.

— Deux autres concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaires doivent s'ouvrir à Strasbourg, le 7 décembre 1864; à Montpellier, le 15 du même mois; à Paris, le 21 du même mois, à moins que le petit nombre des candidats ne motive leur concentration à Paris. (*Bull. de la méd. et pharm. milit.*)

— Un concours pour l'admission aux emplois d'élèves en pharmacie à l'Ecole du service de santé de Strasbourg, doit s'ouvrir à Lyon, le 6 octobre; à Montpellier, le 10 octobre; à Toulouse, le 13 octobre; à Paris, le 17 octobre.

Toutefois, l'administration de la guerre se réserve de réunir les candidats à Paris, dans le cas où le chiffre de ceux qui se seraient fait inscrire dans les localités indiquées ci-dessus ne serait pas assez considérable pour motiver le déplacement du jury d'examen.

— M. le docteur Mallez recommencera son cours clinique des maladies des reins, de la vessie et de l'urèthre, le vendredi 14 octobre, à huit heures du soir, 6, rue du Pont de Lodi, et le continuera à la même heure les lundis et vendredis suivants.

Le cours comprend des exercices de cathétérisme et l'examen chimique et microscopique des urines.

On s'inscrit tous les jours, 6, rue du Pont de Lodi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité élémentaire des fièvres; par M. le docteur CASTAN, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8°. Prix, 5 fr. A Paris, chez P. Asselin, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine; à Montpellier, chez C. Coutet, libraire.

Des bains de mer chez les enfants, par le docteur BROCHARD (de la Rochelle), chevalier de la Légion d'honneur, médecin des bains de mer de la Tremblade, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu et de la prison de Nogent-le-Rotrou, etc. Un vol. in-12 de XIV-268 pages. Prix : 3 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Historique de la gymnastique médicale depuis son origine jusqu'à nos jours, par le docteur CHANCEREL. In-8° de 70 pages. Prix : 2 fr. *franco.*

Étude sur le café au point de vue historique, physiologique, hygiénique et alimentaire, par le docteur PENILLEAU, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux à Paris, etc. In-8° de 90 pages. Prix : 2 fr. 50.

Du pansement des plaies par l'alcool, par le docteur GAULEJAC, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 80 pages. Prix : 2 fr.

Ces trois ouvrages se vendent à Paris, chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 OCTOBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Lorsque M. Berthelot a fait à l'Académie hommage d'un livre récent qu'il vient de publier, lorsqu'il a exposé le sujet du livre, les leçons faites par lui-même au Collége de France sur la synthèse en chimie organique, tout le monde écoutait et comprenait. Bien qu'il fût question de phénomènes avec lesquels les médecins ne sont plus familiers, l'exposition simple et véritablement scientifique de l'orateur faisait pénétrer dans l'esprit les faits même les plus étrangers à ses occupations habituelles. Cette faculté d'attacher son auditoire à un détail scientifique est le privilége d'un petit nombre d'élus, qu'on appelle des savants.

Nos lecteurs, en lisant l'exposé des recherches de M. Berthelot, se diront sans doute : N'est-ce pas quelque chose d'heureux que de voir s'amasser en silence des recherches de synthèse organique, loin des milieux bruyants où les vues de l'esprit dominent l'étude des faits naturels? N'est-ce pas une merveilleuse satisfaction pour les hommes de progrès de voir que l'on peut créer des composés organiques, ou plutôt transformer la matière minérale en un principe organique d'origine végétale?

Le mythe de Prométhée, la fiction de l'*homunculus* de Gœthe, tant de fois cités comme exemples des folles tentatives de la science pour imiter la nature, seront sans doute invoqués contre les recherches modernes; mais il n'en restera pas moins ce grand fait que dans un laboratoire, avec des composés minéraux, on peut faire, par exemple, de l'acide formique, que la nature avait jusqu'ici donné aux végétaux seuls le pouvoir d'engendrer.

La séance de l'Académie a été occupée par la lecture d'un mémoire de M. le docteur Commenge sur l'action des inspirations des vapeurs dégagées des salles d'épuration du gaz d'éclairage pour le traitement de la coqueluche. Nous en donnons plus loin un extrait. — Dr Armand Després.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Paris, 1er octobre 1864.

SIRE,

J'ai déjà eu l'honneur d'exposer à Votre Majesté que la statistique médicale récemment publiée démontrait la diminution progressive de la mortalité dans l'armée.

Je viens aujourd'hui compléter cette donnée principale en commentant rapidement quelques chiffres extraits de l'ensemble de la statistique et afférents à une période nettement limitée.

D'après les chiffres officiels portés à la tribune parlementaire en 1846, la mortalité annuelle était, pour les troupes de l'intérieur, de 19 décès par 1,000 hommes, et s'élevait en Algérie à 64. Dans les années 1862 et 1863, elle n'était plus que de 10 décès pour 1,000 hommes à l'intérieur et de 12 environ en Algérie. Le chiffre de la mortalité a donc diminué de 48 0/0 à l'intérieur, et de 82 0/0 en Algérie.

Ce progrès devait naturellement marcher de front avec une diminution dans le mouvement des malades de nos hôpitaux, et le nombre des journées de traitement, qui s'élevait en 1842 au vingt-troisième de l'effectif de l'armée, s'abaissait, en effet, au trentième en 1852, pour n'atteindre enfin que le trente-neuvième en 1862.

Ces heureux résultats sont expliqués jusqu'à un certain point par la réalisation d'un ensemble de mesures conseillées par l'hygiène, telles que l'amélioration du pain de troupe, celle des ordinaires, l'assainissement du casernement, mesures accueillies par Votre Majesté, sur ma proposition, dans l'intérêt des sous-officiers et soldats. Mais il est hors de doute que la principale cause des progrès réalisés se trouve dans la composition actuelle de l'armée, qu'a profondément modifiée la loi sur la dotation.

Avant 1855, la proportion des hommes de troupe comptant plus de sept ans de services n'était guère que de 9 0/0; aujourd'hui, elle est de 33. La coïncidence de ce changement de proportion avec la diminution de la mortalité a dû nécessairement appeler l'examen de la science, et les calculs de la statistique médicale ont démontré qu'il existe entre ces deux faits un rapport intime et direct de cause à effet; le tableau suivant ne laisse aucun doute à cet égard.

Proportion annuelle des décès par maladie d'après le temps de service des militaires sous les drapeaux.

Temps de service.	Proportion par 1,000 hommes.
Ayant moins d'un an de services.	11,45
— de 1 à 3 ans —	13,38
— de 3 à 5 ans —	9,30
— de 5 à 7 ans —	7,40
— de 7 à 14 ans —	5,35
Au-dessus de 14 ans, la moyenne remonte à	7,11

Ainsi, ce sont les hommes de 7 à 14 ans de services qui donnent lieu à la moindre mortalité, et les hommes au-dessus de 14 ans de services, bien que comprenant les vétérans, donnent encore de meilleurs résultats que les quatre catégories des sept premières années. La loi de la dotation ayant, ainsi que l'indiquent les chiffres cités plus haut, presque quadruplé dans l'armée le nombre des hommes comptant plus de sept ans de service, on voit quelle influence prépondérante il convient de lui attribuer dans la diminution de la mortalité.

Ctete loi, qui a donné plus de solidité à nos forces militaires et constitué la carrière du soldat, présente donc en outre les résultats les plus favorables au point de vue sanitaire de l'armée, et je suis heureux d'avoir pu en mettre la preuve irrécusable sous les yeux de Votre Majesté.

Je suis avec le plus profond respect, Sire, etc.

Le maréchal de France ministre de la guerre,
RANDON.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. AXENFELD.

Pemphigus aigu. — Alcoolisme. — Adynamie profonde. Érysipèle bronzé. — Mort.

(Observation recueillie par MM. BOURNEVILLE et BOUTEILLIER, élèves externes du service.)

D... (Mathurin), âgé de vingt-sept ans, laboureur, né à Lamezières (Ille-et-Vilaine), est entré le 17 août 1864 au n° 9 de la salle Saint-Lazare. D'une taille assez élevée, fortement musclé, il semble doué d'une constitution robuste. Moins richement doté sous le rapport intellectuel, on a de la peine à obtenir de lui des renseignements précis. Voici cependant ce qu'on apprend :

Son père, mort à quatre-vingt-quatre ans, aurait eu des douleurs rhumatismales à la hanche, avec claudication. Dans sa famille, il n'y a pas d'autre exemple de rhumatisme ou d'une affection semblable à la sienne. Sa mère, âgée de soixante-neuf ans, et trois frères, ses aînés, sont bien portants. De deux sœurs, l'une est morte de la poitrine, l'autre jouit d'une bonne santé.

Il habite la campagne, où il s'occupe de travaux agricoles, n'a jamais été exposé aux effets de l'humidité ou d'une alimentation insuffisante. Il boit ordinairement du cidre, assez souvent du vin, même avec excès, et s'enivre fréquemment.

Etant enfant, sauf des croûtes à la tête et des glandes au cou, il n'a jamais eu de maladies graves.

Il y a six ans environ, il est survenu, après deux jours de malaise, une éruption de bulles un peu aplaties, grosses comme le pouce, transparentes, qui ont disparu après une courte durée. D'après le malade, elles ressemblaient, sauf la couleur, à celles qu'il présente actuellement.

Depuis 1862, il a eu à diverses reprises des affections cutanées. La première poussée à la peau fut précédée de coliques et de démangeaisons très-vives pendant deux jours. Puis apparurent sur la poitrine et les cuisses des taches rouges, peu saillantes, ne renfermant pas de sérosité; elles persistèrent deux jours. Dans l'année, il a eu quatre ou cinq éruptions analogues à la précédente, et limitées aux mêmes régions. En 1863, les bras furent pris à leur tour. Depuis un an, il a eu d'autres poussées à intervalles irréguliers. Dans les premiers temps, chaque éruption était annoncée ou terminée par des coliques dont l'intensité paraîtrait avoir été en rapport direct avec celle de l'éruption.

Ces éruptions n'ont pas suivi une marche progressivement envahissante; variables quant à leur mode d'apparition, elles l'étaient aussi quant à leur violence.

Au mois de juillet, de retour d'un voyage à Saint-Malo, où il avait pris plusieurs bains de mer, D... aurait eu une seconde éruption bulleuse; elle a guéri en quelques jours et sans traitement. Les oreilles étaient très-rouges et les yeux injectés.

Jusqu'au 13 août, il travaille à la moisson. Alors il quitte son pays, voyage toute la nuit, arrive à Paris le 14 à six heures du matin. Il se promène toute la journée, boit abondamment sans se griser. Conduit dans une maison publique, il eut sans succès des rapports sexuels laborieux. Il rentre à minuit: sommeil excellent.

Le 15, mêmes pérégrinations, mêmes libations. Il se couche avec des démangeaisons aux pieds.

Le lendemain 16 août, il recommence ses promenades et ses excès de boisson. Bientôt il ressent un prurit très-vif aux avant-bras et voit poindre après quelques heures des taches rouges qui peu à peu se soulèvent et forment des bulles.

Le 17 au matin, il se rend à la consultation.

Le 18, ce qui frappe tout d'abord, c'est la ressemblance de l'éruption des deux bras. Sa disposition est identique. Sa limite supérieure, située vers le tiers moyen de l'avant-bras, est dirigée obliquement; l'inférieure s'arrête sur la face palmaire, au poignet; sur la face dorsale, à la racine des doigts. Les bulles sont plus confluentes et remontent plus haut sur le bord cubital que sur le bord radial. Elles ont une forme ellipsoïde, et les plus volumineuses, de la grosseur d'un œuf de pigeon, existent à droite et vers la partie supérieure. Elles ont une coloration jaunâtre, si ce n'est en avant, au voisinage des poignets et sur les doigts, où elles sont violettes. Çà et là sont disséminées quelques papules. Le mode de développement des bulles, sauf quelques irrégularités, a aussi été le même; les premières apparues sont celles de la partie supérieure et interne. Enfin, aux deux bras encore, leur apparition dès le début s'accompagnait de prurit, remplacé ensuite par une cuisson très-pénible. Actuellement, elles ne sont le siége d'aucune douleur, seulement le malade ressent une sensation de chaleur plus grande à leur niveau que sur les parties saines de la peau. Gonflement œdémateux de la région envahie par l'éruption; de là une gêne des mouvements plus marquée, ainsi que l'empâtement, à droite qu'à gauche.

Les bulles ouvertes laissent écouler un liquide, là jaune citrin, non huileux, ici rougeâtre et sanguinolent. Il est alcalin; on y trouve des traces de fibrine et 40 centigr. d'albumine pour 10 grammes.

A partir de la moitié du bras droit jusqu'à celle de l'avant-bras, on voit une teinte rosée accompagnée de chaleur, disparaissant à la pression. Plaque rouge surmontée de vésicules vers l'extrémité supérieure et externe du membre. A gauche, rougeur semblable mais moins foncée, et étendue seulement du coude jusqu'à l'éruption.

On trouve en outre, comme éruptions accessoires, sur la face interne de la cuisse droite, près des bourses, une plaque rouge composée de plusieurs papules; sur la face externe, trois larges élevures (2 centimètres) rouges, à reflet jaunâtre, simulant l'érythème noueux; enfin, au-dessous du genou, deux autres taches; sur la cuisse gauche, trois grandes plaques de même aspect, et sur la face externe, trois petites bulles lenticulaires de couleur citrine. A la jambe, plusieurs papules isolées. Rougeur générale et sueur des pieds. Un groupe de papules rosées, surmontées de vésicules, forme sur le front une sorte de couronne; rien dans les cheveux. Les oreilles sont rouges, violettes, surtout la droite, dont le pavillon est couvert en arrière de vésicules; prurit assez vif. Au-dessous de chacune d'elles, on aperçoit des papules disposées en traînées décroissantes jusqu'au cartilage thyroïde. Sous le menton, à gauche, quelques vésicules ainsi que sur le sternum, où elles constituent une série interrompue çà et là et s'arrêtant à l'appendice xiphoïde.

Au tronc, à la poitrine principalement, on observe, sur un fond tacheté de vitiligo datant de deux ans, une rougeur rosée, diffuse et surajoutée.

Enfin, D... a un écoulement uréthral récent, non douloureux, et n'ayant attiré son attention que ce matin. Ganglions de l'aine et de l'aisselle sains.

Etat général satisfaisant. Langue humide, couverte d'un enduit jaunâtre assez épais; appétit excellent; une garde-robe hier; ni fièvre ni courbature; sommeil tranquille. Les urines, riches en carbonate, ne renferment pas d'albumine. — Saponaire, sirop de fumeterre; bain amidonné; poudre d'amidon sur les bulles; deux portions.

Le 19, sommeil troublé par quelques rêvasseries. A trois heures du matin, frisson avec claquement des dents, accompagné de douleur au niveau de l'éruption, et suivi, après trois heures de durée, de sueurs à la tête.

A la visite, on ne trouve pas de nouvelles bulles. Des anciennes, les unes sont à demi remplies de sérosité; les autres ont une teinte bleuâtre ou sont recouvertes d'une matière jaunâtre, ambrée.

Les autres éruptions ont notablement diminué; les taches sont plus pâles. La coloration érythémateuse du tronc est plus bronzée qu'hier; commencement de desquamation. — Sur la partie postéro-interne du bras droit, rougeur uniforme s'effaçant à la pression, qui est pénible, et s'étendant jusqu'à l'aisselle, où l'on découvre un ganglion de la grosseur d'une aveline.

Sécheresse des narines, des lèvres, de la langue, qui est revêtue d'un enduit blanchâtre peu épais; bouche amère, soif vive, anorexie, ni nausées ni coliques; constipation depuis deux jours. Foie normal, — reflet sub-ictérique des sclérotiques.

Rien aux poumons ni au cœur; pouls à 104. Peau chaude; céphalalgie frontale seulement depuis hier soir; pas de bourdonnements dans les oreilles. — Traitement *ut supra*; deux verres d'eau de Sedlitz; bouillon aux herbes.

Le 20, les bulles sont presque entièrement sèches. Les plus volumineuses ont fait place à des croûtes épaisses, à droite surtout, et recouvrant le derme déprimé au centre. Elles sécrètent un liquide purulent qui, avec l'amidon, forme une espèce de mastic adhérent au linge. — Les éruptions accessoires décroissent de plus en plus. Au tronc, l'érythème a disparu, et l'on ne voit plus que les taches anciennes de couleur café au lait.

La rougeur érysipélateuse du bras droit ne s'est pas étendue, mais elle est beaucoup plus foncée, comme pourpre et sanglante. Plaques violettes vers le tiers moyen et interne du bras. Empâtement douloureux. Engorgement des ganglions axillaires.

Physionomie égarée, céphalalgie frontale, pas de délire, parole indistincte; regard étonné, pupilles légèrement contractées, coloration jaunâtre des sclérotiques, de la peau même, qui est sèche et brûlante.

Narines pulvérulentes; mucosités abondantes sur les lèvres et les gencives; langue extrêmement sèche, dure, revêtue d'un enduit brunâtre; inappétence, soif vive. Rien dans le pharynx, déglutition diffi-

cile, nausées fréquentes avec rejet d'un peu de bile. Pouls à 104, assez large, non redoublé; respiration à 26. — Ipéca, 1 gr. 5, émétique, 0 gr. 05.

Le 21, l'état général s'aggrave. Haleine fétide, gargouillement dans les fosses iliaques, pas de météorisme ni de douleur abdominale; diarrhée liquide, séreuse, sans odeur (sept ou huit selles); miction involontaire.

Pas de céphalalgie, réponses un peu saccadées, voix enrouée, somnolence, rêves, agitation légère. Pupilles contractées. Peau moins brûlante, mais toujours sèche. Pouls petit, à 85; rien à l'auscultation.

La rougeur du bras droit, devenue franchement érysipélateuse, présente une teinte pourprée, luisante, avec reflet jaunâtre sur les bords. Elle occupe les deux tiers de la circonférence du bras jusqu'à sa racine, où elle s'arrête; en bas, elle dépasse un peu le coude. La tache violette, située vers le milieu du membre, s'est élargie; elle est plus foncée au centre et se fond à la périphérie avec la coloration générale. Sur le bord externe du bras on voit une autre petite tache bleuâtre. Empâtement considérable, pas de fluctuation.

Au-dessus du poignet il y a encore quelques bulles distendues par de la sérosité purulente; les autres se dessèchent. Cette dessiccation est plus avancée à gauche, où la plupart des bulles sont remplacées par des taches lie de vin, ne s'effaçant point par la pression. — Même prescription.

Le 22, même état des voies digestives; persistance de la diarrhée, selles involontaires.

Physionomie empreinte d'une stupeur profonde; regard brillant, fixe; pupilles dilatées. Un peu de délire; le malade a voulu se lever plusieurs fois. Parole confuse; cependant il répond passablement aux questions et déclare ne souffrir que lorsqu'il remue le bras droit.

Celui-ci est doublé de volume et presque envahi totalement par la rougeur, qui en dedans ne dépasse pas l'aisselle, mais paraît gagner la partie postérieure de l'épaule. La tache violette principale s'est beaucoup agrandie (7 centimètres sur 4). Elle est noire comme de l'encre, surtout vers les bords. Au centre il s'est produit une phlyctène également noire, du volume et de la forme d'un œuf de pigeon, entourée d'autres plus petites. Enfin, en dehors et au voisinage de cette même tache noire, on remarque disposées en arcs de cercle des vésicules blanchâtres, analogues à des grains de semoule.

L'éruption des deux avant-bras tend de plus en plus à disparaître. Le derme, mis à nu, a une coloration d'un rouge jaunâtre; la sécrétion est tarie.

La peau, moins chaude, conserve sa sécheresse. Elle n'exhale pas d'odeur spéciale, même au niveau des bulles. Respiration haute, à 28; pouls à 100. L'écoulement uréthral est presque nul. — Frictions avec : axonge, 30 gr., sulfate de fer, 4 gr. Sulfate de quinine, 1 gr. à prendre dans 125 gr. de café.

Le 23, la rougeur du bras droit a fait des progrès : 1° du côté du tronc, en avant et en arrière; 2° en bas, sur l'avant-bras, qui est très-gonflé. Le bras, au contraire, est moins tendu. La grande tache noire s'est transformée en une vaste plaque gangréneuse. Celle de la région externe a les mêmes dimensions, mais présente à son tour un soulèvement épidermique de la grosseur d'une amande contenant un liquide jaunâtre. La coloration sanglante se prolonge en serpentant sur les parties respectées jusque-là. Au coude et dans son voisinage, nouvelles vésicules blanchâtres, ressemblant aussi à des grains de semoule. Le reste est sans changement.

Etat général de plus en plus inquiétant; adynamie profonde, délire toute la nuit, agitation extrême (il a fallu tenir le malade attaché). Parole indistincte, rire sardonique; encore quelques lueurs d'intelligence. D..... reconnaît ses parents qui viennent lui rendre visite; il les accueille mal, repousse les caresses de sa mère.

Fixité du regard; injection marquée de l'œil gauche, pupille correspondante moins dilatée que celle de l'œil droit. La commissure labiale gauche laisse écouler de la salive mousseuse. Sécheresse très-grande de la bouche, de la langue revêtue, d'un enduit brunâtre et fragmenté; vomissements bilieux. Emission involontaire de l'urine et de selles liquides et verdâtres. Anesthésie générale. Peau brûlante, sèche, si ce n'est à la face, qui est couverte de sueur. Pouls à 112.

Le 24, dans la journée d'hier, garde-robes de même nature; persistance du délire jusqu'au soir. Coma; mort ce matin à cinq heures.

Autopsie faite trente heures après la mort.

A l'ouverture du crâne, les circonvolutions se dessinent à travers la dure-mère; vascularisation uniforme de la pie-mère, veines très-développées. Mince dans certains endroits, épaisse dans d'autres, cette membrane se détache très-facilement, sauf à la base, sur la portion externe des lobes moyens. La surface du cerveau offre au niveau de la partie la plus convexe des circonvolutions un piqueté rouge disposé par bandes comme celui des circonvolutions intestinales dans certaines péritonites. Reflet légèrement rosé de la substance grise. Lobe moyen ramolli en dehors et en arrière.

Partout à la coupe on trouve la substance assez ferme. Trous vasculaires élargis. Sérosité transparente en petite quantité dans les ventricules. La corne postérieure du ventricule latéral gauche est très-courte. Commissure grise des couches optiques intacte. Pédoncules cérébraux très-ramollis sur leur face antérieure. Tubercules quadrijumeaux injectés et mous.

Injection assez vive de la pie-mère avec adhérence au niveau du cervelet. Substance cérébelleuse ferme, peu vasculaire; l'hémisphère gauche est un peu plus volumineux que le droit.

Bulbe extrêmement mou, surtout en avant, près de sa jonction avec la protubérance. Consistance assez prononcée du plancher du quatrième ventricule, dont la couche grise est un peu brunâtre et injectée.

Congestion pulmonaire avec œdème, principalement à gauche.

Quelques taches laiteuses du péricarde; pas d'épanchement. Cœur très-volumineux. Le ventricule droit contient un caillot mou ressemblant à de la graisse figée et se prolongeant dans la branche gauche de l'artère pulmonaire. L'une des valves de la tricuspide est un peu épaissie. Oreillette correspondante large, renfermant un caillot noirâtre. Parois du ventricule gauche fermes et fortement hypertrophiées. Valvules normales; caillot jaunâtre dans l'aorte.

Léger ramollissement de la muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac. Injection très-intense de la partie moyenne, suivant une bande de 3 centimètres, allant du grand cul-de-sac au pylore. Tiers inférieur de l'intestin grêle sans altération. Pas de traces de péritonite. Foie très-volumineux; taches graisseuses bien nettes à la surface; la coupe est lisse, et montre des taches semblables dans le tissu de l'organe, qui est consistant et a une teinte brune. Rate très-grosse et friable.

Les reins ont à l'incision une couleur rouge brun, passant à l'air au rouge orange au bout de quelques minutes. Le rein gauche est assez fortement hyperémié, a un aspect grenu, et les deux substances sont à peine distinctes. A droite, la confusion est moins avancée. Injection du tiers inférieur de l'urèthre.

La rougeur du bras est presque effacée; les taches et les croûtes sont sèches. La peau, examinée au niveau des bulles de pemphigus, offre une injection de la partie la plus superficielle du derme. Infiltration par un liquide séro-purulent du tissu cellulaire du bras droit, plus abondante en dedans et étendue jusqu'aux muscles.

Réflexions. — I. Avant l'éruption dont nous avons été témoin, ce malade en avait eu plusieurs autres. A deux reprises différentes, il y a six ans et à la fin de juillet, il aurait eu des éruptions bulleuses peu importantes et qui n'auraient pas nécessité le repos au lit. Où trouver l'explication de ces manifestations successives qui ont si rapidement amené la terminaison fatale? Les antécédents paraissent tous négatifs. Cependant nous croyons devoir noter que D... est le dernier venu d'une famille assez nombreuse (six enfants), et qu'il est né alors que son père était déjà vieux (soixante et un ans), ainsi que sa mère (quarante-deux ans). Joignons à cela qu'il avait l'habitude de s'enivrer. Quant aux changements de pays, ils semblent avoir simplement servi de prétexte à D... pour se livrer à l'abus des spiritueux. Ainsi, à Paris, le 14 et le 15 août, après la fatigue d'une nuit passée en chemin de fer, il fait des libations répétées, se livre à des tentatives de coït, et presque aussitôt les bulles de pemphigus apparaissent sur les bras.

II. Au moment où les bulles tendaient à disparaître, où tout semblait revenir à l'état normal, surgissent des symptômes graves du côté des voies digestives (anorexie, vomissements, diarrhée, etc.), et, ainsi que les auteurs le mentionnent, le derme, au-dessous des bulles, revêt une teinte rouge pâle. (Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, p. 187.) A partir de là, l'éruption ne joue plus qu'un rôle secondaire, l'état général domine la scène, l'adynamie est profonde; enfin se développe sur le bras droit, celui où les bulles étaient en plus grand nombre, un érysipèle phlegmoneux.

Doit-on considérer ces phénomènes généraux comme signes avant-coureurs de l'érysipèle, ou comme une complication du pemphigus? La seconde explication nous paraît la plus plausible.

III. Quant à l'érysipèle, son aspect extérieur n'était pas celui qu'on observe ordinairement. Il avait une couleur pourprée, sanglante, toute spéciale. Bientôt, sur la surface qu'il occupait, se sont montrées des plaques gangréneuses surmontées rapidement de grosses phlyctènes. Quatre jours après son apparition, la mort est survenue. Quelle est la cause du caractère ataxo-adynamique de l'érysipèle et de sa rapide terminaison? L'alcoolisme sans doute et le défaut de résistance organique qui a été la source de cette intoxication. Chez les ivrognes, les maladies aiguës « se compliquent, dit M. Alf. Fournier, d'accidents nerveux, de délire surtout, et elles affectent une tendance singulière à l'adynamie. » Et plus loin : « Ils tombent avec une facilité déplorable dans un état alarmant d'adynamie et de prostration, à propos de maladies qui ne comportent pas de tels symptômes. » (*Nouv. diction. de méd. et de chir. prat.*, t. I, p. 671).

IV. Enfin, les résultats de l'autopsie viennent à l'appui de ces considérations. Les lésions cérébrales, hépatiques, peut-être même l'altération gastrique, ne peuvent se rattacher qu'à l'alcoolisme. Celles du rein, la confusion des deux substances entre autres, sont celles qu'on a constatées chez les ivrognes qui boivent beaucoup de cidre : telle était la condition de notre malade.

V. Au moment même où D... était soumis à notre observation, nous avons eu l'occasion de voir un autre malade descendu du service de M. Boucher (de la Ville-Jossy) dans celui de M. Axenfeld. Il était en voie de convalescence. Nous n'avons pas à relater son histoire; nous rapporterons uniquement quelques détails qui nous permettront d'établir un parallèle entre les deux sujets.

Del... (Auguste), âgé de vingt-deux ans, boutonnier, n'était à Paris que depuis un mois, quand il a vu, sans cause connue (ni excès vénériens, ni alcoolisme, ni rhumatisme), se développer au-dessus des poignets et des articulations des pieds des bulles qui ont laissé pour empreintes des taches rouges ou des croûtes sèches.

L'éruption était beaucoup plus confluente que chez Delab... Aux avant-bras, elle offrait la même disposition en manchettes et remontait à peu près, ainsi qu'aux jambes, jusqu'à la partie moyenne. Enfin, nouvelle analogie, elle était moins forte à gauche. Ce malade est sorti guéri le 27 août, vingt jours après son admission.

Ainsi, chez ces deux individus, la même affection a suivi une marche toute différente. Chez l'un, l'éruption, plus confluente, plus étendue, euvahissant en outre la moitié des jambes, se termine heureusement; chez l'autre, bien que plus faible et limitée aux bras, elle aboutit à la mort. Les conditions opposées dans lesquelles se trouvaient ces malades peuvent seules rendre compte de ces dissemblances.

HOPITAL DU FORT NAPOLÉON. — M. Cabasse.

Observation de dyssenterie chronique grave, avec expulsion de plusieurs portions de la membrane muqueuse du gros intestin; guérison.

Note pour servir à l'histoire des altérations pathologiques de la dyssenterie.

L'existence d'une lésion aussi grave que la gangrène intestinale dans la dyssenterie, admise par les anciens, et surtout l'expulsion d'une portion considérable d'intestin suivie de guérison, a été niée par les auteurs classiques modernes, qui tous sont muets sur cette altération, considérée par eux et rapportée à une erreur d'anatomie pathologique. Ils regardent à tort ces lambeaux comme des produits de l'exhalaison pseudo-membraneuse, qui se formeraient dans l'intestin et seraient analogues à ceux que l'on observe dans le croup.

En compulsant les nombreux travaux de nos collègues qui ont eu fréquemment occasion d'observer cette maladie, surtout en Afrique, nous avons trouvé quelques fragments épars, et surtout deux observations recueillies par M. le docteur Catheloup, dans lesquelles l'examen direct et microscopique par Bégin, vérifié plus tard par l'autopsie, ne laissait aucun doute sur l'existence de la gangrène intestinale dans la dyssenterie.

Dans la relation d'une épidémie de dyssenterie putride, observée en 1776 par Rambaud à l'hôpital de Sedan, nous trouvons le passage suivant : « L'ouverture des cadavres fit voir des traces gangréneuses multipliées aux poumons, dans les intestins et aux viscères du bas du ventre. » (*Recueil*, t. XV, p. 90.)

Dans ces dernières années, un de nos anciens collègues, praticien distingué, le docteur Masselot, qui a publié sur la dyssenterie plusieurs mémoires, a appelé d'une manière toute spéciale l'attention des observateurs sur cette grave lésion. Il a eu l'occasion de la rencontrer assez souvent dans les nombreuses autopsies qui ont servi de base à son travail.

Nous avons trouvé aussi dans le recueil une observation de dyssenterie aiguë grave, avec expulsion d'une portion cylindrique de membrane muqueuse de l'intestin, suivie de guérison, recueillie par le savant directeur du Val-de-Grâce, M. Laveran, notre ancien maître; elle a avec celle que nous avons eu l'occasion d'observer, et dont nous donnons ici un extrait, la plus grande analogie.

M. B..., caporal au 1er régiment de tirailleurs algériens, âgé de trente à trente-deux ans, quatorze ans de service, est d'un tempérament difficile à préciser; sa constitution est profondément affaiblie. Il a fait la campagne d'Italie, où il a été grièvement blessé par un coup de feu à la tête et où il a contracté, nous dit-il, pour la première fois, les fièvres intermittentes. Depuis cette époque, il a constamment été malade et a été traité à diverses reprises, soit à Alger, soit à Blidah, pour la fièvre, accompagnée souvent de diarrhée ou de dyssenterie.

Il entre pour la première fois à l'hôpital de Fort-Napoléon le 16 février 1863, atteint de fièvre et de diarrhée. Doué d'une force morale extraordinaire, malgré une indocilité désespérante pour le régime alimentaire de l'hôpital, qui n'est pas de son goût et toujours insuffisant, un traitement approprié à son état procure assez rapidement une grande amélioration. La prescription du 10 mars est : demi de viande, légumes, tisane amère, vin de quinquina; cela ne lui suffit pas; nous lui donnons les trois quarts le matin, deux jours après, matin et soir; enfin, sur ses vives instances, nous signons sa sortie le 16. B... rentre à son bataillon et reprend immédiatement son service. Mais que se passe-t-il jusqu'au 19 au soir, où il est rapporté d'urgence à l'hôpital après la contre-visite? A quels excès ne s'est-il pas livré? C'est ce que nous n'avons pu vérifier.

Le 20 mars, à la visite du matin, nous trouvons le malade dans l'état suivant : faiblesse très-prononcée, accablement, prostation, décubitus dorsal, face terreuse et grippée, refroidissement général, pouls petit et faible, dépressible, 85 pulsations; langue plate, humide, recouverte d'un enduit blanchâtre, soif intense; ventre aplati, douloureux, besoin constant d'aller à la selle, ténesme; excrétion à chaque garde-robe de mucosités peu abondantes mélangées de sang; un bourrelet noirâtre de la muqueuse intestinale, gros comme une noix, fait saillie hors du rectum. Nous avons beaucoup de peine à en obtenir la réduction; nous recommandons de la manière la plus formelle au malade de chercher à le faire rentrer chaque fois qu'il s'apercevra de sa sortie. — Diète, eau albumineuse édulcorée pour boisson, potion albumineuse opiacée à prendre par cuillerées dans la journée, un demi-lavement émollient que le malade ne doit pas chercher à garder, après un quart de lavement albumineux; compresses d'eau froide à l'anus, grande propreté toutes les fois que le malade aura été à la garde-robe.

Ces moyens, auxquels nous ajoutons au bout de deux jours une crème de riz, sont continués jusqu'au 26 sans procurer une amélioration appréciable.

Le 27, les selles sont un peu moins fréquentes; elles répandent une odeur infecte qui incommode ses voisins; nous regrettons de n'avoir pas un cabinet pour isoler le malade. Il se plaint d'avoir rendu dans la nuit un morceau de viande qu'il nous montre, et qu'il a été obligé de retirer avec la main. Ce lambeau triangulaire est long de 2 à 3 centimètres sur 1 centimètre de large à sa base. Nous pensons que cet homme a commis une imprudence, et qu'il s'est procuré de la viande auprès d'un autre malade. Ce qu'il nous présente ressemble à un morceau d'aponévrose mal digéré. Malgré son extrême faiblesse et la position très-inquiétante dans laquelle il se trouve, il nous demande à manger. — Même médication.

Le lendemain 28, à la visite, le malade nous dit qu'il sent de nouveau quelque chose qui lui sort par l'anus; nous extrayons avec la pince à pansement un fragment semblable à celui de la veille. Il nous renouvelle ses vives instances pour que nous augmentions sa nourriture; dans l'état désespéré où nous le voyons, nous pensons qu'il n'y a pas d'inconvénient à accéder à sa demande : nous prescrivons une demi-soupe de pain à tremper dans un œuf à la coque, vermicelle gras; riz gommé aromatisé; demi-lavement froid, un quart de lavement avec le sous-nitrate de bismuth. Même médication et à peu près même état le 29, le 30 et le 31 mars.

Le 1er avril, le malade nous dit qu'il sent de nouveau quelque chose qui sort du rectum. Cette fois, c'est une bande large de deux travers de doigt et longue de 7 centimètres au moins. Nous le saisissons avec la pince, mais nous nous apercevons que par son extrémité inférieure elle est adhérente au point de séparation de la muqueuse du rectum avec la peau; nous sommes obligés, pour l'extraire, d'exercer une certaine traction, qui donne lieu à un léger suintement sanguin.

Le fait est constaté par M. l'aide-major Morisson, qui nous accompagne, et qui, après l'examen le plus attentif, est d'accord avec nous pour reconnaître dans ce fragment un lambeau de muqueuse de l'extrémité inférieure du gros intestin. Cette curieuse pièce anatomique, que nous aurions voulu pouvoir étudier au microscope, a été présentée le même jour à M. le médecin en chef Léonard, et à M. le médecin principal Marit, qui rentraient d'une mission et étaient venus visiter notre hôpital et Fort-Napoléon.

Au bout de quelques jours, l'état du malade semble un peu s'améliorer; les selles, sans cesser d'être sanguinolentes, sont moins fréquentes. Ce malade, d'une indocilité peu commune, ne cesse de nous tourmenter pour avoir à manger; il se plaint que nous allons le faire mourir de faim. Nous substituons aux opiacés les toniques et les astringents, l'extrait de ratanhia, sans en obtenir d'effets bien salutaires.

Le 13, le 14 et le 15, nous nous décidons à recourir à l'emploi d'un quart de lavement avec le nitrate d'argent à la dose de 2 décigrammes pour 100 grammes d'eau.

Le 16, nous constatons un mieux sensible; les accidents dyssentériques cessent tout à fait le 17.

Nous augmentons progressivement l'alimentation, et nous continuons en même temps l'emploi des toniques. B... va de mieux en mieux.

Le 23, nous lui prescrivons: demi-bouillon, omelette de deux œufs, le matin; quart, panade et omelette le soir; limonade vineuse potion avec extrait de ratanhia à 4 grammes; il sort guéri dans les derniers jours du mois. Nous avons eu occasion de le revoir à diverses reprises jusqu'au 12 mai, époque à laquelle nous avons quitté Fort-Napoléon; il avait repris des forces et même de l'embonpoint, et nous assurait que depuis longtemps il ne s'était aussi bien porté.

A ceux à qui ce fait attentivement observé et scrupuleusement rapporté pourrait paraître extraordinaire, aux incrédules, aux amateurs du merveilleux, nous montrerons un cas de guérison non moins curieux sur le même sujet; nous avons dit que B... avait été grièvement blessé en Italie. Il reçut à la bataille de Solferino, au niveau de la bosse frontale du côté droit, une balle qui, après avoir fracturé l'os frontal, pénétra assez loin entre les méninges et la voûte supérieure du crâne; elle fut extraite par l'ouverture d'entrée. Il a guéri assez vite de cette grave blessure, dont il ne lui reste à l'entrée du projectile qu'une dépression profonde dans laquelle on peut introduire plus de la moitié de la première phalange du petit doigt. Aussi lui disions-nous au moment de sa sortie de l'hôpital qu'il ne mourrait jamais, et que Mahomet ne voulait pas de son âme.

Cette observation, malgré les objections que pourra soulever surtout un exemple de guérison avec expulsion d'une portion aussi considérable de muqueuse du gros intestin, nous a paru présenter un grand intérêt; c'est un fait de plus à ajouter à ceux de MM. Catheloup et Laveran, pour prouver l'existence de la gangrène intestinale dans la dyssenterie, et, comme le fait remarquer le dernier de ces praticiens distingués, qui pourra servir à l'histoire d'une lésion qui n'a pas été suffisamment étudiée jusqu'à ce jour.

Nous regrettons de n'avoir pu étendre nos recherches, afin de pouvoir deduire de ce fait toutes les conséquences que son importance comporte.

THORACENTÈSE.

Introduction de l'air dans la plèvre. — Guérison.

Par M. le docteur Guingue fils, à Jarnages (Creuse).

F..., cultivateur dans la commune de Cressat, âgé de trente-cinq ans, d'une forte constitution, n'a jamais eu de maladie antérieure. Il fait remonter le début de l'affection actuelle à trois mois environ, sans pouvoir en préciser l'époque d'une manière exacte. Je le vois pour la première fois le 15 janvier 1862.

Il se plaint alors de douleurs vagues, de gêne dans la poitrine, mais sans point de côté. Il reste couché sur le côté droit; dans les autres positions, la respiration se fait plus difficilement, bien que cependant il n'accuse pas une grande oppression; presque pas de toux, trois ou quatre quintes dans la journée; pas d'expectoration; un peu de fièvre le soir. A l'examen de la poitrine, je rencontre tous les signes d'un épanchement pleurétique considérable, bien peu en rapport avec les troubles fonctionnels qu'accusait le malade. Je trouve, du côté droit, une matité absolue en avant et en arrière; absence de murmure vésiculaire, de bruit de souffle et d'égophonie. Le côté est manifestement dilaté à la vue. A gauche, sonorité exagérée; respiration supplémentaire.

Il n'y avait pas de doute à avoir, l'épanchement était considérable et sa résorption fort peu probable; cependant je consentis, sur les instances de la famille, à ajourner la thoracentèse. Pendant deux mois j'employai vésicatoires volants, diurétiques, purgatifs, mais sans le moindre résultat; bien au contraire, l'état de mon malade ne faisait qu'empirer, l'oppression était plus considérable, la fièvre devenait continue. Le malade sentant qu'il ne pourrait pas longtemps soutenir la lutte, en vint à demander l'opération avec instance.

Je pratiquai la thoracentèse le 26 mars, avec l'aide de mon père, suivant le manuel opératoire indiqué par M. Trousseau. Je ponctionnai le septième espace intercostal avec un trocart muni d'un morceau de vessie, n'ayant pas de baudruche à ma disposition. Je sentis parfaitement, en enfonçant mon trocart, que j'étais arrivé dans la collection; mais, contre mon attente, il ne vint par la canule que quelques gouttes de liquide.

Je ne savais à quoi attribuer ce contre-temps, quand je m'aperçus que l'obstacle n'était autre chose que la vessie, qui, n'ayant pas été suffisamment ramollie, ne se laissait pas écarter par le liquide. En effet, en soulevant l'opercule, le liquide se mit à couler librement; mais, en même temps, l'air entrait dans la plèvre en faisant entendre un sifflement. Je renouvelai la même manœuvre et j'obtins le même résultat. Je cherchais un moyen pour obvier à cet inconvénient, mais l'impatience de mon malade me força à enlever complétement l'opercule et à donner un libre cours au liquide.

Pendant tout le temps que dura l'écoulement, l'air entra librement dans la poitrine à chaque inspiration; le liquide restait spumeux; je retirai de la sorte près de trois litres de sérosité parfaitement citrine, qui ne tarda pas à se prendre en gelée. Après l'opération, le murmure respiratoire ne revint qu'incomplétement mélangé à de gros râles muqueux; la matité existait encore, quoique moins considérable, dans le tiers inférieur; mais en haut la sonorité était exagérée, ce que j'attribuai à l'introduction de l'air. Pendant et après l'opération, le malade fut tourmenté par des quintes de toux fatigantes, qui ne se calmèrent que dans la soirée sous l'influence d'une potion calmante. Je n'ignorais pas que l'introduction de l'air dans la plèvre n'avait pas des conséquences aussi fâcheuses qu'on le pensait autrefois; mais malgré cela j'étais loin, je l'avoue, d'être rassuré sur les suites de mon opération.

Les 27, 28 et 29, fièvre intense, plus forte qu'avant l'opération; le malade est agité, a un peu de délire la nuit, mais ne souffre pas de son côté; la respiration est plus libre.

Le 30, je constate que le liquide s'est reproduit en quantité assez considérable. — Vésicatoire volant, digitale.

La digitale est continuée les jours suivants.

Le 6 avril, la fièvre a diminué; le malade demande des aliments; l'épanchement commence à se résorber.

Je continue à faire appliquer de larges vésicatoires sur la poitrine, puis je donne une alimentation réparatrice et des préparations de quinquina.

Deux mois après l'opération, le malade était dans les conditions les plus satisfaisantes. Il peut venir à pied chez moi, à 6 kilomètres, sans fatigue; il a repris de l'embonpoint, il ne tousse pas.

Aujourd'hui, plus d'un an après l'opération, le malade continue à se bien porter; il a passé l'hiver sans tousser, et tout porte à croire que sa guérison sera définitive. Il présente seulement une légère déformation du thorax, qui ne l'empêche pas de se livrer à ses occupations.

Il n'est pas possible de nier chez mon malade les bienfaits de la thoracentèse, bien que l'opération ait été faite dans de mauvaises conditions et sans éviter l'entrée de l'air dans la plèvre, cet accident qu'on redoutait tant autrefois. Si l'on ajoute ce fait à tant d'autres analogues, je crois qu'à l'avenir le praticien qui aura affaire à ces épanchements pleurétiques considérables pouvant compromettre immédiatement la vie du malade, ou tout au moins mettre plusieurs mois à se résorber, n'hésitera pas à faire profiter son malade du bénéfice d'une opération peu douloureuse et sans gravité.

DYSTOCIE PAR TUMEUR DU COL DE L'UTÉRUS.

Par M. le Dr A. Saint-Denis, de Vittefleur (Seine-Inférieure).

La femme Modeste C..., de Saint-Riquier, est une grande et forte femme qui se livre habituellement aux travaux de la campagne. Quoique d'un tempérament lymphatique, elle n'a jamais eu de manifestations scrofuleuses. D'une bonne santé habituelle, réglée à treize ans, elle est à trente-sept mère de neuf enfants. Ses grossesses ont été exemptes de tout accident, et l'accouchement a toujours été heureux et prompt. Entre chaque enfant, ses règles revenaient avec régularité.

Au mois de mai 1862, la femme C... se trouvait à terme de sa dixième grossesse. Prise des douleurs de l'enfantement vers le soir du 14 mai, elle envoie chercher son médecin, qui malheureusement était absent. Une matrone est mandée, et reste avec la malade jusque dans la matinée du 16. Plusieurs fois l'on a été chercher le médecin ordinaire, sans pouvoir l'obtenir.

Enfin le 16 mai, vers huit heures du matin, on se décide à venir me prier de vouloir bien lui donner mes soins.

A mon arrivée, je trouve la femme Modeste C... étendue sur un sac plein de paille, selon l'habitude du pays. Ses traits sont profondément altérés; le faciès, décoloré, offre un mélange de souffrance et d'effroi qui fait mal à voir; le pouls est à 110 et presque filiforme. Les contractions utérines sont encore énormes, mais, au dire des assistants, elles ne sont plus aussi rapprochées que la veille; il faut attendre vingt-cinq à trente minutes avant de les voir se renouveler.

Après avoir par quelques paroles ranimé un peu le courage de la pauvre malade, je pratique le toucher.

A l'entrée du vagin, un corps mou, bosselé, fait obstacle à l'introduction de mon doigt. Ce corps produit au toucher la sensation du placenta lorsqu'il se présente à la vulve; mais cette idée doit être rejetée, puisque la malade n'a pas perdu une goutte de sang. Je continue donc à explorer cette tumeur, dont je puis facilement faire le tour en suivant avec le doigt les parois du vagin.

Elle remplit le petit bassin, et me paraît avoir le volume d'un fort placenta. En portant mon doigt en arrière et un peu à gauche, j'arrive dans un cul-de-sac formé par le segment postérieur du col et la partie supérieure de la tumeur. Au contraire, en renversant fortement ma main de manière que la paume regarde l'anus et que la face dorsale de l'indicateur soit appliquée sur la symphyse du pubis, je parviens à contourner la tumeur, et je sens parfaitement la tête du fœtus qui ne peut s'engager dans le petit bassin. Je constate simplement que le segment antérieur du col est complétement dilaté et la poche des eaux rompue.

En voulant déterminer la consistance de la tumeur, je fus surpris de la facilité avec laquelle elle se laissait pénétrer par le doigt. Il ne s'écoula du reste que quelques gouttes de sang de cette espèce de ponction.

Que faire? Il faut évidemment enlever l'obstacle pour rendre l'accouchement possible. Mais de quelle manière? Il faut au moins quatre heures pour qu'on puisse m'amener un confrère en consultation, et la femme C... est à bout de force et de courage.

L'idée de l'excision se présente la première, mais je la rejette bien vite, d'abord parce que je ne pouvais préciser ni la grosseur ni l'insertion exacte du pédicule, et puis je n'avais pour tout hémostatique qu'un peu de vinaigre en cas d'hémorrhagie. Je résolus de procéder par torsion et arrachement.

Ma main étant introduite dans le vagin, j'implantai mes doigts dans la tumeur, et je m'efforçai de la tordre en tirant à moi; mais elle n'était pas d'une nature assez consistante, et dans ce premier temps je ne pus en enlever que les deux tiers environ, c'est-à-dire deux fois gros comme le poing. Il ne s'écoula pas un demi-verre de sang.

J'introduisis ma main de nouveau, et le vagin se trouvant dégagé, il me fut facile de saisir avec mes ongles un pédicule fort court, gros environ comme les cinq doigts réunis, implanté sur la face inférieure ou vaginale du segment postérieur du col. Je recommençai mon double mouvement de torsion et d'arrachement, et j'amenai sans trop de difficultés le restant de la tumeur, gros environ comme le poing.

Il ne s'est pas écoulé en tout un verre et demi de sang; la malade femme énergique, a supporté courageusement l'opération.

La tête du fœtus ne trouvant plus d'obstacle s'engagé peu à peu en première position, et vingt-cinq minutes après l'extraction de la tumeur j'ai le bonheur de présenter à sa mère un gros garçon vivant.

Le placenta vint sans efforts, et la femme fut portée dans un lit bien chaud après avoir pris quelques gorgées de vin sucré.

Libre désormais de tout souci, je voulus examiner la tumeur; mais quel ne fut pas mon désappointement quand j'appris que la matrone, l'ayant prise pour le délivre, avait été l'enfouir.

Autant que je puis me rappeler, elle était formée par un entre-croisement de fibres rosées et recouverte d'une légère membrane; son aspect général était celui d'un placenta lavé. Aussi la matrone s'y était-elle trompée.

Quatre jours après l'accouchement, la femme C... fut prise de quelques frissons; l'utérus était resté gros et sensible. Il y eut de la fièvre, un peu de soif; la langue devint saburrale, mais les lochies marchaient régulièrement. J'ordonnai des frictions mercurielles et quelques verres d'eau de Sedlitz.

Néanmoins ces symptômes persistèrent environ vingt jours, quoiqu'en diminuant peu à peu d'intensité.

Six semaines après l'accouchement, la femme C... reprit son travail, et je la perdis de vue.

Cette observation était donc restée incomplète, quand au mois de juin dernier (1864) je fus appelé chez elle pour voir un enfant malade. Je fus tout étonné de lui trouver entre les bras un enfant de neuf mois.

Cette brave femme m'apprit alors qu'elle avait conçu de nouveau, et qu'elle avait mis au monde son onzième enfant sans que l'on ait eu le temps de faire venir le médecin.

Le seul souvenir qu'elle ait gardé de son opération, c'est que maintenant ses règles sont beaucoup plus abondantes, et qu'elle est parfois obligée de garder un jour ou deux le lit pour modérer l'écoulement mensuel.

Il est probable qu'il s'agissait dans ce cas d'un de ces polypes implantés sur le col et pédiculés qui, dans des observations connues, ont été enlevés pour favoriser l'accouchement.

(*Note de la rédaction.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 octobre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport présenté par M. le docteur Germain, de Lille, au comité central de vaccine du département du Nord. (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une observation de fracture de jambe non consolidée après trois mois de traitement, et guérie par des injections iodées entre les fragments, par M. le docteur Foucard, de Pont-Sainte-Maxence (Oise). (Commissaire, M. Michon).

2° Une note sur les causes de la fièvre jaune et de toutes les maladies endémiques des Antilles et du Mexique, par M. Houdaille, capitaine en retraite. Dans cette note se trouve un passage où le manioc est considéré comme cause de la fièvre jaune. (Commission de la fièvre jaune).

— **M. Poggiale** présente, au nom de M. Girardin, doyen de la Faculté des sciences de Lille, trois mémoires: un sur l'histoire technique de l'arsenic; un sur l'usage et l'abus de l'eau-de-vie et des autres liqueurs fortes ayant trait aux progrès de l'ivrognerie et aux moyens de la prévenir; puis une lettre adressée à M. Dumas, sur les fraudes dans le commerce des engrais.

— **M. Larrey** présente, au nom de M. le docteur Artigues, médecin de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, une Étude sur les eaux minérales d'Amélie-les-Bains.

— **M. Briquet** fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Brochard, d'un mémoire sur l'action des bains de mer sur les enfants.

— **M. Berthelot** fait hommage à l'Académie d'un ouvrage intitulé *Leçons sur les méthodes générales de synthèse en chimie organique*, professées au Collége de France en 1864.

Il explique comment il est arrivé à reproduire synthétiquement, à l'aide de corps minéraux, des corps organisés identiques à ceux qui existent dans les végétaux. L'acide formique en particulier a été la base de ses expériences. « La nature, dit l'orateur, quoiqu'elle emploie des procédés différents, agit à peu près de la même façon que nous agissons dans nos laboratoires; les points de départ sont à peu près les mêmes. » De même que dans les opérations de synthèse on voit intervenir l'oxyde de carbone entre l'acide carbonique et l'acide formique, de même, comme l'a démontré M. Boussingault, dans certaines conditions de la respiration des plantes, on voit l'oxyde de carbone apparaître.

Bien plus, on retrouve dans les produits synthétisés les mêmes caractères que ceux des produits organiques, tels que la production de chaleur par un corps composé, bien supérieure à celle que comportent les lois des principes composés inorganiques. Ainsi le corps composé, l'acide formique, produit avec des substances minérales, donne dans sa combustion une chaleur supérieure à l'oxyde de carbone, bien que l'acide formique soit un composé de troisième ordre.

LECTURES.

Remèdes secrets. — M. Roger lit une série de rapports sur les remèdes secrets. Les conclusions, défavorables à l'application des décrets, sont mises aux voix et adoptées.

Polypes fibreux du conduit auditif externe; nouveau procédé

opératoire. — M. BONNAFOND lit deux observations de polypes fibreux du conduit auditif externe, qui étaient insérés sur la membrane du tympan conservée intacte. Des cautérisations avaient été faites infructueusement. La ligature avec un fil de soie par le procédé de M. Bonnafond avait été également insuffisante. Un procédé plus expéditif a été employé. Une anse de fil de platine a été passée autour du pédicule pendant que le polype était attiré avec une pince à griffes. Le fil a été serré à l'aide d'un serre-nœud spécial sur lequel le fil s'enroule autour d'une vis. Les deux opérations ont été couronnées de succès.

A la fin de ce travail, M. Bonnafond attire l'attention sur les sensations éprouvées par les malades quand on touche avec un instrument ou quand on cautérise la membrane du tympan. Dans le premier cas, les phénomènes sympathiques réflexes se passent du côté de l'œil et de la glande lacrymale; dans le second cas, il y a des picotements à la base de la langue et de la salivation légère.

Sur le traitement de la coqueluche par les substances volatiles provenant des matières ayant servi à l'épuration du gaz de l'éclairage. — M. le docteur COMMENGE, ancien interne de Saint-Lazare, lit un Mémoire sur ce sujet.

En voici un extrait :

Mon travail est le résultat d'une enquête faite pendant plusieurs mois.

Du 1er mars au 1er juillet 1864, il y a eu 142 enfants atteints de coqueluche qui ont demandé à être admis dans l'usine de Saint-Mandé. Sur ce nombre, 54 enfants n'ayant fait qu'une ou deux visites ne peuvent pas être considérés comme ayant essayé sérieusement la médication; ils ne peuvent donc pas entrer en ligne de compte dans l'appréciation des faits observés. Il reste donc à examiner les résultats obtenus chez les 88 enfants qui ont été soumis sérieusement à l'influence de l'atmosphère de la salle d'épuration.

Sur ces 88 observations, il y a 54 guérisons; 24 fois il y a seulement de l'amélioration, et enfin dans 10 cas la médication a complétement échoué.

Parmi les 88 malades soumis sérieusement à l'influence de l'atmosphère de la salle d'épuration, je n'en trouve que 23 qui n'aient pas été traités antérieurement; les 65 restant, c'est-à-dire plus des deux tiers, avaient été soumis sans résultats à des médications très-variées.

Sur ces 88 enfants, il y en a 61 chez lesquels les symptômes de la coqueluche étaient très-violents; dans 27 cas la maladie était de moyenne intensité.

Lorsque les jeunes malades ont commencé les séances dans la salle d'épuration, la coqueluche était à la période du début, c'est-à-dire qu'elle avait au plus trois semaines d'existence chez 51 d'entre eux; dans les 37 cas restant, son début remontait à un, deux et trois mois. Pour ces derniers comme pour les précédents, l'influence de la respiration dans l'atmosphère gazeuse agissait de la même façon. L'ancienneté de la maladie ne prouvait pas qu'elle fût à la période de déclin : le plus souvent, en effet, les petits malades n'étaient conduits à l'usine à gaz que lorsque la coqueluche avait pris une nouvelle intensité et que tous les symptômes étaient devenus très-aigus. Lorsque l'amélioration ou la guérison était obtenue, le résultat ne pouvait donc pas être considéré comme la suite naturelle d'une maladie qui était en train de disparaître.

L'examen des 24 observations où je n'ai constaté que de l'amélioration montre que dans cette série la moyenne des séances a été de neuf, avec cette particularité utile à noter, et qui corrobore la remarque faite plus haut, c'est que dans les 16 cas où la maladie était dans la première période, la moyenne des séances est de huit; elle est de dix, au contraire, dans les 8 cas où la coqueluche existait depuis longtemps.

Les 54 exemples de guérison que j'ai observés ont obtenu de l'amélioration dans la plupart des symptômes après cinq séances en moyenne; pour arriver à la guérison, la moyenne des séances a été de douze plus une fraction.

Dans ces 54 observations, il en est 38 où la coqueluche avait une grande intensité; dans ces cas, la moyenne des séances, pour arriver à la guérison, a été de quatorze. Dans les 16 faits où la coqueluche était peu grave, la moyenne des séances n'a été que de dix.

La coqueluche était à la période du début dans 28 de ces observations; la moyenne des séances a été de douze cinq dixièmes; dans les 26 cas où elle était de date plus ancienne, la moyenne a été de onze sept dixièmes. La différence peu marquée de ces deux résultats confirme ce que j'ai dit précédemment, à savoir : que l'efficacité de la médication était indépendante de l'âge de l'affection.

Je n'ai pas remarqué que l'âge des enfants ait eu une importance quelconque sur le résultat de l'expérimentation, car j'ai constaté la guérison chez des enfants ayant quelques mois à peine, aussi bien que chez ceux qui avaient plusieurs années.

L'ensemble des résultats obtenus ayant été signalé, il me reste à faire connaître les différents phénomènes qui se produisent chez les petits malades lorsque la guérison survient, ou seulement lorsqu'on ne constate que de l'amélioration.

Comme je l'ai dit plus haut, la moyenne générale des guérisons n'avait lieu qu'après la douzième séance; mais l'amélioration dans la plupart des symptômes se produisait dès les premiers jours. Les signes d'amélioration qui se montraient tout d'abord consistaient dans la réapparition de l'appétit, le retour de la gaieté et des forces, et la diminution dans l'acuité des principaux phénomènes de la maladie. J'ai vu des enfants qui ne mangeaient plus ou presque plus depuis dix et quinze jours, recommencer à prendre les aliments avec plaisir quelquefois dès la première séance à l'usine, mais presque toujours après la quatrième ou cinquième séance. L'appétit allait en augmentant à mesure que les séances étaient plus nombreuses, et il était souvent nécessaire que les parents se munissent de provisions pour pouvoir, à l'usine même et pendant que les petits malades étaient dans la salle d'épuration, satisfaire aux exigences de leur estomac. En même temps que l'appétit reparaît, un autre caractère d'amélioration se montre; je veux parler de la cessation des vomissements qui avaient lieu après les quintes. A ces premiers signes succède bientôt le retour de la gaieté et des forces : l'enfant, qui était abattu, grognon, reprend sa bonne humeur et retourne à ses jouets, qu'il délaissait depuis plusieurs jours; bientôt aussi se montre le besoin de locomotion, qui succède quelquefois à un affaissement de quelques semaines : dans quelques circonstances, en effet, des enfants qui marchaient seuls avant la coqueluche, semblaient depuis le début de la maladie avoir perdu toutes leurs forces et ne pouvoir plus se tenir sur leurs jambes. Le besoin de locomotion ne se faisait sentir de nouveau que lorsque survenaient les premiers signes d'amendement de la maladie.

Avec ces différents signes d'amélioration, on voyait disparaître l'état fébrile, souvent très-intense, et un sommeil réparateur remplaçait l'agitation des nuits précédentes. Des caractères nouveaux d'amélioration survenaient, et ceux-ci se montraient plus spécialement dans le nombre et l'intensité des quintes : l'enfant souffrait moins lorsqu'il était pris d'un accès de toux; il n'y avait plus d'étouffement ni de menace d'asphyxie comme précédemment, et le sifflement caractéristique de la fin de la quinte était moins vibrant ou disparaissait entièrement. Quelquefois le sifflement ne se produisait plus alors qu'il restait encore des quintes, et ce fait caractérisait l'amendement du côté de la toux. Peu à peu les quintes, qui avaient perdu de leur intensité, devenaient moins nombreuses, puis disparaissaient progressivement, ne laissant à leur suite qu'un peu de toux sans signification spéciale.

J'ai eu à constater parfois des phénomènes différents. Dans quelques circonstances, l'amélioration de la toux n'était pas consécutive à l'amendement survenu dans l'état général; les quintes restaient aussi nombreuses et aussi violentes, alors que l'appétit avait reparu, que le sommeil et les forces étaient revenus, que la gaieté et la fraîcheur de la physionomie avaient succédé à l'abattement et à la pâleur.

Dans quelques cas, cependant, les choses se sont passées différemment : au lieu d'amener de l'amélioration, le traitement a semblé, dans les quatre, cinq et six premiers jours, augmenter l'intensité des symptômes de la coqueluche et déterminer de l'agitation et de l'insomnie. Dans ces circonstances, quelques personnes ont cru devoir cesser les visites à l'usine et ont vu la coqueluche se perpétuer chez leurs enfants; d'autres, au contraire, suivant mes conseils, ont continué à soumettre leurs enfants aux émanations de la salle d'épuration. Leur constance a presque toujours été récompensée : cette exacerbation a bientôt cessé, et peu après se sont montrés les signes d'amélioration qui apparaissaient dans l'ordre déjà indiqué.

Les faits de guérison observés ne peuvent être attribués à aucun autre traitement qu'à l'action des vapeurs des matières de l'épuration. Constamment, en effet, on a cessé, sur mon conseil, tout traitement antérieurement employé, pour s'en tenir exclusivement aux visites à l'usine.

Je devais chercher à découvrir s'il y avait inconvénient et danger pour les enfants à respirer pendant deux heures dans la salle d'épuration.

Dans tous les faits observés, je n'ai jamais constaté un accident sérieux survenu à la suite de ces inhalations. L'exacerbation de quelques symptômes et un peu d'agitation constatés dans les quatre ou cinq premiers jours chez un très-petit nombre de malades, voilà les seuls accidents qui aient attiré mon attention.

Pour certains enfants, on ne s'est pas contenté des séances dans l'usine de Saint-Mandé, et quelques parents ont emporté chez eux de la matière à épuration, et l'enfant dormait dans la chambre où elle était déposée. Non-seulement il n'y a pas eu d'accidents, mais on constatait, au contraire, un amendement plus marqué dans les symptômes de la maladie, et la guérison arrivait, dans ces circonstances, plus rapidement que lorsqu'on se contentait des séances à l'usine.

Au reste, depuis plusieurs années que je donne mes soins aux ouvriers de l'usine de Saint-Mandé, j'ai constaté que les hommes qui travaillent à l'épuration sont rarement malades. L'innocuité de l'atmosphère de la salle d'épuration chez les ouvriers qui y travaillent dix et douze heures par jour, pourrait me faire admettre l'innocuité pour les petits malades, alors que l'expérience ne m'en eût pas démontré la réalité.

L'orateur termine par les conclusions suivantes :

1° Le traitement de la coqueluche par la respiration des vapeurs qui se dégagent des matières ayant servi à l'épuration du gaz donne les meilleurs résultats;

2° Chez la grande majorité des malades, la guérison est le résultat ordinaire de ce traitement, même dans les cas où ont échoué les médications réputées les plus efficaces;

3° La guérison se produit sous l'influence de ce traitement à toutes les périodes de la maladie;

4° Elle se produit aussi quel que soit l'âge des enfants malades;

5° Lorsque la guérison ne se produit pas, on observe presque toujours une grande amélioration dans la plupart des symptômes pénibles de l'affection;

6° Le nombre des séances dans la salle d'épuration nécessaire pour produire la guérison varie suivant les individus; mais, en général, il doit être de douze : chaque séance doit avoir deux heures de durée;

7° Il n'y a pas danger pour les malades, quel que soit leur âge, à les soumettre aux inhalations des vapeurs se dégageant des matières ayant servi à l'épuration du gaz. (Commissaires, MM. Blache, Delpech, Roger.)

— La séance est levée à cinq heures.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Le dernier rapport de la commission des maladies régnantes pour les mois de juillet et août, communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. Gallard, nous apprend que les maladies qui ont prédominé pendant ces deux mois sont les affections intestinales, et principalement celles qui s'accompagnent de diarrhée. C'est surtout pendant la seconde quinzaine de juillet que la prédominance de ces affections s'est fait remarquer. A dater de cette époque, elles paraissent avoir changé de caractère. Dès les derniers jours de juillet, on a constaté quelques cas de choléra sporadique, qui se sont multipliés dans le mois d'août. Les premiers se sont montrés presque en même temps à la Salpêtrière et à Saint-Antoine. Voici quelques-uns des détails qui ont été communiqués à cet égard au rapporteur de la commission.

A la Salpêtrière, M. Fournier a vu trois cas de choléra sporadique dont le diagnostic ne pouvait être douteux, et deux cas légers de cholérine. De ces trois cas de choléra, un a été mortel.

A Saint-Antoine, M. Lorain a eu à traiter cinq affections cholériques, parmi lesquelles deux cas de choléra bien manifestes, dont un suivi de mort.

On en a constaté quatre à Lariboisière, dont l'issue n'est pas indiquée; un cas mortel à l'hôpital des Enfants, et un cas de cholérine légère à Beaujon, dans le service de M. Desnos, qui y avait déjà signalé quelques vestiges de choléra en juillet.

Chez presque tous ces malades, on a reconnu les signes caractéristiques de la maladie à la période algide, les vomissements, la diarrhée colliquative, la cyanose, le refroidissement des extrémités, le défaut d'élasticité de la peau, la suppression de l'urine, l'extinction de la voix, les crampes, etc. A ces symptômes succédaient ceux de la période de réaction, quand la maladie devait se terminer par la guérison. Quand la maladie s'est terminée d'une manière fatale, c'est pendant la période algide que la mort est survenue.

La commission signale cette particularité que dans les premiers faits de choléra les évacuations intestinales n'ont pas été albumineuses, elles n'ont pas présenté cet aspect de décoction riziforme si caractéristique; malgré leur fréquence, elles ont été toujours constituées par des matières fécales bilieuses. Ce n'a été que dans le mois d'août qu'on a commencé à observer ces déjections riziformes, notamment chez un malade du service de M. Tardieu à l'hôpital Lariboisière.

Si nous sommes bien renseignés, ce n'est pas à Paris seulement qu'on aurait observé quelques affections cholériques. On en aurait également constaté d'assez fréquents exemples dans plusieurs départements. Ce n'est là, du reste, que la reproduction d'un fait devenu commun en France, à cette époque de l'année, depuis nos grandes épidémies de choléra, et sur lequel nous avons eu souvent l'occasion d'appeler l'attention de nos lecteurs dans cette *Revue*.

On sait combien la dyssenterie est rare à Paris. On n'en a signalé que deux cas seulement dans le cours de ces deux mois, pour tous les hôpitaux: un dans le mois de juillet, dans le service de M. Bucquoy à Lariboisière; le second dans le mois d'août, dans le service de M. Bouvier. Ils ont été bénins l'un et l'autre.

Après les affections intestinales, les maladies qui se sont montrées les plus communes pendant ces deux mois sont les rhumatismes. Mais bien qu'ils aient souvent été multiples et qu'ils aient envahi plusieurs articulations, ils ont été en général d'une intensité modérée; et les complications cardiaques, qui se sont présentées dans une assez forte proportion, n'ont pas eu non plus généralement de gravité. Aussi tous les traitements mis en usage ont-ils eu à peu près indistinctement la même efficacité. Ainsi, M. Mauriac a remarqué que ces rhumatismes cédaient aisément au sulfate de quinine. M. Guibout dit s'être bien trouvé d'avoir fait précéder l'administration de ce médicament d'une légère émission sanguine. MM. Lorain et Béhier s'en sont tenus aux opiacés, avec le même succès.

Les deux seuls cas graves qui aient été signalés à la commission ont été observés, l'un par M. Bouvier à l'hôpital des Enfants, l'autre par M. Bucquoy à Lariboisière. Chez le premier malade, il y avait eu une double complication du côté de la plèvre et du côté du cœur; il était dans l'état le plus alarmant lorsque M. Bouvier en a entretenu la commission. Le second a eu une complication cérébrale qui a entraîné rapidement la mort.

Les phlegmasies des voies respiratoires ont été plus fréquentes, dans la première partie de cette période du moins, c'est-à-dire dans le mois de juillet, qu'elles ne le sont habituellement à cette époque de l'année. Ainsi, M. Lorain signalait en juillet, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, 4 pneumonies, dont une alcoolique terminée par la mort, et 4 pleurésies. M. Goupil (dont nous ne pouvons prononcer le nom sans un sentiment de douloureux regret) a signalé aussi de son côté, pour la même époque et dans le même hôpital, 4 pneumonies et 3 pleurésies. A la Pitié, M. Béhier a reçu dans son service 9 pneumonies dont une avec ictère, et 3 pleurésies. A l'Hôtel-Dieu, M. Mauriac a eu 4 ou 5 cas de pneumonie. A Lariboisière, M. Bucquoy a compté 2 pneumonies et une pleurésie; M. Tardieu, 2 pneumonies, dont une double, graves toutes les deux, et 3 pleurésies, dont deux ont nécessité la thoracentèse. Dans le même service, il y a eu, en août, 3 pneumonies et 1 pleurésie. Enfin, à l'hôpital des Enfants, M. Blache a eu, en juillet, 6 pneumonies, dont 1 avec pleurésie et 3 survenues à la suite de la trachéotomie; en août, 3 pneumonies dont une avec pleurésie, et 1 pleurésie tuberculeuse. M. Bouvier n'a eu qu'un seul cas de pneumonie en août.

Les affections diphthéritiques, comme les phlegmasies des voies aériennes dont il vient d'être question, très-fréquentes dans la première moitié de cette période, ont beaucoup diminué dans la seconde moitié. C'est ce qui résulte du moins des renseignements reçus de l'hôpital des Enfants malades, le seul des hôpitaux spéciaux qui ait fourni des relevés à la commission à cet égard.

Dans le service de M. Blache, il y a eu en juillet : 5 angines couenneuses, dont 3 bénignes et terminées par la guérison, et 2 graves avec diphthérie généralisée et suivies de mort; et 8 croups, tous opérés (7 étaient morts et le 8e mourant à l'époque du rapport). En août, il n'y a eu, dans le même service, qu'une seule angine couenneuse suivie de guérison, et 2 croups, dont l'un a guéri rapidement après l'opération; l'autre menace d'avoir une issue funeste par suite d'un retour de coqueluche et d'une complication de pneumonie.

Dans le service de M. Bouvier, sur lequel on n'a pas eu de renseignements pour le mois de juillet, il y a eu en août 1 angine couenneuse mortelle et 6 croups, dont 4 ont guéri sans opération, 1 a guéri par la trachéotomie et 1 seul est mort.

Dans l'ordre des fièvres éruptives, la scarlatine ne s'est montrée que très-exceptionnellement. En juillet, M. Blache en a eu 5 cas à l'hôpital des Enfants malades. De ces 5 cas, un seul a été grave, et il a dû sa gravité à une angine couenneuse avec diphthérite généralisée. Pendant le mois d'août, il n'y en a eu que 2 cas dans le même service. Il n'y en a pas eu du tout dans le service de M. Bouvier.

Dans les hôpitaux d'adultes, il en a été signalé 1 cas dans le service de M. Lorain à Saint-Antoine, 1 chez M. Desnos à Beaujon, 2 chez M. Bourdon à la Maison de santé, et 1 dans le service de M. Béhier à la Pitié, avec cette particularité que le malade a été atteint de varioloïde pendant la convalescence de la scarlatine.

La rougeole, d'abord fréquente, a suivi la même marche décroissante que la scarlatine. Dans le service de M. Blache, il y avait eu en juillet 11 rougeoles, dont 3 seulement avaient été importées du dehors: les autres ont été contractées dans les salles; en août, il n'y en a plus eu que 8, dont 4 contractées dans les salles.

Dans les hôpitaux d'adultes, les services de MM. Béhier, Bourdon, Desnos et Tardieu, sont les seuls qui aient fourni des cas de rougeole.

La variole a été fréquente, mais assez généralement bénigne. (L'intérêt particulier qui s'attache en ce moment à cette affection, objet d'une enquête de la part de la Société médicale des hôpitaux, comme on le sait, nous engage à ajourner ce que nous aurions à en dire ici, jusqu'au moment où nous aurons à résumer les résultats de la discussion pendante.)

La dernière affection que signale le rapport de la commission des maladies régnantes, est la coqueluche. On en a observé quelques cas pendant les mois de juillet et d'août, mais ils n'ont été ni nombreux ni graves.

A en juger par ce qu'il nous a été donné de voir depuis cette époque, les coqueluches se seraient généralisées, et quelques-unes auraient pris un certain caractère de gravité. Nous y reviendrons à l'occasion du prochain Bulletin des maladies régnantes.

Statistiques des observations de fistules vésico-vaginales.

Depuis les premières tentatives du traitement des fistules vésico-vaginales exécutées par Roonhuysen en 1633, il s'était écoulé bien des années lorsque M. Jobert (de Lamballe) a repris les tentatives du médecin hollandais, et a obtenu des succès pour des lésions que les chirurgiens abandonnaient volontiers à elles-mêmes, peu confiants qu'ils étaient dans les tentatives ou expériences de Walther Shræger, Nægelé, Dieffenbach, Hobard, Shranam, S. Cooper, Malagodi, et l'efficacité des instruments de H. Colombat, Fabri, Lewziski, Lallemand et Laugier. Quelques praticiens se bornaient à appliquer la sonde à demeure et les tampon dans le vagin, que Desault et Boyer avaient préférés à tous les autres traitements; et comme ils avaient guéri de petites fistules, la méthode avait été adoptée sinon comme traitement curatif, du moins comme traitement palliatif.

La méthode autoplastique par glissement de M. Jobert, adoptée et justifiée par des succès en 1849, a suffi aux nécessités de la pratique, et cette opération n'a pas tardé à détrôner toutes les autres, et à faire rejeter toutes les opérations compliquées qui avaient été mises en avant à titre d'essai.

Puis, comme il est dans la logique des choses que le bien soit le premier terme du mieux, les opérations de fistules vésico-vaginales ont été perfectionnées. G. Simon, en Allemagne, faisait deux sutures, une profonde de la muqueuse vésicale, une superficielle de la muqueuse vaginale; M. Sims, en Amérique, faisait une seule suture simple avec des fils métalliques aux dépens de la muqueuse vaginale avivée en biseau.

Depuis 1858, époque à laquelle les opérations des Américains ont été connues en France, les chirurgiens français ont reconnu la supériorité du procédé, et les observations se sont multipliées. Il n'est plus douteux pour personne que la suture simple, faite dans les excellentes conditions qu'ont déterminées MM. Marion Sims et Bozemann, est la meilleure de toutes les pratiques.

Mais ce n'est pas assez : les statistiques doivent encore être invoquées, et à cette occasion nous empruntons à une bonne thèse de M. Jose Monteros (1), un véritable volume sur le traitement des fistules génito-urinaires de la femme, des statistiques des opérations de fistules vésico-vaginales faites aux trois périodes de l'art, ou plutôt faites d'après les trois méthodes française, allemande et américaine.

Voici les chiffres :

Sur 72 malades opérées par le procédé autoplastique par glissement :

37 guérirent;
15 furent améliorées;
17 moururent.

Sur les 37 malades opérées par le procédé de M. G. Simon :

27 ont guéri;
7 ont eu de l'amélioration;
3 sont mortes.

En ajoutant les 20 malades opérées par le procédé de M. Marion Sims aux 94 malades opérées par le procédé de M. Marion Sims et modifié par M. Bozemann, on a les chiffres suivants :

92 guérisons;
16 améliorations;
6 morts.

Cette statistique, qui est faite avec des observations jointes à la thèse, permet d'établir des préceptes plus rigoureux qu'une simple énumération de chiffres. Mais elle justifie pleinement les conclusions qu'il est aisé de tirer de ces chiffres; nos lecteurs ont déjà eu connaissance d'un bon nombre de ces observations : elles ont été publiées dans la *Gazette* soit par l'intermédiaire de la Société de chirurgie, soit directement, par suite d'envois de praticiens de province.

De l'utilité du bromure de potassium dans le traitement des états nerveux désignés sous le nom de névrosisme.

On a lu dans une des *Revues* du mois d'août la relation des intéressantes études expérimentales de M. Gubler sur l'action sédative du bromure de potassium. Dans une communication récente faite à l'Académie de médecine, M. le Dr Romain Vigou-

(1) *Essai sur le traitement des fistules génito-urinaires*, par M. Jose Monteros. Paris, 1864. Chez L. Leclerc, libr.-éditeur.

roux a exposé quelques faits qui confirment les propriétés anesthésiantes de cet agent et son action contro-stimulante sur les centres nerveux, en même temps qu'ils font ressortir son action tonique reconstituante. Voici le résumé analytique de quelques-uns de ces faits, que nous empruntons à la note que M. Vigouroux vient de publier dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Le premier fait, observé par l'auteur à Londres, est celui d'une femme hors de l'âge critique, qui se plaignait de douleurs dans divers points de la tête et spécialement au sommet, accompagnées de sensations variables, de fourmillements et de chatouillements dans les membres. On constate des foyers névralgiques derrière les apophyses mastoïdes, en avant des apophyses zygomatiques, et des points douloureux à la pression dans la gouttière vertébrale gauche. Elle était sujette, en outre, à des malaises se renouvelant très-fréquemment, et qui consistaient principalement en une tristesse et une anxiété extrêmes, sombres pressentiments, sursauts au moindre bruit, ou palpitations provoquées par l'impression la plus insignifiante, insomnie, frissons et parfois tremblement violent comme dans un accès de fièvre intermittente. Une fois l'accès passé, elle reprenait son caractère habituellement ouvert et gai.

Se guidant sur ce qu'il avait vu faire dans des circonstances analogues par M. Brown-Séquard au National hospital, M. Vigouroux prescrivit le bromure de potassium. L'effet fut immédiat. Tant que dura l'administration du médicament, il n'y eut pas de troubles nerveux. Et plus tard, lorsqu'ils reparurent, mais très-atténués, la solution bromurée les fit toujours disparaître.

Le deuxième fait a été observé à Paris. Il s'agit aussi d'une femme ayant comme la précédente dépassé la ménopause, et qui de temps à autre, en moyenne une fois par semaine, était prise brusquement d'une tristesse et d'un abattement indicibles, en même temps qu'elle éprouvait une douleur cardiaque et quelquefois des palpitations, de l'insomnie et des frissons. Cet état durait sans interruption deux ou trois jours, et tout rentrait dans l'ordre. Il existait une névralgie intercostale à gauche; rien au cœur. — La prescription de la solution de bromure de potassium eut le même résultat que chez la malade précédente, c'est-à-dire la disparition presque immédiate de tous les troubles nerveux.

Voici une autre observation que nous choisissons parmi les autres, parce qu'elle renferme, indépendamment des effets du médicament dont il s'agit, quelques particularités intéressantes :

Un homme de trente-trois ans, très-robuste, était sujet depuis plusieurs années à des troubles variés. Bien que son appétit eût toujours été bon, il éprouvait après chaque repas de la pesanteur à l'estomac, des bouffées de chaleur à la face. Les digestions pénibles se prolongeaient le plus souvent dans la nuit, et occasionnaient un mouvement fébrile avec frisson. Palpitations fréquentes ; souvent sensation d'une explosion dans la tête. Alternatives de pâleur et de coloration de la face; mouches volantes; incertitude de la marche; préoccupation très-grande de sa santé, etc.

La première fois que M. Vigouroux vit ce malade, croyant au vertige dyspeptique, il conseilla le traitement indiqué dans ce cas par M. Trousseau, les amers et les alcalins, mais sans résultat. M. Trousseau consulté émit le même avis et prescrivit le même traitement. Un troisième médecin conseilla les ferrugineux. Ferrugineux, exercices gymnastiques, saison à Vichy, hydrothérapie, tout fut également infructueux.

Après deux années passées ainsi, M. Vigouroux ayant appris que ce malade avait des pollutions nocturnes assez fréquentes, conseilla la cautérisation de l'urèthre. Le malade subit trois cautérisations, l'indication de ce moyen ayant été confirmée par l'examen endoscopique, qui fit reconnaître la présence d'ulcérations granuleuses dans la portion membraneuse de l'urèthre. Mais un accès de fièvre uréthrale ne permit pas de les pousser plus loin. A titre de palliatif, M. Vigouroux prescrivit alors le bromure de potassium. Dès les premiers jours de l'emploi de ce médicament, les malaises habituels avaient disparu. Néanmoins, après trois mois de ce traitement, les pertes séminales persistaient encore.

M. Vigouroux se demande ce qui arriverait si l'on suspendait l'administration du traitement. N'aurait-il pour effet que d'empêcher les actions réflexes éveillées par la lésion, sans agir pour cela sur la lésion elle-même? La persistance de la spermatorrhée semblerait l'indiquer. — Notre confrère se propose, si son malade doit subir de nouveau la cautérisation de l'urèthre, d'utiliser la propriété qu'a le bromure de potassium d'empêcher la manifestation des actions réflexes émanées de l'urèthre, contre l'éventualité de la fièvre uréthrale.

D'après les faits rapportés dans son travail et dont nous venons de donner un spécimen, M. Vigouroux se croit fondé à émettre cette proposition, que l'effet principal produit par le bromure de potassium est la diminution de vascularité de la moelle; qu'à ce titre, il diffère complétement de l'opium, qui augmente l'afflux du sang dans cet organe; et que cette propriété est de nature à faire naître l'idée d'une foule d'applications diverses. Ce qui le rend surtout précieux à ses yeux parmi tous les agents de la médication sédative, c'est qu'à la dose narcotique il augmente l'appétit au lieu de le supprimer, ce qui est l'écueil habituel de la plupart des sédatifs.

La dose à laquelle M. Vigouroux a prescrit le bromure est de 1 gr. 50 par jour, en trois fois. Le mode d'administration qui lui a paru le plus commode est une solution au dixième (eau ou infusion amère). La cuillerée à café représente 50 centigrammes; on la fait prendre dans un demi-verre d'eau.

Du traitement de la cataracte congénitale par le déplacement pupillaire.

Von Græfe, Bowmann, Hulke, Pagentescher ont déjà opéré le déplacement pupillaire pour des cataractes nucléaires congénitales. Voici une observation que nous empruntons à l'*Ophthalmic hospital's Reports* :

Un jeune homme de vingt-deux ans dont la vision était troublée depuis son enfance, se présentait avec une cataracte double très-marquée de l'œil droit, et il avait en même temps un strabisme double divergent mesurant trois lignes. En dilatant avec le collyre au sulfate d'atropine, M. Critchett a constaté que la moitié du cristallin était opaque. Lorsque la pupille était dilatée, l'amélioration de la vue était très-remarquable, le sujet lisait le n° 4 de l'échelle de Jæger. L'œil gauche était également atteint d'une cataracte nucléaire.

M. Critchett a opéré le déplacement pupillaire en dedans. Le malade a éprouvé un bénéfice de l'opération; à une lumière vive, il lisait le n° 4 de l'échelle de Jæger, quoique sa pupille ne fût pas dilatée. La vision binoculaire existait; le strabisme divergent était atténué. Seulement, lorsque le malade regardait les objets éloignés, il y avait diplopie, ce qui indiquait que l'accommodation s'exerçant avec assez de puissance dans la vision des objets rapprochés, neutralisait l'influence du strabisme. Le seul inconvénient qu'éprouvait alors le malade était de voir moins distinctement les petits objets lorsqu'ils étaient peu éclairés.

Au mois de juillet suivant, c'est-à-dire deux mois après l'opération, M. Critchett a coupé le tendon du droit interne et a agrandi la pupille artificielle du côté droit. La diplopie et le strabisme ont disparu, et l'œil droit s'est trouvé dans les meilleures conditions de vision.

Au mois d'octobre, l'opéré fut revu, mais l'œil gauche était resté dans le même état. Le chirurgien a opéré l'œil gauche et agrandi la pupille artificielle. Cette quatrième opération a permis au malade de lire le n° 1 de l'échelle de Jæger à la distance de 5 pouces, et le n° 10 à celle de 20 pouces. Un verre convexe faible améliore la vision pour les petits objets, un verre concave faible pour la vision des objets éloignés, mais le malade en fait rarement usage.

Nous ferons remarquer à nos lecteurs la bénignité de ces opérations successives, qui du reste ont toutes été faites à l'aide du chloroforme.

Du traitement des tumeurs érectiles par l'application du perchlorure de fer en topique.

Déjà employé pour les tumeurs érectiles par MM. Natalis Guillot, Guersant, Leclère (de Rouillac), le perchlorure de fer vient d'être mis en usage par M. Babu, médecin adjoint à l'hôpital de Clermont-Ferrand (1). Depuis le 8 août 1862 jusqu'au 10 février 1863, des applications successives de perchlorure de fer à 30° ont été faites sur une tumeur érectile, au moyen de charpie imbibée de ce liquide et qui était renouvelée trois fois par jour. Des eschares successives se sont formées, puis des croûtes, et quand celles-ci tombaient, on faisait de nouvelles applications, jusqu'à ce qu'enfin, au-dessous d'une dernière croûte, il a été trouvé une cicatrice ou une excoriation insignifiante, qui guérit seule.

Il faut s'entendre : le perchlorure de fer, dans ce cas, a agi comme un caustique, moins vite et par conséquent moins avantageusement que la potasse caustique. Tout en louant la guérison obtenue par les soins assidus de M. Babu, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que l'action coagulante du perchlorure de fer a été ici un élément très-accessoire, et qu'il ne faudrait pas assimiler cette action du perchlorure administré à l'intérieur à celle du même liquide injecté dans les vaisseaux.

DE L'IRIDECTOMIE.

Rapport sur un travail de M. le docteur Meyer,

lu à la Société de chirurgie par M. le Dr Lefort.

Après les remarquables discours de MM. Giraldès et Follin il ne peut rester de doute dans l'esprit de personne sur l'utilité de l'iridectomie, et je n'aurais pas pris la parole dans cette discussion, si je n'avais pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile de chercher dans l'étude des faits quelles sont ou peuvent être, d'après les résultats obtenus jusqu'à présent, les indications de l'iridectomie; quelle est la valeur comparative des opérations de de Græfe et de Hancock, et enfin par quel moyen, par quel mécanisme, ces opérations peuvent amener la guérison du glaucome.

L'iridectomie ne donne aucun résultat avantageux dans le glaucome chronique, lorsque toute perception lumineuse a disparu; elle donne des résultats heureux, malgré leur imperfection, lorsque la vision existe encore à un certain degré, soit en l'améliorant, soit en arrêtant la marche progressive du mal; elle donne des résultats excellents, lorsqu'il s'agit de combattre le glaucome aigu, et elle peut être considérée dans ce cas comme une des grandes conquêtes de la science moderne dans la thérapeutique des affections oculaires.

L'opération de Hancock, qui n'est qu'un dérivé de la découverte de von Græfe, me paraît préférable à l'iridectomie dans le traitement du glaucome. Telles sont les conclusions auxquelles je suis arrivé, et dont je vais chercher à vous démontrer la légitimité.

Dans son discours du 24 août, notre collègue M. Follin nous a rappelé les conditions particulières qui font du glaucome des ophthalmologistes modernes une entité pathologique, différente à beaucoup d'égards de ce que l'on appelait jadis du nom de glaucome.

Le symptôme prédominant, celui qui paraît être le point de départ de tous les autres, ce n'est plus la teinte glauque, la couleur plus ou moins verdâtre du fond de l'œil, c'est la pression intra-oculaire exagérée, amenant l'excavation de la papille, la propulsion en avant du cristallin et de l'iris, le battement des artères rétiniennes, la dureté pierreuse du globe, le trouble des milieux, la mydriase, les névralgies ciliaires et sus-orbitaires; enfin, comme résultat de ces désordres anatomiques et physiologiques, une perte plus ou moins complète de la vision, une cécité plus ou moins rapide, mais fatale, si aucun remède n'est apporté.

Mais suivant les cas, la marche de la maladie est bien différente; tantôt dans le glaucome fulminant la vue est perdue en quelques heures, comme le montrent les exemples cités par von Græfe dans le mémoire inséré dans le VIIIe volume des *Archive für ophthalmologie*. Tantôt l'attaque aiguë du glaucome dure plusieurs jours avant d'amener la cécité complète; quelquefois, au milieu d'une maladie, pendant laquelle la faculté visuelle diminue d'une manière graduelle et lente, des attaques aiguës apparaissent, la vue s'affaiblit ou disparaît pour quelque temps, et lorsque cet état aigu a cessé, la vision ne revient plus telle qu'elle était à chaque attaque, et à chacune d'elles le malade a fait un nouveau pas vers la cécité. Enfin, quelquefois, sans début constaté, sans exacerbations, dans un temps qui varie d'une à douze ou quinze années, le glaucomateux devient peu à peu, graduellement, mais fatalement aveugle, si l'art n'intervient pour arrêter du moins la marche progressive du mal.

Avons-nous affaire dans tous ces cas aux degrés divers d'une même maladie? Faut-il, comme le veut Bowmann, donner le nom de glaucome à toutes les affections oculaires dans lesquelles il y a excès de pression? Le glaucome chronique n'est-il qu'une variété du glaucome aigu, du glaucome fulminant? C'est un point sur lequel je crois, pour ma part, devoir faire des réserves.

Quoi qu'il en soit, voyons ce qu'a produit dans le traitement de ces différentes sortes de glaucome l'opération de de Græfe, c'est-à-dire l'excision de l'iris. Les *Ophthalmic hospital Reports* nous offrent à cet égard un document important.

M. Bader, chargé du registre des observations à London ophthalmic hospital, a publié en 1860 la statistique détaillée des 84 premières opérations d'iridectomie faites dans cet établissement.

J'ai classé dans un certain ordre ces différents faits, suivant la date du début de la maladie, c'est-à-dire : glaucomes ayant une durée de plus de deux ans; glaucomes datant de 6 mois à 2 ans, de 1 à 6 mois; enfin ceux datant de moins de trente jours, et j'ai séparé dans ces diverses classes les cas dont la marche avait été graduelle et ceux qui avaient présenté des exacerbations plus ou moins nombreuses. Un tableau où chaque fait est désigné par son numéro d'ordre, permettra de voir facilement quel était pour chaque malade l'état de la vue avant l'iridectomie, et ce qu'il devint après l'opération.

Statistique des opérations d'iridectomie pratiquées à London ophthalmic hospital, du mois de mai 1857 au mois de septembre 1859, et inséré par M. Bader dans les *Ophthalmic hospital Reports*, janvier 1860.

Glaucome chronique à marche continue. Durée, 2 ans et plus : 21 cas.

Vue perdue au moment de l'opération, 7 cas : sans amélioration, 5; perception lumineuse recouvrée, 1; vision de l'ombre des objets, 1.

Perception de la lumière conservée, 4 : sans amélioration, 4.

Perception de l'ombre des objets, 8 : sans amélioration, 6; perception lumineuse, 1; aggravation, 1.

Lecture encore possible, 2 : sans amélioration, 1; amélioration légère, 1.

En résumé, aucun malade n'a été amélioré d'une manière utile, sauf un seul, qui pouvait encore lire avant l'opération.

Glaucome chronique avec attaques aiguës passagères. Durée, 2 ans et plus : 14 cas.

Vision perdue avant l'opération, 3 cas : sans amélioration, 1; vision de l'ombre des objets devenue possible, 2.

Perception lumineuse conservée, 8 : sans amélioration, 1; vision de l'ombre des objets, 2; amélioration légère, 3; vision des objets, 1; lecture possible, 1.

Perception des ombres, 1 : amélioration légère.

Vision des objets, 1 : sans amélioration.

Lecture possible, 1 : amélioration légère.

En résumé : vision des objets, faculté de lire rendue à deux malades n'ayant plus que la perception qualitative de la lumière; vision des objets, faculté de lire probablement conservée à deux malades. Aucune amélioration utile pour les dix autres.

Glaucome chronique datant de 6 mois à 2 ans; marche graduelle, 7 cas.

Perception lumineuse conservée, 1 cas : sans amélioration.

Perception de l'ombre des objets, 5 : sans amélioration, 3; perception des objets, 2.

Vision des objets conservée, 1; amélioration légère.

Un malade amélioré, 2 pouvant voir les objets dont ils ne pouvaient apprécier que l'ombre, les 4 autres sans amélioration.

Glaucome chronique de 6 mois à 2 ans, avec attaques aiguës accidentelles, 6 cas.

Vision perdue avant l'opération, 4 cas : sans amélioration, 3; lumière perçue, 1.

Lumière encore perçue, 1; sans amélioration.

Vision des objets, 1; légère amélioration.

En résumé, l'opération ne fut un peu utile qu'à un seul malade.

Glaucome de 1 à 6 mois; marche graduelle, 7 cas.

Perception lumineuse conservée, 3 cas : vision des objets retrouvée, 3.

Perception de l'ombre, 1; vision des gros objets.

Vision des objets, 3 : sans amélioration, 1; amélioration légère, 1; lecture possible, 1.

Un seul des malades ne fut pas amélioré; 4 à peu près aveugles retrouvèrent la faculté de voir les objets, et sur 2 opérés pouvant auparavant reconnaître certains objets, 1 fut amélioré, l'autre retrouva le pouvoir de lire.

(1) *Union médicale*, *Bulletin de thérapeutique*, 1864, n° du 30 septembre.

Glaucome de 1 à 6 mois; attaques glaucomateuses intercurrentes, 21 cas.

Vision perdue avant l'opération, 5 cas : sans amélioration, 3; perception des ombres, 1; perception des objets, 1.

Perception lumineuse conservée, 3 : aggravé, 1; sans amélioration, 1; lecture possible, 1.

Perception des ombres, 7 : sans amélioration, 3; légère amélioration, 2; vision des objets, 2.

Vision des objets conservée, 5 : légère amélioration, 2; lecture possible, 3.

Lecture possible, 1; légère amélioration.

Sur 4 malades presque aveugles, 3 purent retrouver la faculté de distinguer les objets et 1 le pouvoir de lire; sur 5 autres opérés pouvant distinguer les objets, 2 furent améliorés et 3 purent lire l'imprimé ordinaire.

Les autres ne furent pas améliorés d'une manière utile, mais presque tous étaient à peu près aveugles avant l'opération.

Glaucome aigu ayant moins de 1 mois de durée, 8 cas.

Vision perdue, 1 cas; vision des objets, 1. Perception lumineuse, 2; vision des objets, 2. Perception des ombres, 2; lecture possible, 2. Perception des objets, 2; lecture possible, 2. Lecture possible, 1; amélioration.

Amélioration constante et souvent remarquable : sur 5 malades presque aveugles, 3 purent retrouver la faculté de voir les objets, les 2 autres celle de lire, et 2 qui ne pouvaient que reconnaître les objets purent lire après l'iridectomie.

Si nous mélangeons indistinctement tous les faits, nous en tirerons, d'une manière peu utile du reste, le résumé suivant :

Aggravation	2
Sans amélioration	35
Amélioration n'allant pas jusqu'à la vision des objets	15
Faculté de voir les objets rendue au malade	13
Faculté de lire rendue aux opérés	10
Vision des objets conservée et améliorée	5
Lecture plus facile qu'auparavant	4
	84

Dans plus de la moitié des cas, l'état des malades a été amélioré soit que l'opération ait augmenté l'acuité et l'étendue de leurs facultés visuelles, soit qu'elle ait augmenté aussi l'étendue de leur champ visuel, rétréci parfois à un tel degré qu'un point limité de la rétine était seulement resté impressionnable.

Dans 35 cas cependant sur 84, il n'y eut aucune amélioration; mais s'il n'y a pas eu rétrocession, il y a eu probablement pour un certain nombre arrêt de la maladie par le fait de l'opération. Dans beaucoup de ces cas, du reste, l'iridectomie eût dû peut-être ne pas être faite, car il s'agissait de glaucome chronique chez des malades à peu près ou complétement aveugles.

La statistique de M. Bader nous montre que les résultats de l'iridectomie sont très-différents suivant qu'elle est pratiquée dans le glaucome aigu ou le glaucome chronique; cette différence se retrouve encore dans une excellente statistique publiée par M. Frœbelius, de Saint-Pétersbourg, dans le *Petersburger Medicinische Zeitschrift*, 1863, p. 65. Nous la proposons volontiers pour modèle, car elle nous donne l'état de l'œil au point de vue des symptômes objectifs, ophthalmoscopiques et physiologiques avant et après l'iridectomie, ainsi que l'histoire ultérieure du malade.

Statistique de Frœbelius (Saint-Pétersbourg.)

Glaucome chronique de 6 mois à 6 ans, 7 cas.

Vision nulle, 2 cas; sans amélioration, 2.

Vision des doigts conservée, 2 : sans amélioration, 1; légère amélioration, 1.

Lecture possible, 3 cas : sans amélioration, 1; amélioration, 2.

Deux malades furent améliorés et purent lire l'un le n° 5, l'autre le n° 16 de l'échelle de Jæger, mais tous deux, avant l'opération, lisaient le n° 20.

Glaucome aigu avec attaques antérieures, 4 cas.

Vision nulle, 1 cas; retrouve la perception de la lumière.

Perception lumineuse conservée : 2; peut compter les doigts, 1; lit le n° 20 de Jæger, 1.

Lecture du n° 20 conservée : pas d'amélioration.

Deux malades furent réellement améliorés, tous deux étaient presque aveugles; l'un put compter les doigts, l'autre lire le n° 20 de Jæger.

Glaucome aigu simple, 10 cas.

Vision nulle, 1 cas : lit le n° 5.

Perception lumineuse conservée, 2 : tous deux lisent le n° 5.

Perception des ombres conservée, 1 : lit le n° 5.

Faculté de compter les doigts, 2 : légère amélioration, 1; 1 lit le n° 3.

Faculté de voir les objets, 1 : légère amélioration.

Lecture encore possible, 3 : 1 lisant le n° 20 peut lire le n° 10, 1 lisant le n° 15 peut lire le n° 10, 1 lisant le n° 13 peut lire le n° 8.

Amélioration constante et remarquable de la vue; quatre malades à peu près ou tout à fait aveugles pouvant lire le n° 5 de Jæger, tel fut le résultat de l'iridectomie dans ces cas de glaucome aigu.

Il me paraît inutile d'invoquer un plus grand nombre de faits pour montrer que l'iridectomie doit être pratiquée sans hésitation dans les cas de glaucome aigu.

Elle doit être faite dans les cas de glaucome chronique lorsque la vue est encore possible, pour arrêter la marche de la maladie, et dans l'espoir souvent fondé d'améliorer la vision.

On doit être réservé dans son emploi lorsque la maladie a une longue durée, en se rappelant qu'à côté du précepte : *Melius anceps remedium quam nullum,* il en est un autre : *Primum non nocere.*

L'iridectomie me paraît devoir être proscrite dans les cas de glaucome chronique datant de plus d'une année, lorsqu'il y a perte absolue de la faculté visuelle. Il n'y a d'exception qu'en cas de douleurs très-vives intra ou circumorbitaires.

Iridectomie dans d'autres affections oculaires autres que le glaucome.

Ce n'est pas seulement contre le glaucome que l'iridectomie a été employée; on y a eu recours contre des maladies très-différentes, comme le prouverait seule déjà la statistique suivante de 30 faits tirés de la pratique de M. Hulke, chirurgien de Morfield, à Londres.

L'iridectomie a été faite 12 fois pour une irido-choroïdite, 2 fois pour une choroïdite aiguë suppurative, 1 fois pour une iritis aiguë, 8 fois pour une iritis chronique, 1 fois pour un ulcère de la cornée et congestion choroïdienne, 2 fois pour un staphylome, 3 fois pour leucome et cataracte.

De la lecture du tableau et du résumé que je joins à ce rapport, il résulte que ce n'est guère que dans les cas d'irido-choroïdite et d'iritis que des succès ont été obtenus. Mais ici, Messieurs, mon opinion sur l'utilité de l'iridectomie est tout autre que pour le glaucome; je crois que la guérison peut être obtenue avec autant d'avantage et moins de danger par les moyens médicaux : sangsues, belladone, calomel à doses réparties, etc. C'est par ces moyens que j'ai pu, depuis l'ouverture de cette discussion, guérir une malade atteinte d'irido-choroïdite aiguë, chez laquelle la vision se bornait à la perception qualitative de la lumière, qui après six jours de traitement lisait à un mètre, sans verre biconvexe, le n° 12 de Jæger par toute la surface rétinienne, et sur laquelle (j'en ai la conviction d'après ce que j'ai vu à l'étranger) un grand nombre d'ophthalmologistes eussent sans hésitation pratiqué l'iridectomie.

Quant à ce qui concerne les tentatives empiriques d'opérations faites pour combattre des affections oculaires rebelles à d'autres moyens, et sans traitement rationnel et utile connu, je suis prêt à me ranger à l'avis de MM. Giraldès et Follin, avec d'autant plus de raison que nous ne savons pas encore d'une manière certaine comment l'excision d'un lambeau d'iris agit contre le glaucome et quelques inflammations profondes des membranes de l'œil.

HULKE.

Irido-choroïdite. — Vision nulle, 3 cas : 1 sans amélioration; 1 avec grande amélioration; 1 lit le n° 16.

Perception de la lumière, 5 cas : 2 sans amélioration; 1 distingue les doigts; 1 lit le n° 6 de Jæger; 1 lit le n° 1 de Jæger.

Faculté de compter les doigts, 3 cas : 1 sans amélioration; 1 légère amélioration; 1 lit le n° 4.

Faculté de lire, 1 cas : 1 lisant le n° 18 lit le n° 16.

Résumé, 12 cas : 4 sans amélioration; 3 avec amélioration; 1 avec grande amélioration; 4 avec très-grande amélioration.

Choroïdite aiguë suppurative, 2 cas, tous deux avec perception de la lumière : 1 sans amélioration; 1 dans un état plus fâcheux.

Iritis aiguë, 1 cas : peut compter les doigts, lit ensuite le n° 1 de Jæger.

Iritis chronique. — Vision nulle, 1 cas : lit le n° 16.

Perception de la lumière, 1 cas : lit le n° 20.

Perception des doigts conservée, 2 cas : 1 sans amélioration; 1 avec grande amélioration.

Pouvaient encore lire, 4 malades : 1 lisant le n° 18 ne fut pas amélioré; 1 lisant le n° 16 eut son état aggravé; 1 lisant le n° 15 put lire le n° 3; 1 lisant le n° 12 put lire le n° 4.

En résumé, 8 cas d'iridectomie pour iritis chroniques : 1 fut aggravé; 2 ne furent pas améliorés; 3 éprouvèrent une amélioration notable; 2 éprouvèrent une très-grande amélioration.

L'iridectomie fut faite : 1 fois pour ulcère de la cornée et congestion choroïdienne; 2 fois pour staphylome; 3 fois pour leucome et cataracte.

L'extraction de la lentille fut en même temps pratiquée; sauf un des derniers, qui put apercevoir la main, aucun ne fut amélioré.

Dans un cas où l'iridectomie fut faite pour une plaie de la cornée, de l'iris et du cristallin, le malade qui avait perdu la perception de la lumière put apercevoir et compter les doigts.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'URÉMIE.

Par M. le docteur Alexandre Petroff, à Casan.

Quoique la théorie proposée par Frerich dans son écrit sur la maladie de Bright ait reçu l'assentiment d'un grand nombre de médecins, cependant des doutes se sont élevés sur la possibilité de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans l'organisme. Ces doutes se sont trouvés appuyés par plusieurs observations cliniques, d'après lesquelles le sang urémique contenait de fortes proportions d'urée sans traces de carbonate d'ammoniaque.

Pour éclairer cette question, l'auteur a extirpé les reins sur des chiens et sur des chats dans le but de produire des phénomènes d'urémie, et il a examiné le sang de ces animaux à des époques plus ou moins éloignées de l'opération, en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter la transformation ultérieure de l'urée en carbonate d'ammoniaque. De plus, il a injecté dans le sang d'animaux auxquels on n'avait pas extirpé les reins, de l'urée, du carbonate et du sulfate de soude et du carbonate d'ammoniaque, en notant les symptômes provoqués par ces diverses substances.

Les conclusions auxquelles l'auteur se trouve amené sont les suivantes :

1° Quand les fonctions des reins sont supprimées, il se forme dans le sang du carbonate d'ammoniaque.

2° Des injections de cette substance dans le sang produisent des phénomènes en tout semblables aux phénomènes urémiques.

3° Le degré d'intensité des phénomènes produits et leur caractère dépendent de la quantité d'ammoniaque que le sang renferme et de l'état sous lequel cette substance y est contenue.

(*Archives de Virchow* et *Gaz. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 septembre 1864. — Présidence de M. Larrey.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend : Les journaux de la semaine. — Une demande de congé de M. Guérin.

RAPPORTS.

M. Foucher fait un rapport verbal sur une observation de M. le docteur Monteil, médecin en chef de l'hôpital de Mende. La Société décide que ce travail sera publié.

— M. Lefort lit un rapport sur le travail communiqué par M. le docteur Meyer, dans la séance du 14 septembre, *sur l'iridectomie.* (Voir plus haut).

La Société décide que le travail de M. Meyer sera renvoyé au comité de publication.

COMMUNICATION.

Anévrysme. — Compression digitale.

M. Vanzetti, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Padoue, membre correspondant étranger de la Société, prend la parole :

Il y a déjà deux années que j'ai eu l'honneur de vous faire ma dernière communication (séance du 29 octobre 1862) sur les anévrysmes, que j'avais traités par la compression digitale. Je viens vous demander aujourd'hui la permission de continuer, en vous présentant les observations des cas que j'ai eu à traiter depuis cette époque. Ces observations sont au nombre de sept et se sont succédé dans l'ordre suivant :

Obs. Ire. — 24 janvier 1863. Dame de Venise, âgée de vingt-huit ans, de constitution très-délicate, ayant un anévrysme artérioso-veineux, gros comme le bout du petit doigt, survenu à la suite d'une saignée faite quarante-cinq jours auparavant sur le bras droit. Compression digitale faite d'une manière spéciale; guérison en six heures.

Obs. II. — 29 janvier 1863. Femme âgée de soixante-trois ans; anévrysme artériel du pli du bras droit, à la suite d'une saignée faite il y a dix jours. Bras très-enflé avec taches ecchymotiques, fort douloureux, rigide. A cause de l'enflure et de l'induration des tissus, la compression de l'artère humérale ne put se faire que tout près de l'aisselle. Guérison en huit heures.

Obs III. — 5 février 1864. Homme âgé de quarante-deux ans, brun, de constitution sèche. Anévrysme remplissant le triangle supérieur du creux poplité gauche. La maladie a débuté subitement il y a vingt-trois jours par une douleur très-aiguë, ressentie par le malade comme un coup de fouet, pendant qu'il chargeait un chariot de foin. Guérison au bout de treize jours, après cent vingt heures de compression digitale de la fémorale. Les pulsations avaient cessé le douzième jour, mais elles reparurent le lendemain, pour disparaître sans retour après une nouvelle compression de huit heures.

Obs. IV. — 6 mai 1864. Domestique âgé de cinquante-quatre ans. Anévrysme artérioso-veineux datant de cinq mois et demi, après une saignée du bras gauche. Cessation du frémissement vibratoire après cinq heures de compression particulière; solidification complète de la tumeur une heure plus tard.

Obs. V. — 13 juillet 1864. Propriétaire de la province de Vicence, âgé de quarante-quatre ans. Anévrysme traumatique du bras droit, suite d'une saignée faite il a quatorze jours. Guérison le cinquième jour de compression digitale exercée par des paysans intelligents et renseignés sur cette manœuvre par M. Chiesa, un de mes élèves distingués, qui m'a communiqué cette observation. Consulté par ce malade, il s'était rendu près de lui, mais n'avait pu y rester que quelques heures.

Obs. VI. — 14 juillet 1864. Homme âgé de quarante ans, forgeron, atteint d'un anévrysme traumatique très-grave de l'artère axillaire gauche, par suite d'une blessure causée par la pointe effilée d'une lime que ce malade portait dans la poche de sa veste. La tumeur remplissait tout le creux axillaire et en soulevait la paroi antérieure. Le bras était très-enflé, immobile, insensible, couvert de vastes ecchymoses, et le malade y ressentait des douleurs atroces qui lui enlevaient tout repos.

On procède de suite, à son arrivée dans la clinique, à la compression digitale de l'artère sous-clavière, et dès le premier jour le malade en ressent un grand soulagement. L'enflure du bras diminue considérablement, les douleurs s'apaisent. Pendant treize jours, on continue journellement la compression, mais en la suspendant toutes les huit ou dix minutes, car elle ne pouvait être supportée plus longtemps; mais au bout de ce temps, l'artère ayant été comprimée pendant quatre-vingt-quinze heures, l'*anévrysme ne montra aucune tendance à se solidifier*, les douleurs avaient reparu ainsi que l'enflure, qui, devenue œdémateuse, rendait le cas très-menaçant.

Jugeant inutile et même dangereux d'insister davantage sur la compression, j'exécutai, le 27 juillet, la ligature de l'artère sous-clavière, à son issue des scalènes, tout en doutant d'obtenir la solidification de l'anévrysme par ce moyen.

L'opération eut lieu sans accidents, la ligature tomba le douzième jour, l'enflure diminua progressivement, *mais l'anévrysme resta tout à fait fluctuant.*

Le 31 août, jour où je vis le malade pour la dernière fois, à cause de la clôture des cliniques, la fluctuation était encore très-manifeste. Heureusement la tumeur avait diminué d'un tiers à peu près, la sensibilité et quelques mouvements des doigts étaient revenus. On peut espérer que l'absorption des caillots cruoriques, qui remplissent le sac, pourra se compléter avec le temps; mais il y a toujours à craindre que la tumeur ne s'enflamme, qu'elle s'abcède, et par suite donne lieu à une hémorrhagie peut-être mortelle.

Cette observation prouve une fois de plus ce que j'eus l'honneur de vous dire il y a deux ans, à l'occasion de ma dernière communication, savoir : que l'on doit toujours craindre qu'un anévrysme reste fluctuant après la ligature, lorsque sa solidification n'a pas eu lieu par la compression digitale faite convenablement et pendant un temps suffisant.

Obs. VII. — 17 août 1864. Un bottier âgé de quarante-deux ans, adressé de la ville de Trieste par M. Bemporatti, jadis mon élève, pour être soigné d'un anévrysme spontané de l'artère poplitée droite. La tumeur, qui date de cinq mois, ne présente pas de complications notables; elle remplit le triangle poplité supérieur. Ce malade fut guéri en vingt-quatre heures par les convalescents de la clinique, qui faisaient à tour de rôle la compression digitale de la fémorale.

Commencée dès l'entrée du malade, le mercredi à une heure, on continua jusqu'à sept heures du soir la compression. Le lendemain, on la fit pendant douze heures, puis le vendredi, depuis six heures du matin jusqu'à midi. La compression fut alors suspendue, la tumeur était déjà complétement solidifiée. L'illustre professeur Pirogoff (de

Saint-Pétersbourg), alors en visite chez moi, eut occasion de voir ce malade et de constater sa guérison parfaite.

Dans toutes ces observations, la compression a été entreprise d'emblée, sans préparation préalable des malades ni administration d'aucun médicament interne, et sans l'application d'aucun topique sur la tumeur. On l'exécuta *complète* ou *totale*, sans prendre soin de commencer par la faire *incomplète* ou préparatoire, pour la rendre ensuite complète ou définitive.

La compression a toujours été suspendue pendant la nuit, afin de ne pas altérer la santé des malades par manque de repos. D'ailleurs, en la suspendant ainsi, le point qui a été comprimé par les doigts a le temps de reprendre son état normal, et la rougeur résultant de la pression de la journée s'efface pendant le repos de la nuit. Le lendemain, ce point supporte alors plus facilement une nouvelle compression.

On a cherché à rendre la compression pendant la journée aussi *continue* qu'elle peut l'être. Mais la compression digitale ne peut jamais être continue d'une manière absolue, soit à cause des intermittences involontaires et inévitables qui ont lieu au moment de l'échange des doigts qui compriment, soit parce que, se trouvant fatigués, ceux-ci perdent une partie de leur sensibilité tactile.

Des sept observations précédentes, je crois que les plus remarquables et les plus intéressantes sont certainement celles des deux anévrysmes artérioso-veineux dont j'ai pu obtenir la guérison avec une rapidité et une facilité qui m'ont beaucoup étonné. Tous les chirurgiens savent combien il est difficile de guérir ces anévrysmes; aussi je m'empresse de soumettre à l'appréciation de la Société la méthode spéciale de compression, avec laquelle je suis parvenu à guérir ces deux malades.

Voici comment j'ai été conduit à modifier, dans ces cas particuliers, la compression digitale ordinaire :

Lorsque (le 24 janvier 1863, obs. Ire) la jeune dame de Venise vint me consulter pour l'anévrysme artérioso-veineux qu'elle portait au pli du bras droit depuis quarante-cinq jours, j'avais si peu l'espoir de la guérir, que voyant la tumeur petite, n'ayant pas de tendance à s'accroître, et ne gênant la malade que par les vibrations qu'elle y ressentait, je fus sur le point de conseiller simplement un bandage élastique. Mais en cherchant naturellement à constater avec toute la précision possible les caractères propres à confirmer mon diagnostic, entre autres manœuvres, j'appuyai avec le bout du doigt très-légèrement sur la veine basilique, juste au point où existait la cicatrice de la saignée et une petite dilatation en ampoule de ce vaisseau.

Je remarquai alors que cette pression suspendait le frémissement vibratoire *continu rémittent;* qu'ainsi elle interceptait complétement la communication entre la veine et le sac anévrysmal sans le comprimer, car les pulsations *intermittentes* de ce dernier n'étaient que mieux perçues par ce doigt compresseur.

Je conclus de là qu'il était maintenant en mon pouvoir de changer instantanément et à volonté cet anévrysme compliqué en un anévrysme simple, non variqueux, par conséquent susceptible de guérir facilement.

Pour obtenir la guérison de cet anévrysme artérioso-veineux, je devais donc faire d'une main la compression digitale ordinaire de l'humérale, et en même temps, avec un doigt de l'autre main, comprimer légèrement la veine pour intercepter toute communication entre elle et le sac anévrysmal. En bouchant l'ouverture de communication entre la veine et la tumeur, je ne devais pas comprimer celle-ci, afin d'y permettre le dépôt des caillots cruoriques nécessaires à sa solidification.

Ce plan de traitement ainsi conçu, je le mis de suite à exécution avec mon aide de clinique. Nous commençâmes la compression double à six heures du soir. L'un comprimait l'artère pendant que l'autre comprimait du doigt la veine, mais seulement pour en faire cesser le frémissement.

A neuf heures, la malade se sentant fatiguée, se mit au lit, interrompant par là la compression pendant un quart d'heure à peu près. A onze heures, le frémissement avait déjà cessé, et à minuit la tumeur était complétement solidifiée. Je n'appliquai aucun bandage, faisant simplement maintenir le bras ployé et suspendu au cou pendant quelques jours. La guérison s'est parfaitement maintenue, sans qu'il reste actuellement aucune trace de la tumeur.

La promptitude et la facilité avec lesquelles j'obtins cette guérison m'étonna, quoique je me fusse rendu compte du mécanisme par lequel elle s'était opérée. Mais elle contrastait tellement avec les difficultés généralement admises de la guérison des anévrysmes variqueux, que je me demandai si un concours fortuit de circonstances favorables ne m'avait point aidé, et si la compression directe de la veine pouvait y avoir pris part.

Je désirais donc beaucoup avoir une nouvelle occasion d'expérimenter cette méthode, lorsqu'une année et demie après la première cure, le domestique cité plus haut, porteur d'un anévrysme artérioso-veineux datant de cinq mois et demi (obs. IV), vint réclamer mes soins. Cet homme, saigné au commencement de l'hiver de 1863, ne s'aperçut de l'existence de la tumeur au pli du bras gauche qu'au printemps de cette année (1864), lorsqu'il supprima son gilet de flanelle. Il déclara qu'au niveau de l'anévrysme il éprouvait une sensation continuelle assez semblable à celle qu'on perçoit quand on *monte une montre*. La tumeur était grosse comme une forte noisette, faisant une saillie très-marquée et bien circonscrite; elle présentait très-manifestement tous les caractères propres aux anévrysmes artérioso-veineux.

L'homme, reçu à la clinique vers midi, fut soumis aussitôt à la double compression, exécutée par les élèves. Il fut pour cela assis sur une chaise, le bras malade en abduction et appuyé sur le dos d'une autre chaise. Le même élève comprimait avec le pouce de la main gauche l'artère humérale, embrassant avec les autres doigts tout le bras, et de la main droite entourant le coude, il appuyait avec le pouce sur la veine basilique, qui rampait sur le côté interne de la tumeur. C'est en agissant ainsi que l'on obtint en moins de six heures la solidification de cet anévrysme. Les frémissements vibratoires avaient disparu près d'une heure auparavant.

Ces deux guérisons, obtenues par la méthode de compression que je viens de décrire, me font espérer qu'elle réussira encore dans de nouveaux cas. Alors elle pourra être admise comme méthode normale dans le traitement d'une affection dont le pronostic cessera d'être aussi grave qu'il l'a été jusqu'à présent.

La Société a écouté cette communication avec le plus vif intérêt.

M. FOUCHER demande à M. Vanzetti si, dans les cas d'anévrysme poplité qu'il a traités, il a observé des phénomènes de paralysie du pied. Chez le malade que M. Foucher traite en ce moment et dont il a parlé dernièrement, il y a eu depuis la compression une anesthésie limitée de la jambe et une paralysie absolue des muscles moteurs du pied. Depuis un mois, tout mouvement dans ce sens est impossible.

M. VANZETTI n'a jamais remarqué de paralysie après le traitement des anévrysmes poplités; mais chez celui de ses malades atteint d'anévrysme axillaire traumatique, le bras fut paralysé aussitôt après l'accident. Aujourd'hui, le mouvement et la sensibilité commencent à se rétablir.

M. VELPEAU fait remarquer que le malade de M. Foucher se présentait dans des circonstances très-spéciales. M. Velpeau, qui eut occasion de voir le malade au début, constata qu'il avait très-probablement des tubercules, qu'il avait eu des accidents syphilitiques, enfin que les signes de l'anévrysme étaient mal caractérisés et se rapprochaient de ceux qui appartiennent au phlegmon. Très-probablement il a dû y avoir là des désordres considérables, un vaste épanchement sanguin, et on ne saurait conclure de ce fait très-particulier à la généralité des cas.

M. VANZETTI pense que M. Foucher a obtenu un succès d'autant plus heureux qu'il s'agissait d'un anévrysme diffus, variété très-rebelle, comme on sait, au traitement par la compression. D'ailleurs, on ignore toujours comment un anévrysme se comportera en présence de la compression. Quelques malades guérissent en six ou huit heures; pour d'autres il faut dix ou douze jours; chez quelques-uns on échoue complétement. Il serait bien désirable qu'on arrivât à constater les signes qui peuvent éclairer ce côté si important du pronostic. Malheureusement c'est encore un point à trouver. Tout ce qu'on pourrait dire, et encore ne serait-ce qu'une présomption, c'est que les anévrysmes déjà un peu anciens et contenant des caillots stratifiés, semblent mieux que d'autres préparés à la guérison par la compression.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le jury pour le concours de l'internat est composé ainsi qu'il suit :

MM. Cusco, Empis (Simonis), Jobert, Lasègue, Pidoux, *juges titulaires ;* MM. Broca, Lallier, *juges suppléants.*

— Le concours pour les prix de l'internat sera ouvert le samedi 5 novembre, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique. On s'inscrit depuis le lundi 10 octobre jusqu'au samedi 22 du même mois.

— Par suite de la non-acceptation de M. Monneret comme juge suppléant du concours pour une place de chirurgien du Bureau central, M. Gallard a été désigné comme juge suppléant.

— Un concours public pour la place de chirurgien-major de l'hospice de la Charité de Lyon s'ouvrira le 27 mars 1865.

— Le corps médical de Paris vient de faire une nouvelle perte. M. le docteur baron Heurteloup vient de mourir à l'âge de soixante et onze ans. Héritier d'un nom justement honoré dans la médecine militaire du premier Empire, M. Heurteloup a marqué à son tour sa place par son habileté chirurgicale, par son esprit ingénieux et inventif. Quel que soit d'ailleurs le jugement définitif qui doive être porté sur ses divers mérites, son nom restera justement attaché à l'histoire de la litbotritie.

Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui vendredi. Un nombreux concours d'amis était venu rendre les derniers devoirs au célèbre litbotriteur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Bourbousson, chevalier de la Légion d'honneur, président de l'Association des médecins du Vaucluse, ancien représentant à l'Assemblée constituante et à l'Assemblée législative, vice-président du conseil général, décédé à Sablet (Vaucluse), le 27 septembre, à l'âge de cinquante-trois ans.

— Le banquet annuel de l'internat de Lyon aura lieu le 22 octobre prochain. Les anciens internes et les internes actuels sont invités à y prendre part. Ce banquet se fera par souscription; le prix de la cotisation est fixé à 15 francs.

On est prié de remettre en souscrivant le montant de la cotisation soit à l'interne de garde, à l'Hôtel-Dieu, soit à M. Horand, interne dans le même hôpital. La liste de souscription sera close le 10 octobre au soir.

MM. les souscripteurs seront informés, par une lettre, du lieu et de l'heure de la réunion.

Socrate était-il fou? Réponse à M. Bally (de l'Académie de médecine), par M. BOURNEVILLE, rédacteur au *Journal de médecine mentale.* Brochure in-8°; Paris, V. Masson. Prix : 50 c.

Le Directeur, Dr E. Le Soerd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 119. — MARDI 11 OCTOBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 119. — MARDI 11 OCTOBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Choléra de 1853-1854. — HÔPITAL COCHIN (M. Woillez). Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires. — De l'iridectomie. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 3 octobre. — Circulaire du ministre de l'instruction publique aux recteurs. — Nouvelles. — FEUILLETON. Congrès médical de Lyon.

PARIS, LE 10 OCTOBRE 1864.

Bien qu'il s'agisse d'un fait accompli depuis longtemps déjà, les résultats que nous nous proposons d'exposer aujourd'hui n'ont rien perdu de leur intérêt. Le système des visites préventives emprunté à l'Angleterre et mis en pratique pendant la dernière épidémie de Paris, n'avait pu encore jusqu'à présent être convenablement apprécié dans ses résultats généraux. Chacun des médecins appelés à cette époque à concourir à cette enquête, a pu se convaincre devers soi de son utilité; quelques-uns ont même fait connaître à cet égard leurs impressions personnelles. Mais le résultat d'ensemble ne pouvait être jugé qu'après un travail de la nature de celui que vient de publier M. Duchesne, au nom et par les soins du Conseil d'hygiène publique et de salubrité (1). C'est à ce document officiel que nous empruntons les faits qui vont être exposés.

Il était accepté généralement comme fait d'observation que le choléra est le plus ordinairement précédé d'une diarrhée qui a été désignée sous le nom de diarrhée prodromique ou prémonitoire, et qu'en combattant ce symptôme dès son apparition, on pouvait prévenir souvent le développement de la maladie. L'enquête de 1853-1854 devait donner sous ce rapport, et pour le présent et pour l'avenir, des résultats décisifs. C'est, en effet, ce qui a eu lieu.

Sur les 6,903 bulletins, le rapport constate que la diarrhée prémonitoire a précédé le choléra, de six heures au moins, 4,983 fois; 619 fois seulement il n'y a pas eu de diarrhée. Mais un certain nombre des bulletins de visite, négatifs sous ce rapport, mentionnent que les individus atteints éprouvaient depuis plusieurs jours des coliques ou du malaise général, ou une douleur épigastralgique assez forte.

Chez d'autres malades, le choléra s'est déclaré d'emblée, mais ils étaient atteints de maladies graves ou convalescents de maladies antérieures.

Chez les jeunes enfants, on a souvent constaté qu'il y avait de la diarrhée, qui a été attribuée à la dentition. Enfin les observations consignées sur les bulletins font voir que le choléra est devenu quelquefois foudroyant à la suite d'une émotion vive.

Il résulte, en résumé, de ce dépouillement, sous le point de vue qui nous occupe, que la règle générale qui a établi que dans toutes les épidémies cholériques et dans tous les pays la maladie était presque constamment précédée de diarrhée, est exacte, et que le choléra d'emblée est une exception à cette règle générale.

Parmi les causes prédisposantes générales que le rapport a étudiées, nous signalerons ici celles qui sont plus particulièrement accessibles à l'action de l'hygiène, telles que l'insalubrité des rues, des maisons et des logements.

Quoiqu'on ait pu citer dans l'épidémie de 1853-54, comme dans les autres épidémies, des rues et des maisons très-salubres qui ont été cruellement frappées par le choléra, il y a eu encore cependant une très-grande différence à établir entre la mortalité de celle-ci et la mortalité des rues et des maisons insalubres.

204 maisons ont été plus spécialement notées comme insalubres. C'est dans les anciens VIIIe et XIIe arrondissements, plus particulièrement occupés, comme on le sait, par les classes laborieuses pauvres, qu'on a noté un plus grand nombre de maisons insalubres et frappées par le choléra.

L'état des lieux d'aisance n'a point été négligé dans cette enquête. On sait le rôle que quelques médecins ont fait jouer aux émanations qui en proviennent, comme cause prédisposante spéciale ou agent de propagation du choléra. Sans accorder à cette opinion plus de valeur qu'elle ne mérite, on ne peut du moins contester l'influence pernicieuse de ces émanations comme cause prédisposante générale dans le choléra comme dans toute autre épidémie. L'enquête a eu pour résultat de faire constater que, dans un très-grand nombre de maisons, notamment dans les arrondissements que nous venons de citer, les lieux d'aisance étaient dans un état de malpropreté et de dégradation déplorable (1).

Les logements des malades atteints de choléra ont été de la part des médecins-visiteurs l'objet de la plus grande attention. Dans les logements particuliers, on a reconnu différentes causes d'insalubrité, comme défaut d'air, de lumière, humidité, malpropreté des murs, etc. Beaucoup plus souvent, on a trouvé que les logements particuliers, salubres en eux-mêmes, étaient rendus insalubres par l'encombrement. Cinq, six personnes, et quelquefois même un plus grand nombre, vivaient et passaient la nuit dans des chambres qui n'auraient dû en contenir que deux ou trois au plus. Ce sont les familles placées dans ces conditions d'encombrement qui ont fourni les chiffres de malades et de morts les plus considérables. L'effet pernicieux de cet encombrement était encore accru, dans un grand nombre de circonstances, soit par le voisinage des plombs ou des latrines, soit par la cohabitation d'animaux domestiques, ou par la présence et l'accumulation de hardes ou d'objets malpropres.

Les logements garnis devaient être particulièrement suspectés. On sait qu'un grand nombre de ces logements sont humides, privés d'air et de lumière, et leur ameublement le plus souvent dans un état de dégradation et de malpropreté révoltant. Ces garnis sont, en outre, généralement situés dans des quartiers étroits, resserrés, et dans de vieilles maisons délabrées, divisées et cloisonnées en petits compartiments par de vieilles planches juxtaposées. Si par hasard ces garnis sont vastes, aérés, bien situés et dans de bonnes conditions d'hygiène, l'encombrement ne tarde pas à les rendre insalubres. Le dépouillement des bulletins de visite a montré qu'en 1853-1854, comme en 1849 et en 1832, le choléra avait fait de nombreuses victimes parmi les habitants de ces tristes demeures.

Passant des causes prédisposantes générales aux causes prédisposantes particulières, le rapport constate que parmi les sujets atteints par l'épidémie, un assez grand nombre (617) étaient, au moment de l'invasion, actuellement malades ou atteints de maladies anciennes, ou convalescents de maladies graves. Les maladies le plus communément signalées par les médecins sont la fièvre typhoïde, les entérites, les gastrites et quelques fièvres éruptives, comme la rougeole, la scarlatine, la variole, les érysipèles.

Les bulletins ont mentionné dans 1,020 cas la misère et les privations au nombre des causes prédisposantes qui ont dû favoriser l'explosion de la maladie.

L'acclimatation a été signalée aussi parmi les circonstances prédisposantes : on a constaté 369 cas de choléra sur des sujets arrivés à Paris depuis peu de temps (depuis moins de six mois). Sur ces 369 sujets, 251, c'est-à-dire les deux tiers, étaient à Paris depuis un mois au plus.

Les causes occasionnelles ont été également l'objet d'une analyse. 291 bulletins ont indiqué les écarts de régime, les indigestions et les imprudences; tantôt c'est l'ingestion d'une grande quantité d'eau froide, de glace, de bière froide; tantôt l'usage de fruits non mûrs ou de mauvaise qualité, tantôt l'usage de bains froids étant en sueur ou étant déjà atteint de diarrhée.

L'ivrognerie devait avoir une large place dans cette analyse à côté des faits de la catégorie précédente; elle a été constatée 201 fois; ce qui, joint aux 291 cas d'écarts de régime et indigestions, porte à 492 le chiffre total des faits d'intempérance, soit 1/14e du chiffre total des cas de choléra.

Enfin, 172 bulletins font mention d'individus qui ont été

(1) *Rapport sur le choléra de 1853-1854 à Paris*, fait au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, par M. le docteur Duchesne, membre du Conseil de salubrité.

(1) La disposition et la tenue des lieux d'aisance sont en ce moment l'objet de la préoccupation et des études les plus sérieuses de la part de la commission des logements insalubres de Paris. Nous ne saurions trop souvent appeler sur ce point capital d'hygiène l'attention de ceux de nos confrères qui sont à même de visiter fréquemment les habitations des indigents dans les grandes villes ou de surveiller l'hygiène des écoles ou de tous autres établissements analogues publics ou privés. Ils pourraient, soit par leurs conseils, soit en signalant aux commissions spéciales ou aux autorités compétentes les faits d'insalubrité qui parviendraient ainsi à leur connaissance, concourir efficacement à une réforme hygiénique qui a tout à la fois le caractère de la plus haute utilité et de la plus grande urgence.

CONGRÈS MÉDICAL DE LYON.

Les congrès médicaux sont en France chose trop récente pour être approuvés par tout le monde; mais leur utilité ne sera plus contestée par aucun de ceux qui, comme nous, viennent d'assister à celui de Lyon.

Il faut dire aussi que peu de villes pourraient réunir en province des conditions aussi favorables : un noyau local de médecins et de chirurgiens distingués, faisant école, et sur bien des points d'une originalité vigoureuse; et en outre, par rapport aux confrères étrangers, une indulgence, une attention, une amabilité, une bienveillance extrêmes, dont nous avons, pour notre part, trop vivement éprouvé les effets pour en pouvoir jamais perdre le souvenir.

Nulle apparence de cet étroit esprit de clocher, qui dans de semblables réunions est le plus grand écueil à craindre !

Il s'y trouvait des notabilités de presque tous les points de l'Europe; entre autres, MM. Palasciano (de Naples), Pacchioti (de Turin), Gherini (de Milan), Engelsted (de Copenhague), Mondy (de Londres), Bulkens (de Gheel, en Belgique), sans compter un grand nombre de médecins ou chirurgiens français, mais non lyonnais, dont deux figuraient au bureau comme premiers vice-présidents, MM. Verneuil et Leudet (de Rouen).

Avec de tels éléments de succès, le congrès médical de Lyon ne pouvait manquer d'être à la fois fort intéressant et fort instructif : il le fut.

Il serait trop long d'en rendre compte avec les détails qu'il mérite; nous devons nous borner à quelques réflexions sur les points les plus importants.

Il fallut tenir deux séances par jour, car chacune d'elles fut remplie par l'examen d'une seule question, et douze questions étaient portées sur le programme.

Les deux premières furent traitées le lundi 26 septembre; nous n'étions point encore arrivé, et nous ne pouvons que constater par ouï-dire l'impression générale causée par le Mémoire de M. le professeur Tessier sur l'ataxie locomotrice envisagée soit comme symptôme, soit comme maladie distincte, et par celui de M. Bouchard, externe à la Salpêtrière, sur les lésions des cordons médullaires qu'on trouve après cette affection.

Le mardi matin, la phthisie se trouvait à l'ordre du jour. La question était ainsi formulée : « Établir par des faits rigoureux la curabilité de la phthisie pulmonaire; distinguer parmi les » variétés de la phthisie celles qui sont susceptibles de guérison et » celles qui ne le sont pas. » Ces termes parurent trop rigoureux à la plupart des orateurs, qui s'écartèrent bravement du programme, et ce n'est pas nous qui nous en plaindrons, car cette louable audace nous a permis de connaître les recherches microscopiques de M. Chatin sur la *phthisie épithéliale chronique*, et les études comparées de M. Leudet sur la phthisie de l'ivrogne et celle de l'homme sobre.

Au point de vue pratique et thérapeutique, une chose nous a frappé surtout dans cette longue discussion : c'est que la plupart des médecins de nos jours reconnaissent en principe la curabilité possible de la phthisie, quel que soit le degré de maturité du tubercule. Aussi s'inquiètent-ils beaucoup moins de la lésion anatomique et beaucoup plus de l'état général, de la constitution plus ou moins délabrée par la misère, par les excès, par telle ou telle diathèse. Nous sommes parfaitement d'accord sur ce sujet avec MM. Monin, Rambaud, Boudet, etc.; comme eux nous croyons qu'il serait possible par une hygiène bien entendue, de diminuer considérablement le nombre des phthisiques.

On avait annoncé un mémoire de M. Martinenq, médecin de marine, sur *les effets de l'air marin dans la phthisie*; l'heure avancée n'a pas permis de le lire, et nous l'avons beaucoup regretté, car nous aurions voulu savoir si les observations qui y étaient contenues se trouvaient d'accord avec celles que nous avions rapportées de nos nombreux séjours sur différentes plages.

D'après notre expérience, l'air marin inspiré sur certaines côtes et dans certaines conditions exerce un effet incontestable sur la marche de la phthisie; mais ceci nous mènerait trop loin et ne saurait être développé d'une manière incidente.

Revenons-en au congrès.

Les trois questions qui venaient ensuite étaient toutes chirurgicales et lyonnaises pour ainsi dire.

Lorsqu'il s'est agi des ankyloses et de leur brusque redressement, l'école de Bonnet s'est montrée à nous vivante, convaincue, presque passionnée. Les sections sous-cutanées des tendons, attaquées principalement par MM. Delore et Desgranges, ont été chaleureusement défendues par MM. Phelippeau et Palasciano.

Pendant ce débat scientifique, un même sentiment pénétrait dans l'âme de tous les auditeurs : c'était un besoin mal défini de rendre publiquement hommage à la mémoire de ce grand chirurgien, Bonnet, dont les Lyonnais pleurent encore la perte.

Aussi tout le monde a-t-il applaudi, lorsqu'on entendit son Éloge dans la bouche de M. Verneuil, lequel ne fut point son disciple et est loin de partager toutes ses opinions.

Il est beau d'honorer les gloires qu'on a perdues, surtout quand on ne marchande pas aux vivants la sympathie qu'on a pour les morts. Cette sympathie, à Lyon, n'a pas été moins vive pour M. Ollier que pour Bonnet.

La cinquième séance du congrès fut la mieux remplie et sans contredit la plus instructive. On y devait discuter les travaux de M. Ollier sur le périoste et sur son rôle dans la génération des os.

Nous vîmes d'abord un malade opéré par M. Aubert, de Mâcon. Quelques mois après une résection sous-périostique qui lui avait enlevé l'épiphyse inférieure avec une partie de la diaphyse du tibia, ce jeune homme était si bien guéri qu'il pouvait non-seulement marcher,

frappés et quelquefois foudroyés par le choléra sous l'impression ou à la suite d'émotions morales tristes, et particulièrement du chagrin causé par la perte d'un parent ou d'un ami.

Il nous resterait à indiquer tout ce qui a trait à la mortalité. Ce sera l'objet d'un second article. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. Woillez.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires.

Pneumonie. — Considérations sur le pronostic et le traitement. — Opportunité des émissions sanguines. — Forme insolite ; pneumonie et varioloïde concomitantes.

J'ai à vous entretenir aujourd'hui de la pneumonie, à propos de quelques faits peu ordinaires que nous ne verrons probablement pas de longtemps. Ces malades me fourniront l'occasion de vous présenter quelques considérations pratiques que je considère comme importantes au double point de vue du pronostic et du traitement de cette maladie.

Nous avons d'abord sous les yeux (salle Sainte-Marie, n° 9), une jeune fille atteinte de pneumonie double qui mérite toute votre attention.

C'est une couturière, âgée de vingt-huit ans. Quoique née de parents qui jouissent d'une bonne santé habituelle, elle a une constitution en apparence chétive ; elle est lymphatique et maigre. Cependant elle se portait bien antérieurement à sa maladie. La menstruation chez elle a toujours été facile et régulière, et depuis qu'elle est à Paris (depuis trois ans), elle est seulement sujette à des flueurs blanches.

Elle avait été enrhumée à différentes reprises dans le cours de l'hiver, et elle toussait depuis quinze jours, en éprouvant en même temps un sentiment d'oppression habituel, lorsque le 12 de ce mois, en revenant de son travail, elle a été prise tout à coup d'un frisson violent d'une demi-heure de durée environ, puis de chaleur, avec douleur des deux côtés de la poitrine, dyspnée, et toux bientôt suivie d'expectoration de crachats jaunâtres. Elle fut forcée de s'aliter immédiatement, et elle entra à Cochin le quatrième jour.

Le lendemain, je fus frappé de l'état d'anxiété de la malade. Elle était couchée la tête haute, en proie à un malaise général et à une dyspnée prononcée ; la peau était chaude et les pommettes étaient colorées. Le pouls battait 128 fois par minute, irrégulier et peu résistant ; la langue était blanche ; il y avait de la soif et perte complète de l'appétit, sans autre particularité du côté des organes digestifs. L'intelligence était d'ailleurs intacte.

Les mouvements respiratoires étaient fréquents et laborieux ; il y avait des douleurs diffuses des deux côtés de la poitrine, sans foyers névralgiques, avec sentiment d'oppression, une toux assez rare, suspirieuse par moments, et des crachats d'un jaune safran ou rougeâtre depuis la veille.

La sonorité était normale des deux côtés de la poitrine en avant ; mais en arrière, elle était diminuée dans le tiers inférieur gauche, et abolie complétement dans le quart inférieur droit. On percevait en arrière, dans les trois quarts inférieurs des deux côtés, un souffle bronchique dans l'inspiration et l'expiration avec bronchophonie et râles crépitants nombreux, assez gros, se produisant surtout à la fin des inspirations, râles plus prononcés vers les bases et augmentant en nombre par la toux. En avant, le bruit respiratoire était vésiculaire, excepté à la base du côté droit, où l'on constatait aussi des râles crépitants qui se prolongeaient en dehors pour se confondre avec ceux de la région postérieure.

Dans une pneumonie avec des caractères aussi tranchés, le diagnostic n'offrait pas le moindre doute. Nous retrouvions des deux côtés les signes classiques de la pneumonie. Outre la fièvre, les douleurs thoraciques, la dyspnée, la toux, nous avions une expectoration de crachats visqueux d'un jaune rougeâtre, une matité plus ou moins complète à la percussion, un souffle tubaire avec bronchophonie et des râles crépitants à l'auscultation. Il n'y avait même pas à discuter le diagnostic différentiel en présence de cet ensemble caractéristique. Il y avait surtout à noter que les signes locaux occupaient les deux côtés, et qu'il s'agissait par conséquent d'une pneumonie double ; particularité qui, avec l'intensité des phénomènes généraux, me fit porter un pronostic fâcheux.

L'état général, et celui du pouls en particulier, ne me paraissant pas indiquer la nécessité de la saignée générale, que je craignais de voir mal supportée, j'ai fait appliquer vingt sangsues à la base du sternum, en recommandant de limiter l'écoulement du sang à deux ou trois heures, et j'ai prescrit une potion émétisée (tartre stibié, 0 gr. 30). L'émission sanguine, malgré l'apparence chétive de la jeune malade, fut parfaitement supportée. La potion stibiée fut tolérée, mais suspendue deux jours après, parce qu'elle occasionna des selles trop fréquentes. On lui substitua un julep avec kermès et une pilule d'opium de 0 gr. 05 le soir.

Le 21 avril, cinquième jour du traitement, vous avez vu qu'une amélioration très-prononcée s'était produite graduellement dans l'état général et dans l'état local. Le pouls, descendu de 128 à 80, était redevenu rapidement régulier, la chaleur sèche avait été remplacée par une légère moiteur, la face était pâle, un calme complet avait remplacé l'anxiété due à la dyspnée, qui elle-même avait diminué rapidement ; les douleurs thoraciques avaient disparu, la toux était devenue très-rare, les crachats, sans viscosité, ne présentaient plus de coloration anormale, enfin, les signes fournis par la percussion et par l'auscultation s'étaient tellement amendés, qu'aujourd'hui, dix jours après l'admission, et au quinzième de la pneumonie, la malade, assise et travaillant dans son lit, doit être considérée comme guérie (1).

Je ne fais que vous rappeler les points principaux de cette observation, pour vous exposer les réflexions générales qu'elle me suggère à propos du pronostic et du traitement de la pneumonie.

La question du pronostic de la pneumonie est extrêmement complexe ; aussi a-t-on émis à ce sujet les opinions les plus diverses.

Pour les médecins du dernier siècle, et en particulier pour Boerhaave et Van Swieten, il y avait deux sortes de pneumonies vraies : l'une bénigne, due à l'obstruction inflammatoire des artérioles bronchiques, et l'autre très-grave, due à l'obstruction semblable des dernières ramifications de l'artère pulmonaire. Les modernes, mieux renseignés sur l'anatomie pathologique et le diagnostic de la pneumonie, n'ont pu admettre cette explication subtile, et ils ont cherché à mieux préciser, au point de vue pratique, les données du pronostic. Or, il résulte de ces recherches qu'il n'existe que de très-rares données d'une valeur absolue dans le sens, soit d'un pronostic favorable, soit d'un pronostic funeste.

On n'est arrivé qu'à établir une mortalité plus grande dans telle condition que dans telle autre condition opposée. M. Grisolle, qui a étudié cette question avec le plus grand soin dans son *Traité de la pneumonie*, nous y fournit les renseignements les plus complets sur la valeur pronostique des différentes particularités de la maladie. Nous y trouvons entre autres conditions favorisant plus souvent la terminaison par la mort que la guérison : le sexe féminin, une constitution chétive, l'existence de prodromes avant l'invasion fébrile, et le siége de la pneumonie des deux côtés.

Notre malade, à son admission, présentait justement, avec un état général grave, cet ensemble de conditions défavorables. Mais comme je vous le disais tout à l'heure, ces conditions pronostiques n'ont rien d'absolu. Et ce qui le prouve ici, c'est que la malade, sous l'influence d'un traitement sur lequel je reviendrai tout à l'heure, est entrée rapidement en convalescence.

Vous devez en conclure qu'il vous faut toujours être réservés sur le pronostic de la pneumonie dans la pratique. N'oubliez pas, en premier lieu, que des pneumonies primitives et franches, très-graves en apparence, peuvent néanmoins guérir par un traitement approprié ; en second lieu, que des pneumonies très-franches, survenant même chez des sujets jeunes, peuvent se terminer, sans complications particulières, d'une manière fatale.

Le jeune homme atteint de pneumonie droite (salle Saint-Jean, n° 7), dont je vous ai parlé à propos du son tympanique et du bruit de pot fêlé dans la pneumonie (1), et qui a succombé depuis aux progrès de la maladie, est un exemple qui vous démontre l'imprudence que souvent il y aurait à se prononcer d'une manière trop catégorique, au lit du malade, sur le pronostic de la pneumonie.

Ce jeune homme, âgé de dix-huit ans, offrait tous les signes d'une pneumonie franche primitive. Il était entré à l'hôpital peu après l'invasion, ce qui est considéré avec raison comme une condition favorable pour le traitement ; et, malgré l'acuité des phénomènes généraux et locaux, tout faisait présager d'abord une issue favorable de la maladie. Mais il n'en fut pas ainsi : la mort est survenue au dixième jour de la pneumonie, après l'extension graduelle de l'inflammation de la base du poumon droit jusqu'au sommet. L'autopsie nous a montré une hépatisation étendue de ce poumon, sans tubercules pulmonaires.

Malheureusement pour les études cliniques, il est difficile de saisir les causes complexes qui influent sur les modes de terminaison de la pneumonie. En dehors de l'individu, il y a surtout à considérer la constitution médicale ; aussi ne devez-vous pas oublier de tenir compte de l'épidémie de grippe dont nous avons eu récemment encore plusieurs exemples sous les yeux. Cette épidémie peut avoir influé d'une manière fâcheuse sur l'issue de la pneumonie de notre n° 7 de la salle Saint-Jean.

Mais une influence plus facile à apprécier, et sur laquelle je veux appeler votre attention, parce qu'elle me paraît être trop négligée, c'est l'hygiène antérieure à laquelle ont été soumis les malades. Sous ce rapport, la femme de la salle Sainte-Marie dont je viens de vous parler, et qui était atteinte de pneumonie double, avait été soumise à de bonnes conditions d'alimentation, d'habitation, etc., à une bonne hygiène, en un mot, avant l'invasion de la maladie ; tandis que le jeune homme qui a succombé à une pneumonie simple était depuis longtemps soumis à une alimentation insuffisante, et en même temps depuis un an à un travail bien au-dessus de ses forces.

Je fais ce rapprochement non pour vous signaler l'hygiène antérieure comme ayant une influence exclusive sur le pronostic, qui est, je le répète, une des questions les plus complexes, mais pour fixer votre attention sur un des points les plus facilement saisissables et ayant une importance pratique réelle.

Cette considération des antécédents hygiéniques n'est pas moins importante pour le traitement que pour le pronostic de la pneumonie. Pour ma part, je crois devoir en tenir grand compte lorsque j'ai à formuler le traitement dans cette maladie.

(1) Cette malade est, en effet, sortie guérie de l'hôpital quelque temps après.

(1) Voyez le n° 90 de ce journal (mardi 10 août).

mais danser plusieurs heures de suite. On sentait l'os restauré, inégal, déprimé vers le centre de la cicatrice, mais épais et solide presque autant qu'un os sain. La jambe était à peine raccourcie, l'articulation même avait repris une partie de ses mouvements.

Après un fait aussi probant, il ne semblait pas qu'il fût possible de contester l'utilité des opérations sous-périostiques, car on pouvait juger de la longueur du cylindre osseux reproduit par celle du cylindre enlevé qui mesurait au moins quatre travers de doigt.

Aussi fûmes-nous étonnés lorsque nous vîmes deux chirurgiens de Lyon, M. Marmy et M. Desgranges, contester au périoste sain la faculté de reproduire les os.

M. Marmy invoquait à l'appui de son système des expériences assez nombreuses qu'il faut diviser en deux classes. Les premières, dont le résultat fut positif, tendaient à prouver que le périoste n'est point indispensable à la nutrition ou à la production du tissu osseux, puisque des os privés de leur périoste ne s'étaient point mortifiés, puisque les fragments obtenus dans des résections ordinaires avaient pu s'allonger par des cônes osseux, puisque même dans plusieurs cas où la perte de substance ainsi produite n'était pas trop considérable, les deux fragments avaient pu se rejoindre et se souder par des tissus osseux.

Quant aux autres vivisections, leur résultat fut négatif. Elles avaient pour but d'infirmer la valeur des faits invoqués par les partisans du périoste. Dans ses résections, M. Marmy n'avait jamais eu à se louer d'avoir conservé cette membrane, tandis que l'évidement des os tel que l'opère M. Sédillot lui avait toujours donné d'excellents résultats ; enfin, dans des essais nombreux de séparation du périoste, il n'avait jamais obtenu la moindre lame osseuse, soit chez le chien, soit chez le chat, ce qui lui semblait indiquer quelque chose de spécial dans la nature et le périoste des jeunes lapins sur lesquels M. Ollier faisait ses fameuses expériences.

Mais sur ce point M. Ollier avait d'avance préparé sa réponse. Sans entrer dans la discussion d'une manière plus directe, il nous fit passer un tel nombre de véritables os produits soit chez le chien, soit chez le chat, par le périoste détaché, changé de place et contourné, que tous les doutes durent s'éteindre dans l'esprit même de ses contradicteurs.

Il en fut de même en ce qui regardait l'utilité de la conservation du périoste dans les résections. M. Ollier avait apporté un nombre vraiment considérable de pièces qui montraient la restauration des os plus ou moins complète dans les résections sous-périostiques, nulle ou presque nulle lorsque le périoste avait été enlevé.

Restait à faire connaître les conditions qui permettaient de réussir dans ces opérations délicates : c'est ce que fit encore M. Ollier avec une extrême clarté. Pour que l'os puisse se reproduire, il est bon d'abord que le périoste ait une certaine épaisseur, une certaine vitalité, et c'est pourquoi le périoste irrité, gonflé, hypertrophié, est plus propre à faire du tissu osseux ; mais cela n'est pas toujours indispensable. Ce qu'il faut surtout, c'est que l'opéré soit maintenu dans un milieu sain, hygiénique, que sa santé générale soit bonne, et qu'il ne soit pas dans un état fébrile pendant les jours qui suivent l'opération. Comme exemple, M. Ollier nous a montré les têtes de trois chiens qui avaient subi la résection sous-périostique des os du palais ; deux étaient faibles et malingres au moment de l'opération, et l'on voyait à peine sur les points enlevés quelques nouveaux noyaux osseux ; tandis que chez le troisième, opéré bien portant, la perte de substance osseuse s'était rétablie en entier.

Ainsi tombaient l'une après l'autre les principales objections des adversaires du périoste.

Lorsqu'ils avaient repoussé comme incroyables les observations de Larghi, de Krentz y Mantz et de Langenbeck, ils s'étaient appuyés surtout sur les résultats négatifs de leurs opérations sur les chiens et les chats ; et ces faits négatifs perdaient toute leur valeur en présence des faits positifs présentés par M. Ollier. En outre, M. Ollier garantit, pour sa part, la véracité de Larghi, qu'il avait pu constater *de visu*, et M. Verneuil fit de même à l'égard de Krentz y Mantz.

Du reste, M. Ollier fut d'accord avec M. Marmy pour admettre que des tissus autres que le périoste peuvent concourir parfois à l'ossification, et qu'une perte de substance osseuse ne dépassant pas un centimètre peut être réparée en l'absence du périoste. « Mais, ajouta l'éminent chirurgien, tandis que le périoste sécrète l'os d'une manière normale, les autres tissus ne le font jamais que par suite d'une irritation particulière qu'il n'est au pouvoir de l'opérateur ni de faire naître ni de régler. »

Le danger des opérations sous-périostiques ayant été fort exagéré, M. Ollier, et M. Verneuil après lui, s'attachèrent à démontrer leur innocuité relative. Leur manuel opératoire n'a rien de compliqué ; les hémorrhagies sont plus rares lorsque le périoste est conservé que lorsqu'on le sacrifie. Enfin, quand on arrive à régénérer l'os, le résultat final est tellement précieux qu'on ne saurait le mettre en parallèle avec ce qu'on peut obtenir par les résections ordinaires.

Ces communications furent accueillies par tous plus qu'avec faveur, presque avec enthousiasme ; on sentait que dans cette bonne ville de Lyon les confrères de M. Ollier avaient pour lui non-seulement de l'estime, mais une véritable affection.

V. Revillout, d.-m.-p.

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Essai sur le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme, par le docteur Montéros. 1 vol. grand in-8°, 19 tableaux et 17 planches. Prix : 7 fr. 50 c. Chez Louis Leclerc, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 14.

Etude sur la fève du Calabar, par le docteur Carlos Lopes. Brochure grand in-8°, avec planches. Prix : 2 fr. Chez Louis Leclerc, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 14.

Et d'abord, c'est en grande partie sur cette donnée que je me fonde pour juger de l'opportunité des évacuations sanguines, ainsi que je vous l'ai fait remarquer plusieurs fois déjà en présence des malades admis dans mes salles. Cette manière de voir n'est pas nouvelle, il s'en faut, mais on la néglige assez souvent pour que je croie devoir vous la rappeler.

Je ne suis pas de ceux qui font de l'expectation en présence de la pneumonie, et qui considèrent par suite comme inutile l'emploi des émissions sanguines dans le traitement de cette maladie, parce que l'on a observé des guérisons assez fréquentes à la suite d'un traitement insignifiant. Comme conséquence naturelle de cette manière de voir, il est résulté qu'il est devenu très-rare d'employer les émissions sanguines contre la pneumonie dans les hôpitaux de Paris. Il faut cependant reconnaître que si l'importance des saignées en pareil cas a été grandement surfaite, il y a une trentaine d'années, sous l'empire de la médecine dite physiologique, elles ne doivent pas être aussi complétement abandonnées qu'on le fait communément.

A ce propos il est curieux de remarquer que lorsque M. Louis établit, en 1835, contre l'opinion alors si généralement admise, que tout dans l'observation des faits *déposait des bornes étroites de l'utilité des émissions sanguines dans la pneumonie* comme dans l'érysipèle de la face (1), il souleva les protestations les plus violentes. Son jugement paraissait tellement en désaccord avec la manière de juger de ses contemporains prévenus, que ce fut là, il faut bien l'avouer, le principal motif qui fit attaquer sa méthode numérique pour la détermination des faits thérapeutiques. Quoi qu'il en soit, l'assertion du célèbre clinicien, vraie parce qu'elle a été basée sur des faits bien observés et analysés avec soin, ne serait plus contestée aujourd'hui si elle se produisait pour la première fois. De nos jours, en effet, ceux qui proscrivent absolument les émissions sanguines vont encore plus loin que M. Louis, qui a établi que la saignée, dont l'influence était beaucoup moindre qu'on ne se l'imaginait communément (2), avait une heureuse influence sur la marche de la pneumonie, dont elle abrégeait la durée de quelques jours lorsqu'elle était faite vers le début de la maladie.

DE L'IRIDECTOMIE.

Rapport sur un travail de M. le docteur Meyer (3),

lu à la Société de chirurgie par M. le Dr LEFORT.

Parallèle entre l'iridectomie et le débridement de l'œil.

Le fait principal de la découverte de Græfe, c'est, comme le dit M. Ch. Pagenstecher, d'avoir eu la hardiesse d'entreprendre sur un œil atteint d'inflammation une opération qu'il y a vingt-cinq ans on ne se hasardait à pratiquer sur un œil non enflammé qu'en s'entourant des précautions les plus minutieuses; c'est d'avoir appliqué à la guérison d'affections inflammatoires l'opération de la pupille artificielle par excision. Les bienfaits de l'iridectomie peuvent-ils être réalisés avec moins de dangers et d'inconvénients par d'autres opérations? C'est ce que je suis assez disposé à admettre.

Le fait de M. Richet nous force à apporter à l'examen des résultats obtenus par l'opération dite d'Hancock la plus grande attention. Que cette opération ait été suivie de succès, nous ne pouvons en douter; nous avons devant nous le témoignage de notre collègue, de nombreuses observations recueillies à Westminster ophtbalmic hospital, et elle a pu mieux réussir là où l'iridectomie avait échoué, comme le témoigne un fait consigné par M. Rosebrugh, de Torvato, dans le numéro du 28 juillet 1864 de l'*American medical Times*. Sa malade, atteinte de glaucome aigu, fut iridectomisée le 26 novembre 1862. Le 20 janvier 1863, l'amélioration de la vue survenue d'abord avait disparu, et l'œil était redevenu dur. L'opération d'Hancock, pratiquée alors, amena la guérison complète, et la malade put depuis lire sans lunettes l'imprimé ordinaire.

Examinons comparativement les résultats donnés par les deux opérations.

Depuis le mois de septembre 1859, époque où il l'imagina, jusqu'au mois d'octobre 1860, M. Hancock pratiqua 34 fois son opération dans des cas de glaucome. Quinze de ces observations ont été publiées *in extenso* par lui dans *The Lancet*, et les résultats dans ces 34 cas se partagent de la manière suivante :

10 n'eurent aucune amélioration.
6 recouvrèrent la faculté de percevoir la lumière.
5 purent reconnaître divers objets, comme clefs, crayons, etc.
10 purent lire, et aucun de ces malades ne pouvait avant l'opération distinguer une seule lettre.

Si nous mettons en regard de ces faits ceux recueillis à London Ophthalmic hospital, et dans lesquels l'iridectomie a été faite, en ramenant à 100 le chiffre des opérés, nous trouvons :

	Iridectomie.	Opérat. d'Hancock.
Aggravation par l'opération. . . .	2	»
Sans amélioration notable pour la vue.	70	51
Vision des objets rendue au malade. .	15	16
Faculté de lire rendue à l'opéré. . .	12	32

Ces chiffres ont certainement leur valeur, mais il ne faudrait pas cependant l'exagérer. Il ne suffit pas pour se rendre compte de l'amélioration de la vue de comparer les points d'arrivée, il faudrait établir la comparaison d'après le point de départ, et la valeur de cette comparaison ne resterait entière que si le point de départ avait été le même pour tous les malades, c'est-à-dire une cécité absolue.

La non-publication *in extenso* de toutes les observations de M. Hancock m'a empêché de faire cet examen comparatif dans des conditions plus rigoureuses.

Mais une autre considération doit encore intervenir, celle des dangers et des accidents des deux opérations.

L'iridectomie, même entre les mains de chirurgiens habiles et expérimentés comme ceux de London Ophthalmic hospital, peut être suivie d'accidents. C'est ce que nous montre encore le consciencieux rapport de M. Bader.

Une fois, le corps vitré, l'hyaloïde, le cristallin s'échappèrent, et il se fit une hémorrhagie évaluée à 15 grammes de sang.

Une fois, le cristallin encore dans sa capsule se présenta à la plaie, et six heures après on le trouva à côté du malade avec un tiers du corps vitré.

Quatre fois des fragments de cristallin sortirent par la plaie, et dans deux cas le reste devint opaque; dans deux autres cas, il s'échappa avec quelques débris du cristallin un peu du corps vitré.

Sept fois le cristallin devint opaque après l'opération; il avait probablement été atteint par le couteau ou les pinces.

Quinze fois il y eut des hemorrhagies. Dans quelques cas le sang s'échappa de la partie voisine de la grande circonférence, d'autres fois près de la pupille ou même de la surface libre de l'iris. Cette hémorrhagie, attribuée par la plupart des auteurs à l'évacuation trop rapide de l'humeur aqueuse, arriva le plus souvent pendant l'opération, assez souvent encore immédiatement après, une fois au bout d'une heure, une autre fois le jour suivant, et dans ce cas il y eut suppuration du globe. La pratique suivie dans cette circonstance à Morfield est d'évacuer aussitôt le sang, sans lui permettre de former dans la chambre antérieure un caillot difficile à extraire; une fois même une contre-ponction a été faite à la cornée, pour permettre l'issue du sang épanché.

Græfe, dans le huitième volume des *Archives für Ophthalmologie*, signale tous ces accidents, étudie leur mode de production, les moyens de les éviter, et avec cette bonne foi scientifique qui honore tant l'illustre ophthalmologiste, il nous montre le premier un des inconvénients de l'opération; c'est, outre la cicatrisation cystoïde de la plaie, l'apparition plus hâtive d'un glaucome dans l'œil sain après que l'iridectomie a été faite avec succès sur l'autre.

Sur plus de 400 cas de glaucome observés par lui, Græfe n'a vu que 5 fois, lorsqu'il n'avait pas pratiqué l'iridectomie, survenir la maladie dans l'autre œil avant la fin du premier mois; mais dans 49 cas dans lesquels, au moment de l'iridectomie, l'autre œil était sain, 9 fois cet œil sain devint glaucomateux quinze jours après l'iridectomie faite sur l'œil malade.

Ajouterai-je au bénéfice de l'iridectomie deux faits réels, quoique inexplicables encore, observés par M. Pagenstecber de Wiesbaden, deux iridectomies restant sans effet sur l'œil opéré, mais guérissant l'autre œil malade également et non opéré?

Il est encore prématuré de se prononcer dans le parallèle de l'iridectomie et de l'opération d'Hancock. Cette dernière commence à s'introduire dans la pratique; M. Muuneley l'a acceptée avec une modification peu importante; elle est le point de départ du procédé de Heiberg de Christiania; M. Jose Salomon la pratique pour combattre la myopie congénitale ou acquise; en Amérique, elle est faite concurremment avec l'iridectomie; M. Richet lui a dû un succès remarquable; enfin M. Serres d'Alais paraît y avoir recours plus que journellement.

Pour ma part, sans expérience personnelle de l'opération, mais après avoir observé un certain nombre de malades et vu pratiquer de nombreuses iridectomies à Londres, dans l'hôpital de Morfield, en 1858, 1860 et 1861, par MM. Bowmann, Critchett, Hulke, Dinon, etc., et cette année même à l'hôpital ophthalmique de Saint-Pétersbourg par MM. Hagawly et Blessing, à Vienne par MM. Arlt et Jæger, à la clinique de Græfe par l'illustre ophthalmologiste de Berlin; après avoir lu attentivement la plupart des observations publiées, mon impression est plus favorable à l'opération d'Hankock qu'à l'iridectomie, et je m'éloigne sur ce point de l'opinion de MM. Follin, Foucher et Giraldès. Cette préférence, je la puiserais encore dans ce qui me paraît être le mode d'action de l'opération, et je demande à la patience et à la bienveillance de la Société la permission de lui exposer rapidement quelques idées sur la théorie du glaucome et de l'iridectomie.

Théorie du glaucome et du mode d'action des opérations pratiquées sur l'œil dans ces circonstances.

Le glaucome a été considéré par Græfe et par la plupart des ophthalmologistes comme une irido-choroïdite séreuse. L'augmentation de pression serait due à une hypersécrétion de sérosité qui se fait aux dépens de la choroïde et de l'iris. Le glaucome, dit aujourd'hui M. Wecker dans son excellent traité, est toujours dû à une hypersécrétion de liquide qui se fait dans la cavité de l'œil aux dépens du tractus uvéal.

Cette théorie paraît avoir non pas précédé mais suivi la découverte de l'iridectomie, opération à laquelle V. Græfe a été amené par les bons résultats temporaires de la paracentèse oculaire. C'est en enlevant une portion notable de la membrane sécrétante, que l'iridectomie empêche, dit-il, l'excès de pression intra-oculaire. Cette explication me paraît passible d'objections graves. Le point essentiel de l'opération, disent presque tous les ophthalmologistes, est d'enlever le lambeau d'iris jusqu'à la grande circonférence. Mais dans les cas où des fragments bien plus considérables de la partie moyenne et centrale de l'iris ont été enlevés sans amener de guérison permanente, pourquoi cette guérison n'aurait-elle pas eu lieu, puisque l'étendue de la membrane sécrétante a été diminuée plus notablement que dans une iridectomie faite suivant les préceptes posés, c'est-à-dire jusqu'à la grande circonférence?

Les succès incontestables de l'opération d'Hancock montrent bien mieux encore que cette diminution de la séreuse oculaire n'est pas indispensable à la guérison. De plus, si la sécrétion qui amène l'excès de pression est due à l'iris, comment se fait-il que le cristallin et l'iris soient portés en avant, au point que le diaphragme arrive quelquefois très-près de la cornée? L'étendue de la chambre antérieure, au lieu d'être diminuée, devrait être augmentée par le refoulement en arrière du cristallin; or, c'est le contraire qui existe.

M. Hancock à son tour a proposé une autre théorie. Il admet que la contraction spasmodique du muscle ciliaire, contraction due le plus souvent au rhumatisme, comprime les vaisseaux choroïdiens et amène une exsudation séreuse. Aussi a-t-il été amené à supprimer cette compression supposée par le débridement du muscle. Mais ici encore je rencontre des objections. Comment une simple ponction faite parallèlement aux fibres du muscle pourrait-elle opérer ce débridement? Et d'ailleurs, comment avec cette théorie expliquer les succès également incontestables de l'iridectomie?

M. Bowmann, du moins pour le glaucome chronique, croit à une hypersécrétion de l'humeur vitrée, et, dans quelques cas, à son endurcissement partiel. Mais on ne trouve pour cette théorie ni preuve anatomique ni même une explication possible du mode d'action de l'iridectomie.

Est-ce encore, comme il le croyait d'abord avec von Græfe, que l'iridectomie permettrait aux liquides accumulés derrière l'iris d'arriver dans la chambre antérieure? Mais il n'existe presque jamais de synéchie postérieure complète, et en l'absence de synéchie complète, le liquide, s'il en existait entre l'iris et le cristallin, passerait d'autant plus facilement dans la chambre antérieure que la pupille est très-dilatée.

M. Mayer, dans le travail dont il vous a donné lecture dans l'avant-dernière séance, propose une autre explication. A l'état normal, dit-il, le corps vitré et l'humeur aqueuse sont en communication évidente, il se produit un échange entre ces deux liquides, base naturelle de la pression normale dans l'iridectomie du globe. Quand le corps vitré, par une surcharge du contenu, est sous une trop forte pression, il se décharge à l'aide de l'humeur aqueuse, dont la quantité est réglée par la transsudation à travers la cornée. C'est à cet échange entre les deux liquides que sert le passage entre le cristallin et l'iris. Qu'est-ce qui arrive maintenant dans le glaucome? L'iris, le ligament suspenseur du cristallin, la lentille, sont poussés en avant; le diaphragme, qui ferme la chambre antérieure en arrière, est évidemment plus tendu. Le corps vitré surchargé ne peut se débarrasser par l'humeur aqueuse, par suite de l'obstruction du passage ordinaire par la lymphe qui s'est déposée à la surface postérieure de l'iris. Pour M. Mayer, c'est en rétablissant la communication entre le corps vitré et l'humeur aqueuse que l'iridectomie est utile.

Cette explication, tout ingénieuse qu'elle soit, me paraît passible de graves objections. En admettant, ce qui n'a été démontré par aucune autopsie, que le corps vitré soit augmenté de volume, et surtout que l'endosmose se fasse du corps vitré à l'humeur aqueuse, ce qui paraît le contraire de la réalité, il faudrait admettre l'existence de communications normales, non pas directes, comme les prétendus canaux de Ribes, mais indirectes entre le corps vitré et l'humeur aqueuse. Pour vérifier le fait, j'ai injecté au milieu du corps vitré d'un chien une solution de carmin : rien, après une heure, n'avait transsudé dans l'humeur aqueuse. Mais on ne peut tirer de conclusions d'une seule expérience, et M. Mayer nous promet d'ailleurs de nous apporter bientôt des preuves expérimentales à l'appui de sa théorie.

Jusqu'à présent, Messieurs, il n'existe aucune théorie acceptée quant au mode de production du glaucome et au mode d'action de l'iridectomie; fort peu partisan des théories sans preuves matérielles, n'ayant pu encore, dans un petit nombre d'expériences faites à ce sujet sur les yeux du bœuf, sur des chiens et des lapins, arriver à une démonstration évidente, c'est avec une grande réserve que j'ose vous soumettre quelques idées à cet égard.

Le glaucome aigu est pour presque tous les ophthalmologistes une irido-choroïdite s'accompagnant d'une sécrétion séreuse fournie par le feuillet vasculaire et s'échappant par la face uvéale. Celle qui vient de l'iris se mêle à l'humeur aqueuse, qu'elle rend opalescente et trouble; celle qui vient de la choroïde transsuderait à travers la rétine et irait augmenter le volume du corps vitré. Pourquoi la transsudation se fait-elle à travers la rétine, alors que dans les autres cas le liquide, accumulé entre les deux membranes internes de l'œil, décolle la rétine? C'est ce qu'on ne peut encore expliquer, et rien n'a jusqu'ici prouvé l'augmentation de volume du corps vitré.

J'ai tout lieu de croire, pour ma part, que la sécrétion séreuse ou plastique se fait au contraire sur la face sclérotidienne de la choroïde, et que le liquide sécrété s'amasse entre ces deux membranes, dans cette loge sans issue, qui forment en arrière l'adhérence de la choroïde au nerf optique, et en avant l'adhérence du cercle ciliaire à l'iris, à la choroïde, à la sclérotique et à la cornée.

Quelques gouttes de liquide ainsi accumulées sous une membrane fibreuse presque inextensible, transmettent une pression plus ou moins forte aux parties intra-oculaires, refoulent en dedans la choroïde doublée de la rétine, et ce refoulement concentrique a pour résultat :

1° De soulever légèrement en dedans les membranes internes; soulèvement qui devient apparent au niveau de la papille, puisqu'au niveau de l'entrée du nerf optique, toutes ces membranes de l'œil adhèrent les unes aux autres, et fait apparaître cette papille comme excavée ou refoulée en arrière.

2° D'augmenter la pression intra-oculaire dans le segment postérieur de l'œil, et de refouler en avant le cristallin et l'iris.

3° D'amener l'opalinité de l'humeur aqueuse par le mélange du liquide de la sérosité floconneuse sécrétée par l'iris enflammé.

Quant au liquide sécrété par la choroïde, emprisonné entre cette membrane et la sclérotique, il amènera des désordres d'autant plus grands qu'il sera sécrété plus rapidement et en plus grande abondance; il viendra porter la pression intra-oculaire à un degré redoutable pour l'intégrité de la rétine, à moins que l'iridectomie, portée jusqu'au bord ciliaire, ne vienne permettre aux matières sécrétées de se mêler à l'humeur aqueuse; à moins que l'opération d'Hancock ne lui livre passage à l'extérieur.

Avant de vous proposer cette théorie trop hypothétique, j'ai voulu faire quelques expériences sur l'animal vivant. Elles ont été de deux sortes : m'assurer que l'augmentation de pression n'amenait pas la dépression de la papille, et que cette dépression était amenée par l'injection de liquide entre la choroïde et la sclérotique.

Les premières étaient plus faciles; il me suffisait d'exercer une compression notable sur un œil soumis à l'examen ophthalmoscopique, ou d'injecter dans le corps vitré d'un animal vivant avec une seringue de Pravaz quelques gouttes de liquide. J'ai produit, en comprimant l'œil, les battements artériels, mais non la dépression de la papille; j'ajoute, avec plus de réserve, que je ne l'ai pas obtenue non plus par l'injection de liquide dans l'œil de chiens ou de lapins.

Si je dois être très-réservé en vous mentionnant les résultats négatifs d'expériences trop limitées en nombre pour avoir quelque valeur, je dois l'être encore bien plus en mentionnant les secondes. Outre qu'il est très-difficile sur l'animal vivant de perforer obliquement la sclérotique, de faire une injection sans blesser la choroïde ou sans laisser échapper le liquide injecté, dans le seul cas où j'avais

(1) *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, 1835.
(2) *Ibid.*, p. 62.
(3) Fin. — Voir le numéro précédent.

la certitude d'avoir réussi, puisque je m'étais servi de liquide coloré, je n'ai pu, à l'ophtbalmoscope, avoir une donnée certaine sur l'état de la papille et des vaisseaux.

C'est donc surtout dans le résultat des opérations pratiquées dans les cas de glaucome que je puise des arguments à l'appui de l'explication que je propose.

Il faut, pour que l'iridectomie réussisse, que l'excision du diaphragme irien aille jusqu'à la grande circonférence. On ne peut arriver à ce résultat qu'en enfonçant le couteau par la sclérotique à 1 millimètre au moins en arrière de la cornée; on atteint alors le muscle ciliaire, et on ouvre la loge sclérotico-choroïdienne.

L'opération d'Hancock arrive mieux encore à ce résultat, puisque le chirurgien enfonce son couteau dans la sclérotique vers les limites de la cornée et le pousse en arrière, non vers le centre de l'œil, mais presque parallèlement à la fibreuse oculaire.

Le professeur Heiberg (de Christiania) a modifié l'opération d'Hancock d'une manière que j'ai tout lieu de croire heureuse. Il enfonce un très-petit ténotome analogue à l'ancienne aiguille à cataracte de von Græfe, sur les limites profondes de la cornée, le pousse en arrière à 3 ou 4 millimètres et le retire en pressant le tranchant concave sur la face interne de la sclérotique.

Quoi qu'il en soit des idées théoriques que j'ai cru pouvoir émettre, les faits dont j'ai parlé tout à l'heure, son innocuité plus grande, ses effets aussi satisfaisants, tendent à me faire préférer l'opération d'Hancock à l'iridectomie de Græfe. Je n'en regarde pas moins comme un titre glorieux pour l'illustre ophthalmologiste, d'avoir imaginé et introduit dans la pratique une opération qui permet de conserver la vue à des malades qui étaient irrévocablement voués à la cécité.

Contenues dans de justes limites, ces opérations sont une conquête de la chirurgie moderne. Puisse la discussion qui vient d'avoir lieu en propager l'usage en France; et je dirai volontiers en terminant: Parce qu'elle nous vient de Berlin, l'opération de l'iridectomie appliquée à la guérison du glaucome n'en est pas pour cela moins bonne. Laissons de côté ces préventions nationales indignes de nous; sachons bien que nous n'avons pas le monopole du travail et de l'intelligence, et je regrette d'ajouter, de la bonne foi scientifique. Un des avantages, une des gloires de la science moderne, c'est de ne pas connaître les frontières politiques. Cherchons donc la vérité partout où elle se trouve, sachons écouter sa voix, quelle que soit la langue qu'elle parle; sachons lui faire accueil, sans nous préoccuper si elle vient d'au delà du détroit, d'au delà du Rhin ou de l'Atlantique.

La Société de chirurgie a depuis sa fondation suivi ces préceptes; la discussion actuelle, les discussions que vous avez entendues dans les séances précédentes, en sont une nouvelle preuve En prenant pour la première fois la parole dans vos discussions, je tiens à vous remercier, Messieurs, de m'avoir permis de prendre part à vos travaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 octobre 1864. — Présidence de M. Morin.

M. LIHARZIK prie l'Académie de vouloir bien comprendre dans le nombre des pièces admises au concours pour les prix Montyon de l'année 1865, deux ouvrages publiés par lui, l'un en 1858, l'autre en 1862. Le premier a pour titre: *De la loi de la croissance chez l'homme, et de l'arrêt de développement normal du thorax considéré comme cause principale du rachitisme et des affections scrofuleuse et tuberculeuse;* l'autre est intitulé: *Loi de la croissance et de la conformation de l'homme; théorie des proportions des parties du corps chez les deux sexes et dans les différents âges.*

Une analyse en français de ces deux ouvrages est jointe à la lettre. (Réservé pour la future commission.)

— M. ARENTZEN, dans une lettre écrite de Copenhague, annonce que dans le cours de ses recherches sur le traitement des maladies des yeux, il a été conduit à reconnaître que l'électricité, appliquée d'après une méthode qui lui est propre, peut suspendre la marche d'une cataracte commençante. « Or, ajoute-t-il, comme l'altération, soit de la capsule, soit du cristallin, commence ordinairement en un point où on peut facilement la constater, du moment où l'on aura reconnu que c'est à cette cause que tient l'affaiblissement de la vue, on aura dans le traitement que nous proposons le moyen, non pas de rétablir la vision dans son intégrité, mais d'empêcher le mal de faire des progrès. Si l'Académie trouve qu'un pareil résultat, quoique n'étant pas tout ce qu'on pourrait désirer, ait encore une importance suffisante, je suis prêt à donner tous les détails nécessaires pour qu'on puisse en France essayer la méthode que j'applique depuis un an avec succès. »

De l'action de la créosote dans le traitement du sycosis. — M. E. MASSE communique sur ce sujet une note dont voici un extrait:

.... Le malade que j'ai été autorisé à traiter au grand Hôtel-Dieu de Montpellier, dans le service de clinique chirurgicale de M. Moutet, était un jeune soldat atteint d'une éruption pustulo-tuberculeuse sur les joues et sur le menton; il avait de plus un herpès circiné sur le dos de la main.

Il avait contracté sa maladie en se faisant raser par un barbier dont le linge ou les rasoirs chargés de matières parasitaires avaient aussi communiqué la même affection à cinq ou six autres soldats. L'examen microscopique est venu se joindre aux renseignements étiologiques pour m'éclairer complétement sur la nature de la maladie. J'ai trouvé dans le bulbe hypertrophié des poils les spores et les tubes de mycélium d'un véritable *microsporon mentagrophyte.*

Le traitement employé a consisté dans des lotions faites deux fois par jour pendant huit jours, avec un mélange de 50 grammes d'eau, 50 grammes d'alcool et 50 centigrammes de créosote.

On a doublé la dose de la créosote pendant huit jours encore, en répétant les lotions trois fois par jour. Les éruptions pustulo-tuberculeuses ont complétement disparu. L'examen microscopique des poils n'a plus montré de parasites, le malade est donc complétement guéri.

Le nouvel essai que je viens de tenter ne constitue pas un traitement empirique, ce n'est qu'une conséquence de l'application médicale des nouvelles expériences de M. Béchamp sur l'action de la créosote dans la fermentation, expériences d'où il résulte que la créosote s'oppose dans les dissolutions fermentescibles au développement des spores de mucédinées, à l'éclosion des œufs des infusoires. Les cryptogames parasitaires m'ayant paru, au point de vue de l'organisation, peu éloignés des moisissures développées pendant la fermentation, j'ai pensé que la créosote pourrait arrêter de la même façon le développement des spores des parasites dans les maladies cutanées. En détruisant la cause de la maladie, on doit arriver à la guérison. La créosote ne tue pas immédiatement le cryptogame dont le mycélium est développé, mais elle détruit les spores, qu'elle rend incapables de germer; au bout de peu de temps le mycélium s'épuise et le parasite disparaît.

CIRCULAIRE DU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE AUX RECTEURS, **relative à l'exécution d'une décision du 13 août 1864,**

exonérant les étudiants polonais des droits et rétributions exigés dans les Facultés.

Paris, 20 septembre 1864.

Monsieur le recteur, en vertu d'une décision du 13 août dernier, les jeunes Polonais obligés, par les derniers événements, de chercher un refuge en France, pourront obtenir une exonération de frais d'études dans les Facultés de l'Empire.

Vous voudrez bien, en conséquence, me faire parvenir les demandes qui vous seraient adressées dans ce but, en les accompagnant de toutes les pièces constatant l'identité et les titres des pétitionnaires.

Lorsqu'il aura été statué sur ces demandes, les étudiants qui auront obtenu l'exonération devront figurer, dans les états de produits, à la colonne des non passibles de droits.

Je vous prie de donner en ce sens des instructions à MM. les doyens.

Recevez, etc. *Le ministre de l'instruction publique,*
V. Duruy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 17 septembre 1864, ont été nommés présidents:

De la Société de secours mutuels de Saint-Jean-Baptiste, à Montrejeu (Haute-Garonne), M. Cazaugrand, médecin cantonal, président actuel;

De la Société de secours mutuels dite l'*Union*, à Saint-Marcellin (Isère), M. Lerat, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Lille (Nord), M. Cazeneuve, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de prévoyance des médecins de l'arrondissement, à Compiègne (Oise), M. Colson, docteur en médecine, officier de la Légion d'honneur, président actuel;

De la Société de prévoyance des médecins de l'arrondissement, à Senlis (Oise), M. Voillemier, docteur en médecine, chevalier de la Légion d'honneur, président actuel;

De la Société de secours mutuels de Tracy-le-Mont (Oise), M. Frary, docteur en médecine, président actuel.

— Le jury pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris vient d'être arrêté de la manière suivante:

MM. Chauffard, J. Guyot, Labbé, Lefort, Panas, *juges*; MM. A. Després et J. Simon, *juges suppléants.*

— Les internes actuels des hôpitaux de Nantes ont l'honneur de prier les anciens internes de vouloir bien agréer la fondation d'un banquet annuel.

Assurés déjà du concours d'un certain nombre de leurs prédécesseurs, ils osent espérer que cette idée sera accueillie avec autant d'empressement que dans les autres villes où chaque année a lieu une pareille réunion.

Les souscriptions, dont le montant est de 15 fr., seront reçues chez l'interne de garde, à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au 25 octobre.

Le banquet est fixé au 3 novembre prochain. Un avis ultérieur en fera connaître le lieu et l'heure précise.

Le Règne végétal, divisé en Traité de botanique générale, Flore médicale et usuelle, Horticulture botanique et pratique, Plantes agricoles et forestières, Histoire biographique et bibliographique de la botanique; par MM Dupuis, O. Reveil, Gérard, Herincq. Ce splendide ouvrage formera 17 beaux volumes, dont 9 volumes grand in-8° jésus de texte et 8 atlas petit in-4° de planches gravées sur acier. Les atlas renfermant, avec des textes descriptifs en regard, plus de 5,000 dessins de plantes ou de détails botaniqnes très-exactement et très-finement coloriés. L'ouvrage paraîtra à la fois en volumes et en atlas et par livraisons chacune de 16 pages au moins, grand in-8° jésus, et deux belles planches coloriées. Il formera de 200 à 210 livraisons au plus. Prix de la livraison: 4 fr. Les livraisons paraissent très-exactement, de dix en dix jours, à partir du 1er mai 1864, jour où deux livraisons à la fois ont été mises en vente. Les vingt premières livraisons sont en vente. — Paris, 1864, Th. Morgand, libraire-éditeur, rue Bonaparte, 5.

Le Directeur, Dr B. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 120. — JEUDI 13 OCTOBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 120. — JEUDI 13 OCTOBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 OCTOBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* n'ont sans doute pas oublié la lecture que M. Barthez fit, il y a environ deux ans, sur les résultats de l'expectation dans la pneumonie franche des enfants. Cette lecture fit une certaine sensation. Non que ce fût la première fois qu'on entendît parler d'expectation à l'Académie en pareil cas; Legendre avait déjà publié les résultats de ses recherches cliniques sur ce sujet, et l'expectation dans la pneumonie faisait école depuis quelques années en Allemagne et en Angleterre. Mais l'autorité spéciale de M. Barthez en pareille matière, ses habitudes scientifiques, et nous dirions même volontiers les prétentions avouées de l'école à laquelle il appartient, à l'exactitude dans l'observation et à la rigueur dans la logique, étaient autant de motifs qui se réunissaient pour donner à cette lecture la portée d'un événement. Le temps écoulé depuis la lecture de ce mémoire ne lui a rien enlevé de son intérêt. Aussi avons-nous prêté toute notre attention quand M. Blache, montant à la tribune, a lu le titre du travail qui allait être le sujet de son rapport.

M. Blache avait une double tâche, juger la valeur des faits exposés dans le mémoire de M. Barthez, et apprécier en elle-même la méthode à laquelle ces faits venaient donner un nouvel appui. Il n'a point failli à ce double devoir que lui imposaient à la fois sa compétence spéciale et la légitime autorité dont il jouit à l'Académie. Dans l'appréciation du travail de M. Barthez, on reconnaîtra le langage de l'expérience consommée, joint au sentiment des plus parfaites convenances. Mais c'est surtout dans la première partie de ce rapport, consacrée à l'examen historique et critique du système de l'expectation, que M. Blache a montré toutes les qualités du praticien à côté de celles du critique.

M. Blache dit quelque part dans les généralités de son rapport, qu'on est heureux de voir à côté des révolutionnaires et des réactionnaires, des indifférents et des sceptiques en médecine, le parti des sages, c'est-à-dire de ceux qui cherchent la vérité en ne perdant jamais de vue les principes immuables de l'art, ceux qui la poursuivent ardemment, mais sans passion, sans préjugé, sans illusion, avec une connaissance approfondie du passé et un légitime espoir dans la marche incessamment progressive de la science. C'est évidemment à ce parti qu'il appartient.

Nous regrettons que l'étendue de cette partie du rapport ne nous ait pas permis de la reproduire dans le compte rendu. La question est trop importante pour que nous nous bornions à ce jugement sommaire, que nous tenons d'ailleurs à justifier. Nous la reprendrons un de ces jours, et nous résumerons, à défaut de mieux, les excellents arguments que M. Blache a fait valoir contre l'expectation et la tendance systématique de notre époque à la généraliser.

La correspondance de l'Académie comprend deux documents qui ont également appelé notre attention, une lettre de M. Oulmont sur les effets de la respiration des produits volatils des usines à gaz dans la coqueluche, et la relation par M. le docteur Viennois (de Lyon) de nouveaux faits d'infection syphilitique par l'inoculation vaccinale. Nous reviendrons incessamment sur ces deux communications.

On trouvera enfin, au compte rendu de la séance, la relation faite de vive voix par M. Kœberlé d'une nouvelle opération d'ovariotomie pratiquée avec succès.

Voilà, pour une fin de vacances, une séance bien remplie.

Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. WOILLEZ.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires (1).

Pneumonie. — Considérations sur le pronostic et le traitement. — Opportunité des émissions sanguines. — Forme insolite ; pneumonie et varioloïde concomitantes.

Au milieu de ces propositions contradictoires, qui ont d'ailleurs été de toutes les époques, vous pouvez être embarrassés de vous former une opinion. Vous avez pu juger par vous-même que, dans un certain nombre de cas, les émissions sanguines ont une influence heureuse incontestable, démontrée par une amélioration rapide et prononcée, se manifestant dans les vingt-quatre heures qui suivent leur emploi. C'est ce qui est arrivé en février dernier chez une jeune fille couchée au n° 14 de la salle Sainte-Marie, et qui était atteinte de pneumonie double, comme la malade de la même salle dont je vous ai entretenus tout à l'heure.

Voici l'histoire abrégée de sa maladie :

Une jeune fille âgée de seize ans, réglée à treize ans, médiocrement forte, mais habituellement bien portante, fut admise à l'hôpital Cochin le 20 février dernier.

Elle était atteinte depuis cinq jours d'une pneumonie qui occupait alors seulement le côté gauche. Le lendemain de son admission, l'état général paraissait grave ; le pouls était à 100, la peau chaude ; il y avait une grande prostration, une dyspnée prononcée, une respiration haute et laborieuse, une toux suivie d'expectoration de crachats très-adhérents au fond du crachoir et de couleur ambrée. Il existait en même temps un souffle tubaire avec râles crépitants nombreux à la base du côté gauche en arrière, ce qui ne laissait aucun doute sur l'existence d'une pneumonie.

Cette affection s'aggrava de jour en jour, malgré un traitement par des ventouses scarifiées, l'émétique à hautes doses, des vésicatoires, etc. La fièvre augmenta, le pouls monta successivement à 120, 140 pulsations par minute, la dyspnée devint une véritable orthopnée, et il apparut de la cyanose ; l'anxiété devint considérable. En même temps, une douleur s'était déclarée du côté droit de la poitrine, et la pneumonie envahissait ainsi les deux poumons. Il y avait du râle crépitant aux deux bases, et au-dessus un souffle bronchique intense des deux côtés, en arrière, avec bronchophonie.

Au moment de la plus grande aggravation, on était au douzième jour de la pneumonie. La gêne considérable de la circulation et de la respiration me firent prescrire une application de sangsues en avant de la base du thorax du côté droit, qui paraissait plus gravement atteint. Les piqûres fournirent une quantité considérable de sang ; on eut recours à l'interne de garde, qui ne put en maîtriser l'écoulement que par la cautérisation des ouvertures saignantes.

Malgré l'énorme perte de sang, aucune syncope ne s'est manifestée. Dès le soir, au contraire, la malade dit ressentir une amélioration sensible, et le lendemain matin nous la trouvons comme transformée. La physionomie est calme, les joues sont rosées, et toute trace de cyanose a disparu ; la malade reste assise dans son lit sans s'appuyer, et, sauf un reste d'oppression, elle se dit très-bien et tousse très-peu. Le pouls est descendu à 96, sans chaleur à la peau, et la langue est humide et rosée. En même temps les signes locaux se sont beaucoup atténués ; ils restent plus prononcés du côté droit.

Dès lors le rétablissement a marché rapidement, malgré l'invasion d'un érysipèle de la face, qui eut d'ailleurs une marche régulière, et la jeune fille est sortie de l'hôpital parfaitement guérie dans le courant du mois de mars.

Il est bien évident que chez cette malade il y avait un état très-grave qui dépendait de la double pneumonie, état grave qui persistait malgré un traitement énergique, lorsque le douzième jour une application de sangsues, suivie d'une hémorrhagie abondante qui nécessita la cautérisation des piqûres, a opéré une véritable résurrection. Dès le lendemain, en effet, la jeune malade est comme entrée en convalescence, tant l'amélioration a été rapide.

Ce qu'il y a eu surtout de remarquable, c'est que cette abondante déperdition sanguine a été parfaitement supportée par une jeune fille de constitution peu forte, et en proie depuis douze jours à une maladie très-grave.

S'il a pu y avoir des doutes dans votre esprit sur l'utilité de l'émission sanguine que j'ai prescrite à la première malade (salle Sainte-Marie, n° 9), le traitement ayant été complexe et l'amélioration un peu tardive, cette utilité ne saurait être contestable dans l'observation précédente. C'est un fait qu'on peut dire saisissant comme démonstration de succès rapide dû à l'emploi d'une émission sanguine.

Mais dans quelles limites l'utilité des émissions sanguines doit-elle être étendue ou restreinte ? Cette question est trop vaste pour que je m'engage à la traiter actuellement, et je ne saurais

(1) Voir le numéro précédent.

CONGRÈS MÉDICAL DE LYON (1).

Cette mémorable séance où fut discuté le rôle du périoste doit faire époque dans l'histoire des congrès médicaux, car elle permit de toucher du doigt les avantages spéciaux de cette institution.

Ailleurs, sur les questions nouvelles, chaque opinion se fait jour isolément ; l'expérimentateur n'est pas mis en présence de ses critiques et de ses détracteurs ; la contre-épreuve manque presque toujours, et comme on se trouve entre des assertions et des affirmations contradictoires, on est exposé bien souvent à prendre parti un peu au hasard, si l'on ne veut pas, ou si l'on ne peut pas contrôler soi-même en les répétant dans les meilleures conditions possibles toutes les expériences annoncées.

Les Académies elles-mêmes ne peuvent pas toujours suppléer à ce défaut de contrôle, car leurs membres étant des juges, les divers systèmes nouveaux s'y présentent sans avocats, et les éclaircissements, les vérifications y deviennent parfois difficiles.

Tandis qu'un congrès médical est comme un tournoi dont la barrière s'ouvre également à tout le monde. Si la question nouvelle offre assez d'intérêt pour passionner les adversaires, ils s'arment de toutes pièces et combattent en personne. Les assistants ne tardent pas à connaître le fort et le faible de chacun, et bien des doutes s'évanouissent.

Après avoir examiné l'opéré de M. Aubert, le résultat des expériences tant de M. Marmy que de M. Ollier ; après avoir entendu les discours animés, colorés, éloquents, spirituels de MM. Desgranges et Verneuil, chacun arrêta son jugement : nous allons tâcher de reproduire les impressions qui nous parurent être celles du plus grand nombre.

Personne ne croyait plus qu'il fallût limiter aux lapins seuls l'application des opérations sous-périostiques ; tous étaient persuadés qu'elles pouvaient être utiles en certains cas chez l'homme, et désiraient voir se continuer en ce sens les études si bien commencées ; tous admettaient aussi les avantages qu'offre le simple évidement de l'os lorsque cette méthode est applicable.

Mais ce qui paraissait moins clair à plusieurs, c'étaient les limites dans lesquelles il fallait renfermer la part que chaque tissu, en dehors du périoste, était susceptible de prendre à la restauration des parties osseuses ; c'étaient enfin la valeur scientifique, la convenance pratique, le véritable nom de telle ou telle opération faite et publiée à l'étranger pour la plus grande gloire du périoste. On semblait regretter que tous les chirurgiens n'eussent pas porté dans ces recherches l'esprit prudent et la sage réserve de MM. Ollier et Verneuil.

J'ai dû m'arrêter plus longtemps sur cette cinquième séance que sur les autres, parce qu'en en sortant nos confrères des pays les plus éloignés se félicitaient de leur voyage.

Voici quel était l'énoncé de la sixième question : « *Des moyens de diérèse qu'on peut avantageusement substituer à l'instrument tranchant dans le but d'éviter les accidents des plaies (cautérisation, écrasement, ligature, arrachement).* »

L'école de Bonnet professe une prédilection singulière pour la cautérisation soit actuelle, soit surtout pratiquée à l'aide des coagulants, tels que le chlorure de zinc.

M. Philipeaux s'est avancé le premier pour soutenir les idées du maître ; il préconise la cautérisation même comme méthode complémentaire quand on ne peut pas l'employer seule. M. Palasciano (de Naples) la considère comme pouvant prévenir l'infection purulente, peut-être la guérir ; mais il veut qu'elle soit répétée tant que dure la moindre crainte, de manière à maintenir toujours la plaie couverte d'une eschare. M. Desgranges ne croit pas que ce moyen soit efficace ; mais M. Ollier hésite, car une fois il arrêta la marche de l'infection purulente après le second frisson, en cautérisant le fond de la plaie à la manière de Bonnet. M. Gherini (de Milan) demande qu'on essaye contre cette complication terrible les sulfates purs de soude et de magnésie, qui ne lui ont jamais donné, du reste, de résultats satisfaisants.

Dans une improvisation brillante et remarquablement lucide, M. Verneuil a motivé ses préférences pour l'écrasement linéaire ; ce procédé lui paraît réunir les trois conditions exprimées par cet adage classique : *Tuto, cito et jucunde.* « Avant cette découverte, dit-il, certaines opérations devenaient presque impossibles, tant elles eussent été dangereuses et pénibles pour le malade ; par exemple, l'ablation de la langue, qui ne pouvait se faire par l'instrument tranchant sans provoquer une épouvantable hémorrhagie, et qui ne permettait guère

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

mieux faire que de vous renvoyer à la lecture de l'excellent ouvrage de M. Grisolle dont je vous ai déjà parlé. Vous y trouverez la question traitée sous toutes ses faces avec cet esprit correct d'observation qu'on aime à rencontrer dans les sujets relatifs à la thérapeutique.

Je veux simplement limiter la question pratique à la question des antécédents hygiéniques dont je vous ai parlé tout à l'heure à propos du pronostic.

L'hygiène est loin d'être la même pour les habitants des grandes villes, notamment pour ceux de notre capitale et pour les habitants des campagnes. Dans les hôpitaux de Paris, les malades ont été soumis en grande majorité à des causes de débilitation très-diverses, parmi lesquelles le dénûment et les excès sont les plus communs. Aussi la pléthore y est-elle inconnue, comme je l'ai fait remarquer déjà ailleurs (*Dictionnaire de diagnostic*, article *Pléthore*); tandis que l'anémie avec toutes ses conséquences y domine, principalement chez les femmes. Les conditions contraires ont lieu dans les campagnes éloignées de Paris; cela se conçoit : les habitants y vivent au grand air, s'alimentent avec une nourriture peu recherchée mais abondante, et ils échappent par un travail assidu à la plupart des excès si nuisibles que commettent la plupart des ouvriers des grandes villes. En un mot, le campagnard offre au traitement par les émissions sanguines une force de résistance très-favorable, que l'on rencontre bien plus rarement chez le citadin. C'est d'après ma propre expérience que je vous parle, en m'adressant principalement à ceux d'entre vous qui sont destinés à faire de la médecine rurale.

Les mêmes considérations sont applicables à l'emploi de l'émétique à hautes doses dans la pneumonie. Cependant c'est un moyen à utiliser bien plus fréquemment que les émissions sanguines, à la condition de le suspendre plus ou moins vite s'il produit une prostration générale trop grande ou des évacuations trop répétées.

Dans tous les cas, méfiez-vous, je le répète, de l'expectation dans la pneumonie. N'oubliez pas cependant que, chez les enfants atteints de pneumonie franche lobaire (je ne dis pas lobulaire), la maladie a une tendance naturelle vers la résolution, comme l'ont démontré MM. Barthez et Rilliet.

Pour terminer ce que j'ai à vous dire de la pneumonie, je dois, à un autre point de vue, appeler votre attention sur un malade qui occupe actuellement le lit n° 7 de la salle Saint-Jean, où il a succédé au jeune homme dont je vous entretenais tout à l'heure. Vous pouvez vous rappeler qu'il est entré à Cochin avec une pneumonie directe et une affection varioleuse.

Ce malade est un carrier âgé de vingt-trois ans, blond, d'une forte constitution, et qui a toujours été bien portant jusqu'au début de la maladie actuelle. Il a été vacciné, et il en offre les cicatrices caractéristiques.

L'invasion de sa maladie eut lieu le 2 avril, sans être précédée d'aucuns prodromes, par des frissons avec un point de côté dans l'hypochondre gauche; la douleur passa rapidement du côté droit, où elle se fixa. Dès le lendemain la fièvre s'accompagna d'oppression, de toux et d'expectoration visqueuse et sanglante. Le malade fut forcé de garder le lit; il eut un peu de délire, au dire des camarades qui l'ont conduit à l'hôpital, et un peu de diarrhée sans vomissements. Il fut admis à Cochin au cinquième jour de sa maladie, sans avoir été soumis à un traitement quelconque.

Le jour de son admission, on constatait que la face, outre la rougeur des pommettes, présentait des papules discrètes de varioloïde, dont quelques-unes déjà vésiculeuses; un très-petit nombre de papules semblables existait sur les autres parties du corps.

Il y avait de la fièvre, la peau était chaude, la tête lourde; pouls à 96. L'intelligence était intacte, la langue blanchâtre, humide; il y avait encore un peu de diarrhée.

De plus, la douleur survenue vers la base de la poitrine à droite persistait, avec de l'oppression, de la toux, et des crachats visqueux et rouillés. La sonorité du thorax était naturelle, excepté en arrière à la base du côté droit, où il existait de la matité, des râles crépitants augmentant par la toux et un retentissement exagéré de la voix. Partout ailleurs de ce côté, en avant comme en arrière, le bruit respiratoire était seulement très-affaibli. Il n'y avait rien d'anormal du côté gauche.

Depuis l'admission, la marche de la pneumonie comme celle de la varioloïde a été des plus simples et des plus bénignes. L'éruption de la varioloïde se desséchait quatre jours après son apparition, et la pneumonie était entièrement guérie le douzième jour de la maladie.

Le traitement dut être peu actif. Comme principal moyen, j'eus recours au tartre stibié à la dose de 0,30 dans une potion, dans le but de favoriser la résolution de l'engorgement pulmonaire; l'émétique pouvait d'ailleurs favoriser aussi l'éruption cutanée, en provoquant un effet vomitif.

Remarquez bien qu'il ne s'agit pas ici d'un de ces faits de pneumonie secondaire survenue dans le cours d'une affection varioleuse, comme on en peut rencontrer de temps à autre, et dans lesquels l'inflammation pulmonaire, contrariant l'évolution de la fièvre éruptive, constitue une grave complication. Notre malade a été pris simultanément de pneumonie et de varioloïde.

Dès le début, le 2 avril, apparurent les signes caractéristiques de la pneumonie qui se développa à la base du poumon droit : fièvre, douleur, oppression, toux et crachats caractéristiques dès le lendemain. Cinq jours après, à l'admission, nous constatons les signes locaux qui confirment l'existence de la pneumonie.

D'un autre côté, dès le quatrième jour (la veille de l'admission), trois jours par conséquent après l'invasion de la fièvre, ce qui est la règle ordinaire, apparaissent des papules de varioloïde auxquelles nous reconnaissons bien ce caractère à l'entrée du malade à l'hôpital.

Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est que l'on arrive facilement à constater une invasion commune aux deux maladies, le frisson ayant marqué à la fois le début de la pneumonie et celui de la varioloïde. De plus, la marche régulière qu'ont suivie les deux maladies simultanément, comme si on les observait chez deux sujets différents, n'est pas moins digne d'être remarquée.

Si l'on cherche à préciser quelle était la nature de la maladie, il est évident que jusqu'au quatrième jour elle n'était pas aussi simple qu'elle aurait pu le paraître. La fièvre n'était pas seulement la manifestation d'une phlegmasie pulmonaire, mais plutôt une véritable pyrexie, une fièvre éruptive, en un mot. C'est ce qu'est venue démontrer l'éruption varioliforme apparue le quatrième jour.

Je ne sais si de semblables faits de concomitance ont été publiés. Pour mon compte, je n'en connais aucun autre. On n'en trouve pas de cité dans le livre de M. Grisolle. Cette observation méritait donc de vous être signalée.

HOPITAL-HOSPICE DE NIORT.

Corps étranger engagé depuis trois semaines dans l'œsophage; mort; autopsie.

(Observation recueillie par M. L. Galais, interne du service des aliénés.)

Françoise D..., domestique, âgée de vingt-huit ans, entre à l'hôpital le 22 septembre 1863, et est placée dans le service de médecine.

Cette fille est d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique.

Son intelligence est très-peu développée. Elle est épileptique depuis quinze mois, et cette maladie, dont les accès vont toujours en augmentant de fréquence et d'intensité, la fait renvoyer de sa place. Sans état et sans famille, cette malheureuse, réduite à la plus profonde misère, veut en finir avec la vie, et, mal servie par sa pauvre intelligence dans le choix de l'instrument de suicide, elle avale un dé à coudre tel que ceux dont on se sert dans nos campagnes, c'est-à-dire ouvert aux deux extrémités en forme d'anneau et en cuivre.

Pendant les premiers jours on ne s'aperçut de rien, mais bientôt survint de la difficulté dans la déglutition, dans la parole et dans la respiration.

Huit jours seulement après cette tentative de suicide, la malade, pressée de questions, avoua ce qu'elle avait fait. L'ingestion du dé remontait aux premiers jours du mois de décembre.

Les vomitifs, les sondes œsophagiennes et la sonde à crochet ayant été employés sans succès, la malade est transférée dans le service de chirurgie le 21 décembre.

Voici ce qu'elle présente à cette époque : face congestionnée, voix éteinte, dyspnée ordinaire, suffocation quand elle fait quelque mouvement ou qu'elle avale, impossibilité d'avaler d'autres aliments que des liquides ou des corps très-divisés, douleur très-vive de chaque côté du larynx.

L'examen du cou, l'inspection de la gorge et son exploration avec le doigt, ne révèlent rien sur le lieu où s'est arrêté le corps étranger. Une sonde œsophagienne d'un assez petit calibre pénètre jusque dans l'estomac sans rencontrer d'obstacle dont la sensation soit bien accusée. Une sonde de gros calibre pénètre également dans l'estomac, mais après avoir franchi un léger obstacle situé immédiatement au-dessous du pharynx, dont la sensation à la main est vague, douce, comme serait le choc de la sonde contre un repli de la muqueuse.

Un crochet mobile, dont le diamètre est plus grand que celui de la sonde, ne peut franchir l'obstacle et donne également la sensation d'un corps mou.

D'après la longueur de la portion de sonde introduite, il était évident que le rétrécissement était situé à quelques millimètres au-dessous de la fourchette du sternum. Le diamètre du dé ne permettait guère de supposer qu'il eût pénétré dans la trachée par la glotte; mais il avait très-bien pu y pénétrer en perforant la cloison trachéo-œsophagienne en partie ou en totalité. Les accès de suffocation auxquels la malade était en proie rendaient cette supposition très-plausible, et l'absence de sensation de choc métallique contre la sonde venait également à l'appui de cette opinion.

En présence de la difficulté de préciser la place exacte occupée par le corps étranger, quelle devait être la conduite du chirurgien ?

Quelques auteurs recommandent l'œsophagotomie toutes les fois que les moyens ordinaires d'extraction ont échoué, et quel que soit le point de l'œsophage occupé par le corps étranger.

Cette règle peut-elle être appliquée dans tous les cas ? Nous ne le pensons pas, et dans le cas particulier qui nous occupe elle était impraticable, pour deux raisons qui nous paraissent de quelque valeur : on ne connaissait pas la place exacte du corps étranger, et la malade repoussait énergiquement toute opération.

Françoise D... languit encore six semaines, et mourut en proie à tous les accidents de la phthisie laryngée.

L'autopsie démontra la présence d'un rétrécissement de l'œsophage situé au niveau de la première vertèbre dorsale, et par conséquent au-dessous de la fourchette sternale. Dans ce point, l'œsophage est fermé comme par un sphincter. Au-dessous de ce sphincter, l'œsophage est considérablement dilaté et contient le dé, dont l'axe est situé dans le sens de celui de l'œsophage. L'un de ses côtés appuie fortement sur la première et la seconde vertèbre dorsale, qui ont subi un commencement de carie, et l'autre côté a perforé l'œsophage et fait issue dans la trachée. Il est situé à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la crosse de l'aorte, et en rapport avec le tronc brachio-céphalique, la carotide primitive, etc.

Il est en cuivre, comme nous l'avons dit; il mesure 2 centimètres de diamètre et 2 centimètres de hauteur.

Par la position qu'il occupe, il est facile de voir que les aliments qui avaient franchi le rétrécissement pénétraient en partie dans l'estomac et en partie dans la trachée par la perforation qui s'y trouvait pratiquée.

Cette observation démontre :

1° L'inutilité de l'œsophagotomie quand le corps étranger a séjourné dans l'œsophage un temps suffisant pour perforer la trachée.

2° Que les corps étrangers peuvent s'arrêter dans d'autres points de l'œsophage que les deux points classiques : le niveau de la fourchette sternale et le cardia.

SUR L'ABSORPTION DE LA GRAISSE,

Par le Dr F. de Recklinghausen.

Ce travail comprend de nombreuses expériences faites sur les animaux, dans le but d'éclairer la question de l'absorption des matières grasses. L'auteur a injecté dans la cavité abdominale de lapins qui avaient été préalablement soumis à un jeûne de

---

l'application des différents escharotiques, ni même la ligature ordinaire, car le malade aurait conservé pendant plusieurs jours dans sa bouche le morceau frappé de gangrène, dont il eût dû subir l'odeur infecte, en même temps qu'il en avalait les fluides empoisonnés. Maintenant, avec l'écraseur, cette opération est des plus simples; elle ne dure pas seulement une heure, l'hémorrhagie n'est point à craindre, et le malade, lorsqu'il se réveille de la torpeur chloroformique, est tout étonné de ne plus sentir son mal et de ne plus trouver sa tumeur. »

Nous ne pouvons donner une idée, même incomplète, de ce discours très-écouté, car la question y fut traitée d'une manière vraiment magistrale. Nous noterons seulement le précepte de ne pas trop intervenir à la suite des accidents; car, dit cet habile chirurgien, les plaies faites par accident, quelque irrégulières qu'elles puissent être, ont plus de tendance à guérir que si l'art est intervenu.

Vinrent ensuite quelques réflexions critiques énoncées par M. Desgranges dans son style toujours élégant; quelques mots de M. Barrier sur l'hémorrhagie qui peut survenir après l'ouverture d'un kyste, et sur l'oubli qu'on semblait faire de la méthode d'arrachement; enfin, deux communications, l'une de M. Jacquemier, professeur agrégé de Montpellier, l'autre de M. Ollier, sur la réunion par première intention qu'on obtient journellement dans les cliniques tant de Montpellier que d'Edimbourg, et sur les conditions qu'il faut remplir pour opérer cette réunion.

A ce sujet, comme à propos des opérations sous-périostiques, M. Ollier a longuement insisté sur l'influence extrême du milieu dans lequel on maintenait les opérés. Si l'on réussit à Montpellier lorsqu'on échouerait à Paris, ce n'est pas à la température qu'il faut s'en prendre, puisqu'on réussit en Ecosse. C'est à la grande agglomération d'hommes, à l'étendue des villes comme des hôpitaux, à l'air vicié que respirent les malades. Pour faire les grandes opérations, il faudrait être à la campagne. M. Verneuil avait exprimé la même pensée d'une manière piquante : « A Paris, dans nos hôpitaux, le moindre coup de bistouri qui donne issue au pus d'un abcès, peut amener la mort du malade. »

Si je relève ces déclarations, ce n'est pas qu'elles soient nouvelles : tous les chirurgiens de nos jours les ont faites ou sont prêts à les faire; mais enfin, n'est-il pas étrange de voir encore d'immenses hôpitaux s'élever au milieu des villes; des salles de chirurgie, les plus vastes possible, y être ménagées, et des malades qui pourraient attendre, qui pourraient choisir leur milieu, dont le mal n'est pas si pressant qu'il ne leur permette un voyage, s'entasser dans des lieux funestes, où ils se trouvent perdre à la fois des chances de guérison et des chances de vie? Pourquoi n'établirait-on pas à la campagne, dans les emplacements les mieux choisis, des colonies spéciales de cas chirurgicaux? Les chambres y seraient nombreuses, les corps de bâtiment séparés; les fenêtres disposées de manière à laisser l'air y circuler partout. Ces hospices seraient assez près des villes pour être desservis par les grands chirurgiens, et l'on aurait sauvé plus d'hommes par cette mesure qu'il n'en est mort par le choléra. Ne nous écartons pas plus longtemps du congrès. Le lendemain, jeudi 27, il s'agissait des unions consanguines; mais comme nous avons pris couleur dans ce débat, nous ne pourrions en rendre compte avec la même liberté. Nous aurions à craindre qu'on ne nous accusât d'avoir des raisons personnelles pour faire l'éloge de la statistique si bien dressée par M. Rodet, du discours prononcé par M. Morel, des mémoires envoyés par MM. Sanson et Anderson Smith, car l'opinion qu'ils professaient était la nôtre, et nous leur devons des arguments.

Nous nous bornerons à dire que nous nous estimons heureux si nous avons, pour notre faible part, pu contribuer avec ces hommes de science à détruire dans quelques esprits l'influence d'un préjugé dont le résultat serait de jeter l'inquiétude dans les ménages souvent les plus unis.

Nous mentionnerons pourtant un mémoire qui ne rentrait pas dans la question, et dont nous avions d'abord mal compris la portée. M. Faivre, savant distingué, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon, avait apporté au Congrès, sur la germination des plantes, un travail fort intéressant, dont nous crûmes devoir critiquer et repousser les conclusions, lorsqu'il nous semblait que l'auteur voulait les appliquer à l'espèce humaine. Mais comme il est venu lui-même nous tirer d'erreur sur ce point, et nous protester que son but n'avait jamais été d'atteindre d'une manière indirecte les mariages consanguins, il ne nous resta plus qu'à faire l'éloge de ses habiles et profondes recherches de physiologie végétale.

Après les mariages consanguins, l'ordre du jour appelait l'étude des maladies parasitaires. M. Chauveau lut un mémoire posthume de son ami feu Bertolus sur les transformations du tænia; M. Rodet jeune raconta ses expériences sur les trichines; et M. Gailleton fit l'histoire

plusieurs jours, du lait, du sang, de l'huile et diverses matières colorantes délayées dans de l'huile (cinabre et cobalt); toujours il a vu les vaisseaux lymphatiques du diaphragme injectés et contenant les particules solides des substances employées (corpuscules sanguins, globules laiteux, etc.). L'auteur a été amené à rechercher par quelles voies les substances introduites dans la cavité péritonéale ont pu passer dans les vaisseaux lymphatiques.

En examinant l'épithélium, il a constaté dans l'intérieur des cellules la présence des substances injectées; mais ce fait ne s'est pas montré seulement sur l'épithélium qui recouvre le centre tendineux du diaphragme, l'auteur l'a vu aussi sur les cellules des autres parties de la cavité péritonéale, et dans certains cas il a trouvé les vaisseaux lymphatiques injectés sans rien voir de particulier dans les cellules.

La conclusion la plus générale des recherches de l'auteur est que les vaisseaux lymphatiques superficiels qui recouvrent le centre tendineux du diaphragme communiqueraient avec la cavité du péritoine par des ouvertures ayant environ le double du diamètre des globules sanguins et situées entre les cellules épithéliales. (*Arch. de Virchow* et *Gaz. méd.*)

DE LA STRUCTURE, DE L'ACCROISSEMENT
et de quelques maladies de l'œuf humain.

par M. F. Grohe, professeur à Greifswald.

Les principaux faits contenus dans ce mémoire ont été communiqués à la réunion des naturalistes et des médecins qui a eu lieu à Spire au mois de septembre 1861. La méthode suivie par M. Grohe consiste à durcir l'ovaire dans l'alcool ou dans l'acide chromique. L'alcool rectifié convient surtout pour l'ovaire des enfants; l'acide chromique est préférable pour celui des adultes. On rend ensuite les coupes transparentes par la soude, l'acide acétique ou la glycérine. L'auteur a constaté sur des coupes qui embrassaient toute l'épaisseur de la glande, chez des enfants d'un à deux ans et au-dessous, que l'ovaire peut être regardé comme composé d'une substance corticale et d'une substance médullaire. La partie corticale est composée presque exclusivement des ovisacs de Barry enchâssés dans les fibres déliées du stroma, tandis que la partie centrale est surtout riche en fibres et en vaisseaux.

Un fait assez curieux, c'est que les follicules, suivant l'auteur, se développent plus rapidement au centre qu'à la périphérie. M. Grohe n'a rien vu, dans les ovaires qu'il a examinés, qui ressemble à la structure tubuleuse décrite par M. Pflüger. Du reste, nous ne saurions analyser dans ses détails le travail du professeur de Greifswald. Nous dirons seulement qu'il décrit avec soin tout ce qu'il a vu, et qu'il accompagne ses descriptions d'excellentes figures. (*Arch. de Virchow* et *Gaz. méd.*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 octobre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un Mémoire de M. le docteur Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage), *sur l'influence de la vaccine dans ses rapports avec les maladies*. (Commission de vaccine.)

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Laurent (Ardèche), par M. le Dr Couler, de Wittel (Vosges), par M. le Dr Pataison, de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par M. le Dr Tellier, pour l'année 1863. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La relation de deux cas de transmission de la syphilis par la vaccine, adressée par M. le Dr Viennois, de Lyon. (Commission de vaccine.)

2° Une note sur l'innocuité de l'oïdium Tuckeri inoculé ou ingéré dans l'estomac, par M. le Dr Letellier et M. Speneux, pharmacien à Napoléon-Saint-Leu-Taverny. (Commissaires, MM. Reynal, Bouchardat et Robin.)

3° M. J. Charrière présente un petit appareil appelé *couvre-oreille*, de l'invention de M. Marville (de Reims). Il se compose d'une enveloppe en caoutchouc, couleur chair, de la forme exacte de l'oreille; d'une application facile et à parois assez minces pour ne pas empêcher les sons. Cet appareil a pour objet de retenir et assurer l'action des topiques médicamenteux prescrits dans certaines maladies des oreilles. La figure première représente la face externe, et la figure deuxième, l'interne. L'appareil s'applique en le retournant. (Commissaire, M. Michon.)

Fig 1 — Fig 2 — CHARRIERE

4° M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. le docteur Oulmont, relative au traitement de la coqueluche par les substances volatiles qui se dégagent des cuves d'épuration du gaz de l'éclairage. Les résultats observés par l'auteur et par M. le docteur Créqui, diffèrent de ceux qu'a annoncés M. Commenge.

« Du 12 avril au 4 mai il a été présenté à l'usine à gaz de la Villette 35 enfants amenés spontanément par leurs parents. Le tiers environ n'avait pas la coqueluche, mais des bronchites plus ou moins aiguës ou des tubercules pulmonaires. Dix observations de coqueluche ont été exactement relevées; les enfants étaient âgés de 2 à 5 ans; la maladie remontait, pour 3, à 5 ou 6 semaines, et pour les autres à une époque variant entre 6 et 20 jours. La durée du séjour des malades dans les salles d'épuration a été de trois quarts d'heure à une heure. Sur ces 10 cas, 4 ont été notablement améliorés; mais il faut dire que chez 3 de ces malades, la coqueluche datait de 5 à 6 semaines. Les six autres n'ont éprouvé aucun bienfait de la médication. » (Renvoyé à la commission déjà nommée).

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Francesco Pignocco, une brochure ayant pour titre : *De la Sicile* étudiée sous le rapport de ses influences hygiéniques sur le genre de la folie.

— M. Malgaigne présente, au nom de M. le docteur Ulysse Trélat, une brochure sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. M. Malgaigne fait remarquer à cette occasion l'accord qui existe entre les conclusions de M. Trélat et celles d'une commission dont il fait partie, sur le nombre de malades que devrait contenir le nouvel Hôtel-Dieu. Ce nombre de 400 à 450 est aussi celui qu'a adopté M. Husson. Aussi, ajoute-t-il, y a-t-il lieu de s'étonner qu'un haut fonctionnaire ait parlé tout récemment, dans un document publié dans les journaux, du chiffre de 800 malades.

— M. Grisolle présente, de la part de M. le docteur Bréan, un ouvrage intitulé *Recherches physiques sur la respiration de l'homme.*

— M. Chevallier, à l'occasion de la correspondance, dit qu'il s'est procuré les substances volatiles provenant des usines à gaz pour en faire l'essai sur des enfants atteints de coqueluche, et que le succès de cette expérience a été complet. Il a envoyé de ces mêmes produits à M. Blache dans le même but; il ignore le résultat.

— M. Blache. Le résultat a été négatif; je n'ai eu que des insuccès.

— M. le Président annonce à l'Académie que M. le professeur Bouisson, de Montpellier, membre associé, est présent à la séance.

RAPPORT.

De l'expectation dans la pneumonie. — M. Blache, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Grisolle et Trousseau, lit un rapport sur un mémoire de M. Barthez, ayant pour titre : *Des résultats obtenus par l'expectation dans le traitement de la pneumonie des enfants.*

Dans une première partie de son rapport, M. Blache fait l'histoire critique de l'expectation en général, et en particulier de l'expectation dans le traitement de la pneumonie. Voici en quels termes il résume les longues considérations historiques et critiques dans lesquelles il est entré sur ce sujet :

Je crois qu'on essayera vainement de substituer l'expectation dans tous les cas aux médications actives. La révolution contre l'ancien traitement de la pneumonie ne sera pas aussi radicale que pouvaient le faire supposer le bruit qu'elle a fait, le nombre et la valeur des hommes qui y ont travaillé. Du reste, elle est encore très-incomplète, parce que les statisticiens n'ont pas poussé assez loin l'analyse pathologique dans leurs observations. Quand on veut comparer deux méthodes de traitement, il est indispensable de les appliquer à des cas de même nature et placés autant que possible dans des conditions identiques. Il est évident, en effet, que la statistique en pathologie ne peut donner des résultats de quelque valeur que si elle repose sur des faits parfaitement définis. Un chiffre ne peut pas embrasser des états pathologiques multiples ou dissemblables; il ne s'adapte réellement d'une manière à peu près satisfaisante qu'à des unités morbides irréductibles. Or la pneumonie, mot par lequel on désigne d'une manière générale tous les états pathologiques du poumon, mais par lequel nous n'entendons désigner ici que l'inflammation vraie du parenchyme pulmonaire, la pneumonie ainsi comprise n'est point une unité pathologique irréductible. Elle se divise et se subdivise en espèces, en formes, en variétés. Les constitutions saisonnières, les épidémies, modifient sa manière d'être, et chaque individu, par sa constitution, son tempérament, son idiosyncrasie en un mot, lui imprime une physionomie spéciale. En pathologie, on peut disserter sur la pneumonie comme entité morbide; mais en pratique, le type disparaît, et au lieu d'une pneumonie abstraite, on a des pneumonies et surtout des pneumoniques.

Entre tous les cas, que de différences! Voici, par exemple, une pneumonie à évolution si rapide, à symptômes si effacés, si éphémères, qu'elle ne laisse pas au médecin, comme le dit Bordeu, le temps de placer une saignée. Par contre, en voici une autre sursaturée d'éléments inflammatoires, dont la fièvre véhémente, l'atroce point de côté, l'insupportable angoisse respiratoire, réclament impérieusement une saignée copieuse ou des saignées coup sur coup. Parlerai-je aussi de ces pneumonies malignes avec prédominance d'ataxie et d'adynamie, des pneumonies fébri-phlegmasiques qui parcourent tous les degrés de l'échelle morbide qui sépare l'inflammation des pyrexies; de celles qui se rattachent à des états pathologiques antérieurs et éloignés; de celles qui sont sous la dépendance d'une influence diathésique évidente ou cachée; de celles qui sont provoquées par les profondes modifications qu'une hygiène déplorable imprime à l'organisme, etc.? Quand on se met à considérer toutes ces diversités d'une même maladie, on s'étonne de voir des praticiens adopter dans tous les cas une méthode unique de curation.

Le travail de M. Barthez, poursuit M. le rapporteur, se distingue de ceux dont il vient d'être question par une méthode d'observation plus rigoureuse, et par une analyse plus médicale de toutes les nuances pathologiques que présente la pneumonie.

L'auteur rapporte que depuis sept ans à peu près il a eu à traiter dans son service 212 enfants atteints de pneumonie franche, et que sur ce nombre il a eu seulement deux cas de mort par le fait de la maladie, qui occupait alors les deux poumons. Dans presque la moitié des cas, on n'a fait subir aux malades aucune espèce de traitement; pour bon nombre d'autres, la médication employée a été pr[illegible]rée insignifiante; enfin, un sixième à peine a été soumis à un trait[illegible] de quelque activité. Ne peut-on pas légitimement en conclure que la pneumonie des enfants est une maladie bénigne, au moins dans la ville de Paris? Une seule réserve est à faire pour la pneumonie double, qui s'est terminée par la mort dans la proportion de deux fois sur treize.

Les observations soumises à l'Académie n'ont trait qu'à des enfants âgés de deux à quinze ans. Ce sont des hépatisations lobaires primitives connues sous le nom de pneumonie franche. L'auteur a eu soin d'en éliminer les pneumonies lobulaires ou généralisées, les pneumonies pseudo-lobaires, broncho-pneumonies, pneumonies catarrhales; il a également laissé de côté les congestions lobaires qui surviennent pendant le cours des fièvres graves, et les hépatisations lobaires secondaires, c'est-à-dire qui se produisent dans le cours d'une maladie bien déterminée, et notamment de la tuberculisation. M. Barthez va plus loin, et il se demande si l'hépatisation lobaire primitive ainsi limitée a une origine unique, ou bien si elle est l'expression de plusieurs états pathologiques plus ou moins bien nettement définis? Il pense que la phlegmasie des organes est la conséquence d'états morbides généraux préexistants, et qu'elle emprunte d'habitude à ces causes diverses une physionomie qui peut servir à révéler son origine.

Bien que cela soit moins évident et moins connu pour l'hépatisation lobaire que pour d'autres phlegmasies, ajoute M. Barthez, je puis rappeler que plusieurs praticiens se sont efforcés de séparer des pneumonies franches ou inflammatoires celles qui peuvent être attribuées au rhumatisme, ou bien celles qui s'accompagnent d'un état typhoïde ou bilieux; celles encore qui compliquent la fièvre synoque; j'y joindrais même volontiers une pneumonie plus lente que les autres dans sa marche, et que je rattacherais à la scrofule.

Nous partageons, dit M. le rapporteur, la manière de voir de M. Barthez; toutefois nous ne sommes pas du même avis que lui quand il s'agit de la curabilité de ces diverses espèces, confondues par

---

complète de ce tricophyton dont la présence occasionne également soit l'herpès tonsurant, soit l'herpès circiné. Il faudrait plus qu'une audition rapide pour rendre compte de ces travaux.

Nous entendîmes, en outre, une communication pratique que nous ne devons pas oublier. M. Diday appela l'attention de ses confrères sur une méthode qui lui a permis de guérir la mentagre chez deux malades. C'est une nouvelle manière de mettre en usage le deutochlorure de mercure. M. Diday se sert d'abord d'une solution au dixième, dans laquelle il fait tremper les parties malades; puis, comme la peau est à peine excitée, tout en prolongeant le contact, il fait augmenter peu à peu le degré de concentration de cette première solution à l'aide d'une seconde au trentième. Les applications durent plusieurs heures; il suffit d'un petit nombre. Sur la demande de M. Bouchard, M. Diday a fait la promesse de publier bientôt ses deux observations.

La neuvième séance du Congrès fut la dernière à laquelle nous pûmes assister. La question traitée fut celle-ci : « *Qu'y a-t-il de contagieux dans l'organisme des sujets syphilitiques? A quelles conséquences pratiques peut conduire l'étude de cette question?* »

Nous vîmes se succéder à la tribune trois syphiliographes dont le nom fait autorité dans la science, MM. Rollet, Viennois et Diday. Les deux premiers venaient exposer et soutenir les opinions qui leur sont chères sur la transmission possible de la syphilis à toutes ses périodes. Ils n'ont pas trouvé de contradicteurs; et leurs idées sont trop connues pour qu'il soit besoin d'en parler ici, si ce n'est pour dire que M. Viennois a fait le récit d'une nouvelle épidémie de syphilis transmise en Italie par la vaccination. Quant à M. Diday, son mémoire, pétri d'esprit, très-original, était plein de données tellement imprévues qu'il ne pouvait manquer de captiver l'attention.

L'auteur lui-même avait fait ses réserves en annonçant dès le début qu'il ne voulait pas exposer les principes classiques de la science, mais faire quelques grandes excursions dans les régions de l'hypothèse, pour y tenter quelques conquêtes sur les domaines de l'inconnu. Ce préambule n'était pas inutile. Puis M. Diday présenta d'une manière extrêmement jolie, pleine d'habileté et de finesse, ses théories nouvelles, inattendues, sur la syphilis inoculée par les animaux parasitaires. Il divisa ces animaux en deux classes : 1° ceux qui comme la puce, la punaise, etc., peuvent produire un chancre par leur morsure lorsqu'ils apportent sur eux le sang ou la sécrétion virulente d'un individu syphilitique; 2° ceux qui, comme le sarcopte de la gale, agissent d'une manière plus douce, pour ainsi dire, et sans chancre, sans ulcération, sans aucun accident local, font pénétrer dans l'organisme la syphilis constitutionnelle.

Pour faire admettre cette action, le spirituel syphiliographe nous a raconté deux faits, qu'il aurait observés, de syphilis ainsi transmise en même temps que la gale par le moyen d'un parasite venu d'un sujet contaminé; puis, pour la faire comprendre, il nous a rappelé que la vérole pouvait se transmettre de l'homme à la femme par le double intermédiaire des animaux spermatiques et de l'ovule, non-seulement si l'œuf est fécondé, comme on l'admet généralement, « mais alors même, ajouta-t-il, que le contact entre les spermatozoïdes et l'ovule n'a pas été assez intime pour produire la fécondation, la syphilis ne demandant pas pour être transmise une pénétration absolue. Pourquoi les sarcoptes de la gale n'auraient-ils pas sur ceux qui les portent la même influence que l'ovule sur la femme? »

Revenant ensuite à des idées qui lui sont chères et qu'il avait exposées déjà incidemment dans une séance précédente, M. Diday s'est plaint que le gouvernement n'intervienne pas assez dans les rapports entre les deux sexes. Dans les cas même où cette intervention est reçue, comme lorsqu'il s'agit des prostituées, la négligence des médecins chargés de visiter ces femmes rend la surveillance illusoire. Il faudrait établir dans chaque ville un inspecteur choisi parmi les syphiliographes les plus éminents, pour faire des contre-visites et destituer les médecins qui laisseraient passer comme saines des femmes affectées de vérole.

Deux questions restaient au programme : l'une sur les accouchements, l'autre sur le régime des aliénés. On annonçait de belles discussions, que nous nous promettions d'entendre. Le forceps de M. Chassagny devait faire les frais de la première; et quant à la seconde, elle devait être chaude, s'il était permis d'en juger par le grand nombre d'aliénistes venus de toutes parts au Congrès. Il devait y avoir en outre une séance supplémentaire, où l'on devait lire tous les mémoires qui ne rentraient pas dans le programme. Nous en avions un dans ce cas. Malheureusement le temps nous a manqué, comme il nous manque en ce moment, et nous avons dû terminer notre voyage brusquement, comme nous terminons cet article.

V. Revillout, d.-m.-p.

beaucoup de médecins sous le nom de pneumonie franche. Sans doute elles se terminent en général par la guérison; mais pour toutes, cette guérison est-elle radicale? Quelles différences dans leur marche, dans leur durée, et surtout dans leur pronostic, sinon immédiat, du moins éloigné !

Laissant de côté ces distinctions diathésiques et ne recherchant que la durée des périodes de croissance, de déclin et de convalescence de la pneumonie lobaire franche, et l'influence exercée sur ces périodes naturelles par un traitement actif ou insignifiant, M. Barthez est arrivé au résultat suivant :

La résolution de la pneumonie abandonnée à elle-même commence du sixième au huitième jour de son début, surtout le septième à peu près dans la moitié des cas; quelquefois c'est le quatrième ou le cinquième, plus rarement c'est après le huitième jour révolu. Un traitement presque insignifiant ne détermine aucun changement dans ces proportions. Il en est de même d'un traitement un peu plus actif, consistant en un petit nombre d'émissions sanguines légères. Les saignées coup sur coup ont été appliquées sur quatre malades; la résolution de la phlegmasie a débuté le cinquième, le sixième, le septième et le dixième jour. La période de déclin est rapide, de deux à six jours, rarement sept et dix; elle n'a pas été sensiblement modifiée par le traitement.

La durée totale de la pneumonie oscille entre dix et quinze jours quand la maladie est abandonnée à elle-même; elle est un peu plus longue quand on emploie un traitement actif. Les pneumonies doubles exigent presque toutes plus de quinze jours pour arriver à leur terme. Avec l'expectation, la durée de la convalescence varie entre cinq et dix jours à peu près et ne dépasse jamais la quinzaine. Par suite de l'emploi des émissions sanguines, cette période s'allonge et peut durer de quinze à trente jours.

M. le rapporteur, rappelant ensuite les conclusions formulées par M. Barthez et que nous avons fait connaître lors de la lecture de son mémoire (voir *Gazette des Hôpitaux*, 1862, p. 169), ajoute :

J'espère que vous n'aurez que des éloges pour des conclusions aussi sages, aussi réservées, qui se déduisent avec tant de netteté et si naturellement des faits nombreux analysés dans ce mémoire. Je ne regrette qu'une chose, c'est que M. Barthez ne nous ait pas parlé de l'usage des contro-stimulants et de leurs effets curatifs dans le traitement de la pneumonie franche. Je les emploie très-fréquemment et avec succès. (Ici M. le rapporteur expose les résultats qu'il obtient journellement de l'emploi des antimoniaux et des vésicatoires; puis il termine en ces termes) :

Si je vous ai longtemps parlé de l'expectation appliquée d'une manière générale au traitement de la pneumonie, c'est qu'on avait prétendu renverser une expérience aussi vieille que la médecine et détrôner les saignées. A-t-on réussi? Je ne le crois pas. Il me semble, au [illegible]aire, bien établi par ce qu'on peut voir tous les jours, que les é[illegible]s sanguines sont très-utiles au début de la pneumonie, et qu'associées au tartre stibié, elles constituent une médication qu'on peut graduer, approprier à tous les cas, et dont les praticiens n'auront qu'à se féliciter. Je ne nie pas, d'ailleurs, que l'expectation soit indiquée dans quelques cas, chez les enfants surtout, bien plus que chez les adultes.

Ce mémoire, dit M. le rapporteur, est digne de l'excellent *Traité des maladies des enfants*. Aussi votre commission a l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à M. Barthez et d'envoyer son mémoire au comité de publication.

M. BOUVIER. Je suis tout à fait de l'avis de M. Blache et de M. Barthez lui-même, mais à la condition d'une très-petite modification. Je voudrais qu'il fût dit expressément et bien entendu que c'est sur des malades de l'hôpital Sainte-Eugénie que M. Barthez a fait ses observations, et que ses conclusions ne fussent pas présentées d'une manière aussi générale. Je vois journellement à l'hôpital des Enfants, comme mon collègue M. Blache, des enfants atteints de pneumonie qui guérissent très-bien sans saignées; mais je ne sais pas s'il en est de même en ville. A l'hôpital, nous avons affaire à des enfants chétifs, débilités par une mauvaise hygiène et qui supporteraient mal les saignées. Il en est tout autrement chez les enfants de la ville et de la classe riche ou aisée, soumis à un bon régime et à une bonne alimentation. Le traitement qui convient aux uns ne convient pas aux autres.

M. BLACHE. M. Bouvier a parfaitement raison, et peut-être n'ai-je pas assez insisté sur cette distinction. On serait mal venu, en effet, en ville, de s'en tenir à l'expectation dans une pneumonie, même franche. Je me rappelle que M. Barthez, appelé pour un cas de ce genre en ville, avait conseillé l'abstention. Les parents, fort alarmés d'un pareil conseil, me firent appeler. Je fis observer alors à M. Barthez que si à l'hôpital on pouvait le plus souvent faire de l'expectation sans danger et même avec avantage, il n'en était plus de même en ville, et en particulier dans le cas auquel on avait affaire, en présence d'un enfant fort, vigoureux et qui était très-oppressé. Je conseillai une saignée du bras. Elle fut pratiquée, et il s'ensuivit un soulagement notable et une résolution rapide.

M. GIBERT. Ainsi que l'ont dit avec beaucoup de raison MM. Blache et Bouvier, autre chose est de traiter un enfant cachectique et diathésique, comme le sont presque tous les enfants de l'hôpital, ou de traiter un enfant de la ville, bien constitué et atteint d'une maladie purement inflammatoire. L'homœopathie, ou plutôt l'homœo-niaiserie, est justifiée par cette singularité de notre époque qui consiste à ne vouloir pas traiter les affections inflammatoires que l'on connaît bien et à traiter les maladies fébriles qu'on ne connaît pas.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Ovariotomie. — M. KOEBERLÉ communique la relation d'une nouvelle opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée avec succès il y a un mois. Voici cette relation sommaire.

Mme K... (de Cracovie), âgée de trente-huit ans, médiocrement amaigrie, était affectée depuis huit ans d'une tumeur ovarique que M. V. Scanzoni a traitée sans succès depuis quatre ans, et dans laquelle il a fait, il y a deux ans, une ponction suivie d'une injection iodée. La tumeur a continué à s'accroître et à se développer. La menstruation est restée régulière. La santé de la malade était bonne d'ailleurs, et l'état général très-satisfaisant. Le ventre mesurait 0m,97 de circonférence. L'existence d'adhérences à la région ombilicale était facile à constater. On devait s'attendre à des adhérences intestinales épiploïques, etc.

L'ovariotomie a été décidée, malgré l'opposition de MM. V. Scanzoni et Pajot, le 12 septembre 1864, en présence de MM. Hecker (de Fribourg), Morpain (de Paris), Pellegrin et Rambach (de Strasbourg).

Incision de 21 centimètres, ponction; évacuation de six litres de liquide de l'ovaire gauche. Adhérences très-étendues et très-intimes au pourtour de l'ombilic, à l'épiploon, à l'intestin grêle, au côlon transverse et à une tumeur qui dépendait de l'ovaire droit. Ligature du pédicule avec du fil de fer au moyen d'un serre-nœud. La tumeur dépendant de l'ovaire droit était adhérente sur toute sa surface, et d'une manière tellement intime avec l'appendice vermiculaire, qu'on ne pouvait en distinguer les limites. Une portion de la peau de la tumeur ayant été découpée et les adhérences détachées, le pédicule fut lié avec du fil. Une ligature en masse et deux ligatures isolées durent être jetées sur les vaisseaux divisés dans les adhérences. La portion du kyste qui était restée attachée à l'appendice vermiculaire fut ensuite détachée par petits fragments, et une partie qu'il fut impossible d'enlever fut avivée sur toute sa surface.

L'opération a duré une heure et demie environ. Il a fallu à peu près trois quarts d'heure pour détacher les adhérences.

Malgré la gravité des lésions, l'étendue des adhérences, l'existence de plusieurs ligatures de vaisseaux et des deux ligatures en masse du pédicule, la durée de l'opération et la difficulté de la chloroformisation, il n'est pas survenu d'accidents consécutifs sérieux. La fièvre est arrivée à son maximum au bout de cinquante heures (105 pulsations), et a complétement disparu du cinquième au sixieme jour (70 pulsations). Les épingles de la suture superficielle ont été enlevées au bout de trente heures, et les fils de fer de la suture profonde ont été extraits dès le quatrième jour. Pendant les premières trente-six heures, l'opérée n'a pris que de l'eau et 5 centigrammes d'acétate de morphine. Les aliments ont été donnés en quantité progressive, conformément au régime antérieur de la malade, à partir du troisième jour. Les ligatures sont tombées du dixième au quinzième jour. Réunion immédiate parfaite. Cicatrisation complète des trajets fistuleux des ligatures, le vingt-quatrième jour. Santé parfaite.

La tumeur du côté gauche contenait dans l'une de ses cavités, ainsi que l'ovaire droit, un kyste dermoïde (graisse, cheveux, os, éléments de la peau).

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous apprenons la mort de M. Barbet, professeur de pharmacie à l'Ecole de médecine de Bordeaux et membre du conseil d'hygiène de la Gironde.

— C'est M. Parrot et non M. Panas, comme on l'a imprimé par erreur, qui est juge titulaire du concours de l'externat.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Amélie-les-Bains, son climat et ses thermes, comprenant un aperçu historique sur l'ancienneté des thermes, sur l'état actuel de la station et les améliorations qu'elle comporte, la topographie, l'analyse des eaux sulfureuses et leur mode d'action dans les maladies; par le docteur ARTIGUES, médecin principal de 1re classe, chef du service thermal de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains. Un volume in-8° de 261 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, chez Germer Baillière.

Contributions à l'étude des altérations anatomiques de la goutte, et spécialement du rein et des articulations chez les goutteux, par MM. CHARCOT et V. CORNIL. In-8° de 29 pages, avec une planche gravée. Prix : 1 fr. 50. — Paris, chez Germer Baillière.

Dictionnaire de la langue française, contenant la Nomenclature, la Grammaire, la Signification des mots, la Partie historique et l'Etymologie, par M. E. LITTRÉ, de l'Institut (Académie des inscriptions et belles-lettres). La 10e livraison vient de paraître. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1864, chez L. Hachette et Cie.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de MM. RAIGE-DELORME et A. DECHAMBRE. Ce Dictionnaire comprendra environ de 20 à 25 volumes grand in-8°, chacun de 800 pages. Des figures sont intercalées dans le texte aussi souvent qu'elles sont jugées nécessaires.

L'ouvrage est publié par demi-volumes, renfermant en 400 pages plus de matière que chacun des volumes complets du *Dictionnaire en trente*. — Prix du demi-volume, rendu *franco*, dans toute la France et l'Algérie : 6 fr. Le premier demi-volume (A. — A C C.) vient de paraître. L'impression du second demi-volume est très-avancée, et toutes les mesures sont prises pour que la publication marche rapidement. — Paris, chez Asselin.

Traité de la stérilité chez la femme, considérée particulièrement sous le rapport de ses causes et de son traitement, suivi de nombreuses observations de guérison; par M. le docteur H. D. MAHEUX. Un vol. grand in-18 de 216 pages. Prix ; 2 fr. 50. — Paris, chez G. Ballière.

Le Directeur, Dr E. LE SOUED.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 121. — SAMEDI 15 OCTOBRE 1864. (37e ANNÉE.) Nº 121. — SAMEDI 15 OCTOBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DU L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du traitement de la coqueluche dans les usines à gaz.

Le bruit qu'a fait récemment dans le public le traitement de la coqueluche par les émanations provenant de l'épuration du gaz d'éclairage, a éveillé l'attention des médecins et appelé l'observation sur la réalité et la valeur des faits. Nos lecteurs ont eu sous les yeux la communication que M. le docteur Commenge a faite sur ce sujet à l'Académie de médecine.

Dans le dernier numéro, nous avons rapporté le contenu d'une lettre écrite à cette occasion par M. Oulmont. Les témoignages devant être à la fois comptés et pesés quand il s'agit d'une question de thérapeutique d'un intérêt aussi général, nous croyons devoir résumer ici les observations qui ont été échangées à ce sujet à la Société médicale des hôpitaux, entre les médecins qui étaient le mieux placés pour en bien juger.

M. Guérard ayant signalé à l'attention de la Société les résultats attribués à ce nouveau mode de traitement, et les renseignements qu'il avait recueillis lui-même dans une usine où l'avaient appelé ses fonctions de membre du Conseil de salubrité, voici les faits qui ont été successivement exposés par MM. les docteurs Blache, Bergeron, Barthez, Roger, Maingault.

M. Blache a eu occasion de voir deux enfants de la même famille, âgés de treize à quatorze ans, qui tous deux, arrivés à une période assez avancée de la coqueluche, furent soumis au traitement en question. Ils furent tous deux conduits huit fois à l'usine, et chez l'un et l'autre, ce traitement provoqua une notable aggravation des quintes, que les moyens ordinaires parvinrent à calmer. M. Blache s'est en outre procuré une certaine quantité de ces résidus d'épuration de gaz, il en a fait respirer les émanations à plusieurs enfants atteints de coqueluche; cet essai ne lui a donné aucun résultat avantageux.

M. Bergeron ayant eu connaissance d'une amélioration rapide survenue chez un enfant traité de la sorte, a envoyé dans la salle d'épuration trois enfants atteints de coqueluche. Cette tentative a été également sans succès.

M. Barthez a été témoin de deux faits où l'influence favorable de la médication lui a paru nettement établie. Il s'agissait de deux sœurs, âgées, l'une de trois ans et demi et l'autre de cinq ans et demi, atteintes toutes deux de coqueluche, l'une depuis quinze jours, l'autre depuis trois semaines, et soumises toutes deux au traitement dont il s'agit. La première était complétement guérie trois semaines après le début de la maladie, et la seconde, au bout de quatre semaines et demie.

M. Maingault a vu deux enfants qui ont été conduits dans une usine à gaz pendant la période moyenne d'une coqueluche, et qui n'en ont éprouvé aucune amélioration.

Enfin, M. Roger a vu cette médication échouer complétement chez deux enfants que leur mère voulut soumettre à ce traitement, et qu'il retrouva au bout de quinze jours exactement dans l'état où il les avait laissés. Toutefois, comme il voulait avoir une opinion arrêtée sur la valeur de ce moyen, il s'est procuré des résidus d'épuration de gaz et les fit étendre dans une grande pièce de l'hôpital des Enfants. L'odeur qui s'en dégageait était forte et très-pénétrante, et les enfants ne consentaient à demeurer quelque temps dans cette salle qu'autant qu'ils s'y trouvaient en assez grand nombre pour se distraire. Plusieurs malades du service de M. Roger et d'un service voisin, affectés de coqueluche à la période de déclin et sans fièvre, ont séjourné chaque jour dans cette salle. On n'a observé aucune modification appréciable ni dans la fréquence ni dans l'intensité des quintes.

Dans la lettre adressée mardi dernier à l'Académie par M. le docteur Oulmont, il est question de quatre malades sur dix notablement améliorés par le traitement.

Voici quelques détails plus précis sur ces faits, que nous n'avons fait connaître que d'une manière très-sommaire.

L'état des quatre malades dont il s'agit a été amélioré dans l'espace de neuf séances; les quintes de toux, qui au début étaient de treize et quinze par jour, sont tombées à cinq ou six. M. Oulmont fait au sujet de ces quatre malades une remarque importante, c'est que trois d'entre eux avaient la coqueluche depuis cinq ou six semaines. Quant aux six autres, ils n'ont éprouvé aucun bienfait de la médication. Deux d'entre eux, après sept séances, avaient toujours douze ou quinze quintes par jour; chez un troisième, après treize séances, la coqueluche est restée très-violente, et, le dernier jour, il avait encore seize quintes par jour. Les trois derniers, au bout de six séances, offraient si peu d'amélioration, que les parents ont cessé de les amener. M. Oulmont ajoute qu'à partir du 14 mai le nombre des malades qui se sont présentés à l'usine a notablement diminué, et il tient de M. Créquy, médecin attaché à l'établissement, que les résultats obtenus depuis n'ont pas été plus heureux que précédemment.

Enfin, s'il nous était permis d'invoquer notre propre témoignage, nous dirions que le petit nombre de faits que nous avons eu occasion de voir, n'est pas beaucoup plus favorable que ceux qui précèdent (1).

Si, à côté de ces faits généralement peu favorables à la méthode, nous rappelons maintenant ceux que M. Commenge a fait valoir en sa faveur, que voyons-nous? Sur 88 cas, 54 guérisons, 24 améliorations et 10 échecs seulement. Voilà certainement des résultats bien différents de ceux que nous venons de faire connaître. Nous avons recherché dans le travail de M. Commenge si ces différences pouvaient s'expliquer soit par le faible degré, soit par la période avancée de la maladie. Or, il y est dit expressément : que sur ces 88 malades, 65, c'est-à-dire plus des deux tiers, avaient été préalablement soumis sans résultat à des médications très-variées; 61 présentaient les symptômes de la coqueluche au plus haut degré de violence; 51 étaient malades depuis moins de trois semaines, par conséquent dans la période ascendante de la maladie; enfin que chez ceux dont le début de la maladie remontait à un, deux ou même trois mois, et qui étaient en moins grand nombre (37 cas), l'ancienneté de la maladie ne prouvait pas qu'elle fût à la période de déclin; les enfants n'étant le plus souvent conduits à l'usine que lorsque la coqueluche avait pris une nouvelle intensité et que tous les symptômes étaient redevenus très-aigus.

Sauf quelques réserves à faire à l'égard des sujets de cette dernière catégorie, que l'on pourrait considérer en effet comme parvenus à cette période de la maladie où elle s'use ordinairement d'elle-même, ou cède à un traitement quelconque et surtout à un changement de moyen, on ne peut méconnaître la valeur de ces faits.

Il y a donc lieu, en présence de témoignages aussi opposés, de suspendre un jugement définitif sur le mérite de la méthode. Toutefois, quand on réfléchit à la variabilité si grande de la marche naturelle de la coqueluche, qu'il est presque impossible de lui assigner une durée moyenne; quand on se rappelle surtout la vogue dont a joui à son tour chacune des innombrables méthodes de traitement qui ont été successivement préconisées contre cette affection à la fois si mobile et si rebelle, on est fort disposé, sinon à la défiance, du moins au doute à l'égard de la portée réelle de ces nouveaux succès et de leur durée.

(1) Cinq enfants que leurs parents avaient conduits pendant mon absence dans les salles d'épuration, n'en ont retiré aucun avantage notable. L'un de ces malades, qui avait une coqueluche très-intense avec catarrhe bronchique, a succombé depuis à la complication d'une angine diphthéritique. Chez les trois autres, la coqueluche a suivi son cours, et n'a cédé depuis qu'au déplacement ou au temps. Il est juste d'ajouter qu'ils n'ont fait tous qu'un petit nombre de séances à l'usine. B...

De la valeur séméiologique des colorations et des enduits de la langue.

Les signes fournis par l'état de la langue ont été de tout temps pris en très-grande considération pour le diagnostic et le pronostic non-seulement des affections des organes digestifs, mais encore de la plupart des maladies générales fébriles; mais leur valeur a changé à mesure qu'on a mieux connu ces affections et qu'on a surtout étudié plus attentivement les conditions anatomiques et physiologiques des changements d'état de cet organe. C'est, pour les travaux modernes, aux recherches de M. Piorry, publiées en 1835 et en 1840, qu'il faut remonter pour avoir quelques notions précises sur les conditions physiologiques de la formation des enduits de la langue et de ses changements de coloration. C'est à cet observateur que l'on doit surtout d'avoir mieux fait connaître les rapports des modifications que présente la langue avec les affections des appareils circulatoires et respiratoires.

Plus tard, MM. Sappey et Ch. Robin ont ajouté à ces notions les résultats de leurs études anatomiques et histologiques sur les divers éléments qui entrent dans la composition de la langue. Enfin, dans un travail important publié en 1862 et en 1863 sur ce même sujet, M. le docteur Gros a surtout insisté sur les changements d'aspect que présentent les enduits de la langue et sur les colorations qui ne dépendent que des lois d'opposition ou du contraste des diverses nuances de la lumière. M. le docteur L. Guichard, reprenant à son tour l'étude de ce point intéressant de séméiologie et de physiologie pathologique, vient de consigner dans sa thèse les résultats de l'ensemble de ces recherches et des études cliniques qu'il a faites sur ce sujet.

M. Guichard a successivement étudié à ce double point de vue les colorations et les aspects divers de la langue, et les enduits qui la recouvrent. C'est cette dernière partie de son travail surtout qui nous a paru contenir les données les plus neuves et les plus utiles pour l'interprétation de la valeur séméiologique des enduits de la langue.

L'examen microscopique de ces divers enduits lui a démontré qu'ils pouvaient reconnaître un certain nombre de causes différentes; les unes appartenant à l'organisme, les autres dépendant de l'influence des milieux extérieurs. Ces dernières doivent être rattachées, sans aucun doute, à l'état pathologique, mais elles ne dérivent pas des états fonctionnels de l'organisme, en ce sens qu'elles ne consistent pas simplement en une altération des tissus et des éléments normaux en eux-mêmes.

M. Guichard avoue n'avoir pu établir aucune relation bien définie entre la couleur des enduits et leur constitution histologique. Il incline à penser, d'après ses observations, que le dessèchement de l'enduit, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, tend en général à le faire passer à des teintes foncées. Quand la desquamation est considérable et que les revêtements épithéliaux flabelliformes des papilles sont entraînés tout entiers par la spatule, on voit que leurs extrémités sont beaucoup plus foncées que leur base. Il résulterait de là que la teinte foncée des enduits serait le plus souvent en rapport avec la quantité de la salive versée dans la bouche avec l'état d'évaporation dans lequel peut être la salive placée sur la langue, par exemple, quand le malade respire en dormant avec la bouche ouverte.

Les observations assez nombreuses que rapporte M. Guichard, quoique insuffisantes pour servir de base à une étude complète de la structure des enduits morbides de la langue, montrent néanmoins quelques particularités que l'on peut regarder dès aujourd'hui comme acquises.

C'est ainsi que la nature de l'enduit ne semble pas avoir d'influence sur la couleur, abstraction faite des faits de teinture qui peuvent se produire en raison de propriétés particulières de certaines boissons.

La nature de ces enduits s'est montrée extrêmement variable; ils se composent, suivant les cas, de salive plus ou moins réduite par l'évaporation; d'une quantité plus ou moins grande, mais le plus souvent considérable, de cellules épithéliales détachées de la surface de la langue; de parasites, tels que diverses espèces de leptothrix, de cryptococcus cerevisiæ, etc., qui se trouvent en quantité d'autant plus grande que les enduits sont plus anciens, plus épais, et par conséquent plus altérés. On y trouve aussi des leucocytes, quelquefois des globules d'hématosine, et toujours de la matière amorphe provenant de la salive réduite par l'évaporation.

Quant aux colorations des enduits, elles seraient dues à la dessiccation, qui les fait passer du jaune pâle ou du blanc grisâtre à des teintes plus foncées, jusqu'au brun noirâtre et au noir; à l'action des corps étrangers colorants, liquides ou solides, des ingesta; aux oppositions de nuances sur les fonds diversement colorés de la membrane muqueuse, qui font paraître jaune foncé, verdâtre, bilieux, des enduits qui ne sont en réalité que gris, jaunâtres, bruns ou noirâtres; peut-être, dans certains cas, à la présence de quelques grains d'hématosine.

Il résulterait, en résumé, de l'ensemble de ces recherches, que les signes tirés de l'inspection de la langue n'auraient presque jamais qu'une valeur relative, et qu'ils ne deviendraient une source de certitude que par leur concordance avec des signes obtenus par des moyens plus précis et plus directs. Les colorations de la membrane muqueuse de la langue ne seraient plus en rapport constant avec l'état de l'estomac, comme on l'avait pensé généralement jusque-là, ces colorations pouvant provenir de trois causes, toutes étrangères à l'état de l'estomac, savoir : l'état de la circulation sanguine dans la langue elle-même; l'état inflammatoire de cette membrane muqueuse ou de quelques-uns de ses éléments anatomiques, état quelquefois idiopathique, mais le plus souvent en rapport avec diverses phlegmasies franches ou spécifiques, soit de la peau, soit des organes respiratoires, soit des organes digestifs, soit d'autres organes ou appareils plus éloignés; enfin, l'action colorante par

simple contact des boissons, des aliments, des substances médicamenteuses diverses, etc.

Kyste séreux du maxillaire inférieur; traitement par l'excision et l'inflammation suppurative.

M. Gosselin a depuis longtemps appelé l'attention sur la nécessité, pour obtenir la guérison des kystes des mâchoires, d'y provoquer une inflammation suppurative et de l'entretenir en maintenant l'ouverture artificielle préalablement faite pendant tout le temps nécessaire pour que la rétraction des enveloppes, toujours composées d'une certaine quantité de substance osseuse, ait eu le temps de s'opérer.

Cette indication est difficile à remplir, parce que les solutions de continuité ont une tendance très-grande à la cicatrisation dans la cavité buccale. Sur une malade qu'il a eue en traitement depuis les premiers jours de janvier pour un kyste situé au côté droit du maxillaire inférieur, M. Gosselin a eu soin de cautériser fréquemment avec le nitrate d'argent le fond de la cavité et le contour de l'ouverture qu'il avait faite; de plus, à trois reprises différentes, il a incisé de nouveau avec les ciseaux cette ouverture, qui, revenant trop vite sur elle-même, allait se cicatriser en laissant au-dessous d'elle une cavité dans laquelle une nouvelle accumulation de liquide aurait pu avoir lieu.

Aujourd'hui les parois de cette poche sont revenues sur elles-mêmes, la cavité est effacée par l'adhésion progressive des surfaces opposées, et l'ouverture a pu être abandonnée à elle-même sans inconvénient. Ce travail a demandé six mois. Mais la malade avait depuis longtemps quitté l'hôpital et repris ses occupations. Elle venait tous les dix ou douze jours à la consultation pour les cautérisations, et quelquefois pour les débridements nouveaux de l'orifice trop prompt à revenir sur lui-même.

Ces jours derniers, M. Gosselin a reçu à la Pitié un malade présentant une affection tout à fait semblable.

C'est un homme de trente-deux ans, portant au côté gauche de la mâchoire inférieure, au niveau de la canine et de la première petite molaire, une tumeur grosse comme une forte noix, arrondie, indolente, proéminant tout à la fois sous la peau et sous la muqueuse gingivale, et évidemment confondue avec le maxillaire inférieur. Au niveau de sa partie la plus centrale et la plus rapprochée de la peau, cette tumeur est molle et très-nettement fluctuante; mais à mesure que le doigt s'éloigne de ce point pour se diriger vers la mâchoire, il sent la tumeur devenir de plus en plus résistante, et se confondre définitivement avec la face externe du maxillaire.

En se portant de la portion la plus molle à la plus dure et exerçant une pression modérée, le doigt constate de plus que la paroi s'affaisse au voisinage de la première, et ne s'affaisse plus au voisinage de la seconde; l'affaissement s'accompagne même à la partie inférieure de la tumeur de cette sensation particulière de crépitation qu'on a comparée à celle du parchemin. La réunion de tous ces signes, une tumeur indolente, fluctuante dans le point où elle est molle, adhérente à la mâchoire, pourvue d'une paroi en partie osseuse, M. Gosselin établit aisément qu'il s'agit d'un kyste du maxillaire inférieur constitué par l'accumulation de liquide séreux ou séro-sanguinolent, et plus ou moins épais dans l'interstice de cet os, avec déjettement en dehors, amincissement et destruction partielle de la paroi externe de la poche.

Comme l'origine habituelle de ces kystes est dans une altération dentaire souvent difficile à caractériser et de nature variable, M. Gosselin a examiné l'état des dents placées au voisinage du kyste, et il en a trouvé une, la canine, dont la couronne avait été détruite par la carie et dont la racine était vacillante. Cette dent fut immédiatement enlevée avec le davier. On ne vit d'abord rien s'écouler par l'alvéole; mais quelques heures après, le malade sentit couler un liquide sanguinolent, qu'il cracha à diverses reprises.

Le lendemain, M. Gosselin reconnut que la tumeur était affaissée, et qu'un stylet fin conduit par l'alvéole pénétrait dans la cavité kystique. Nul doute dès lors que cette dernière avait une connexion et probablement un rapport étiologique avec la dent malade.

Mais s'agissait-il d'un kyste développé à l'extrémité du bulbe dentaire, ou bien d'un kyste consécutif à la perversion nutritive de l'os au voisinage d'une dent malade? Il a été impossible d'être renseigné à cet égard.

Quoi qu'il en soit, reconnaissant que le conduit alvéolaire, aboutissant au kyste, était trop étroit et trop élevé pour donner écoulement au liquide et au pus dont il se proposait d'amener la formation, M. Gosselin entreprit le traitement dont il a été parlé plus haut.

Le kyste a été largement ouvert avec le bistouri du côté de la bouche, au niveau de sa portion la plus molle; les parois ont été excisées en haut et en bas. Le doigt conduit dans la cavité a parfaitement senti une poche assez spacieuse, à parois osseuses, et un tampon de charpie a été placé dans son intérieur, en vue d'y provoquer l'inflammation suppurative.

M. Gosselin se propose de cautériser ultérieurement, et, s'il le faut, d'agrandir de temps à autre l'ouverture pour l'entretenir béante, jusqu'à ce que, sous l'influence de la phlegmasie suppurative, la poche soit suffisamment revenue sur elle-même et oblitérée.

Ce fait est bien en rapport avec les progrès de la chirurgie moderne. Dupuytren, qui avait déjà proposé l'énucléation des tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur, la cautérisation de la cavité osseuse, posait ainsi le principe dont les faits de M. Gosselin viennent de démontrer la supériorité. On arrivera ainsi peu à peu à réserver, pour les cas de tumeur volumineuse, seulement, la résection de la mâchoire.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Fano.

De l'amaurose par embolie de l'artère centrale de la rétine.

La formation d'embolies dans l'artère centrale de la rétine est une des causes de ces amauroses qui surviennent brusquement, et contre lesquelles la thérapeutique est si souvent impuissante. Les malades se plaignent tout à coup d'éprouver devant l'un des yeux une sensation de trouble; l'œil est voilé comme par un nuage. En quelques instants, le champ visuel est obscurci; puis la vision s'éteint le plus souvent d'une manière définitive; quelquefois il y a un retour momentané, mais incomplet, de la faculté visuelle pendant un temps fort court, puis l'œil retombe pour toujours dans les ténèbres.

L'examen de l'organe avec l'ophthalmoscope rend compte de la cécité et de la nature de la lésion; mais pour cela il est nécessaire que cet examen soit fait très-promptement après la période d'invasion du mal. On constate l'arrêt de la circulation dans les branches et les rameaux vasculaires de la rétine; le sang cesse d'arriver à cette membrane. Personne n'ignore l'influence exercée par la circulation sur les fonctions du système nerveux. C'est parce que la rétine n'est plus abreuvée par le sang artériel qu'elle perd son excitabilité à la lumière. La papille optique est normale; les vaisseaux qui la parcourent, ceux de la rétine, sont devenus d'une ténuité excessive; ils paraissent *filiformes*, quelques-uns semblent même complétement vides de sang. Quelques observateurs ont noté que les artères de la rétine sont parfois distendues, à quelques places seulement, par des caillots opaques épais, de couleur vineuse. Ils ont vu les rameaux les plus ténus qui se dirigent vers la *tache jaune* distendus de façon à être plus apparents que dans l'état normal, mais le bout central en est *entièrement vide.* Les veines, plus grêles que dans l'état physiologique, ont paru irrégulièrement remplies et rétrécies au niveau de leur point de sortie de l'œil.

Au niveau du point de la rétine correspondant à la *macula*, on aperçoit généralement une petite *tache rouge*. Cette tache est très-probablement le résultat d'une petite apoplexie rétinienne. Quelques ophthalmologues l'ont expliquée autrement: ils pensent qu'elle n'est vue dans ce point que par le fait d'une illusion d'optique; elle résulterait de ce que les parties qui entourent la *macula* ayant pris une couleur grisâtre, à la faveur de l'exsudation qui se développe sur la rétine consécutivement aux troubles circulatoires de cette membrane, la portion la plus ténue de celle-ci correspondant à la *macula* permet de voir par transparence la coloration rosée de la choroïde. Cette interprétation ne nous semble pas admissible, au moins pour tous les cas. Dans le fait que nous relaterons plus loin, nous avons constaté l'existence de la tache rouge au début du mal, conséquemment à une époque où l'exsudation rétinienne ne s'était pas encore développée; la pâleur générale du fond de l'œil dénotait également un arrêt dans la circulation de la choroïde; enfin quelques jours plus tard nous avons constaté deux foyers hémorrhagiques dans l'œil sain, dont la circulation rétinienne n'était pas interrompue; et trois mois plus tard, alors que la tache rouge primitive de l'œil droit était résorbée, il s'était formé sur la rétine de ce côté deux nouveaux petits foyers hémorrhagiques.

L'embolie de l'artère centrale de la rétine s'accompagne parfois d'embolie dans les artères ciliaires courtes postérieures, qui se distribuent à la choroïde et qui sont fournies, tout comme l'artère centrale de la rétine, par l'artère ophthalmique. On ne saurait se rendre compte autrement de la pâleur que présente le fond de l'œil; ce ne sont pas les artères de la rétine qui donnent à ce fond la coloration rosée qu'il présente dans l'état normal. Cette coloration est propre à la choroïde vue par transparence à travers la rétine, qui n'a pas de coloration propre à elle.

Les troubles de la circulation rétinienne donnent lieu promptement à des modifications dans la structure de cette membrane. Quelquefois on les reconnait au bout de quarante-huit heures. La papille optique offre un trouble strié, peu apparent, qui se propage dans une petite étendue le long des gros vaisseaux, vers le haut et vers le bas de la rétine. La région de la *macula* et son pourtour sont envahis par une *opacité grisâtre ou lactescente*, qui donne l'idée d'une sorte de voile étendu sur la rétine. A une époque plus avancée, ce trouble lactescent disparaît; le fond de l'œil a repris son éclat et sa coloration comme dans l'état normal. La circulation rétinienne se rétablit, mais la vision n'est pas recouvrée.

Plus tard encore, il arrive à la rétine ce qui se passe pour tous les organes qui cessent de fonctionner, ils s'atrophient. Les artères diminuent graduellement de calibre, et la papille optique prend cette couleur blanche caractéristique qui est l'indice certain d'une atrophie du tronc nerveux.

L'observation suivante est un exemple d'embolie de l'artère centrale de la rétine et des artères ciliaires courtes postérieures, du côté droit seulement.

Embolie de l'artère centrale de la rétine et des artères ciliaires courtes postérieures du côté droit. Abolition de la vision de ce côté.

M. X..., âgé de soixante ans, ancien officier, a eu jusque tout récemment la vue bonne des deux côtés. Il se servait pour lire de verres convexes n° 16 et suivait un régime doux. Pendant son séjour en Afrique en 1841, il a été pris plusieurs fois d'une abolition de la vision qui se rétablissait au bout de quelques heures.

Le 15 mars dernier, dans la soirée, il se plaint tout à coup d'apercevoir un nuage devant l'œil droit; le nuage est entremêlé de quelques lueurs; il devient de plus en plus épais, et au bout de quelques minutes, la vision est complétement abolie de ce côté.

Le lendemain, le patient m'est envoyé par son médecin, M. le docteur Fleury. De l'œil gauche, il lit des caractères d'imprimerie ordinaires en se servant de verres convexes n° 16. L'examen ophthalmoscopique montre une papille rosée, un fond d'œil rosé, une rétine parcourue de vaisseaux sanguins d'un calibre ordinaire.

A droite, la vision est abolie. Le malade ne distingue qu'une légère lueur à sa droite, en portant l'œil fortement en dehors. S'il regarde de face, il accuse des ténèbres. A l'ophthalmoscope, le fond de l'œil présente une *pâleur* qui contraste avec la couleur rosée du fond de l'œil opposé. La papille optique est normale; les vaisseaux qui la parcourent, ceux de la rétine, sont *filiformes;* quelques-uns paraissent même vides de sang. En dedans de la papille (image renversée), à la place occupée par la *macula*, on aperçoit une petite tache rouge. — Repos des yeux; médication purgative suivie; pédiluves.

Le 24, même état de la vision. A l'ophthalmoscope, fond de l'œil droit moins pâle, excepté en dedans (image renversée). Les vaisseaux rétiniens en partie remplis de sang. Tache rouge correspondant à la *macula* moins accentuée qu'il y a huit jours. — Médication purgative; onctions sur les paupières avec liniment excitant pour activer la circulation de l'œil.

Le 31, le malade distingue, avec l'œil droit, l'ombre de ma figure, en me regardant de face. Il voit un peu mieux en portant l'œil fortement en dehors. Il lui est impossible de reconnaître aucun objet. A l'ophthalmoscope, la moitié inférieure de la rétine (image renversée) semble comme *voilée;* les vaisseaux de la rétine sont remplis de sang. La tache rouge correspondant à la *macula* persiste.

Le 4 avril, même état de l'œil droit. Dans l'œil gauche, je constate deux petits foyers sanguins de la rétine. — Electrisation de l'œil droit.

Le 7, légère amélioration de la vision du côté droit.

Le 14, le champ visuel s'agrandit un peu, tout en restant aussi peu clair. En regardant fortement à droite, le patient distingue les clous dorés d'une porte, et la main de sa femme qui, à un moment donné, vient masquer les clous. Pendant l'électrisation, il se plaint pour la première fois de voir une étincelle.

Le 9 juin, il ne distingue pas mieux qu'il y a un mois, bien que l'électrisation de l'œil droit ait été faite deux fois par semaine. A l'ophthalmoscope, la papille optique est rosée; les vaisseaux de la rétine sont remplis de sang; il existe deux petits foyers hémorrhagiques de la rétine en bas et en dedans de la papille (image renversée).

Le 24 août, la vision est à peu près nulle de l'œil droit. La moitié inférieure de la papille est de couleur *blanche*, tirant sur la nuance blanchâtre propre à l'atrophie du nerf optique. Les artères de la papille sont manifestement en voie d'atrophie.

TUMEURS LYMPHATIQUES.

Par M. le Dr Petit.

(Lettre adressée à M. le docteur U. Trélat, secrétaire de la Société de chirurgie.)

Le 10 février 1858, dans la soirée, le jeune F..., élève interne au lycée de Saint-Denis, se présente à l'infirmerie accusant de vives douleurs dans les deux cuisses. Le proviseur, averti, fait coucher le malade et m'envoie chercher.

F..., âgé de quatorze ans environ, est né à la Réunion, d'une créole et d'un Européen. Sa constitution est délicate, très-nerveuse et lymphatique. Il est habituellement d'une pâleur mate.

J'apprends que l'accident est survenu pendant les exercices de la récréation du soir. En découvrant le malade, je trouve dans l'une et l'autre aine une tumeur bien manifeste, sans changement de couleur à la peau, se prolongeant dans le canal inguinal et ayant toutes les apparences d'une hernie. Le toucher cause une vive douleur; cette sensation de douleur s'étend à la cuisse sur le trajet de la saphène, et je remarque que sur le trajet, particulièrement à droite, la peau est rosée et légèrement œdématiée comme dans l'angioleucite. Il existe aussi un peu d'œdème au niveau des malléoles. — Je ne constate, du reste, aucun symptôme d'engouement ou d'étranglement herniaire. Le malade a ressenti des frissons; maintenant sa peau est chaude, son pouls est plein et donne 90 pulsations.

En interrogeant F..., j'obtiens les renseignements suivants: depuis une époque qu'il ne peut préciser, mais qui remonte à plus d'une année, il s'est aperçu souvent le soir, en se déshabillant, que ses aines étaient tuméfiées, particulièrement lorsqu'il avait fait une longue promenade ou de la gymnastique. Comme il n'a éprouvé que peu de gêne de ces tumeurs et que le repos de la nuit a toujours suffi pour qu'elles disparussent presque entièrement, il ne s'en est pas encore plaint à moi. D'ailleurs on a dit à sa mère qu'il n'y avait là qu'un engorgement des glandes, simple effet de croissance.

Je remis à plus tard l'examen complet des parties; je devais d'abord traiter l'angioleucite, cause évidente et la seule des vives douleurs accusées par le patient. Cependant je pus immédiatement affirmer au proviseur, présent à ma visite, que nous n'avions pas affaire à des hernies, ainsi qu'il m'avait paru le craindre. — J'ordonnai la diète, une limonade de tamarin, un bain frais à la température de la chambre, et pour topique, des compresses trempées dans l'eau végéto-minérale.

Le jour suivant, je trouvai mon malade beaucoup mieux: les douleurs s'étaient calmées; il avait dormi et demandait même à se lever. — Les tumeurs des aines n'avaient pas beaucoup diminué; — en les comprimant, elles me donnaient aux doigts une sensation particulière d'élasticité et s'affaissaient lentement en paraissant rentrer dans le ventre. Cependant la station debout ni les succussions de la toux n'avaient aucun effet sur le retour de leur saillie, qui s'opérait évidemment de bas en haut comme dans les tumeurs veineuses, qu'on a vidées par compression. J'eus beau chercher, je ne trouvai dans les aines aucun ganglion lymphatique engorgé, ni même aucune trace de ganglion.

En rapprochant ces particularités de celles que j'avais notées précédemment dans un cas beaucoup plus grave et où la nature de la maladie était bien manifeste, je ne balançai pas à formuler ce diagnostic : tumeurs de l'aine formées par des vaisseaux lymphatiques considérablement dilatés et se prolongeant dans l'abdomen au-dessus et au-dessous du ligament de Fallope.

Le même jour, la mère vint chercher son fils pour continuer à le soigner chez elle, et huit jours après, il rentrait au lycée portant un bandage herniaire double. Le médecin de la famille, ancien chirurgien militaire, avait cru constater une double hernie inguinale.

Le résultat de ce traitement n'a pas tardé à me donner raison. F..., après avoir, par docilité, souffert son bandage pendant vingt-quatre heures, est rentré à l'infirmerie. Je trouve les tumeurs doublées de volume et remplissant le triangle de Scarpa; l'œdème ne se borne plus aux malléoles, il s'étend à tout le membre, qui est engourdi et douloureux, autant à gauche qu'à droite. Le repos au lit pendant plusieurs jours et des bains frais rétablirent les choses à peu près dans leur premier état. F... mit de lui-même son bandage de côté, et je n'en entendis plus parler jusqu'aux vacances.

Le 25 août, je fus prié par Mme F... de me rendre en consultation près de son fils avec le docteur O..., son médecin, et le docteur C..., l'un des médecins de l'hospice civil. Le premier tenait toujours pour la hernie et pour son bandage; de son côté, le jeune homme se montrait rétif. Nous devions à trois trancher la question. Je réussis sans peine à faire partager mon opinion par le docteur C.... Lui aussi avait déjà vu dans la colonie un cas approchant de celui-ci. Il m'invita à en prendre connaissance en allant visiter son client. (C'est le troisième cas dont je vous dirai quelques mots.) En définitive, nous convînmes de faire continuer au malade un régime fortifiant et l'usage du vin de quinquina. Il profiterait de ses vacances pour prendre des bains de mer, et sa mère lui ferait venir de France un caleçon élastique. Cependant, j'ai appris plus tard que le bandage herniaire avait été de nouveau essayé, mais qu'enfin on y avait renoncé définitivement. Le jeune F... ayant cessé d'être interne au lycée, je n'ai plus eu à m'en occuper. Je ne doute pas qu'il n'ait conservé jusqu'à présent son infirmité.

Le premier malade sur lequel j'ai vu des tumeurs lymphatiques était un mulâtre d'une trentaine d'années, qui fut apporté de la campagne à ma consultation de l'hôpital, vers la fin de 1855. — Ce malheureux était lépreux depuis son âge adulte; à la suite d'angioleucites répétées, ses jambes avaient pris un développement si considérable qu'il était condamné à passer sa vie assis par terre ou couché.

Les cuisses n'étaient pas encore envahies par l'éléphantiasis; mais il existait à l'une et à l'autre, dans toute la hauteur de la région interne, un paquet saillant de vaisseaux lymphatiques aboutissant à une tumeur de l'aine tellement proéminente que j'ai pu, à l'aide d'une bougie et après avoir fait la nuit dans mon cabinet, en constater la demi-transparence, comme s'il se fût agi d'une hydrocèle un peu ancienne de la tunique vaginale. Ces tumeurs étaient bosselées, élastiques au toucher et paraissaient se vider dans le ventre sous la pression de la main.

Le troisième cas de tumeurs lymphatiques de l'aine que j'ai à vous citer est celui que le docteur C... m'a fait connaître :

Le malade, issu de parents créoles et de race blanche, était âgé d'une vingtaine d'années. Les tumeurs qu'il portait dans les aines offraient les caractères particuliers que j'avais déjà constatés chez le jeune F...; mais, de plus, il y avait chez lui complication d'une hydrocèle double, et le scrotum présentait déjà une ampleur et une épaisseur de la peau très-caractéristiques. Cependant les parents paraissaient fort peu s'inquiéter de cet état; ils devaient, disaient-ils, envoyer bientôt le jeune homme en France, où il serait opéré de ses hydrocèles avec plus de sécurité que dans la colonie, et le changement de climat ferait le reste pour sa guérison.

En terminant, je remarque :

1° Que ces cas de tumeurs lymphatiques, en y joignant celui que vous avez fait connaître, ont tous été observés chez des créoles du sexe masculin. Cependant j'ai vu de véritables varices lymphatiques à la jambe chez une dame originaire d'Angoulême, habitant la Réunion depuis de longues années, et qui était affectée d'éléphantiasis des deux membres inférieurs. Cette dame, à la suite d'une légère blessure à la jambe, a éprouvé une véritable lymphorrhagie, avec projection du jet. Je cite ce fait dans l'une des observations que j'ai déposées à la Société de chirurgie, et que vous avez entre les mains.

2° Que dans tous, la maladie existe en même temps dans l'aine droite et dans l'aine gauche, sans prédominance marquée vers l'un des côtés.

3° Que la maladie est loin d'être toujours aussi simple que dans le cas que vous avez observé, et qui a pour pendant celui de F... — Je crois même qu'elle fait partie de la disposition qui amène, avec le temps et par l'action continue du climat subtropical, l'hypertrophie éléphantiasique des membres.

4° Que l'engorgement ou l'hypertrophie des ganglions de l'aine ne concourt en rien à ces tumeurs lymphatiques, qui ne sont constituées que par des vaisseaux énormément dilatés.

Bien plus, je n'ai pu trouver au milieu de ces vaisseaux la moindre saillie accusant la présence des ganglions lymphatiques normaux. Manquaient-ils absolument comme chez le sujet dont vous avez fait l'autopsie?

Cette absence des ganglions, qui au niveau de l'aine viennent sans doute en aide aux valvules en interrompant la colonne liquide, serait-elle une cause de la dilatation des vaisseaux et de la formation des tumeurs? J'incline pour l'affirmative, en soumettant toutefois mon opinion à votre jugement.

LE SOUS-CARBONATE DE BISMUTH

associé à la pepsine.

Par M. le docteur Ch. Augé.

Lorsque M. le docteur L. Corvisart a publié ses beaux travaux sur la pepsine, on a cru pouvoir combattre toutes les dyspepsies par l'administration de ce nouveau produit. Cependant des désillusions sont survenues, et il est aujourd'hui démontré que la digestion des aliments féculents qui, dans beaucoup de cas, est laborieuse, douloureuse et même impossible, résiste à l'action de la pepsine. On s'est demandé alors s'il ne serait pas utile d'employer contre cet état morbide particulier un principe qui serait aux aliments féculents ce que la pepsine est aux aliments albuminoïdes, et l'on a recherché si l'association de ces deux éléments chimiques ne serait pas de nature à ramener les malades à l'état physiologique. Cette tentative intelligente a été couronnée d'un plein succès, et un pharmacien distingué de Paris, M. Royer, a trouvé une excellente préparation, composée de pepsine et de sous-carbonate de bismuth, qui répond parfaitement aux besoins d'un grand nombre de gastralgiques.

En thérapeutique, on a eu le tort jusqu'à présent de n'employer que le sous-nitrate de bismuth; or, ce sel est très-peu soluble dans le suc gastrique, et c'est là ce qui le rend inefficace dans la plupart des cas où il est indiqué, et ce qui fait qu'il occasionne fréquemment des pesanteurs d'estomac. Le sous-nitrate de bismuth colore les selles en noir, ce qui atteste que le médicament a traversé le tube intestinal sans avoir été absorbé, et on le retrouve d'ailleurs en abondance dans les garde-robes !

Le sous-carbonate de bismuth, au contraire, est soluble dans le suc gastrique; il ne produit jamais aucun sentiment de pesanteur dans l'estomac, constipe rarement, agit très-vite, colore beaucoup moins les selles que le sous-nitrate et ne fatigue pas l'estomac, même après un usage très-prolongé.

La poudre toni-digestive de Royer a l'immense avantage, grâce à l'heureuse association de la pepsine et du sous-carbonate de bismuth, de neutraliser les acides en excès qui se trouvent dans l'estomac, de calmer les vomissements, d'arrêter la diarrhée, de faire cesser les crampes, les éructations nidoreuses et tout le cortége de malaises dont s'accompagne habituellement la dyspepsie. Au fur et à mesure que le médicament est continué, la langue reprend sa coloration normale, l'appétit augmente de jour en jour, la *physionomie gastralgique* perd son caractère, et la teinte pathognomonique disparaît de jour en jour.

Quant aux vomissements chez les enfants, soit qu'ils se rattachent à la dentition, soit qu'ils succèdent à de fréquentes indigestions, ils sont immédiatement suspendus. Les diarrhées parfois si intenses qui apparaissent à l'époque du sevrage, sont promptement guéries par l'usage du médicament de M. Royer.

La poudre toni digestive se prend, soit dans un peu d'eau sucrée, soit dans une cuillerée de potage, et, d'après notre propre observation, l'usage doit en être continué pendant une dizaine de jours après la cessation complète de tous les accidents gastralgiques. Le retour absolu à la santé est à ce prix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 octobre 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine de Bordeaux*. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. — Les *Archives générales de médecine*.

— **Tumeurs lymphatiques.** — M. Trélat communique une lettre de M. Petit, ancien médecin en chef de la marine à l'île de la Réunion, actuellement directeur du service de santé de la Loire-Inférieure. La Société décide que cette lettre sera publiée.

« Monsieur et honoré confrère,

» J'espère vous être agréable en vous communiquant dès à présent les notes que j'ai prises dans le temps sur l'affection du jeune F.... Elles contiennent des détails approchant tellement de ceux que vous avez donnés sur votre malade, que l'on pourrait croire que les deux faits sont le même sous des noms différents. Dans les deux cas, les tumeurs ont été prises pour des hernies, et les malades ont été soumis à l'usage d'un bandage. Cette erreur de diagnostic, commise par des chirurgiens d'un grand mérite, prouve que la maladie est encore fort peu connue et qu'elle devrait être l'objet d'une monographie.

» Voici mon observation. » (Voir plus haut.)

— M. Trélat dépose sur le bureau quelques exemplaires d'un travail intitulé : *Étude critique sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu.*

M. Trélat exprime le vœu que les questions d'hygiène hospitalière, si intéressantes au point de vue de la chirurgie, soient l'objet d'une discussion au sein de la Société. Une pareille discussion serait d'autant plus opportune que la reconstruction de l'Hôtel-Dieu est très-prochaine, et que les chirurgiens des hôpitaux ne pourraient émettre que des opinions très-compétentes en présence de ce fait considérable.

La Société prend en considération cette proposition et décide, après quelques observations relatives à la fixation de l'époque, que la discussion sur l'*hygiène hospitalière* est mise à l'ordre du jour pour la prochaine séance.

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. Follin. J'ai redemandé la parole pour répondre à des opinions que M. Lefort a émises dans la dernière séance, opinions que je ne puis partager, et aussi pour résumer ce qui résulte de cette longue discussion.

La plupart des orateurs ont montré que l'iridectomie est une véritable conquête au point de vue du glaucome aigu; nos collègues ont cité des faits nombreux observés soit dans les hôpitaux de Paris, soit à l'étranger. Ces faits sont favorables à l'iridectomie.

M. Lefort, s'appuyant sur une statistique de M. Bader, incline à penser que les résultats de l'iridectomie sont mauvais; mais on peut interpréter autrement cette statistique, et, en examinant de plus près les faits, on voit qu'il y a eu presque toujours guérison, amélioration ou arrêt de la maladie.

Pour le glaucome chronique, je ne vois pas que les résultats soient différents de ce que j'ai dit, de ce qu'ont dit après moi MM. Giraldès, Foucher et Perrin. On trouve par exemple dans la statistique de M. Bader que sur 21 malades atteints de glaucome, qui dataient d'un à six mois, 13 obtinrent une amélioration plus ou moins marquée, mais incontestable. Au reste, quand on s'occupe du glaucome chronique, il faut se placer au point de vue du pronostic et ne pas oublier que le malade est fatalement condamné à une perte absolue de la vision; il n'a donc rien à perdre et quelque espoir d'amélioration par l'iridectomie.

Les conclusions de M. Lefort ne sont donc pas très-différentes des miennes; seulement, notre collègue pense que l'opération d'Hancock peut donner d'aussi bons résultats que l'iridectomie.

Mais il est bon de remarquer que très-souvent cette opération a été pratiquée sans diagnostic précis. On a opéré pour des iritis, des scléro-choroïdites. Tout récemment, je constatai encore ce fait en relevant les observations d'Hancock. Les observateurs français n'ont pas eu plus de précision. Vous avez entendu ici les faits que nous a communiqués M. Serre (d'Alais); et dernièrement, M. Richet parlait d'une amaurose congestive dont le diagnostic était loin d'être établi.

On a parlé des dangers de l'iridectomie. Il y a dans la statistique de M. Bader des faits qui sont vraiment bien difficiles à croire. Ainsi, dans un cas l'œil avait été vidé de son corps vitré et de son cristallin. Il faut mettre de pareils accidents sur le compte de l'opérateur et non sur celui de la méthode.

Au reste, quelques-uns de ces accidents sont réparables. On s'est beaucoup effrayé, un peu à tort, de l'hémorrhagie. Depuis quelques jours j'ai fait trois iridectomies; dans deux cas, je n'ai pas eu d'hémorrhagie; la troisième fois, il y en eut une très-petite, et je pus facilement évacuer le sang par la plaie de la cornée.

La piqûre du cristallin ou de sa capsule ne serait pas non plus irréparable; et d'ailleurs, M. Foucher a indiqué les moyens de l'éviter.

On a parlé encore de l'influence que l'opération peut avoir sur l'autre œil: le fait est vrai; il avait déjà été signalé par Græfe; c'est que dans ces cas l'œil non opéré était déjà malade, ainsi que cela s'observe pour la cataracte, et que la maladie paraît subir une nouvelle poussée.

Ce qu'il faut redouter par-dessus tout, ce sont les inflammations consécutives; mais ce danger est rare, et l'opération d'Hancock est loin d'en être à l'abri.

M. Lefort est porté à adopter de préférence l'opération d'Hancock, en raison de la théorie du glaucome qu'il nous a exposée, et d'après laquelle il y aurait une accumulation de liquide entre la choroïde et la sclérotique. Cette théorie ne s'appuie sur aucune preuve. En l'absence de glaucomes aigus, on a des autopsies de glaucomes chroniques, et jamais on n'a trouvé dans cet espace d'exsudats liquides ni solides.

Les preuves physiologiques invoquées ne me semblent pas plus convaincantes. On sait que la dépression de la papille ne se produit dans le glaucome qu'au bout d'un certain temps, quinze jours ou trois semaines. Ce n'est pas une action subite; aussi ne suis-je pas étonné que les injections dans le corps vitré pratiquées par M. Lefort n'aient pas déterminé cette dépression. Quand même on produirait, par une injection entre la sclérotique et la choroïde, une sorte de dépression au niveau de la papille, celle-ci serait bien différente de celle du glaucome et semblable à ce qu'on voit dans l'œdème aigu de la rétine, où cette membrane est soulevée tout autour de la papille, qui n'est pas enfoncée par rapport à la sclérotique.

Mais il y a encore un autre ordre de preuves qui me paraissent bien concluantes. On sait qu'à l'état naturel la rétine et le cristallin constituent des foyers conjugués dont l'image réelle se forme en avant de l'œil en un point tel que l'observateur la masque. Mais si la rétine change de place par rapport au cristallin, les foyers cessent d'être conjugués, et l'image de la rétine devient visible au fond de l'œil sans le secours d'aucun appareil optique. C'est ce que l'on pouvait parfaitement constater chez la petite malade que nous présentait dernièrement M. Marjolin. Si la théorie de M. Lefort était vraie, on devrait voir à l'œil nu, la rétine au fond du globe oculaire. Or, chacun sait qu'il n'en est rien.

Pour tous ces motifs, la théorie de M. Lefort ne me paraît pas acceptable, et je crois pouvoir conclure en résumant la discussion :

1° Que l'iridectomie, dans le glaucome aigu, est généralement acceptée et constitue une merveilleuse ressource de la chirurgie;

2° Que dans le glaucome chronique, elle produit une amélioration ou un état stationnaire;

3° Qu'elle peut être utile encore dans la dégénérescence glaucomateuse douloureuse.

M. Giraldès. Il y a dans l'argumentation de M. Lefort plusieurs points que je ne saurais admettre.

Et d'abord, je suis surpris de voir notre collègue reconnaître les bienfaits de l'iridectomie, puis dire qu'il est prématuré de se prononcer entre cette opération et celle d'Hancock; puis enfin se décider en faveur de cette dernière.

Cette préférence vient de ce que M. Lefort redoute les accidents de l'iridectomie; il s'appuie sur un ancien document de M. Bader, recueilli à l'époque où l'iridectomie en était à ses débuts, où les indications étaient mal établies et le manuel opératoire incertain.

Or, depuis cette époque, on a fait énormément plus d'iridectomies, et si les dangers étaient aussi grands que le dit M. Lefort, les accidents se seraient produits en raison du nombre des faits. M. Lefort aurait pu consulter une statistique de M. Magawly (de Saint-Pétersbourg) où il n'est nullement question de ces accidents si nombreux sur deux cents cas qui ont été relevés.

On l'a dit avant moi, il y a dans l'iridectomie des accidents prévus, mais des hémorrhagies de 15 grammes sont bien rares; ce sont des faits exceptionnels.

En effet, le cas signalé par M. Bader a été observé chez un individu qui eut une hémorrhagie choroïdienne dont la nature et la source furent reconnues à l'autopsie.

M. Lefort a relevé les résultats de l'opération d'Hancock, et il trouve qu'on l'a pratiquée trente et une fois jusqu'en 1860. Il aurait pu relever les quinze cas de 1861, d'autres en 1862, enfin 148 opérations exécutées de 1863 à 1864. Ces faits sont publiés dans le rapport du gouverneur de l'hôpital de Westminster. On voit que l'opération a été pratiquée pour les affections les plus diverses; M. Hancock dit lui-même qu'il l'emploie contre la kératite, le sphacèle cornéal, le staphylome, la conicité de la cornée, le glaucome aigu et chronique, quelques variétés d'amauroses et la myopie. Dans un autre passage, M. Hancock dit qu'il a opéré pour des glaucomes aigus, subaigus, et

des glaucomes sans qu'on puisse apprécier exactement ce que veut dire cette dernière expression. On voit donc qu'il est impossible de prendre tous ces faits si différents entre eux pour les comparer à l'iridectomie.

Il faut croire, au reste, que l'opération n'est pas complétement efficace, puisque dans l'année 1863-1864 on dut faire dix-huit fois l'iridectomie chez des malades qui avaient subi précédemment la myotomie intra-oculaire.

D'ailleurs cette opération n'est pas exempte d'accidents; je puis assurer de source certaine qu'on en a observé un certain nombre à l'hôpital de Morfield, chez des malades opérés précédemment à l'hôpital de Westminster.

Je répéterai encore ce que j'ai déjà dit dans le cours de la discussion : l'opération d'Hancock n'a pas été acceptée en Angleterre ni ailleurs; elle a été abandonnée après une courte apparition à l'hôpital de Guy.

M. Follin a montré que la théorie de M. Lefort sur le glaucome n'est pas possible anatomiquement. On peut s'en convaincre sur les chevaux de l'Ecole d'Alfort, chez lesquels le glaucome n'est pas rare.

En résumé, je pense que M. Lefort n'était nullement autorisé, d'après les documents qu'il a cités, à établir que l'opération d'Hancock mérite la préférence sur l'iridectomie dans le glaucome.

M. FOUCHER. Il résulte pour moi de ce débat que M. Lefort n'a pas démontré la supériorité de l'opération d'Hancock sur l'iridectomie dans le traitement du glaucome, que cette dernière méthode a pour elle de trop nombreux succès pour qu'il soit aujourd'hui permis de douter de son efficacité; aussi n'a-t-on vu cette opération abandonnée par aucun des chirurgiens qui l'ont pratiquée : tous y persistent. Elle n'est combattue que par ceux, qui ne l'ayant pas faite, invoquent des objections théoriques.

M. LEFORT. Je ne me suis pas prononcé d'une manière absolue sur la question de savoir si l'iridectomie est ou non supérieure à l'opération d'Hancock; j'ai dit qu'elle était utile, c'est le seul but de mon argumentation.

La statistique de M. Bader est directement extraite des registres tenus par lui à l'hôpital de Morfield : elle doit donc être aussi complète que possible.

Pour le cas d'hémorrhagie de 15 gr. rappelé par M. Giraldès, ce n'est pas le sang qui a chassé le corps vitré et le cristallin, ceux-ci se sont brusquement échappés au moment de l'incision. Je ne veux pas insister sur ce fait, mais je maintiens que dans une opération aussi délicate, il peut survenir des accidents immédiats, qui paraissent impossibles dans l'opération d'Hancock. Cette opération me paraît avoir été rejetée sans examen suffisant; c'est contre cela que je me suis élevé.

Quant à la théorie que j'ai proposée pour le glaucome, je ne l'abandonne pas; mais, pour le moment, je laisse de côté cette discussion qui me paraîtrait prématurée.

M. VERNEUIL cite le cas d'un malade qui, ayant perdu un œil depuis l'enfance, fut atteint de glaucome et opéré deux fois avec succès de l'iridectomie, par M. Soulès, à deux années d'intervalle.

M. Verneuil remettra cette observation.

LECTURE.

M. Bétancès lit un travail sur *trois cas d'oschéotomie*.

Ce travail et les quatre planches photographiques qui l'accompagnent sont renvoyés à une commission composée de MM. Larrey, Marjolin et Guyon.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Fistule du larynx. Suture. Guérison.

M. LEFORT présente un malade et communique à ce sujet une observation que nous publierons dans un prochain numéro.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. LEFORT présente en même temps une tumeur du cou, constituée par une *hypertrophie ganglionnaire simple*.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

HYGIÈNE DES HOPITAUX.

L'administration des hôpitaux a pris depuis plusieurs années l'initiative de nombreuses améliorations, dont plusieurs ont aujourd'hui donné un résultat des plus satisfaisants. L'initiative qu'a prise M. Husson à cet égard promet de nouvelles tentatives qui sont en germe dans l'*Etude sur les hôpitaux* qu'il a publiée il y a deux ans.

Il est une question d'aménagement des salles de malades qui a une importance très-grande. Les lieux d'aisance doivent être placés dans le voisinage des salles à la fois pour les besoins du service exigeant que l'on vide à chaque instant les vases des malades, et pour ne pas obliger les convalescents à faire un long chemin pour aller aux cabinets. Mais cette nécessité impérieuse d'avoir des lieux d'aisance dans les salles mêmes entraîne un inconvénient, celui d'être un foyer d'infection pour la salle, que les désinfectants les plus recommandés ont été impuissants à faire disparaître.

Dans ces conditions, ce que l'administration a dû rechercher, c'était de faire cesser les causes d'infection en améliorant les cabinets. Elle y est arrivée par deux moyens : la disposition spéciale des cuvettes, des siéges, et la division des cabinets en trois déversoirs, un siége pour les malades, un vidoir et un urinoir.

Le siége est muni de la cuvette anglaise Jennings. Cette cuvette est pourvue d'un siphon, sur le trajet duquel se trouve une soupape qui sépare la partie supérieure du siphon de la cuvette; la soupape, soulevée par une tige, permet de vider la cuvette dans le siphon, et en même temps elle ouvre un tuyau qui laisse écouler de l'eau dans la cuvette. Cette disposition permet :

1° D'avoir toujours de l'eau dans la cuvette, de sorte que les matières rendues par les malades sont de suite baignées par de l'eau;

2° De laisser dans le siphon une couche d'eau interposée entre l'ouverture du siphon qui communique avec la fosse et la cuvette; de la sorte, même pendant que l'on vide la cuvette, il est impossible que les gaz provenant des matières en fermentation dans la fosse puissent sortir par la cuvette.

L'usage de cette cuvette est passible d'une seule critique, la dépense d'eau; pour une manœuvre, il y a sept litres d'eau employés.

Cette question a dû nécessairement être discutée, et voici quelles sont les dispositions qui ont été prises par l'administration :

Des alléges sont faites dans les fosses tous les mois ou plus souvent, s'il est nécessaire; puis, pour les nouvelles installations de cabinets qui se font en ce moment à l'hôpital Necker, les ingénieurs de l'administration s'occupent de faire communiquer les fosses avec les égouts, mais seulement pour l'écoulement des liquides de la fosse. Un tonneau récepteur muni de deux tuyaux se rendant dans les égouts conserve les matières solides et laisse passer les liquides. Cette amélioration, peu coûteuse, permettra d'éviter les frais plus considérables de vidanges répétées.

Si avantageuse que soit la cuvette Jennings, un progrès plus fructueux a été accompli : la division des services.

Voici en quelques mots ce dont il s'agit :

Un cabinet de trois mètres carrés environ est divisé en deux compartiments : dans l'un, se trouvent deux ou trois cabinets d'une largeur de 60 à 80 centimètres de large, dont les murs sont garnis de terre vernie, et le siége en chêne, portant 60 centimètres en long sur 40 en travers. Dans l'autre partie de la pièce se trouve, d'un côté un urinoir, de l'autre un vidoir; le vidoir n'a rien de particulier, c'est un plomb muni d'une soupape ordinaire, et au-dessus duquel se trouve un robinet à gros jet.

Les urinoirs sont en porcelaine, d'invention anglaise, disposés de telle sorte que l'eau coule seulement quand on urine. En effet, le malade s'approchant de l'urinoir, pèse sur une plaque à bascule qui ouvre un robinet destiné à verser de l'eau dans l'urinoir. Cet appareil évite une dépense d'eau telle que celle des nouveaux urinoirs publics.

A l'hôpital Saint-Louis, dans les salles Saint-Augustin, Sainte-Marthe et Saint-Jean, onze cabinets sont à la disposition des malades; on compte que 28,000 malades se sont déjà servis de ces nouveaux cabinets, et jusqu'ici ils ont rempli l'attente de l'administration. Tout le nouveau pavillon central à Necker, les nouvelles salles de l'hôpital Saint-Antoine, ont été pourvus de lieux d'aisance semblables et avec les mêmes résultats.

Mais ce n'est pas tout. Une surveillance active est exercée sur les malades et sur les gens de service pour l'entretien de la propreté. Des recommandations principales sont écrites pour avertir les malades, et un infirmier veille à ce qu'elles soient exécutées. Les siéges sont cirés et frottés, afin que le spectacle même de la propreté devienne un engagement pour les individus les plus rebelles à ce sentiment. Ces précautions ne sont pas sans effet.

A côté de cette amélioration, il en est une autre qui mérite d'être signalée. A l'hôpital Saint-Antoine, des lavabos ont été établis : les malades ont à leur disposition des alèzes et du savon; les convalescents peuvent prendre des soins de toilette auxquels antrefois ils ne pouvaient se livrer, malgré leur bonne volonté. Il y a derrière cette petite innovation une influence moralisatrice en même temps qu'une bonne condition hygiénique. M. Husson compte pouvoir établir dans tous les hôpitaux des lavabos et faire passer en habitude dans les salles des malades les soins de toilette et de propreté.

D. MANDARD.

Par décret en date du 12 octobre 1864, M. Dive, pharmacien chimiste, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par suite de la non-acceplation de M. Parrot, le jury pour le concours de l'internat se trouve ainsi modifié : M. J. Simon devient juge titulaire, et M. Archambault est désigné comme juge suppléant.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 122. — MARDI 18 OCTOBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 122. — MARDI 18 OCTOBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en ma. dats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 OCTOBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

On désigne sous le nom de vibrions ou de vibrioniens des infusoires qui ne s'offrent aux plus forts grossissements que sous l'aspect de simples filaments, et que l'on rencontre indifféremment dans des milieux très-divers, dans les infusions, dans les matières animales en décomposition, dans les selles de l'homme, et en particulier dans les matières intestinales des sujets atteints de choléra, de diarrhée ou de dyssenterie, dans l'urine altérée, dans le tartre des dents, etc. Si ces infusoires appartiennent au règne animal ou au règne végétal, s'ils appartiennent à plusieurs genres ou s'ils n'en constituent qu'un seul, autant de questions qui se débattaient entre naturalistes et qui n'avaient pour les médecins tout au plus qu'un intérêt de curiosité. Mais en faisant connaître que ces infiniment petits apportent des modifications profondes dans les matières où ils se développent, M. Pasteur a changé l'état de la question et donné à l'étude des vibrions une importance qu'elle n'avait pas jusqu'alors.

Cette étude, dès ce moment, pouvait présenter un intérêt nouveau pour la pathologie. Cependant M. Davaine, dont tout le monde connaît les savantes recherches sur les entozoaires, n'avait pas attendu cet événement pour s'occuper des vibrions. Il avait déjà été conduit par quelques observations antérieures à considérer ces infusoires comme ayant plus de rapports avec les végétaux qu'avec les animaux, et à reconnaître que leurs caractères physiques sont insuffisants pour établir une distinction fixe entre leurs diverses espèces. Dans un nouveau travail qu'il vient de présenter à l'Académie sur ce sujet, M. Davaine établit les faits suivants :

Les vibrioniens ne sont point des protozoaires : ils n'ont point d'organe de digestion ni de locomotion ; ils sont homogènes dans toute leur étendue et se rapprochent des conferves filamenteuses. Leur faculté locomotrice elle-même ne pourrait les distinguer, plusieurs conferves ayant aussi cette propriété. D'ailleurs, chez les vibrions, les mouvements ne sont point constants. M. Davaine a vu beaucoup de ces êtres tout à fait immobiles dans la dernière période de leur développement; plusieurs espèces sont même toujours dénuées de mouvement. Ces espèces immobiles se développent dans les mêmes milieux et dans les mêmes conditions que les vibrions doués de mouvement. Le mouvement, chez ceux qui en sont pourvus, ne serait donc le plus souvent qu'un phénomène transitoire et automatique comme chez les conferves.

Des recherches faites en 1853 sur les infusoires dans le choléra, ont fait reconnaître, dès cette époque, à M. Davaine l'insuffisance des caractères extérieurs pour distinguer certaines espèces de vibrions. Ainsi, tandis que les uns, qui, d'après la détermination de M. Pouchet, se rapporteraient au *vibrio rugula*, perdaient le mouvement et périssaient dès que les matières intestinales dans lesquelles ils étaient contenus étaient refroidies, d'autres, au contraire, y apparaissaient deux ou trois jours après, sans que rien pût les faire distinguer des premiers. M. Davaine a fait les mêmes remarques pour les vibrions qui se développent dans la diarrhée et dans la dyssenterie. D'autres expériences ont également montré l'influence du milieu sur la variabilité des espèces.

En résumé des faits nombreux cités dans ce travail et dont nous n'avons rappelé ici que quelques cas particuliers, il ressortirait que, dans des milieux différents et suivant des conditions différentes, les espèces de vibrioniens sont différentes, bien qu'elles puissent manquer de caractères distinctifs ; que les espèces ne peuvent se substituer les unes aux autres. Aussi, fait remarquer M. Davaine, les expérimentateurs qui se proposeraient d'éclairer certaines questions de pathologie, ne devraient point espérer de déterminer des phénomènes identiques en introduisant dans l'organisme des vibrions pris à diverses sources. « Pour obtenir, dit-il, de ces petits êtres quelque modification dans un milieu, modification qui, dans l'économie animale, se traduit par une maladie, il faut que l'espèce introduite puisse s'y développer, ou, en d'autres termes, qu'elle soit normale à ce milieu. »

Des faits récemment communiqués à l'Académie tendaient à faire admettre la transmissibilité de l'oïdium des végétaux à l'homme. MM. Letellier et Spéneux, qui avaient déjà eu l'occasion d'étudier cette question, ont fait des expériences d'inoculation dont les résultats ont été négatifs. Les expériences ont-elles été faites dans des conditions identiques à celles où l'on a cru observer cette transmission ? C'est une question à examiner avant d'en rien conclure.

On trouvera dans le Compte rendu de la séance l'exposé de ces expériences, ainsi qu'une observation relative à des effets de la foudre, et les conclusions d'un mémoire de M. le docteur J. Rochard, sur l'action des eaux minérales dans le traitement des dartres. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

SUPPLÉANCE DE M. BAUCHET.

Phlegmon sous-aponévrotique de la cuisse. — Delirium tremens.

(Observation recueillie par M. LANTIER, externe du service.)

Mathieu M..., âgé de quarante ans, journalier, est entré le 26 août à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 33.

A la visite du matin, le 27 août, nous le trouvons dans le décubitus dorsal ; la face exprime l'anxiété, est rouge, vultueuse ; les yeux, brillants et congestionnés, font saillie hors de l'orbite ; les lèvres sont agitées de mouvements convulsifs; les autres muscles de la face sont aussi parcourus, quoique plus rarement, par des secousses qui le font grimacer. Le malade parle tantôt tout bas et comme à lui-même, c'est de la mussitation, et alors il paraît rêveur; tantôt ce sont des éclats de voix, des cris de surprise, et il prend tout à coup une physionomie terrifiée; c'est la frayeur de l'halluciné. Souvent aussi il réclame à boire. Il ne répond pas aux questions qu'on lui fait.

Les membres participent à ce délire, et l'agitation est telle qu'elle nécessite l'emploi de la camisole de force.

La respiration est bruyante ; la peau chaude, halitueuse ; le pouls vif, plein et fréquent.

Outre ces phénomènes, nous constatons une lésion inflammatoire au membre inférieur gauche. Cette lésion est limitée à la cuisse; dans les trois cinquièmes moyens de sa hauteur, et dans une étendue transversale qui correspond en avant aux insertions cutanées des aponévroses intermusculaires externe et interne, la peau est rouge, chaude, tendue, luisante, douloureuse à la pression. La rougeur est en nappe, à contours incertains, foncée au centre, plus claire et se dégradant insensiblement vers les bords. Il y a de l'empâtement. Les ganglions de l'aine sont indemnes. Deux incisions, chacune de 0,03 de longueur, se voient à cet endroit; elles ont intéressé l'aponévrose superficielle et ont été pratiquées par M. Rocques, interne, qui a reçu le malade. On sentait alors une fluctuation sourde et profonde, et le bistouri donna en effet issue à une assez grande quantité de pus; il y a des décollements très-étendus des téguments. — Mèches, cataplasmes.

Pour être sous-aponévrotique et avoir envahi la loge antérieure de la cuisse, l'inflammation n'était pas toutefois de nature à donner raison d'accidents généraux aussi intenses que ceux que nous avons décrits. Il devait y avoir là plus qu'une réaction correspondant à un travail phlegmasique si peu étendu et si peu avancé, et il était aisé de voir que l'organisme se révoltait contre un autre élément pathologique.

Les renseignements fournis par la personne qui avait amené le malade vont nous donner la clef de tous ces phénomènes.

Or, nous avons appris que cet homme avait des habitudes alcooliques, que le délire avait commencé le 19 au soir, et que depuis quatre jours le malade se plaignait de douleurs dans la cuisse, qui le faisaient boiter.

Nous étions donc en présence d'un de ces cas si fréquents dans lesquels l'art de guérir consiste à être à la fois chirurgien et médecin. Nous avions chez le même sujet et en même temps un phlegmon sous-aponévrotique de la cuisse et un *delirium tremens*.

M. Velpeau était alors absent de son service pour quelques jours de vacances. M. Bauchet, qui le remplaçait, nous fit sentir toute la gravité de la situation ; néanmoins il ne la jugea pas désespérée, et il formula immédiatement : julep gommeux, 200 gr.; teinture de digitale, 15 gr.; extrait thébaïque, 0,05 gr., à prendre en cinq fois, de deux heures en deux heures.

Le 27, la potion fut administrée comme il vient d'être dit. Le jour se passa sans amendement ; mais, après huit heures du soir, il se fit une rémission remarquable.

Tout à coup le délire tombe, le calme succède à l'agitation, le malade, étonné comme au sortir d'un rêve, se plaint d'être fatigué et d'avoir la bouche pâteuse ; il a soif et envie de dormir; le pouls de 128 est descendu à 54. Il est dix heures et demie du soir. On donne à boire de l'eau vineuse ; — la nuit est tranquille.

Le 28, lendemain matin, le mieux s'est maintenu ; plus de délire, plus de convulsions ni de la face ni des membres, plus de paroles rapides et désordonnées ; le visage conserve un air étonné, mais le malade paraît s'intéresser à ce qui l'entoure. Le pouls est à 54. — On enlève la camisole de force.

« Un pareil résultat, nous dit M. Bauchet, me surprendrait autant que vous si déjà trois fois dans ma pratique je ne l'avais observé dans les mêmes circonstances et avec le même moyen. Ce moyen est d'origine anglaise. Cette tolérance dans le *delirium tremens* pour une telle quantité de digitale est analogue à celle qui s'observe pour l'opium dans certains cas d'éréthisme nerveux. »

Par précaution, une autre potion est remise à l'infirmier, avec ordre de l'employer comme précédemment en cas de réapparition du délire.

Le 29, la journée et la nuit étant calmes, il n'y eut pas lieu à une nouvelle dose de digitale. Le malade a soif. — Eau vineuse à discrétion.

Le 30, le mieux s'est maintenu ; le malade a l'air moins égaré ; il fait avec précision les mouvements qu'on lui demande et commence à répondre quand on lui parle. Courbature, anorexie, soif. Le pouls est à 60.

Le 31, le *delirium* était jugulé. Restait l'abcès de la cuisse.

Ce que la digitale à haute dose avait produit sur l'état général, le bistouri l'avait produit sur la phlegmasie locale.

Nous avons vu comment le pus, réuni en foyer sous l'aponévrose fémorale, fut évacué par deux incisions le jour de l'entrée du malade.

Ces débridements furent du plus heureux effet, et la phlegmasie, arrêtée dans sa marche, commença une évolution régressive.

La suppuration s'est amoindrie de jour en jour ; le foyer s'est peu à peu détergé, puis, sous l'influence du repos et des émollients, et plus tard des onctions mercurielles et de la compression, ses parois se sont recollées ; enfin la résolution a si bien marché que, le 19 septembre, les plaies faites par le bistouri étaient elles-mêmes en voie de cicatrisation.

Le 23 septembre, ces plaies sont à peu près fermées ; quelques bourgeons charnus exubérants sont cautérisés.

Le malade est en convalescence ; son pouls est normal ; il peut se lever et marcher. Il se rappelle parfaitement tout ce qui est arrivé : la douleur de cuisse, le délire qui l'a suivie, ses hallucinations. En même temps il affirme n'avoir reçu aucun coup, n'avoir fait aucune chute qui puisse expliquer le phlegmon.

Quoique adonné depuis vingt ans à la boisson, il n'a jamais été que cette fois pris de *delirium;* chose d'autant plus surprenante, qu'il n'a jamais manqué de prendre à jeun des liqueurs fortes, souvent en grande quantité. Mais il est atteint de gastrorrhée. Toutefois, depuis qu'il est à l'hôpital, il n'a pas rendu de liquide filant, comme il a l'habitude d'en rendre le matin lorsqu'il boit.

Nous n'avons pas noté d'analgésie, même au plus fort du délire. Chaque fois que nous avons exploré la sensibilité, il y a eu perception ; les incisions faites à la cuisse ont même arraché un cri de douleur.

Cette observation nous a paru intéressante, surtout au point de vue du traitement mis en usage. Dans ces derniers temps, on a proposé de remplacer l'opium à haute dose par l'infusion de digitale ; et comme l'expérience n'est pas encore faite sur l'efficacité de ce médicament, nous avons cru bon de signaler le succès complet obtenu sur notre malade, grâce à cette médication et dans l'espace de dix heures ; mais, comme le faisait remarquer M. Bauchet, il faut le donner d'emblée à haute dose, si l'on veut en obtenir de bons effets : sans cela, non-seulement il faut en administrer une plus grande quantité, mais encore le succès n'est ni aussi fréquent ni aussi rapide.

Du reste, l'origine du phlegmon, étrangère à un traumatisme, concorde bien avec ce que l'on a déjà remarqué : la tendance qui existe chez les ivrognes aux phlegmasies graves.

HOPITAL DE MENDE. — M. MONTEIL.

Extraction d'un corps étranger introduit dans la vessie.

La nommée Louise M..., âgée de vingt-neuf ans, fille-mère, de constitution bonne, de taille au-dessus de la moyenne, adonnée à la masturbation, s'introduit dans la vessie, le 8 juin dernier, la plus forte moitié d'un cornet à aiguilles, et éprouvant bientôt pour uriner des épreintes et des besoins incessants, elle entre deux jours après à l'hôpital. Le médecin chargé du service en mon absence fait des tentatives d'extraction qui restent infructueuses, et soumet la

malade à l'usage des boissons délayantes et des bains généraux.

Le 10 juillet, à mon retour, je trouve cette fille à l'hôpital, souffrant de vives douleurs dans le bas-ventre et ne pouvant se tenir couchée au lit qu'en ayant les membres inférieurs fléchis sur le ventre, ou, levée, qu'accroupie sur le sol.

Assisté de MM. le docteur Magne, médecin des prisons, et Barbot, médecin de la garnison, je la place sur le lit d'opération, les cuisses relevées, le tronc fléchi en avant, et j'introduis dans la vessie une sonde de femme pour m'éclairer sur la nature, la forme, les dimensions et la situation du corps étranger. Je n'obtiens par cette exploration que des notions insuffisantes, et alors, pour les compléter, je fais, à l'exemple du docteur Passaquay, de Lons-le-Saulnier (Philipps, *Maladies des voies urinaires*, page 665), une application de spéculum dans le canal de l'urèthre. Je choisis le spéculum auris d'Itard. Il pénètre d'abord avec difficulté et douleur, mais, dès qu'il a franchi l'orifice externe, le sentant glisser plus facilement, je presse sur ses deux branches et je dilate progressivement les parois uréthrales.

Cette dilatation graduelle et comme cadencée, faite avec ménagement, ne cause pas trop de douleur et me permet d'introduire dans le méat la pulpe de l'index. Au moyen d'un mouvement de vrille en avant et de pressions latérales analogues au massage, j'insinue successivement la première phalange, puis la seconde, puis la troisième, de manière à pénétrer dans la vessie.

Je trouve un corps étranger, dur, rugueux, cylindrique, transversalement placé, immobile, solidement fixé, recouvert d'aspérités friables qui s'écrasent facilement sous l'ongle et que je m'efforce de détacher. Je fais dans la vessie une injection aqueuse afin de la dilater, de mobiliser le corps et d'en pratiquer plus facilement la version. Le liquide s'écoule lors de la réintroduction de l'index; néanmoins je réussis à placer la pulpe du doigt dans l'ouverture de l'étui, et l'ongle aidant, à le maintenir en face de l'orifice de la vessie. Je prends de la main gauche une pince à polype courbe, et la glissant le long de la face dorsale de l'index, je vais saisir la partie antérieure du cylindre de bois que celui-ci tient en arrêt; puis, retirant lentement le doigt, je le fais suivre immédiatement de l'extrémité du corps étranger solidement maintenu par la pince. Engagé dans le canal, l'étui éprouve des difficultés à sortir, soit à cause de son volume, soit à cause des aspérités qui le hérissent et dont je n'ai pu totalement le dépouiller. Dans la crainte que les mors de la pince ne glissent ou que le corps saisi ne se brise sous les efforts de traction, je dégage mon index du canal, et portant rapidement deux doigts de la main droite dans le fond du vagin, je presse sur l'extrémité postérieure du corps étranger, et par une impulsion soutenue en avant, facilite et accélère sa sortie.

Cette opération, dans laquelle je négligeais à tort l'emploi du chloroforme, s'exécute au milieu de tout le cortége des accidents d'une attaque d'hystérie et de mouvements convulsifs et d'expulsion qui se passent dans la vessie, le vagin et le rectum, et ces deux derniers organes chassent au dehors la muqueuse.

Le corps étranger que l'on vient d'extraire est une portion d'étui à aiguilles en buis, cylindrique, long de 8 centimètres, et qui a à ses deux extrémités 4 1/2 centimètres, et en son milieu, à cause des incrustations calcaires encore adhérentes, 6 1/2 centimètres de circonférence.

Après m'être assuré par une nouvelle application du spéculum qu'il n'existe dans le canal que des éraillures très-légères faites à la muqueuse par les incrustations calcaires, après avoir nettoyé la vessie par le lavage, je fais mettre la malade au bain et je prescris 30 centigram. d'opium à prendre dans les vingt-quatre heures, des injections mucilagineuses et narcotiques répétées dans la vessie, de la tisane de graine de lin durant trois jours.

Ces moyens ne tardent pas à rendre l'urine normale, la miction plus facile, les douleurs abdominales nulles, et au bout de dix jours la malade est en état de quitter l'hôpital et de vaquer à ses travaux.

La facilité que j'ai éprouvée à dilater le canal de l'urèthre, l'absence de tout accident consécutif grave, la suite de pareilles manœuvres, m'ont porté à me demander si je devais attribuer ce succès à cette circonstance particulière d'une distension habituelle et fréquente du canal par la malade dans un but lubrique, ou bien à l'élasticité spéciale des tissus qui entrent dans la structure du canal de l'urèthre chez la femme, et qui permettrait chez toutes l'introduction du doigt dans la vessie.

Aucun instrument ne donne des sensations aussi nettes et par suite des perceptions aussi claires. Remplacer donc par le doigt la plupart des moyens d'investigation que l'on met en usage pour le diagnostic des maladies de la vessie chez la femme, et pouvoir ainsi faire la distinction des productions morbides qui se développent dans cet organe et celle de tous les corps qui arrivent du dehors, me parut un problème dont la solution était séduisante à tenter.

Je trouvai d'ailleurs dans l'économie, pour m'y engager, à l'état physiologique et à l'état pathologique, des exemples de la tolérance des organes et de leur aptitude à subir, sous l'action de la main du médecin, de notables et inoffensives amplitudes. J'avais été témoin chez une primipare dont le vagin était très-rétréci, des bons effets du massage de ce canal, et j'avais, par ce moyen, terminé sans accident un accouchement dont je redoutais l'issue. Le sphincter anal contracturé spasmodiquement ou par suite de fissure, sous l'influence de l'introduction progressive d'un ou plusieurs doigts dans le rectum et de pressions latérales exercées à leur aide sur le pourtour de l'ouverture anale, ne cède-t-il pas et ne permet-il pas l'issue au dehors de matières volumineuses qui, avant cette simple opération, ne l'eussent point traversé ?

J'ai pratiqué des expériences sur trois cadavres de femmes qui présentaient des conditions anatomiques bien différentes.

Le premier était celui d'une fille âgée de seize ans, de taille moyenne, ayant toutes les marques de la virginité, et qui avait succombé au deuxième septénaire d'une fièvre typhoïde.

Le deuxième appartenait à une femme âgée de trente ans, multipare, de taille moyenne, morte d'une congestion cérébrale.

Le troisième était celui d'une vieille fille de cinquante ans, dont le col utérin, intact, sans cicatrices ni déchirures, n'accusait aucun accouchement, et qui avait été enlevée par une pneumonie.

J'ai employé sur les trois cadavres le procédé déjà décrit : introduction dans le canal d'une sonde de femme, puis du spéculum auris, avec lequel je dilatais et massais l'urèthre d'abord dans sa partie antérieure, surtout au niveau du sphincter externe où se trouve la plus forte résistance, puis en arrière et au niveau du col vésical. J'ai introduit ensuite, avec le même mouvement de vrille et de pressions latérales, d'abord la pulpe du doigt, puis successivement les trois phalanges. La résistance la plus notable, et qui dure tout le temps de l'examen, s'exerce constamment au niveau de l'orifice externe.

Les lésions anatomiques occasionnées par cette manœuvre se sont toujours bornées sur le vivant à de légères érosions sur la muqueuse, et sur le cadavre à des éraillures insignifiantes, plus marquées au méat que dans le trajet du canal.

J'ai pu extraire ainsi de tous ces cadavres, par le canal de l'urèthre, des corps étrangers variés analogues à ceux qu'y dirige une main lubrique, tels qu'aiguilles à cheveux, pailles, tiges de bois, porte-crayons, que j'avais placés dans la vessie en ouvrant cet organe par son sommet.

J'ignore les services que rendra le toucher avec le doigt des parois de la vessie pour le diagnostic des tumeurs pédiculées ou intra-pariétales de cet organe ; mais, bien que je n'aie point rencontré de circonstances pour l'employer, j'espère que ce moyen fournira dans l'occasion de précieux avantages.

En résumé, le fait clinique que je viens de rapporter et les expériences ultérieures auxquelles il a donné lieu me semblent autoriser à dire que chez la femme, surtout si elle a accouché, la dilatation progressive et immédiate du canal de l'urèthre peut être obtenue dans des proportions suffisantes pour permettre sans danger l'introduction dans la vessie du doigt qui sert ainsi à la recherche des corps étrangers qui y sont tombés, et au diagnostic des tumeurs développées dans son intérieur ou sur ses parois.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Rhumatisme cérébral après l'accouchement.

(Observation lue à la Société de médecine pratique le 1er septembre 1864, par le docteur Emile Dubois.)

Dans la nuit du 26 juillet dernier, je fus appelé auprès de Mme de S..., rue des Moulins, qui était accouchée douze jours auparavant, et qui, d'après le dire de son mari, était en proie à un délire violent.

Mme de S..., âgée de vingt ans, était primipare. La grossesse avait été très-heureuse, et l'accouchement, quoique un peu long, s'était terminé naturellement. Cette dame, d'une bonne santé habituelle, offrait tous les caractères du tempérament lymphatique ; elle avait un embonpoint prononcé, la peau très-blanche, les cheveux châtain clair, les yeux bleus.

Je trouvai la malade dans le décubitus dorsal, la face vultueuse, les yeux injectés. Elle prononçait continuellement des paroles sans suite et d'une voix tremblotante. Lorsque je voulus tâter le pouls, on me prévint qu'elle souffrait des poignets depuis deux jours. Je constatai alors que les articulations des poignets et des mains étaient notablement tuméfiées, surtout du côté droit, et Mme de S... manifestait de la douleur quand j'imprimais des mouvements à ces parties. Les genoux et les articulations tibio-tarsiennes me parurent également gonflés. On ne sentait d'ailleurs sur le trajet des veines des membres inférieurs aucun cordon, aucune trace de phlébite. Le ventre était souple ; je n'ai pu sentir le fond de l'utérus, à cause de l'épaisseur des parois abdominales. Les suites de couches n'avaient rien présenté d'anormal. La sécrétion laiteuse s'était opérée à l'époque ordinaire, et les lochies ne consistaient plus depuis trois jours qu'en un écoulement muco-purulent de bonne nature, peu abondant et sans odeur putride. L'état général paraissait tellement satisfaisant qu'au huitième jour, c'est-à-dire le 23 juillet, la sage-femme avait fait asseoir la malade dans un fauteuil pendant une heure. Mme de S... se plaignait seulement de faiblesse et de douleurs dans les jambes. Le lendemain elle resta trois heures levée, et se plaignit, en se couchant, de douleurs dans les poignets. Le soir, elle eut la fièvre et un peu de délire. Le lundi, les douleurs persistèrent, mais on ne s'en inquiéta point, et on les attribuait aux efforts qu'avait pu faire Mme de S... pendant qu'on la portait sur son lit. Elle avait moins d'appétit ; cependant elle prit en différentes fois des potages et du poulet. Dans la journée, elle accusa plus de douleurs et de malaise ; elle ne resta assise que deux heures, et le soir la fièvre redoubla comme la veille. Enfin, le mardi, malgré son état croissant de souffrance, on crut devoir la lever encore ; elle ne put rester qu'une heure, et mangea un œuf brouillé. Dans l'après-midi, la fièvre augmenta, et dans la nuit les accidents étaient tellement graves que son mari, qui ne partageait pas la quiétude des parents de sa femme, se décida à venir me chercher.

Le pouls marquait plus de 140 pulsations ; il était peu développé, mais résistant. Point de souffle accompagnant les bruits du cœur. Si mon attention n'avait été éveillée par le gonflement des articulations, je me serais cru en présence d'accidents cérébraux développés sous l'influence de l'état puerpéral ; mais aucun symptôme n'existait du côté de l'utérus ni du côté des veines des membres inférieurs : tandis que les douleurs articulaires accusées par la malade, et auxquelles on n'attachait aucune importance, me rendaient suffisamment compte de ce qui était arrivé. Le rhumatisme articulaire, qui a une si grande ténacité dans les constitutions lymphatiques, et contre lequel aucun traitement n'avait été dirigé, s'est porté sur les méninges. Il n'y a pas eu métastase, comme l'a si bien établi notre judicieux président; mais il y a eu extension du rhumatisme, favorisée peut-être par le manque des précautions si nécessaires dans l'état puerpéral.

Je prescrivis une potion gommeuse avec alcoolature d'aconit, 20 gouttes; frictions avec baume tranquille et flanelle autour des articulations douloureuses ; sinapismes aux membres inférieurs ; compresses imbibées d'eau vinaigrée sur le front.

Le mercredi matin, 27 juillet, je revis la malade à huit heures. Tous les symptômes de la nuit s'étaient aggravés. On ne pouvait plus compter les pulsations, tant elles étaient rapides ; le gonflement du poignet droit avait presque disparu, le poignet gauche seul restait tuméfié. Les membres étaient contractés ; strabisme très-prononcé ; déglutition très-difficile ; teinte violacée du visage. Je prévins la famille du danger imminent dans lequel se trouvait la malade, et M. Blot fut appelé en consultation. Il ne put venir qu'à midi; Mme de S... était agonisante. Notre honorable confrère fut tellement frappé de la marche galopante des symptômes, qu'il se demanda si nous n'avions pas affaire à une fièvre intermittente pernicieuse, et conseilla d'avoir recours au sulfate de quinine en lavement, puisque la déglutition était impossible. Mais tous les moyens employés furent inutiles, et Mme de S... expirait à deux heures de l'après-midi.

Malgré l'autorité de M. Blot, je persiste à penser que nous avons eu sous les yeux un cas de rhumatisme cérébral, et il y a tout lieu de croire que si l'on avait, dès le début, soumis la malade à un traitement convenable et qu'on eût évité toute espèce de refroidissement, comme cela est si indispensable, du reste, dans les suites de couches, on aurait eu beaucoup de chances pour enrayer les accidents.

RHUMATISME DE L'UTÉRUS

au huitième mois de la gestation. Contractions utérines. Dilatation du col. Écoulement de glaires. Orifice refermé; grossesse continuée.

Par M. le docteur Edouard Lobgeois, à La Ferté-Chevreuse.

Le 10 juin 1863, je suis appelé au Grand-Chévresis (Aisne) pour accoucher Mme G... ; avant d'examiner la malade, je recueille les renseignements qui suivent : Mme G..., âgée de vingt-deux ans, est mariée depuis trois années ; avant le mariage, les règles étaient rares ; depuis cette époque, le molimen hémorrhagique s'accomplit aussi régulièrement que possible ; après quatre mois de cohabitation, Mme G..., dont les règles sont suspendues deux mois, est prise d'une hémorrhagie assez considérable avec douleurs utérines, puis tout rentre dans l'ordre. En janvier 1862, les menstrues n'apparaissent plus ; en mai suivant, les douleurs de l'avortement se font sentir, et sont bientôt suivies de l'expulsion d'un fœtus de quatre mois environ.

Vers la fin d'octobre 1862, les règles se suppriment de nouveau ; cette troisième grossesse suit un cours régulier jusqu'au 10 juin 1863, jour où je suis mandé pour la première fois.

Le passé de la malade me fait pressentir un accouchement prématuré; mon intention est de m'y opposer tout aussi longtemps que je le pourrai : pour cela, je m'empresse de rechercher la cause des contractions utérines ; je me pose cette première question : L'enfant vit-il? J'apprends que ses mouvements se font toujours sentir, qu'ils sont plus brusques et plus fréquents que d'habitude. Deuxième question : La malade perd-elle du sang ? Non ; l'hémorrhagie comme cause prédisposante est donc encore écartée. Troisième question : Ici j'aborde les causes qui sont assez spéciales dans l'accouchement prématuré. Ces causes sont la présence de deux fœtus, l'insertion du placenta sur le col et l'éclampsie ; il n'y a point de trace d'éclampsie, le toucher par le vagin, le palper abdominal et l'emploi du stéthoscope sur la même région me permettent d'éliminer ces trois causes d'accouchement avant terme. Avant d'aller plus loin, je dois consigner ici ce que m'a révélé le toucher vaginal : les grandes lèvres sont tuméfiées, le doigt traverse assez difficilement le canal vulvaire; il s'écoule par ce canal des mucosités visqueuses; le col est mou, avec dilatation d'un demi-centimètre ; on sent la tête de l'enfant en position occipito-cotyloïdienne droite. Le toucher, le palper et la seule application du stéthoscope occasionnent des douleurs et provoquent des cris.

Je passe rapidement au dernier groupe étiologique qu'il me reste à examiner, savoir :

1° La susceptibilité de la matrice, son aptitude encore incomplète à mener à bonne fin une gestation de neuf mois.

2° Les affections intercurrentes.

3° Les affections aiguës ou chroniques de la matrice ou de ses annexes.

La deuxième partie de ce problème (les affections intercurrentes) fut vite écartée, la malade ne se plaignant que de ses contractions douloureuses; d'ailleurs l'examen général qui allait être fait devait lever tout doute sur ce point.

Restaient donc la trop grande susceptibilité de la matrice et ses affections aiguës ou chroniques. Pour résoudre ces questions ultimes, je dus interroger l'état général de la malade. Il y a de la chaleur, de la fièvre (110 pulsations), de la soif, de l'inappétence et point de sommeil; cet état, au dire de la malade, dure depuis deux jours seulement. A ce cortége de symptômes généraux, il est facile de reconnaître une phlegmasie aiguë assez intense; comme elle n'existe point dans les trois grandes cavités splanchniques tour à tour examinées, il me reste à rechercher cette inflammation dans l'organe de la gestation ou ses annexes.

Le début brusque de l'affection, l'état fébrile intense, la soif, éloignent de mon esprit toute idée d'affection chronique. Après avoir ainsi éliminé les diverses inconnues de mon problème, je me trouve en présence d'une affection aiguë de la matrice. Est-ce une phlegmasie simple, une métro-péritonite ou une métrite spécifique? Arrivé à ce point, le problème médical était résolu au point de vue thérapeutique ; il fallait laisser se continuer la grossesse, en combattant l'inflammation quand la nature, le siége et l'étendue en seraient bien déterminés.

Pour la solution de ces questions finales, je tins grand compte de la non-existence soit de nausées, soit d'envies de vomir, soit de douleurs insupportables résultant du simple poids des couvertures pour écarter la métro-péritonite et un peu la métrite ordinaire; l'examen attentif de l'organe de la gestation devait conduire à un diagnostic exact.

Je constate d'abord un endolorissement bien marqué dans le segment inférieur de l'utérus, le fond de la matrice étant à peu près à l'état normal au point de vue de la sensibilité, nouvelle raison pour moi d'écarter la métrite pure et simple, qui s'étend en général à la totalité de l'organe ; des douleurs très-vives s'irradient des reins vers le bassin, le vagin, les grandes lèvres et la partie supérieure du membre abdominal; la malade fait de douloureux et vains efforts soit pour uriner, soit pour aller à la garde-robe ; dans le cours de ces douleurs, qui ont un caractère de rémission bien prononcé, l'enfant fait des mouvements fréquents et douloureux pour sa mère. Je ne quitterai pas cette partie de la symptomatologie sans faire observer que la douleur commençait et finissait avec la contraction, tandis que la contraction utérine ordinaire est douloureuse seulement à la fin, mais non au début.

Je rappelle et complète ici les renseignements qui m'ont été fournis par le toucher : les grandes lèvres sont turgides, le vagin a une

chaleur qui excède sa chaleur normale ; le toucher est très-douloureux, surtout dans l'examen du col et de la partie fœtale qui se présente. Cet examen et ce travail accomplis, j'ai porté le diagnostic suivant : Rhumatisme du segment inférieur de l'utérus.

Aux raisons déjà données pour rejeter l'idée d'une métrite pure et simple, j'ajoute les suivantes :

1° Localisation de la douleur dans le segment inférieur de l'utérus ;

2° Dans la métrite ordinaire, surtout pendant la gestation, les phénomènes généraux sont graves, le décubitus est forcé ; ici la malade était levée ; la face injectée traduit la douleur et l'anxiété ; la chaleur est grande, le pouls accéléré ; il survient assez souvent des nausées, des vomissements ;

3° La matrice à cette époque de la gestation est un véritable muscle, et la métrite dans ce cas est notamment l'inflammation d'un muscle ; or dans la phlegmasie musculaire pure et simple, la contraction est à peu près pour ne pas dire complétement impossible ; la douleur ne s'arrête point franchement comme dans le rhumatisme ; ici il y avait dans les douleurs une rémission véritable.

Pour terminer cette esquisse symptomatologique, j'ajoute que la malade habite des parties basses, un peu marécageuses, et que les pluies abondantes et froides qui tombent depuis quelque temps prédisposent singulièrement aux affections rhumatismales de toute nature. Par tous ces motifs, je maintiens mon diagnostic et formule le traitement suivant :

J'ordonne d'abord le décubitus dorsal à la malade, qui à mon arrivée faisait tous les efforts pour accoucher, je prescris la diète, 8 gouttes de laudanum de Sydenham le soir dans la moitié d'un verre d'eau sucrée, autant le matin, quart de lavement matin et soir avec une décoction de plantes narcotiques et émollientes (10 têtes d'œillette pour 1 litre d'eau et racine de guimauve), cataplasmes légers sur l'hypogastre ; pour boisson, décoction de chiendent, et un grand bain tiède de trois quarts d'heure de durée aussitôt après mon départ.

Le 11, je trouve le pouls à peu près dans le même état ; les autres symptômes généraux conservent à peu de chose près leur intensité primitive ; cependant les contractions ne sont plus aussi fréquentes. — Même régime.

Du 12 au 13, je suis appelé dans la nuit : les contractions sont plus fréquentes et plus douloureuses que la veille, la dilatation du col est de 1 centimètre au moins, des mucosités nouvelles s'écoulent par le vagin ; au toucher, qui est très-douloureux, je ne trouve plus la tête : je crois sentir l'épaule droite, dos en arrière et tête à droite. Je m'assure de nouveau qu'il ne s'agit point de contractions ordinaires, celles qui ont lieu en ma présence étant douloureuses du commencement à la fin. Je prescris des frictions d'onguent napolitain à l'hypogastre trois fois par jour, je porte à 12 matin et soir les gouttes d'opium ; les lavements, les cataplasmes et la diète sont continués ; je prescris de nouveau un grand bain tiède d'une heure de durée, et de plus 6 grammes de nitre dans chaque litre de chiendent.

Le 13, les symptômes inflammatoires sont bien calmés ; j'apprends que depuis ma dernière visite la malade a été dans un état de somnolence à peu près continu ; le pouls bat 85 pulsations, la soif est moindre et l'appétit commence à se faire sentir, le col se referme, c'est à peine si je sens le produit de la conception. Les frictions d'onguent napolitain sont continuées, 8 gouttes de laudanum de Sydenham matin et soir au lieu de 12, grand bain, bouillon de veau, chiendent nitré, continuation du décubitus dorsal. Dès aujourd'hui j'ai la certitude que j'avais affaire à une affection rhumatismale : la métrite ordinaire dans la gestation au huitième mois eût été beaucoup plus grave et de plus longue durée ; j'ai également la certitude que la grossesse sera continuée, sauf des retours possibles plus ou moins graves de l'affection rhumatismale.

Le 14, l'amélioration se soutient. — Un peu de lait coupé pour aliment ; continuation du traitement de la veille.

Le 16, je revois la malade pour la dernière fois et je suspends tout traitement, sauf le décubitus dorsal dans une grande partie de la journée, et de temps en temps un grand bain.

Le 22 au soir, j'apprends que la malade a fait dans la journée un trajet de trois kilomètres.

Cette observation m'a paru intéressante au double point de vue de la science et de la pratique, car ces rhumatismes utérins dans la gestation n'ont pas encore été observés très-souvent, et les praticiens doivent être mis en garde contre cette cause d'avortement et ne point s'effrayer de la dilatation du col. Joergz dit avoir vu un orifice avec une dilatation de 0,05 centimètres et demi, sous l'influence du principe rhumatismal, se refermer ensuite, et la grossesse se prolonger jusqu'à son terme ordinaire.

Je me suis demandé, en rédigeant cette observation, pourquoi le rhumatisme utérin ne s'étendait pas toujours à la totalité de l'organe ; en me reportant à deux opérations césariennes que j'ai eu l'occasion de pratiquer (1), je me suis rappelé que le tissu de la matrice était d'autant plus épais que l'on se rapprochait du col, et que par suite ce tissu pouvait être rhumatisé avec plus d'intensité que les parties supérieures de l'organe de la gestation.

Je renvoie aux physiologistes pour cette question de physiologie pathologique, me bornant de mon côté à l'apprécier au point de vue anatomique.

DE LA THORACENTÈSE.

Par M. le Dr Lesur.

Depuis quelque temps la *Gazette des Hôpitaux* a rapporté un certain nombre d'observations qui prouvent que l'opération de la thoracentèse tend à se généraliser dans la pratique médicale.

Dans les grands hôpitaux de Paris, depuis un grand nombre d'années, la ponction thoracique dans la pleurésie aiguë n'est plus qu'une opération de petite chirurgie ; il suffit de suivre pendant un mois la clinique du professeur Trousseau, pour se convaincre de l'innocuité complète de ce procédé chirurgical appliqué au traitement de l'hydrothorax aigu. Il est vrai que la canule armée d'une baudruche conjure le danger tant redouté de Récamier, de l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. Aujourd'hui, plus d'application préalable de potasse caustique, et surtout plus de ces fistules interminables, comme conséquence de ce procédé opératoire, moins dangereux, il est vrai, que la méthode de Bérard, qui ponctionnait la poitrine à l'aide d'un bistouri étroit, auquel il faisait décrire un quart de rotation sur son axe pour favoriser l'écoulement du liquide ; mais le principal reproche à l'adresse du procédé de Récamier, c'est de ne convenir qu'aux hydrothorax chroniques, et de ne point remplir l'indication d'un soulagement immédiat quand il y a péril en la demeure et menace d'asphyxie imminente, comme dans les cas cités par nos honorables confrères, et dans l'observation que je vais rapporter en quelques lignes.

Sur la fin de mars dernier, le Dr Mathieu (de Thin-le-Moustier) m'appelait en consultation pour un épanchement pleurétique unilatéral gauche, datant de quelques jours seulement, résultat d'une pleurésie méconnue et non traitée. Le médecin était demandé en quelque sorte *in extremis*, au moment où le malade éprouvait cette anxiété suspirieuse, avec faiblesse du pouls et cyanose des lèvres, signes avant-coureurs d'une mort par asphyxie. La matité était complète de haut en bas ; le bruit skodique lui-même, qui persiste presque toujours sous la clavicule, faisait défaut ; le cœur, fortement déjeté à droite, était comprimé et refoulé par le liquide. Ici, il y avait non-seulement opportunité, mais nécessité d'un prompt secours, surtout la sécrétion rénale étant complétement supprimée.

Le malade, jeune charpentier de vingt ans, demanda lui-même l'opération, dont le docteur Mathieu avait nettement posé l'indication devant la famille. La ponction, faite à l'instant même au lieu d'élection, nous donna cinq litres de sérosité citrine, et le malade échappa à une suffocation imminente.

Aujourd'hui, si ce jeune homme éprouve des accidents tuberculeux qui donnent des inquiétudes pour l'avenir, c'est une question de diathèse inhérente à certaines constitutions, et qui n'est plus en rapport avec le point que je voulais établir, à savoir :

1° Que la thoracentèse est d'une innocuité absolue, comme le prouvent les observations publiées par la *Gazette des Hôpitaux*, y compris celle-ci et plusieurs autres que je pourrais y joindre ;

2° Que la thoracentèse est la seule et unique ressource, en présence d'une asphyxie imminente, dans un épanchement pleurétique aigu.

D'où vient cette fin de non-recevoir qu'opposent la plupart des praticiens (je ne parle pas de ceux de l'école de Rousseau) à une méthode chirurgicale qui est la seule chance de salut dans certains cas donnés ?

En opposition avec cette manière de faire, des confrères sérieux et habiles m'objectent n'avoir jamais rencontré d'épanchements rebelles à la thérapeutique classique des pleurésies. J'avoue que j'envie leur bonheur.

D'autres n'admettent la thoracentèse qu'en cas d'empyème ou de pleurésie chronique : ce serait n'avoir fait aucun progrès depuis Hippocrate, qui, lui aussi, faisait la ponction à l'aide du fer rouge ; ce n'était guère plus dramatique que la méthode mise en usage à la clinique de la Pitié en 1842, quand M. Piorry tenait le plessimètre et M. Bérard le bistouri.

Les disciples de la nouvelle école veulent, à l'instar de M. Trousseau, que l'on ponctionne toutes et quantes fois qu'il y a un épanchement quelque peu considérable. D'un moyen exceptionnel, ce serait faire la règle.

Pour nous, la thoracentèse est, comme la trachéotomie, une opération d'extrême nécessité. Citer un cas dans lequel nous l'avons pratiquée avec succès pour un épanchement qui ne contenait rien moins que 5 litres de liquide, c'est assez affirmer notre réserve pour les cas ordinaires. Nous sommes partisan de la maxime hippocratique : *Melius anceps remedium, quam nullum.*

LUXATION DU GRAND OS DU CARPE.

Réduction. Guérison.

Par M. le docteur Achille Bonnes (de Nimes).

Mlle M..., âgée de vingt-cinq ans, ménagère, d'une bonne constitution, vint me consulter le 31 mars 1864, pour une douleur qu'elle avait au poignet gauche, depuis un mois.

Elle me raconta que dans les premiers jours de mars, comme elle voulait retirer de dessus un fourneau de cuisine, sans déranger quelques personnes qui étaient à table à côté, un plat assez lourd, elle fit un violent effort de la main pour ne pas le laisser tomber. Immédiatement après, elle sentit une douleur au poignet qui l'empêcha de vaquer à ses affaires. Le lendemain, elle alla consulter un pharmacien, qui lui conseilla d'appliquer sur la région malade des compresses trempées dans de l'eau blanche. Les jours suivants, son état fut le même ; certains mouvements de la main étaient gênés et douloureux.

Après avoir essayé sans succès des frictions avec divers liniments, elle vint me voir, et je constatai l'état suivant du poignet :

Poignet vigoureux ; aucune trace de maladie antérieure. Quand la main est étendue, on aperçoit au milieu de la région carpienne une petite tumeur arrondie, fixe, dure, ne déterminant aucune douleur par le toucher.

Les mouvements de flexion, d'extension, de latéralité, sont tous possibles ; le premier est limité et douloureux dès qu'on l'exagère un peu. Dans l'extension complète, la tumeur disparaît ; dans la flexion, au contraire, elle fait une saillie d'autant plus grande qu'on fléchit davantage la main. Au-dessous de cette tumeur, la main étant fléchie, on sent un vide où le doigt s'enfonce assez avant sans reconnaître de surface osseuse.

Je songeai tout d'abord à un ganglion, comme on en rencontre assez souvent dans cette région ; mais cette petite tumeur avait des caractères spéciaux qui devaient me faire penser à autre chose. Un ganglion en ce point gêne peu les mouvements de la main et ne détermine presque jamais de douleur. D'ailleurs, les ganglions forment des saillies arrondies dont la base, de tous côtés, est résistante ; car ils reposent sur une surface osseuse, tandis qu'ici, en avant, on sentait une dépression évidente, signe de grande valeur pour le diagnostic d'une luxation du grand os du carpe. Pensant donc que j'avais affaire à une luxation de cet os, je proposai à la malade de l'endormir et de tenter la réduction.

Le soir, la malade fut éthérisée ; je fis tenir la main dans une flexion exagérée, de manière à faire saillir la tête du grand os autant que possible, afin de faciliter sa rentrée dans la petite cavité que lui forment les os de la première rangée du carpe ; puis je pressai vivement avec le pouce de la main droite, aidé du pouce de la main gauche ; un craquement se fit entendre : l'os était rentré, la tumeur avait disparu, et les mouvements de la main étaient devenus aussi étendus que ceux du côté opposé. Je plaçai sur le dos du poignet une pièce de dix centimes doublée de coton ; je fis mettre la main dans l'extension forcée, et je plaçai un bandage amidonné qui la maintint dans cette position.

Les trois premiers jours, un peu de douleur le long du bras, pas de fièvre. La malade se lève et mange, au bout d'un mois j'enlevai le bandage ; la réduction était maintenue ; les mouvements de la main seulement un peu gênés.

Je conseillai de mettre une bande pendant quelques jours pour soutenir le poignet et empêcher de trop grands mouvements.

En août, la malade vint me revoir ; elle était complétement guérie ; le poignet avait repris tous ses mouvements ; il n'y avait aucune trace de douleur, et M... pouvait, comme jadis, remplir ses fonctions de femme de ménage.

Les observations de ce genre de luxation sont rares ; les auteurs qui en parlent l'attribuent à une flexion exagérée de la main due à une chute sur la face dorsale, ou à une contraction brusque et violente des muscles de la partie antérieure du bras. C'est à cette dernière cause qu'est due la luxation de ma malade. En effet, dans le mouvement brusque qu'elle fit pour retenir le plat qu'elle soulevait, les muscles fléchisseurs de l'avant-bras se contractèrent vivement, la capsule qui recouvre le grand os et les fibres accessoires qui la fortifient se rompirent et la luxation se produisit.

Boyer, Richerand, A. Cooper, parlent de quelques-uns de ces cas, et tandis que les premiers ont l'air d'y attacher une légère importance, le dernier fait remarquer que les malades qu'il a observés ne pouvaient se servir de leur main à moins de fournir un support au poignet avec de courtes attelles ou un poignet en acier. Il conseille comme traitement l'application de bandelettes agglutinatives et un bandage roulé autour du poignet, puis des douches froides et des frictions avec une serviette rude.

Chez ma malade, je crus nécessaire de traiter cette luxation comme une luxation ordinaire, en exagérant même la longueur du traitement, à cause de la grande facilité de la récidive. C'est pour cela que j'appliquai immédiatement après la réduction un bandage amidonné, depuis la main jusqu'au coude, que je plaçai sur le poignet une pièce de monnaie qui retint encore mieux la tête du grand os, et que je maintins la main ainsi fixée dans une grande extension au moyen de fortes attelles de carton à la région palmaire. Je laissai le bandage longtemps, un mois environ, pour permettre aux tissus ligamenteux rompus de se réunir et de prendre de la résistance.

PROCÉDÉ FORT SIMPLE

pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe.

Par M. le docteur E. Bessières (d'Egreville).

Le médecin est souvent appelé à extraire des corps étrangers introduits dans le conduit auditif externe, et pour le praticien des campagnes, qui n'a pas sous la main ce formidable arsenal chirurgical qui est toujours à la disposition des chirurgiens des grandes villes, il y a là quelquefois une difficulté insurmontable.

En effet, la trousse de chaque praticien renferme, et pas toujours, une pince à pansement, une pince à disséquer et une pince à artères. Ces trois instruments sont le plus souvent insuffisants.

Les pinces de Hunter, de Dupuytren, de Fabrizi, les plus fines bruxelles d'horloger échouent quelquefois.

Il n'y a que la curette de Leroy (d'Etiolles) qui donne des résultats à peu près constants.

Mais tout praticien n'a pas dans sa poche la curette de Leroy.

Plusieurs fois j'ai été appelé à extraire chez des enfants des corps étrangers du conduit auditif, et le procédé suivant m'a toujours réussi fort rapidement et sans entraîner le moindre danger pour le patient :

Je prends une épingle ordinaire, que je fixe solidement entre les mors d'une pince à artère ; puis j'en courbe la pointe à peu près à angle droit dans une étendue variable de 1 à 2 millimètres, et sur le premier corps dur qui se présente sous ma main, j'émousse cette pointe de façon à ne pas piquer le patient s'il venait à faire quelque brusque mouvement.

J'introduis ce petit crochet dans le vide qui existe entre le corps étranger et la partie inférieure du conduit auditif (après avoir fait prendre au pavillon de l'oreille la direction que tout le monde connaît), mais en ayant soin d'*appliquer et de faire glisser* sur la face inférieure de ce corps la portion recourbée de l'épingle, et dès que je sens que celle-ci est arrivée à la partie

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* (1850) pour une de ces opérations.

postérieure du corps étranger, je lui fais exécuter un petit mouvement de rotation, un quart ou un cinquième de circonférence, et par un léger mouvement de traction en haut et en dehors, je débarrasse promptement le patient. C'est ainsi que j'ai extrait dernièrement chez un enfant de quatre ans un fragment de silex entièrement lisse de 9 millimètres sur 6, et qui obturait complétement le conduit auditif fortement enflammé par suite des tentatives d'extraction exercées depuis trois jours.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 octobre 1864. — Présidence de M. MORIN.

Matière phosphorescente de la LAMPYRIS ITALICA. — **M. CARUS**, à l'occasion d'une communication récente de M. Pasteur sur ce sujet, adresse une lettre dont voici un extrait :

En examinant, en 1828, l'organisation et la faculté phosphorescente de la *lampyris italica*, je trouvai que si l'on ôtait du corps de l'insecte la matière luisante, qui est une matière onctueuse et ressemble, comme dit très-bien M. Blanchard d'après Spix, au phosphore fondu, et si on la mettait sur une plaque de verre, en séchant elle perdait immédiatement toute phosphorescence; mais aussitôt qu'on mettait le verre avec cette matière sous un peu d'eau, elle recommençait à répandre de la lumière. C'est une expérience qu'on pourra répéter une ou deux fois, toujours avec le même succès. Quoique cette observation fût déjà assez digne d'attention, on n'a pas encore cependant senti assez jusqu'à présent l'importance du fait. J'espère qu'aujourd'hui que l'analyse spectrale a elle-même signalé comme très-remarquable la nature de cette substance, mon observation devra être mieux appréciée, d'autant qu'il est à remarquer que nous ne connaissons jusqu'à présent aucune substance qui, mise sous l'eau, commence immédiatement à répandre de la lumière, et qui perde de nouveau cette faculté quand elle devient sèche. Il s'agit donc probablement ici d'une substance organique douée d'une qualité absolument nouvelle. C'est une chose qui est certainement assez digne d'exciter l'attention des savants.

Cas de mort causée par la foudre. — **M. CHRESTIEN** adresse une note dont nous extrayons les passages suivants :

« J'ai été appelé le 2 octobre, à quatre heures et demie du soir, dans une campagne distante de Montpellier de 2 kilom. La foudre venait d'y tomber et de tuer un jeune homme de seize ans, couché dans son lit pour une indisposition qui l'y retenait depuis quelques jours. Dans la même chambre se trouvaient sa mère et trois jeunes camarades qui étaient venus le voir.

» La foudre paraît être entrée par un trou qu'elle a fait au mur, au-dessus d'une fenêtre éclairant la grande chambre, où il n'y avait personne. L'un des jeunes gens, placé près du pied du lit, a eu les jambes de son pantalon criblées de brûlures; un second, qui était au chevet même du lit, a eu une plaie contuse à l'un des pieds, et la mère, qui était à côté de celui-ci, au-dessous de la fenêtre par laquelle est sortie la foudre, a eu la jambe gauche meurtrie et brûlée dans la région moyenne et antérieure externe. Non-seulement, en effet, la peau et l'aponévrose ont été intéressées en ce point, mais les muscles eux-mêmes ont été atteints, et sont le siége de deux petites plaies assez profondes, que je crus d'abord produites par quelque éclat de plâtre ou de bois; mais différentes brûlures que l'on dirait produites par des gouttes d'eau bouillante, et qui entourent les deux plaies profondes, ainsi que l'état du bas, tout brûlé dans ce point, m'ont prouvé que c'étaient bien là des effets de la foudre... » (Commissaires : MM. Boussingault, Péligot et Bernard.)

Expériences d'inoculation de l'oïdium. — **MM. LETELLIER** et **SPÉNEUX** adressent de Saint-Leu-Taverny (Seine-et-Oise) une note contenant les résultats d'expériences qu'ils ont faites en commun pour s'assurer de ce qu'il y avait de réel dans les effets attribués par diverses personnes à l'inoculation de l'*oïdium Tuckeri*. Suivant ce qu'on disait, ce cryptogame pouvait se transporter des végétaux à l'homme, et cette inoculation aurait été pour des vignerons, durant l'époque de la taille, la source d'accidents graves, et même, dans certains cas, aurait causé la mort.

MM. Letellier et Spéneux savaient déjà, par des expériences que l'un d'eux avait faites il y a dix ans, que l'oïdium introduit dans l'estomac des lapins ne causait aucun accident; les faits allégués leur paraissaient d'ailleurs trop peu nombreux pour qu'on en pût rien conclure; ils n'avaient, pour leur part, observé rien de semblable sur des milliers de vignerons, de vendangeurs, de jardiniers, dans les quinze années écoulées depuis l'apparition de l'oïdium dans le pays qu'ils habitent.

Les nouvelles expériences qu'ils ont entreprises ont confirmé leurs prévisions. Ils ont inoculé dans des plaies sous-cutanées les raclages de feuilles chargées de l'oïdium sans produire aucun effet. Enfin, ils ont pratiqué sur eux-mêmes des inoculations semblables. Après une légère rougeur le lendemain, un léger suintement les deux jours suivants, la petite croûte formée au point de la piqûre était tombée, de sorte que le résultat a été exactement celui qu'aurait produit l'inoculation d'un peu de poussière inerte.

(Renvoi à l'examen des commissaires nommés dans la séance du 9 mai : MM. Payen, Tulasne et Cloquet.)

Action des eaux minérales dans le traitement des dartres. — **M. ROCHARD** adresse comme pièce de concours pour les prix de médecine et de chirurgie un Mémoire sur l'action des eaux minérales dans le traitement des dartres.

Ce mémoire est terminé par les conclusions suivantes :

Le traitement des dartres tel que nous l'avons institué agit directement et localement en déterminant la résolution de la congestion dermique.

Les eaux minérales combattent plutôt les altérations sanguines ou les complications quelconques qui accompagnent les dartres qu'elles ne guérissent les dartres elles-mêmes.

Le phénomène de la poussée dû à l'action des eaux minérales sur le tégument externe envahit tous les tissus sains et malades; la poussée, au contraire, que développe l'iodure de chlorure mercureux, se concentre électivement sur les points altérés et en élimine l'élément morbide.

Dans ces cas tout à fait exceptionnels, quand le traitement local a été entravé par certaines complications, l'intervention des eaux minérales est réellement efficace.

Elles doivent être prises en boisson : leur action topique est en effet trop diffuse; n'agissant pas radicalement, elle laisse subsister des chances de récidive; de plus, l'absorption cutanée est trop problématique pour que l'on puisse faire reposer toute sa confiance sur la médication thermale externe.

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie, qui jugera si le Mémoire de M. Rochard peut être joint aux deux pièces déjà présentées par lui au concours dans les séances du 21 mars et du 9 mai 1864, ou s'il doit être réservé pour le concours de 1865.)

Recherches sur les vibrioniens. — **M. RAYER** présente, au nom de M. C. Davaine, une note sur ce sujet. (Voir le premier-Paris.)

— **M. BROCHARD**, dont l'ouvrage, *Les bains de mer chez les enfants*, avait été présenté à la précédente séance par M. Velpeau, prie l'Académie de vouloir bien comprendre cet ouvrage parmi les pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie. (Réservé pour le concours de l'année 1865.)

— **M. RAYER** présente, au nom de M. le docteur P. Francisco da Costa Alvarenga, un ouvrage intitulé : *Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune de Lisbonne dans l'année 1857.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire de patbologie médicale vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 31 octobre :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur en médecine;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux.

— Par arrêté ministériel en date du 6 octobre 1864, M. le docteur Campanya père, directeur du Muséum d'histoire naturelle de Perpignan, a été nommé officier de l'instruction publique.

— La composition écrite pour le concours des chirurgiens du Bureau central a eu pour sujet : *De l'érysipèle traumatique.*

— La composition écrite pour le concours de l'internat a eu lieu aujourd'hui 17 octobre.

Les candidats ont eu à traiter la question suivante : le *cordon spermatique* et le *varicocèle.*

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort prématurée, à Gaillon, de M. le docteur Ch. Carville fils, dont nos lecteurs ont pu apprécier le zèle pour la science, et dont récemment encore nous avons fait connaître un remarquable travail sur l'*ictère grave épidémique*. Notre regretté confrère était ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la maison centrale de Gaillon, et deux fois lauréat de l'Académie impériale de médecine.

— Le travail intitulé *Recherches physiques sur la respiration de l'homme*, présenté à l'Académie de médecine par M. Grisolle, a pour auteur M. N. Gréhant et non Bréan, comme on l'a imprimé par erreur.

— M. Regnard, interne des hôpitaux, commencera, le lund 24 octobre, des cours et conférences préparatoires au second et au quatrième examen de doctorat.

On s'inscrit chez M. Regnard, rue des Ecoles, 56, de trois à six beures. — Leçons particulières.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire de la langue française, contenant la Nomenclature, la Grammaire, la Signification des mots, la Partie historique et l'Etymologie, par M. E. LITTRÉ, de l'Institut (Académie des inscriptions et belles-lettres). La 10e livraison (EXC.-ETR.) vient de paraître. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1864, chez L. Hachette et Cie.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie. Trois séries de cinq volumes chacune. Prix de chaque série : 35 fr. Le cinquieme volume de la troisième série vient de paraître. Prix : 7 fr. — Paris, 1864, J. B. Baillière et fils, éditeurs.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 123. — JEUDI 20 OCTOBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 123. — JEUDI 20 OCTOBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 OCTOBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

De cette séance, abrégée par un comité secret, on peut faire deux parts, une pour les présentations, la seconde pour les lectures. La part faite aux présentations n'a été ni la moins longue ni la moins intéressante. Parmi les nombreux ouvrages imprimés ou manuscrits qui se sont produits sous de savants et bienveillants patronages, nous citerons notamment les *Institutions d'Hippocrate, ou Exposé philosophique des principes traditionnels de la médecine,* de M. le docteur Ed. Auber, dont un de nos collaborateurs a déjà fait une exposition analytique ; diverses publications de M. le docteur Blanchet sur l'instruction des sourds-muets, à l'occasion desquelles M. Bouvier a présenté quelques considérations pleines d'intérêt sur les résultats de la méthode que M. Blanchet a si heureusement instituée et propagée ; et la deuxième livraison du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* avec l'*Introduction* de M. Dechambre, complétant le premier volume de cette importante publication.

Après ces présentations, l'Académie a entendu un très-bon rapport de M. Gosselin, sur deux opérations importantes faites par M. Legouest, et la lecture d'un travail de M. Verrier, sur un moyen destiné à provoquer l'accouchement prématuré, moyen mixte qui consiste à combiner les douches utérines avec l'emploi du dilatateur de M. Tarnier, que nous avons fait connaître dans le temps à nos lecteurs.

A quatre heures un quart, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de prix.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Endophlébite rhumatismale.

(Observation recueillie par le Dr Michel PETER, chef de clinique.)

Il semblerait que puisque la tunique interne du cœur est si fréquemment affectée dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, celle des artères et des veines, identique dans sa structure comme dans ses fonctions, dût posséder les mêmes affinités morbides et être aussi souvent intéressée que l'endocarde. Rien n'est pourtant moins exact. L'artérite et la phlébite rhumatismales sont infiniment rares. M. Bouillaud dit bien que l'on peut observer des phlébites dans le cours du rhumatisme, mais il n'en cite aucun cas ; et il est assez facile de voir qu'il est plutôt guidé ici par l'analogie que par l'observation. Il nous a été donné cependant d'observer un de ces cas exceptionnels ; c'est celui du malade qu'on a pu voir couché au n° 15 de la salle Sainte-Agnès, dans le service de M. Trousseau.

OBS. — Cet homme, âgé de trente-six ans, est pâle, débile ; sa peau est blanche et fine. Il a l'habitude de boire avec excès, et surtout de l'eau-de-vie. Il entre à l'hôpital le 11 mars 1864, avec un gonflement des genoux et du coude droit. Ce gonflement douloureux existe depuis quatre jours, il a débuté à la suite d'un mouvement fébrile assez intense. Le diagnostic ne saurait être douteux ; c'est d'un rhumatisme articulaire qu'il s'agit. Le malade n'en a jamais eu d'autre atteinte.

La fièvre est modérée, l'état général peu inquiétant. Les deux genoux, le coude, le poignet et l'épaule droits sont gonflés et très-douloureux. Il n'y a pas de souffle au cœur, ni de bruit anormal d'aucune sorte. La respiration s'accomplit régulièrement, et le murmure respiratoire est partout entendu.

Une chose frappe dans le récit que fait le malade ; c'est que le jour même du début de l'affection, il a éprouvé une douleur vive dans l'épaisseur du mollet droit, et que le lendemain il a ressenti une douleur analogue dans le mollet gauche. Les mollets sont en effet tendus, comme gonflés, durs, et la pression en est très-pénible ; mais la douleur est surtout produite par une pression exercée sur le trajet des veines saphènes, qui se dessinent sur la peau comme deux cordons indurés. La douleur est aussi fort vive au point d'élection de la douleur dans la *phlegmatia alba dolens*, c'est-à-dire à la partie postérieure du mollet.

Il ne parut pas à M. Trousseau que ce fussent là les indices d'un rhumatisme musculaire, et l'idée d'une inflammation des veines profondes du mollet lui vint d'autant plus naturellement à l'esprit, que l'induration douloureuse des saphènes indiquait une altération de ces canaux veineux ; mais comme il n'y avait pas d'œdème, il résolut d'attendre avant de se prononcer sur l'existence d'une endophlébite.

Six jours plus tard, le 18, l'état des jambes est resté le même ; mais les pieds sont notamment tuméfiés. Depuis cinq jours le bras gauche est tuméfié, et il présente dans toute l'étendue de sa partie interne la teinte jaunâtre de l'ecchymose ; la pression au niveau du biceps est très-douloureuse, et l'on sent dans l'aisselle un cordon dur, douloureux, évidemment formé par la veine axillaire oblitérée. Il y a cela de remarquable que le bras est très-tuméfié, que l'avant-bras l'est beaucoup moins, et que la main l'est à peine. Il y a encore un épanchement assez abondant dans l'articulation des deux genoux, qui sont, relativement aux jambes, très-peu douloureux. L'articulation radio-carpienne, qui a été affectée, est complétement débarrassée.

Il n'y a toujours pas de souffle au cœur.

Le lendemain, le mollet droit a encore augmenté de volume. Il a 30 centimètres de circonférence dans son plus grand diamètre. Celui du côté gauche, également tuméfié, n'a que 26 centimètres. Les veines superficielles se sont prises à leur tour, elles ont perdu leur souplesse et sont douloureuses au toucher. Les bras vont beaucoup mieux, le bras gauche présente toujours de larges taches ecchymotiques.

Il n'y a pas de fièvre, pas de chaleur ni de sueur. L'auscultation la plus attentive ne révèle l'existence au cœur d'aucun bruit anormal.

Il est donc évident que chez ce rhumatisant il n'y a pas d'endocardite, mais qu'il est atteint de phlébites multiples ; c'est-à-dire que la diathèse, au lieu de frapper l'endocarde, affecte la tunique interne des veines et qu'il a une *endophlébite*.

Le 19, le malade éprouve de la céphalalgie, il voit des mouches volantes ; la douleur qui siége sur la ligne médiane de la tête, le long du sinus longitudinal supérieur, fait penser à M. Trousseau qu'un travail phlegmasique avec oblitération consécutive s'effectue dans ce canal veineux, et il s'attend à des accidents cérébraux redoutables ; le mal de tête et les troubles de la vision durent pendant trois jours, puis cessent, sans que les prévisions de M. Trousseau soient justifiées.

Le 21, les deux veines fémorales, dans toute leur étendue ; les deux veines humérales, depuis le pli du coude jusque dans l'aisselle, sont complétement indurées et très-peu douloureuses. Aux membres inférieurs, les veines satellites de la saphène interne, et cette veine elle-même, sont dures et douloureuses. Ainsi, les troncs veineux principaux des quatre membres et quelques-unes des veines superficielles sont oblitérés, et il en résulte un œdème des quatre membres.

Le 22, on constate une nouvelle oblitération douloureuse avec rougeur superficielle aux tiers externes et inférieurs de l'avant-bras gauche.

Du 23 au 26, les veines superficielles de l'avant-bras se prennent successivement ; il en est ainsi des veines superficielles des jambes. Pour bien étudier la marche de la phlébite, j'emploie le moyen suivant : je trace avec le nitrate d'argent des lignes, suivant les contours des veines superficielles, qui sont manifestement rouges, de manière qu'on puisse voir ce qu'elles deviendront les jours suivants. Au moment de l'expérience, ces veines qui étaient rouges et douloureuses au toucher, étaient encore parfaitement perméables et pouvaient être vidées par la pression. Deux jours après l'expérience, elles présentaient un relief considérable, étaient dures, ne se laissaient plus vider par la compression, étaient moins rouges, bien que toujours à peu près aussi douloureuses. Ainsi, la rougeur et la douleur avaient précédé l'oblitération du vaisseau ; par conséquent, l'affection de la paroi veineuse avait précédé la coagulation du sang ; par conséquent, enfin, il y avait phlébite, et cette phlébite n'était pas causée par l'irritation due au contact du coagulum, mais avait au contraire provoqué la formation de celui-ci.

Il est inutile d'insister sur les alternatives d'augmentation et de diminution de l'œdème, tenant à la difficulté plus ou moins considérable de la circulation veineuse ; il est préférable d'attirer l'attention sur un phénomène nouveau et des plus insolites : je veux parler de l'apparition, le 30 mars, vingt-troisième jour de la maladie, de pétéchies sur toute la cuisse gauche. A ce moment il y avait eu recrudescence des douleurs dans le membre, dont les mouvements étaient devenus impossibles ; la température, loin d'y être augmentée, y paraissait plus basse ; la fièvre avait reparu, modérée toutefois, le pouls étant à 92 le matin et à 100 le soir, mais il était petit, misérable. L'état général semblait des plus graves, et le malade poussait des gémissements continuels.

Le lendemain, l'œdème avait gagné le scrotum, la partie inférieure de l'abdomen. Le jour suivant, la base de la poitrine était elle-même œdématiée et la veine mammaire externe était douloureuse dans toute son étendue.

Le 3 avril, vingt-septième jour de la maladie, l'œdème de l'abdomen et du thorax augmentait encore, mais la fièvre cessait. Ce jour-là on voyait naître sur la face dorsale du pied gauche, qui était énormément tuméfié, une large ecchymose. Les jours suivants, des phlyctènes apparaissaient au niveau de cette ecchymose, il se produisait une éruption de pétéchies sur le genou et la cuisse droite, éruption accompagnée d'une vive douleur ; puis les membres inférieurs furent presque entièrement couverts de pétéchies.

Enfin, vers les derniers jours d'avril, toute la peau de la face dorsale du pied gauche était sphacélée, celle de la partie correspondante du pied droit ne l'était qu'en partie ; aux deux mollets la peau s'ulcérait largement, il en était ainsi de la peau du scrotum et du prépuce.

Cependant M. Trousseau faisait constater aux élèves qui suivent la visite que les veines radiales et cubitales indurées diminuaient peu à peu de volume, et qu'il en était ainsi de la plupart des veines superficielles des membres inférieurs. Il leur prédisait le retour prochain de la perméabilité et de la circulation dans ces veines, avant que les principaux troncs fussent eux-mêmes rendus à la circulation ; et c'est ce qui arriva. Il se passa un temps bien long pour que la désoblitération de ces derniers s'accomplît. En effet, à la fin du mois de juin, quatre mois après le début de l'affection, les veines axillaires étaient encore indurées, et bien que la douleur eût depuis longtemps disparu, on ne pouvait pas supposer qu'elles servissent encore à la circulation. Ce n'est que dans le milieu de juillet que les gros troncs veineux cessèrent d'être oblitérés.

Mais les pertes de substance des pieds et des jambes dégénérèrent en ulcères de mauvaise nature ; ulcères sordides qui saignaient au moindre contact et dont la cicatrisation se fit attendre jusqu'au milieu de septembre, et encore à cette époque, six mois après le début des accidents de phlébite, l'ulcère du mollet gauche n'était-il pas encore complétement cicatrisé.

Il était difficile de voir un sujet plus profondément anémique ; cependant toutes les fonctions s'accomplissaient assez bien : la fièvre avait disparu vers la fin du premier mois de la maladie, les fonctions du cœur étaient intactes, la respiration se faisait bien, l'appétit était assez vif, et les digestions parfaites. Il n'y avait pas d'albuminurie ni de diarrhée. C'est à cette conservation des fonctions plastiques que cet homme dut de résister aux redoutables accidents locaux qu'il éprouva.

Enfin il quitta l'hôpital dans le milieu de septembre avec un œdème persistant du mollet gauche et une cicatrisation incomplète de l'ulcère de cette jambe. M. Trousseau pensa que le séjour à Vincennes achèverait une guérison difficilement obtenue à l'hôpital.

M. Trousseau avait surtout insisté dans le traitement sur l'administration du sulfate de quinine, des toniques ; il avait toujours alimenté le malade, et lui avait fait prendre pendant longtemps du vin diurétique.

RÉFLEXIONS. — Si nous analysons maintenant la série d'actes morbides qui s'accomplirent chez ce malade, nous voyons l'affection rhumatismale frapper presque simultanément les articulations et la tunique interne des veines en respectant l'endocarde, de sorte qu'ici l'endophlébite a remplacé l'endocardite. C'est déjà un premier fait assez insolite, bien que l'analogie histologique rende bien compte ici de l'analogie morbide.

La phlébite produisit ses conséquences habituelles, l'oblitération ; mais l'oblitération, qui fut considérable, entraîna un résultat inattendu, la production de pétéchies et d'ecchymoses, et un accident peu commun en pareil cas, le sphacèle.

On sait que le rhumatisme articulaire est l'affection dans laquelle le chiffre de la fibrine est le plus élevé ; on sait aussi qu'un tel état du sang ne prédispose guère aux hémorrhagies ; ne peut-on donc pas admettre qu'ici les pétéchies et les ecchymoses tinrent en grande partie à ce que les oblitérations veineuses étant multiples, et le sang continuant néanmoins à affluer dans les capillaires, ceux-ci se trouvaient distendus outre mesure (puisqu'ils recevaient toujours du sang artériel dont ils ne pouvaient se débarrasser dans les veines oblitérées pour la plupart), et qu'ils finissaient par se rompre en produisant ici des pétéchies et là des ecchymoses? Ainsi s'expliquerait la production des hémorrhagies au niveau des points où l'œdème était le plus considérable, et la douleur qui accompagnait ces hémorrhagies.

Quant au sphacèle, si rare dans les oblitérations veineuses, il résulta évidemment de l'extrême distension des tissus, et probablement aussi des troubles de la nutrition interstitielle dans des points où la circulation veineuse était presque complétement suspendue par l'oblitération des veines profondes et superficielles.

La marche des phlébites multiples présente des particularités qu'il importe de signaler. Ainsi l'inflammation procéda des gros troncs vers les rameaux. Ce furent d'abord les veines profondes des mollets et des bras qui furent douloureuses, et en même temps on voyait l'œdème procéder de la racine des membres vers leur extrémité terminale. La résolution, au contraire, et la désoblitération s'effectuèrent des rameaux vers les troncs. On a pu voir peu à peu les veines superficielles indurées diminuer de volume, puis redevenir perméables, et la circulation collatérale se rétablir ainsi lentement. L'œdème symptomatique disparut beaucoup plus vite dans les membres supérieurs que dans les inférieurs, et dans ceux-ci la cuisse se dégonfla longtemps avant le mollet et le pied. A l'époque même où le malade

quitta l'hôpital, le pied et le mollet conservaient un empâtement diffus.

Pendant plus d'un mois, la circulation fut presque complétement suspendue dans les quatre membres, et l'on peut penser combien la nutrition interstitielle devait être entravée par le fait même de cet arrêt de la circulation locale. Pendant tout ce temps, le malade n'avait guère de perméable que les grosses veines du tronc et de l'abdomen, ainsi que celles de la tête, et il était comme amputé des quatre membres au point de vue de la circulation veineuse. Un moment M. Trousseau craignit que les sinus du crâne ne se prissent à leur tour; nous croyons même que le sinus longitudinal supérieur fut oblitéré au moment où ce malade souffrit le long de la suture sagittale; heureusement pour lui qu'il n'en fut pas de ces sinus comme des veines de ses membres, car l'on comprend ce qu'un tel accident eût eu de fâcheux pour le cerveau, et quelles conséquences en eussent découlé pour le malade. Il est bien remarquable aussi qu'avec de telles causes d'embolie cet homme n'ait rien eu du côté du poumon.

Je ne peux pas, en terminant la narration de ce fait, ne pas discuter brièvement les deux hypothèses qu'on peut se poser ici comme en présence de toute oblitération veineuse. L'oblitération a-t-elle été primitive et la coagulation du sang a-t-elle déterminé l'irritation de la veine? ou bien l'oblitération a-t-elle été consécutive et l'irritation de la veine a-t-elle causé la coagulation du sang? En faveur de la première hypothèse, on peut invoquer l'existence dans le rhumatisme d'une augmentation considérable dans le chiffre de la fibrine, et cette *hyperinose* rendrait assez bien compte de la coagulation spontanée du sang aux points les plus extrêmes de la circulation, là où elle est le plus ralentie, c'est-à-dire dans les membres. Mais l'expérience très-simple qui a été indiquée plus haut a démontré que la rougeur et la douleur de la veine ont précédé son oblitération, et que par conséquent c'est bien par les parois veineuses que l'affection a commencé, de sorte que c'est consécutivement à la maladie de la veine que le sang s'est coagulé. Il est donc bien évident que notre malade a eu des *phlébites*, et que ces phlébites ont été *rhumatismales;* la multiplicité même des veines affectées indique assez l'existence d'une diathèse frappant non point isolément, mais sur tout un système. Seule une affection générale était capable de produire des lésions tellement étendues et tellement symétriques.

GUÉRISON D'UNE SCIATIQUE INVÉTÉRÉE
par la méthode électro-thérapique de M. Hiffelsheim.

Par M. le docteur O. de Langenhagen.

En publiant cette observation, nous voulons attirer l'attention de nos confrères sur une méthode électro-thérapique trop peu connue encore, mais appelée à un grand avenir.

Après avoir vu échouer pendant cinq ans toute la série des traitements usités dans le rhumatisme sciatique, nous avons suivi par un intérêt facile à comprendre la malade dont il s'agit, à la clinique des maladies nerveuses de M. Hiffelsheim, où bon nombre d'indigents reçoivent les soins gratuitement et deviennent l'occasion de savantes leçons pratiques.

Depuis qu'on est parvenu au moyen de la pile de Volta à faire passer un courant électrique à travers le corps humain, on a pu remarquer les différences d'action d'un agent si puissant et si multiple dans ses manifestations; il était donc important de régulariser ces courants, de les doser comme on dose un médicament qui ne supporte pas une application arbitraire. Des principes fondamentaux et partant une méthode devenaient indispensables.

Sans nous étendre sur les savantes et laborieuses recherches ni sur les différents procédés de M. Hiffelsheim, nous devons cependant essayer de rappeler en quelques lignes les principes qui forment la base de sa nouvelle méthode.

Jusqu'en 1856, l'électricité était considérée comme un moyen d'excitation et de stimulation; de fort beaux succès ont été obtenus avec les différents appareils d'induction (fournie par un aimant ou une pile); cependant toute cette variété d'appareils ne pouvait répondre aux diverses indications pathologiques; on n'obtenait jamais que des courants intermittents, dont l'action essentiellement excitante, stimulante, irritante, présentait souvent des dangers, et n'étaient guère applicables que dans les affections de l'appareil locomoteur. Nous n'ignorons pas d'ailleurs que ces appareils ont été employés dans un but révulsif contre d'autres affections.

Il fallait donc trouver des courants d'un autre ordre pouvant être administrés pendant un temps variable jusqu'à la permanence.

Partant de ce principe que la force d'action ou d'intensité d'une pile est proportionnée au nombre de ses éléments, et considérant de plus le grave inconvénient qu'il y a à employer (ainsi que le fait M. Remak, de Berlin) une pile dont les éléments ont une grande unité d'intensité, M. Hiffelsheim composa une pile dont les éléments offrent une intensité très-faible, et qui peuvent être impunément multipliés dans le seul but d'augmenter la *tension* ou aptitude à traverser de grandes résistances, tension qui elle-même augmente quelle que soit la force électromotrice de chaque élément.

Des industriels ont introduit dans le commerce des instruments dont la valeur intrinsèque est sujette à bien des objections.

Pour la science, il faut des faits rigoureux, tangibles, patents, et c'est ce que M. Hiffelsheim a parfaitement compris. Avec ses appareils moins susceptibles de frapper l'imagination du public, mais à coup sûr reposant sur une base plus solide, plus scientifique, il obtint un courant continu dont les effets sont complétement opposés à ceux du courant intermittent. Ce qui distingue ce courant continu à haute tension, c'est qu'il agit d'une manière lente, imperceptible par sa continuité même; c'est qu'il est essentiellement calmant. Son influence sédative est même tellement générale qu'elle a pour conséquence ordinaire la production du sommeil, parfois même pendant la séance. Ce phénomène d'ailleurs, déjà mis en évidence en 1858, était tel que très-souvent il fallait réveiller les malades dans le service de M. Rayer, où M. Hiffelsheim a fait ses premières expériences publiques.

Ce courant, quelque insensible qu'il soit pour le malade, le voltamètre ou la boussole en contrôlent les effets et en accusent parfaitement les traces. M. Charles Robin, de concert avec M. Hiffelsheim, confirma bientôt ces faits, et fit remarquer que, tandis que le courant intermittent fait contracter les éléments musculaires des capillaires, le courant continu les dilate et rétablit une circulation régulière et uniforme.

Ce point est important à noter, en ce qu'il peut expliquer la propriété nutritive du courant continu, et comment, dans le cas dont il s'agit, l'atrophie de la cuisse a pu disparaître et le membre malade reprendre son volume ordinaire au bout de six semaines de traitement. Mais n'anticipons pas, et exposons d'abord le fait dans toute sa simplicité.

Mme M..., âgée de cinquante-deux ans, grande, forte et vigoureuse femme, habitait, il y a cinq ans, rue de Charonne, un rez-de-chaussée. Elle fut bientôt atteinte de douleurs vives dans la hanche et la cuisse, puis dans l'épaule et le bras gauches. Ces douleurs finirent par se localiser dans la cuisse, parcourant le trajet du sciatique depuis l'échancrure jusqu'au genou. — Vésicatoires, frictions irritantes, révulsives, frictions calmantes, employés concurremment avec un traitement interne approprié (colchique, sulfate de quinine, purgatifs drastiques, etc.), triomphèrent du mal au bout d'un mois.

Pendant une année, sauf quelques douleurs rhumatismales insignifiantes, tout alla bien, lorsque en 1860 les accidents de la ménopause survinrent; la malade eut de fortes pertes, très-fréquentes, et qui duraient parfois pendant cinq semaines consécutives, malgré le repos au lit et les hémostatiques les plus puissants.

Ces accidents, accompagnés de dyspnée et de quelques symptômes hystériques et chloro-anémiques, ne durèrent pas moins de dix-huit mois. Les règles furent alors brusquement supprimées sous l'influence d'une vive émotion. Bientôt après les douleurs de l'épaule, du bras et particulièrement celles de la hanche et de la cuisse revinrent assiéger la malade avec une intensité plus grande que jamais. Les douleurs devinrent intolérables, le facies s'altérait visiblement, la marche devint impossible, les fonctions digestives s'en ressentirent.

J'appliquai alors trois cautères avec la pâte de Vienne sur le trajet du sciatique. Ce moyen parut calmer la douleur, mais ne l'enleva pas complétement. La malade avait toujours une sensation de froid dans toute la jambe, et à partir de ce moment la cuisse malade diminua sensiblement de volume. — Bains de Niederbronn, bains sulfureux, alcalins, hydrothérapie, bains de vapeur, fumigations, furent employés successivement depuis trois ans. Un soulagement temporaire et de courte durée suivait toujours ces différents traitements. Le mal semblait s'acharner après sa victime. Découragée et lasse de tout traitement, elle demeura quelque temps sans rien faire, quand, accompagnant un jour une autre malade à la clinique de M. Hiffelsheim, elle se décida à recourir à cette dernière planche de salut.

État actuel. — Le 9 juin 1864, époque à laquelle elle se présente chez M. Hiffelsheim : douleur au côté gauche, deux cautères au bras gauche; elle peut à peine marcher de la jambe gauche : celle-ci présente un amaigrissement de 7 centimètres de périphérie en haut à la cuisse; la différence est de 4 centimètres au genou. Elle ne peut se retourner dans son lit, où elle souffre bien plus pendant la nuit que le jour; des sensations de coups de couteau l'empêchent de reposer avant cinq heures du matin. La pression à l'échancrure sciatique est des plus douloureuses, la douleur s'arrête au genou; la cuisse est constamment froide.

Le 9, séance de vingt minutes, après laquelle elle souffre au côté sans diminution de douleur à la cuisse (6 éléments de la pile de Daniell). Elle se plaint le lendemain d'avoir senti quelques étouffements.

Séances journalières : après la quatrième, elle ne souffre plus de la cuisse.

Les 28, 29, 30 juin (après vingt jours), elle souffre, le matin de neuf à onze heures, à la cuisse.

Le genou est bien plus embarrassé. Les plaques, au lieu d'être appliquées à l'échancrure sciatique et à la face interne de la cuisse, vont de l'extérieur du nerf au genou.

Plus tard, les crises douloureuses ont lieu de cinq à huit heures; la malade est absolument libre en dehors de ces moments. Ensuite, c'est de huit heures à minuit, et le mal est très-intense. A ce moment, elle ne reçoit plus qu'une séance tous les deux jours. On découvre que l'une des piles qui servait tous les deux jours est trop énergique; cela tient à des détails qu'il serait inutile d'énumérer ici.

Il y a trois mois maintenant que la femme M... ne sent plus rien : la cuisse a retrouvé son ancien volume, l'atrophie a disparu et la force est revenue en même temps.

Comme nous l'avons dit, cette méthode, introduite dans la science en 1856, présentait pour le traitement des névralgies en général et des sciatiques en particulier, des résultats avantageux, ainsi qu'on le voit dans les mémoires de M. Hiffelsheim, résumant ses recherches à la Charité, dans le service de M. Rayer (*Acad. des sciences*, 1er février 1858). A cette époque, le créateur de cette méthode pensait que le courant continu devait être toujours appliqué d'une manière permanente durant la maladie. Cette règle bientôt offrit des exceptions, et M. Hiffelsheim rencontra des cas qui guérirent par de simples séances, comme l'observation présente le prouve au surplus. La permanence est indiquée dans les cas où le malade ne peut bouger.

On pourrait nous reprocher de n'avoir pas fait usage de la cautérisation à l'acide sulfurique ni au fer rouge, mais il nous répugnait d'employer ces moyens barbares après un traitement déjà si varié et si énergique.

Le procédé de M. Hiffelsheim, essentiellement exempt de douleur et d'inconvénients, de gêne et d'embarras pour le malade, dispense, comme on voit, de recourir à tout moyen violent, quand on songe que dans cette maladie le remède s'est trouvé d'une fidélité constante, puisque sur un grand nombre de cas les faits se sont constamment passés de la même manière.

Il est, du reste, bon de noter que cette névralgie ne constitue nullement une exception, car, d'après les documents publiés jusqu'à ce jour, les névralgies de la cinquième paire offrent un succès pour le moins aussi constant.

Nous ajouterons encore une remarque avant de terminer; c'est que cette femme n'a pas guéri sur place, qu'elle a éprouvé des phénomènes de déplacement qui sont pour ainsi dire de règle et de loi dans cette cure, et que les douleurs peuvent se montrer tantôt sur la région opposée, tantôt sur toute autre partie du corps pendant la durée du traitement.

Si enfin il est vrai de dire que cette médication semble s'adresser au symptôme *douleur*, il est néanmoins d'expérience que les modifications qui suivent ce mode de traitement surviennent dans les plus grandes variétés d'affections congestives, et c'est ce qui explique peut-être, en se plaçant à un certain point de vue doctrinal, le mode d'action général de ce courant continu.

DE LA FILTRATION EN GRAND DES EAUX DE LA DURANCE.

Par M. le docteur V. Burq.

On sait aujourd'hui et de reste ce qu'il faut penser *de par la science* de la filtration appliquée à tous les besoins de villes comme Londres ou Paris, voire même Marseille, une telle filtration est impossible, affirmait-elle naguère encore par la bouche de l'un de ses représentants les plus autorisés; et ce ne doit point être à ses yeux un médiocre grief, que nous ayons osé prétendre *dépouiller* la Seine de cent mille mètres cubes d'eau chaque jour, et plus si cela était nécessaire, pour les servir en tout temps avec une limpidité parfaite à la population parisienne. Pour l'honorable M. Grimaux (de Caux), qui, lui au moins, a pu puiser dans la pratique des arguments pour soutenir son opinion, comme pour la majorité des savants qui tous ou peu s'en faut n'ont jamais au contraire traité la question que par ouï dire, le problème de la filtration en grand est insoluble. De là, de cette désespérance presque *a priori* à jamais trouver une solution si longtemps, il est vrai, cherchée en pure perte, d'une part l'approbation donnée *par la science officielle* au projet gigantesque dont les édiles de Paris poursuivent à l'heure qu'il est si activement la réalisation; et d'autre part cette sorte de consultation de M. Grimaud sur les eaux de la Durance, que nous avons lue dans les numéros 95 et 96 de la *Gazette des Hôpitaux*, qui, les choses allant au mieux, aboutirait en définitive à doter la ville de Marseille de sept à huit cents mètres cubes d'eau claire chaque jour.

Deux litres d'eau par habitant! Pour la boisson, passe encore, si l'honorable promoteur du procédé de filtrage que le lecteur sait peut garantir la bonne saveur de l'eau puisée dans le vulgaire pot à fleurs de jardin faisant à la fois office de récipient et d'alcarraza, mais rien pour tout le reste, ou rien que de l'eau contenant encore de trente-cinq à quarante centigrammes de limon par litre, ah! vraiment, c'est trop peu ou trop, et, en bonne conscience, cela ne vaut guère la peine que la ville de Marseille se mette à emprunter de nouveau au système anglais ses bassins de dépôt, qui, soit dit en passant, avant qu'il soit très-longtemps, pourraient bien avoir fait leur temps à Londres même, ainsi que les antiques procédés de filtrage (méthode du Lancashire) que M. Grimaud paraît réserver comme ressource extrême pour clarifier les eaux de cette Durance si rebelle.

Notre ambition à nous va plus loin. Ce que nous voulons, ou, pour mieux parler, ce que nous voudrions, s'il nous était donné de nous faire entendre un peu mieux à Marseille qu'à Paris, c'est que chaque Marseillais eût, tant pour sa boisson que pour les soins à donner à sa personne, au moins cinquante litres d'eau pure promis au Parisien, et si la ville de Marseille venait à prouver que ce n'est point encore assez, si elle voulait que le limon des cent quatre-vingt mille mètres cubes d'eau que son canal lui apporte chaque jour cessât d'encombrer les tuyaux de distribution, de salir ses rues, et, ce qui serait plus grave, si c'était vrai, d'être pour son agriculture une cause de stérilité allant s'aggravant chaque jour, nous *croyons pouvoir* lui affirmer « qu'elle peut, quand elle le voudra, s'arranger de façon » qu'il n'entre jamais plus dans ce canal que des eaux tout » aussi limpides qu'eau qui soit jamais sortie d'une bonne » fontaine de ménage. »

Voyons un peu comment.

La véritable difficulté de toute filtration en grand, surtout lorsqu'il s'agit d'une rivière aussi chargée de limon que la Durance, c'est — là-dessus tout le monde est d'accord — le dépôt et l'engorgement des filtres qui en résulte; — toutes les autres difficultés ne sont qu'accessoires. — Eviter cet engorgement, en n'employant que des *filtres sans dépôt*, tel serait donc le re-

mède.... Mais des filtres sans dépôt, cela a tout l'air d'un paradoxe. Rien n'est plus réel cependant que l'existence de ces sortes de filtres, témoins les filtres naturels dont la ville de Lyon et surtout celle de Toulouse ont en France le privilége, et qui, fonctionnant au courant de l'eau, n'ont véritablement de dépôt que dans les basses eaux, c'est-à-dire lorsque la force de ce courant est insuffisante pour chasser le limon abandonné par l'eau filtrée à leur surface. Aussi ces filtres, personne ne l'ignore, sont-ils dans les circonstances les plus favorables, merveilleusement propres à leur destination; et s'il était possible d'en établir de semblables sur une échelle et à un prix convenable, non-seulement dans le canal des eaux de la Durance, mais aussi dans les cours d'eau, fleuves ou rivières, bien plus heureusement situés que cette rivière près des villes à desservir, tels que la Seine, la Marne, la Loire, la Tamise, le Danube, etc., etc., qui est-ce qui serait encore tenté de venir dire que la filtration en grand est impossible?

Eh bien, ce que nous avons à proposer à la ville de Marseille, comme à toutes les villes grandes ou petites, qui n'ont point encore réussi à utiliser les eaux courantes, dont une expérience de plusieurs siècles a consacré l'usage, c'est un filtre bien autrement puissant, bien autrement sûr que les filtres naturels, et très-certainement pas beaucoup plus coûteux que les filtres établis à Lyon, par exemple, sous l'habile direction de M. Aristide Dumont.

Dans les filtres naturels, en effet, le débit est, somme toute, assez restreint, par les raisons que voici :

A. Etablissement du filtrage *toujours sur les rives*, c'est-à-dire toujours là où le courant offre précisément le moins de force pour opérer le nettoyage, insuffisance de ce courant en basses eaux et envasement des filtres d'autant plus facile que leurs parois se rapprochent alors davantage de l'horizontale;

B. D'une part, pression de l'eau sur les parois des filtres *médiocre* dans les circonstances les plus favorables, insignifiante ou à peu près dans les circonstances contraires; et, d'autre part, résistance des parois à se laisser traverser d'autant plus grande que la sûreté oblige à les tenir plus épaisses;

C. Obstruction forcée des filtres dans un temps quelquefois assez court, et rien autre pour le débarrasser du limon qui y a pénétré plus ou moins profondément, que le grattage de leurs parois ou une filtration en sens inverse aussi mal commode à obtenir qu'insuffisante;

D. Interruption ou tout au moins gêne du service par les inondations comme par les trop basses eaux, et chômage forcé de l'appareil pendant toutes graves réparations;

E. Enfin, chose importante, limites opposées généralement par les terrains eux-mêmes au développement sur une très-grande échelle de ce mode de filtrage.

Nos filtres à nous, au contraire, qui ne sont autres que ces bateaux ou canaux filtrants dont il a été longuement parlé à cette même place, et *avec lesquels* M. Gibert disait, lors de la mémorable discussion sur les eaux de Paris, *qu'on pourrait, si on le voulait, filtrer la Seine tout entière*, mais avec des perfectionnements arrivés aujourd'hui à leur terme, qui en font comme des appareils tout nouveaux, ne craindront rien naturellement ni des grandes ni des basses eaux. Tous ces appareils, placés dans une position exactement verticale, fonctionneront toujours à même niveau au fil de l'eau, et là où le courant aura paru le plus efficace pour ce *nettoyage automatique* si précieux dans les filtres naturels, lorsqu'il s'y fait d'une façon convenable; et tandis que les murailles poreuses à traverser n'offriront pas une épaisseur de plus de 3 à 4 centimètres, la pression de l'eau pourra s'y exercer avec la force d'une et même deux atmosphères, si on le jugeait utile, au moyen d'une aspiration convenable opérée à la fois sur toutes les surfaces filtrantes. Chaque jour si l'on veut, la même force d'une ou deux atmosphères agissant à rebours, pourra, par une filtration énergique en sens contraire, débarrasser en quelques minutes l'immense appareil des particules solides les plus ténues qui y auront pénétré la veille, et reporter tout au moins à une longue date cette obstruction qui se produit fatalement trop souvent à courte échéance dans les filtres naturels.

Jamais d'interruption ou de gêne dans le service, jamais non plus de chômage, et nul besoin de bateau ou canal de rechange pour réparations grandes ou petites, car, même alors qu'il sera devenu nécessaire de renouveler tous les diaphragmes poreux, les filtres étant disposés de manière que chacun d'eux puisse être facilement isolé ou même supprimé sans interrompre le fonctionnement de tous les autres, on y procédera partiellement, comme s'il s'agissait de simple réparation d'avaries; quant à celles-ci, fuites ou autres accidents de rupture, rien ne sera plus facile, l'appareil eût-il 100,000 mètres carrés de surface, que d'aller les retrouver jusqu'au plus profond de l'eau, et d'y porter aussitôt remède, grâce à certains arrangements que nous ferons connaître en leur lieu et place. Enfin pas de limites au développement de ce mode de filtrage, car fallût-il à Marseille, comme à Londres, un filtre sans dépôt représentant une étendue de 5 hectares, par exemple, que par l'effet des dispositions nouvelles, qui nous permettent déjà d'introduire dans un récipient ou cuve, bateau, canal, ayant seulement 2 mètres et demi de profondeur réelle jusqu'à 20 et 25 mètres carrés de surface filtrante par mètre superficiel, il suffirait pour l'établir d'un canal ou d'un ou deux bateaux-pontons présentant ensemble un développement de 2,000 à 2,500 mètres superficiels ou de 200 à 250 mètres de long sur 10 mètres de large, tandis que, à supposer qu'il fût possible de créer pareil filtre naturel, il ne faudrait point un banc de sable de moins de 17 à 18 kilomètres de longueur.

Après trois années d'essais de toute sorte, le prix de la surface filtrante, qui était au début de 3 à 400 fr. le mètre superficiel, qui valait encore de 150 à 200 fr. pour les appareils exposés par nous à Londres en 1862, est enfin descendu aujourd'hui à 35 fr. environ tout compris. Estimant le débit par vingt-quatre heures à environ 4 ou 5 mètres cubes par mètre de surface, c'est donc à peu près un million que coûterait à établir un canal filtrant de 40 à 45 mille mètres carrés de surface, appareil très-suffisant pour verser chaque jour de 170 à 180 mille mètres cubes d'eau claire dans la rigole de Long-Champ, qui est spécialement à l'usage de la ville de Marseille.

Cette note n'a d'autre but que de rassurer un peu les Marseillais sur la prétendue incurabilité de leurs eaux; pour cette fois nous n'en dirons pas davantage, nous réservant d'y revenir à loisir à l'occasion d'un nouveau travail sur la question que nous adresserons prochainement à l'Académie. Que si, en attendant, il arrivait que nos paroles fussent recueillies par quelque personnage de la ville de Marseille ou d'ailleurs un peu moins prévenu que les savants en général contre la filtration en grand, nous serions heureux de lui fournir toutes les explications désirables sur un système qui, depuis trois ans qu'il a pris naissance, n'a cessé d'être de notre part l'objet de constantes et très-coûteuses études.

SUR LA PATHOLOGIE DE LA TRICHINOSE CHEZ L'HOMME,

Par le docteur N. Friedreich, professeur à Heidelberg.

La difficulté du diagnostic de cette singulière affection et l'incertitude du traitement nous engagent à reproduire, en l'abrégeant, l'observation qui sert de base au travail de l'auteur.

Un garçon boucher de vingt-deux ans, robuste et jusque-là bien portant, tombe malade le 14 avril, se plaignant d'une grande faiblesse dans les jambes et d'une vive douleur des muscles du mollet. Ces symptômes augmentent les jours suivants. Il s'y joint des selles diarrhéiques et des douleurs dans les bras et dans les lombes, avec roideur des parties souffrantes.

La pression augmente les douleurs musculaires; les muscles semblent tuméfiés, et le malade peut à peine se redresser dans son lit. Fièvre violente; céphalalgie et vertiges; soif; absence d'appétit. Ces symptômes durent jusqu'au 1er mai, où l'on remarque une roideur des bras, un commencement d'aphonie et de la douleur en parlant.

Les jours suivants, l'aphonie et les douleurs musculaires continuent; accélération du pouls; sueurs continuelles; diarrhée; exanthème pustuleux.

On prescrit le 5 mai le picronitrate de potasse en pilules de 5 centigrammes : 5 pilules trois fois par jour. (Prenez : picronitrate de potasse, 3 grammes; extrait de réglisse et poudre de réglisse, q. s. pour 60 pilules.)

Le 7, à l'aide du harpon explorateur de Middeldorpff, on extrait une petite portion de substance musculaire du mollet dans laquelle on trouve sept trichines. Un furoncle s'étant développé sur l'épaule, le pus qui en sortit (9 mai) entraîna une grosse trichine parfaitement développée. Amélioration sensible, surtout sous le rapport des douleurs et de la roideur des muscles.

Le 13, ces douleurs avaient presque disparu; le malade commence à marcher.

Une nouvelle exploration faite le 18 ne montre aucune trichine.

Le 25, on cesse le picronitrate.

Le malade sort le 30 juin, très-bien rétabli.

Dans les remarques qui suivent cette observation, l'auteur fait ressortir les principaux symptômes, particulièrement les douleurs musculaires, la sueur, l'éruption pustuleuse et l'affection furonculeuse, en rattachant ces deux derniers symptômes à la présence des trichines. Mais ce qui intéresse particulièrement le médecin dans une affection aussi obscure et aussi rebelle aux traitements, c'est l'action bienfaisante du picronitrate de potasse. M. Friedreich avait essayé l'année précédente l'emploi de cette substance dans les fièvres intermittentes, et avait remarqué la coloration ictérique qui suit son administration. L'idée que le médicament, en imprégnant les tissus, pourrait agir sur les trichines reléguées, comme on sait, dans l'intimité des muscles, l'engagea à en tenter l'essai dans l'exemple de trichinose qu'il avait sous les yeux; le succès le plus complet, comme on vient de le voir, couronna son attente.

Toutefois, l'auteur ne prétend pas que la guérison de son malade soit due exclusivement au picronitrate, mais il pense avec raison qu'il y a lieu de faire de nouveaux essais. Du reste, il regarde ce médicament comme un excellent anthelminthique qui lui a servi à expulser rapidement et facilement un énorme tænia chez un garçon boucher.

Voici la formule dont l'auteur a fait usage :

Picronitrate de potasse, 1 gramme et demi; poudre de racine de jalap, 3 grammes; extrait de réglisse, quantité suffisante pour 30 pilules A H. Prendre deux pilules trois fois par jour.

(*Arch. de Virch.* et *Gaz. med.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 octobre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Ricard (d'Angoulême) renfermant un certain nombre d'observations de vaccine généralisée. (Commission de vaccine.)

2° Un rapport de M. le docteur Sales-Girons sur le service médical des eaux minérales de Pierrefonds (Oise) pendant l'année 1862. (Commission des eaux minérales.)

3° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Germain (de Poligny) et Labbey (de Bayeux). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le secrétaire annuel communique une lettre de M. le docteur Brault, médecin en chef de l'hospice de Saint-Servan (Ille-et-Vilaine), qui, s'appuyant sur un travail qu'il a publié dans la *Revue médicale* en décembre 1853, réclame la priorité de l'application topique de l'iode métalloïde comme fondant et escharotique, à l'occasion du rapport lu par M. Ricord dans la séance du 13 septembre dernier, sur un mémoire de M. le docteur Prieur (de Gray) relatif au même sujet.

M. Ricord. Lorsque j'ai fait un rapport sur le mémoire de M. Prieur, je ne connaissais pas le travail de M. Brault. J'ai reconnu depuis qu'en effet ce travail était complétement identique à celui de M. Prieur, ce sont les mêmes idées et les mêmes applications. On dirait qu'ils sont calqués l'un sur l'autre. Je dois faire remarquer, toutefois, que lorsque j'ai fait ce rapport, il y avait déjà très-longtemps que j'avais le mémoire de M. Prieur entre les mains, et que les observations qu'il renferme dataient déjà à cette époque de plusieurs années. Il est certain néanmoins, pour moi, que M. Brault a la priorité; mais je maintiens la parfaite bonne foi de M. Prieur, qui, comme moi, ne connaissait certainement pas le travail de M. Brault quand il a fait le sien.

— M. Béclard présente à l'Académie la deuxième livraison du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, complétant le premier volume.

M. Béclard, en déposant cette livraison sur le bureau, cite avec éloge quelques-uns des principaux articles qu'elle renferme, notamment les articles Accouchement, de MM. Depaul, Pajot et Tourdes; Adénite, de M. Velpeau; Adénome, de M. Broca; et il signale surtout à l'attention de l'Académie la savante Introduction due à la plume de M. Dechambre, morceau aussi remarquable, dit-il, par l'érudition dont l'auteur y a fait preuve, que par l'esprit de critique élevé avec lequel il a exposé le mouvement scientifique de notre époque.

— M. Mêlier fait hommage à l'Académie, de la part de l'auteur, M. le docteur Paolo Predieri, membre et secrétaire de l'Académie des sciences de Bologne, des opuscules suivants : 1° *Etude historique sur la consommation de la viande dans la ville de Bologne;* 2° *De l'état intellectuel des hydrophobes, considéré dans ses rapports avec la médecine légale;* 3° *Histoire de la vie et des travaux du chevalier Antonio Alessandrini;* 4° *Compte rendu des travaux de l'Académie des sciences de l'Institut de Bologne.*

— M. Larrey fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Ed. Auber, d'un ouvrage intitulé : *Institutions d'Hippocrate, ou Exposé philosophique des principes traditionnels de la médecine.* M. Larrey signale avec éloge l'esprit dans lequel cet ouvrage a été écrit.

— M. Gibert présente de la part de M. le docteur Chevandier, de Die (Drôme), un mémoire manuscrit sur l'emploi des bains de vapeurs térébenthinées. Il y a environ dix à douze ans, dit M. Gibert, M. le docteur Chevandier ayant été témoin des cures remarquables opérées par la routine dans l'espèce de four creusé en terre pour l'extraction de la résine d'une espèce particulière de pin, résolut de régulariser et de populariser l'usage, contre toute espèce de douleurs, des bains de vapeur et des fumigations térébenthinées. Depuis lors il a fait construire un appareil portatif qui permet de donner ces fumigations à domicile et par conséquent de les administrer dans tout pays. C'est le fruit de sa longue expérience que l'auteur vient aujourd'hui soumettre à l'Académie.

— M. Depaul dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Cazaux (de Pontacq), deux mémoires, l'un sur une épidémie de choléra qui a régné dans le canton de Pontacq (Basses-Pyrénées), l'autre sur l'action physiologique du virus-vaccin. (Ce dernier travail est renvoyé à la commission de vaccine.)

— M. Bouvier, en offrant à l'Académie, au nom de leurs auteurs, quelques travaux sur la surdi-mutité, s'exprime en ces termes :

En 1853, l'Académie, consultée par l'autorité sur le mode d'instruction à adopter pour les sourds-muets, répondit que « l'expérience n'avait pas encore décidé entre l'éducation par la mimique et l'éducation par la parole. »

Depuis onze ans la lumière s'est faite de plus en plus sur cette question. Un de nos honorables confrères, M. le docteur Blanchet, s'est surtout attaché à la résoudre. M. Blanchet poursuit, depuis dix-huit ou vingt ans, un plan qui était le rêve de notre bien regretté collègue Itard. Ce plan ne tend à rien moins qu'à transformer à l'avenir les sourds-muets en de simples sourds, en faisant disparaître le mutisme qui s'ajoute à leur surdité.

Pour cela, dit M. Blanchet, il suffit d'élever et d'instruire les sourds-muets dans un contact perpétuel avec les parlants, soit avec leur famille, soit avec d'autres enfants entendant et parlant.

Cette méthode est en pleine activité dans le département de la Seine. Il n'est pas aujourd'hui un enfant sourd-muet des familles pauvres qui ne puisse recevoir dans les écoles communales de Paris l'instruction primaire que reçoivent les autres enfants et acquérir en même temps la faculté du langage articulé dans les limites de son aptitude individuelle.

Une des brochures que je présente expose les principaux résultats de cet enseignement pour 1863.

Une seconde brochure contient le récit des essais qui ont été faits de cette méthode dans plusieurs départements. On y verra surtout avec intérêt ce qui a été tenté dans cette voie à Montpellier, à Lyon, à Strasbourg.

Il fallait pour propager cet enseignement dans toute la France un guide des instituteurs primaires, qui les mît au courant d'une pratique nouvelle pour la plupart d'entre eux. Une commission ministérielle a appelé sur cet objet l'attention des hommes spéciaux. Parmi les ouvrages qu'elle a reçus, elle a particulièrement distingué ceux de MM. Blanchet et Valade-Gabel.

Le livre de M. Blanchet, dont il m'a chargé de faire hommage à l'Académie, est un véritable manuel de l'éducation des sourds-muets par la parole. On y voit comment l'instituteur peut se mettre peu à peu en communication avec son élève; comment celui-ci apprend à connaître la valeur des caractères de l'écriture et des sons du langage

oral, comment il parvient à reproduire les uns et les autres, à acquérir enfin les mêmes notions que les entendants et à pouvoir profiter en partie des mêmes leçons.

Je me suis encore chargé d'offrir à l'Académie une note de M. Houdin, instituteur distingué pour les sourds-muets, et qui s'est longtemps voué à l'enseignement pour la parole. Il vous adresse, dans sa note, des détails intéressants sur un jeune sourd-muet, âgé de dix-huit ans, dont il vient de terminer l'éducation. Une commission de l'Académie pourra suivre l'élève de M. Houdin, et en faire son rapport.

M. VELPEAU demande à M. Bouvier s'il sait ce que deviennent ces sourds à qui on a appris à parler, quand ils ne sont plus en rapport avec les personnes qui les ont élevés.

M. BOUVIER. La conversation se fait entre les sourds et les entendants moyennant que le sourd ait appris à bien comprendre son interlocuteur par le mouvement des lèvres.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Chauveau, correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

— M. le président informe ensuite l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures un quart pour entendre un rapport sur les prix.

RAPPORT.

Médecine opératoire. — M. GOSSELIN donne lecture d'un rapport sur deux observations communiquées à l'Académie par M. le docteur Legouest, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce :

L'une d'exostose de la fosse nasale gauche, enlevée au moyen de la résection temporaire. (Commissaires, MM. Larrey, Huguier et Gosselin).

L'autre d'anévrysme traumatique de l'artère ophthalmique, traité avec succès par la ligature des artères carotide primitive et carotide externe. (Commissaires, MM. Nélaton, Larrey et Gosselin).

A propos du premier fait, M. le rapporteur approuve M. Legouest d'avoir appliqué ce principe, tout nouveau en médecine opératoire, de déplacer par une résection incomplète et provisoire une partie du squelette, et d'ouvrir ainsi une voie suffisante pour la sortie de la tumeur, sans trop mutiler la face. Rapproché de l'exemple montré par M. Huguier et des deux que M. Bœckel a fait connaître dans sa traduction du *Traité des résections,* de Heyfelder, ce fait, ajoute M. Gosselin, est de nature à engager les chirurgiens à adopter cette opération préliminaire de préférence à toute autre dans les cas où il est nécessaire d'ouvrir une large porte de sortie à des tumeurs développées dans les fosses nasales et leurs dépendances.

Le second fait est relatif à un anévrysme traumatique de l'orbite, qui s'était développé à la suite d'une chute sur la tête d'un lieu élevé, et qui s'accompagnait d'exophthalmie et de paralysie de la sixième paire. Ayant à choisir entre la compression digitale, l'injection de perchlorure de fer et la ligature de l'une ou de deux des carotides, M. Legouest, après avoir eu recours sans succès à la compression, a pratiqué la ligature de la carotide primitive et secondairement de la carotide externe. Les suites de cette double opération ont été heureuses.

Après avoir discuté et admis, en définitive, les motifs d'après lesquels M. Legouest s'est déterminé dans le choix de cette opération, M. le rapporteur termine ainsi :

La commission, en raison de l'intérêt tout particulier que présentent les deux observations de M. Legouest et des commentaires importants dont il les a accompagnés, propose :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De renvoyer ses travaux au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées sans discussion.

LECTURE.

Moyen mixte pour provoquer prématurément l'accouchement. — M. le docteur EUG. VERRIER lit une note sur l'emploi d'un moyen mixte à mettre en usage chez les primipares pour provoquer prématurément l'accouchement.

L'auteur résume cette note dans les conclusions suivantes :

1° La douche, administrée avec prudence, ramollit et dilate peu à peu le segment inférieur de l'utérus.

2° Elle est véritablement le traitement le moins désagréable aux femmes ; facile à graduer, à diriger à la volonté de l'accoucheur, elle peut servir de traitement préparatoire.

3° L'emploi de deux, trois ou quatre douches d'eau tiède, administrées avec toute la prudence possible, ne peut causer aucune lésion aux organes génitaux, aux membranes ni au fœtus; et pour mieux assurer l'innocuité de la douche, je la propose seulement chez les primipares, pour aider à la dilatation si souvent difficile du col utérin, afin d'introduire dans ce col un peu dilaté le dilatateur de M. Tarnier ou l'éponge préparée.

4° L'usage du spéculum pour le placement du dilatateur a pour avantages la sûreté du coup d'œil, l'absence de tâtonnements, et par suite de douleur.

5° En remplaçant le conducteur courbe par un mandrin droit terminé par une olive, ou en plaçant une boule fraisée au fond du tube, on évite de perforer l'ampoule du dilatateur ou les membranes de l'œuf. Par ce même moyen, l'extrémité de l'instrument est réduite à un très-petit volume, et pénètre plus facilement dans un col non dilaté.

Ce même mandrin pourra être courbe dans le cas où l'accoucheur ne voudrait pas se servir de spéculum.

6° Enfin, le robinet serait remplacé avec avantage par une simple ligature qu'on appliquerait après avoir injecté l'eau dans l'ampoule.

Le travail de M. Verrier est renvoyé à l'examen de MM. Jacquemier et Blot.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. Barreswil, membre et secrétaire adjoint de la commission des logements insalubres, la lettre suivante, qui confirme et complète l'appel que nous faisions récemment à nos confrères relativement à la surveillance de l'hygiène intérieure des maisons et de quelques établissements publics.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 11 courant, vous avez avec une grande raison appelé l'attention de vos confrères sur le fait d'insalubrité dû aux cabinets d'aisances, le plus souvent mal conçus et mal tenus.

Je suis persuadé que vous rendrez un vrai service en insistant auprès des médecins pour qu'ils exposent aux familles qui les consultent l'importance sérieuse de cette question, au point de vue de la santé des enfants. Lorsqu'une mère visite une pension, elle s'enquiert tout au plus du dortoir et des salles d'étude, quand elle ne s'arrête pas à l'examen des pièces d'apparat, qui lui sont montrées avec empressement et sont parées pour les besoins de la cause. Elle pousserait certainement plus loin son enquête et elle ne reculerait pas devant une visite des cabinets d'aisances, si elle était persuadée que ces cabinets sont souvent loin de répondre aux exigences de l'hygiène, et que la maladie peut procéder de leur insalubrité.

Recevez, etc.

BARRESWIL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 21 septembre 1864, ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

Des médecins du département, à Strasbourg, M. Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine;

Des médecins de l'arrondissement, à Alais, M. le docteur Roch ;

De la ville de Cambrai, M. le docteur de Beaumont;

Des tisserands, à Ensisheim, M. le docteur Dangel, maire;

De la commune de Saint-Romans-les-Mille, M. le docteur Chabot;

De Notre-Dame de l'Assomption, à Valence d'Agen, M. le docteur Talbère;

De Saint-Paul, à Nîmes, M. Boyer, pharmacien.

— M. le docteur Valéry Meunier, ancien interne des hôpitaux, en mission en Espagne depuis deux ans, et actuellement médecin en chef des chemins de fer du nord de l'Espagne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Les séances du concours de l'internat des hôpitaux de Paris auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique.

— Le concours de l'externat commencera le lundi 24 octobre. Les séances auront lieu les lundis, mardis, jeudis et samedis, à quatre heures.

— Une discussion sur l'hygiène des hôpitaux a lieu en ce moment à la Société de chirurgie. On s'y occupe activement de ce sujet, qui a un grand intérêt d'actualité au moment où il s'agit de la reconstruction du nouvel Hôtel-Dieu. Une discussion semblable s'est élevée à la Société médicale des hôpitaux. Les deux Compagnies se sont mises en rapport : des commissions respectives assistent mutuellement aux séances. Hier, à la Société de chirurgie, trois membres de la Société médicale des hôpitaux sont venus prendre place au milieu des membres de la Société de chirurgie.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de France aura lieu les 30 et 31 octobre prochains, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

La séance du 30 octobre aura lieu à deux heures; celle du 31 octobre aura lieu à midi précis.

Le 30 octobre, à sept heures du soir, un banquet sera offert au *Grand-Hôtel* par le conseil général et par la commission administrative de la Société centrale, aux présidents et délégués des Sociétés locales.

La souscription, fixée au prix de 20 fr., est reçue par M. le docteur Brun, trésorier de la Société centrale, rue d'Aumale, 23.

— La Société médico-psychologique reprendra ses séances à partir du dernier lundi de ce mois.

— La séance de rentrée de la Société anatomique aura lieu le premier vendredi de novembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité du rhumatisme musculaire. Nouveau mode de traitement de cette maladie et des névralgies en général. Règles d'applications topiques du chloroforme ; par le Dr DUPUY (de Frenelle). Prix : 2 fr. 50. Chez Asselin, libraire, et chez l'auteur, rue Montmartre, 15.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 124. — SAMEDI 22 OCTOBRE 1864. (37e ANNÉE.) Nº 124. — SAMEDI 22 OCTOBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Grâce au zèle de la commission des maladies régnantes, et en particulier de son rapporteur, M. Gallard, les rapports sont à jour, et après avoir fait connaître, il y a douze jours à peine, la situation sanitaire de Paris pour les mois de juillet et d'août, nous sommes en mesure aujourd'hui de donner le bilan du mois de septembre.

Les maladies des voies digestives, dont nous avons constaté la prédominance dans les deux mois précédents, ont continué à prédominer encore pendant le mois de septembre; mais avec cette différence toutefois, que si elles se sont montrées numériquement aussi fréquentes, elles ont considérablement diminué en intensité. Ainsi, il n'est plus question, dans les notes parvenues à la commission, que d'un seul cas de choléra terminé par la guérison, dans le service de M. Bourdon, à la Maison de santé.

Les relevés fournis par l'administration font bien mention encore, il est vrai, de 9 cas de choléra ou de cholérine, dont 7 suivis de guérison et 2 terminés fatalement (1 à la Charité et 1 à l'Hôtel-Dieu); mais ces 9 cas, dont la terminaison n'a eu lieu qu'en septembre, se rapportent vraisemblablement, pour l'époque de l'invasion ou de l'entrée à l'hôpital, au mois d'août.

Si les cas de choléra ont à peu près complétement disparu partout, dans les hôpitaux comme en ville, il y a eu partout de nombreuses diarrhées. Ces diarrhées ont été le plus souvent assez bénignes pour ne pas nécessiter l'entrée des malades à l'hôpital, et pour pouvoir être traitées à la consultation. Elles ont eu plus de gravité cependant à l'hôpital des Enfants malades, où l'on a eu à enregistrer trois cas de mort par choléra infantile dans le service de M. Bouvier.

On a vu se produire, en même temps que ces nombreux cas de diarrhée simple, quelques dyssenteries. Ces dyssenteries ont été relativement assez bénignes pour que sur 44 cas qui ont été relevés dans les hôpitaux, on ait compté 40 guérisons et 4 décès seulement. Ces 4 décès ont eu lieu, l'un à l'hôpital Lariboisière, un second à l'hôpital de la Charité, et les deux autres à l'hôpital Saint-Antoine, dans le même hôpital où l'on a constaté les 3 seuls cas de mort par dyssenterie qui ont eu lieu pendant le mois d'août.

La fièvre typhoïde, plus fréquente dans le mois de septembre que dans les deux mois précédents, a été cependant relativement rare, si l'on tient compte de la fréquence habituelle de cette affection à cette époque de l'année. Le relevé général des hôpitaux indique 125 cas, dont 96 guéris et 29 suivis de mort. La forme qui prédomine est la forme adynamique. A ces 125 cas, il faut ajouter 9 malades nouveaux qui se sont présentés vers la fin du mois dans le service de M. Tardieu, avec la même forme adynamique, et qui ont tous guéri; ce qui porterait à 105 le chiffre des guérisons sur un total de 134 malades, témoignage d'une assez grande bénignité dans la maladie.

Les affections rhumatismales, déjà fréquentes pendant les mois de juillet et d'août, ont augmenté encore pendant le mois de septembre, et elles semblent devenir tous les jours de plus en plus nombreuses. Cette augmentation de fréquence ne paraît pas, du reste, entraîner l'augmentation d'intensité. Sur 283 cas de rhumatisme relevés dans les hôpitaux pendant le cours de ce mois, on compte 280 guérisons et 3 décès.

Les complications ont été peu graves, et elles n'ont pas empêché la guérison de se produire assez rapidement dans un grand nombre de cas. Ainsi, un malade du service de M. Frémy a eu d'abord une péricardite, puis une pneumonie et une pleurésie doubles, et il n'en était pas moins en voie de guérison au moment où a été fait ce relevé.

Nous avons vu depuis des complications plus graves; mais il en sera question à l'occasion des maladies d'octobre.

M. Gubler a vu guérir un autre malade chez lequel le rhumatisme s'était déjà étendu aux méninges.

M. Bucquoy, moins heureux, a eu à enregistrer un nouveau cas de mort par suite d'accidents cérébraux qui avaient la plus grande analogie avec ceux de l'urémie. Le malade a succombé en vingt-quatre heures. M. Bucquoy n'a rien trouvé dans l'étiologie qui pût rendre compte de cette fâcheuse complication. Il a signalé seulement comme une circonstance particulière digne de fixer l'attention, la présence d'une grande quantité de dépôts d'urates à la surface de la peau, coïncidant avec de la rétention d'urine.

Enfin, en surplus du chiffre énoncé plus haut, M. Tardieu a signalé l'existence, dans son service, de 9 rhumatismes, dont 5 subaigus, et M. Blache, un chorée avec rhumatisme.

On a compté dans le mois de septembre, pour l'ensemble des hôpitaux de Paris, 147 pneumonies, dont 33 ont été mortelles, et 102 pleurésies, dont 4 suivies de décès.

On voit par cette proportion que les pneumonies ont été plus graves que les pleurésies. Plusieurs de ces pneumonies ont revêtu le caractère adynamique déjà signalé dans les fièvres typhoïdes. Leur fréquence paraît avoir été à peu près la même dans tous les hôpitaux.

Le service qui en a compté le plus grand nombre est celui de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine; il y a eu 8 pneumonies, dont une seulement a été mortelle par suite d'une complication de méningite.

Dans un autre service du même hôpital, il y a eu 6 pneumonies, dont 2 suivies de mort, l'une chez un sujet adonné à l'ivrognerie, l'autre chez un phthisique.

A l'hôpital Beaujon, M. Gubler a eu 6 pleurésies et 6 pneumonies; deux de ces dernières se sont terminées par la mort.

A Lariboisière, M. Bucquoy a eu 4 pneumonies, dont 2 mortelles.

A la Maison de santé, M. Bourdon a eu 3 pneumonies, dont un mort. Enfin M. Tardieu, à Lariboisière, a eu 2 pneumonies et une pleurésie. (Les résultats n'en sont pas indiqués.)

Si nous récapitulons, défalcation faite de ces derniers cas sans issue connue, le nombre des pneumonies et la proportion des morts pour cette période mensuelle, nous trouvons un total de 27, sur lesquels 8 morts, c'est-à-dire presque un tiers, proportion considérable et qui dépasse de beaucoup la moyenne en temps ordinaire.

Malheureusement la commission ne nous a pas fait connaître les traitements qui ont été mis en usage; on ne peut donc rien conclure sous le rapport de l'influence qu'ils auraient pu avoir sur ces résultats. Quoi qu'il en soit, et abstraction faite de toute influence thérapeutique, cette proportion de morts indique une gravité particulière dans la maladie actuelle, et montre à quelles erreurs on pourrait être conduit dans l'appréciation des moyens de traitement, y compris l'expectation, en prenant pour base de ces appréciations un chiffre moyen de mortalité aussi arbitraire et qui change tant d'une époque à une autre. Nous reviendrons du reste sur ce point à propos de la question générale de la thérapeutique de la pneumonie, que nous nous proposons de reprendre prochainement.

Les renseignements que la commission a reçus de l'hôpital des Enfants malades nous apprennent qu'il y a eu dans cet hôpital 6 cas de croup, 2 dans le service de M. Bouvier, tous deux opérés et morts tous les deux; 4 dans le service de M. Blache, sur lesquels 2 paraissent en bonne voie (il n'est rien dit du sort des deux autres).

Le relevé de l'ensemble des hôpitaux donne un total de 24 croups, dont 18 morts et 6 guéris.

Il y a eu dans le service de M. Bouvier 2 angines couenneuses, dont une était consécutive à une scarlatine; elles sont en voie de guérison toutes deux. M. Blache a eu à traiter 3 angines couenneuses graves, dont 2 suivies de mort, et 2 stomatites ulcéro-membraneuses.

Les varioles figurent dans le relevé du mois de septembre pour un nombre total de 68 cas, dont 62 guérisons et 6 décès.

M. Gubler a observé 2 scarlatines dans son service; dans ces deux cas, il y a eu albuminurie fébrile au début.

Dans le service de M. Blache, à l'hôpital des Enfants, il y a eu 11 rougeoles, dont 7 ont été contractées dans les salles. On a constaté des ophthalmies concomitantes très-tenaces et une albuminurie rubéolique. Il n'y a eu dans ce service qu'un seul cas de scarlatine.

L'érysipèle spontané ou de cause interne, et surtout celui de la face et du cuir chevelu, s'est montré, dans le cours de ce mois, fréquent et assez grave. Sur 105 cas, on compte 10 décès.

M. Bucquoy a remarqué, outre cette disposition à l'érysipèle, une grande tendance à la suppuration. Dans un seul service, il s'est présenté deux anthrax considérables survenus l'un chez un malade affecté de pneumonie, l'autre chez un rhumatisant. Trois autres malades, l'un rhumatisant, un second affecté de colique saturnine, et une femme nouvellement accouchée, ont eu des abcès multiples. Il n'y a eu d'infection purulente dans aucun de ces cas.

Transmission de la syphilis par la vaccine.

Nous avons plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs sur les faits très-graves et très-malheureusement multipliés depuis quelque temps de transmission de la syphilis par la vaccine. Nous n'avons jamais manqué, toutes les fois que nous avons eu à signaler des faits de ce genre, d'insister sur l'importance d'examiner préalablement avec le plus grand soin les enfants vaccinifères et d'éviter en recueillant le vaccin d'amener avec lui quelques gouttelettes de sang. Le fait suivant, que nous communique un de nos correspondants de Beziers, vient donner un nouvel appui à ce précepte :

« Le 19 mars 1863, la nommée A. M... vint chez moi avec un enfant âgé de dix mois, qui avait été vacciné depuis huit jours, pour me prier de vacciner les enfants de deux de ses amies qui venaient avec elle. Je procédai immédiatement à la petite opération avec les précautions que je prends habituellement, c'est-à-dire en évitant de faire saigner les pustules, qui, du reste, étaient bien développées et ne présentaient rien d'anormal.

» Au moment de recueillir du vaccin pour faire au second enfant *la dernière piqûre,* le vaccinifère fit un fort mouvement et la pointe de la lancette pénétrant plus profondément, une gouttelette de sang vint colorer le virus, qui, à mon grand regret aujourd'hui, fut néanmoins inoculé. Vingt-deux jours après, cette femme me porta cet enfant, qui était, me dit-elle, couvert de boutons. Or, voici exactement ce qui existait : Toutes les pustules vaccinales s'étaient parfaitement développées, elles avaient parcouru toutes les périodes sans rien offrir de particulier. Il n'y avait d'exception à faire que pour la dernière qui avait été faite, et dont je me rappelais fort bien la position.

» Ce bouton présentait tous les caractères d'un véritable pseudo-chancre. Il était surmonté d'une croûte parfaitement conoïde, d'une couleur sombre et d'une surface très-luisante. Cette croûte offrait environ 2 centimètres de diamètre, et elle était légèrement ulcérée autour.

» Autour de ce pseudo-chancre et dans un rayon d'environ 1 1/2 centimètre, il existait des papules lenticulaires, très-lisses, régulières, d'un rouge pâle, et en très-grand nombre.

» Dans l'aisselle du même côté s'observait une glande engorgée du volume d'une moyenne noisette. Elle était mobile et très-douloureuse au toucher. Quarante-cinq jours après, le pseudo-chancre était ulcéré et présentait une induration considérable. Le corps de l'enfant était couvert d'une roséole syphilitique et de plaques aux parties génitales qui ne laissaient plus de doute sur la nature de l'infection.

» Afin de me rendre bien compte de la source de cette maladie, je me transportai chez l'enfant qui m'avait fourni ce vaccin. Il était fort beau en apparence et ses pustules vaccinales étaient parfaitement guéries. L'inspection de son corps me laissa voir de nombreuses taches de syphilides papuleuses; les ganglions cervicaux étaient fortement engorgés, et il existait quelques boutons aux parties génitales et à l'anus d'une nature plus que douteuse.

» Le père de cet enfant, que j'interrogeai avec précaution, m'apprit qu'étant soldat il avait eu un chancre induré pour lequel il avait été traité trente-cinq jours à l'hôpital de Tours. Il était loin d'être guéri et présentait de nombreuses traces de syphilis constitutionnelle, telles que croûtes du cuir chevelu, engorgement des ganglions cervicaux postérieurs, taches de syphilides et plaques à l'anus.

» Je dois dire en terminant que l'enfant vacciné avec le même virus et au même moment n'a absolument rien eu. »

Nous venions de recevoir cette communication, quand M. le docteur Viennois, de Lyon, qui, comme chacun le sait, s'est occupé avec tant de zèle de cette question, a transmis à l'Académie de médecine une série de faits qu'il a extraits du rapport du docteur Adelasio, vice-conservateur du vaccin à Bergame (Italie). Il nous a paru utile d'en rappeler les circonstances principales et de les rapprocher de celui que nous venons de faire connaître. Les voici en substance :

Premier fait. — Le 15 mai 1862, M. Quarenghi vaccine 6 enfants avec les pustules vaccinales d'une petite fille qui avait une éruption à la peau le jour de la vaccination. 5 enfants sur 6, âgés de quatre à onze mois, eurent aux points vaccinés des ulcères indurés; des symptômes généraux, roséole, plaques muqueuses, se montrèrent ultérieurement. Chacun de ces enfants servit à son tour de foyer de contagion dans sa propre famille.

Le premier, âgé de cinq mois, infecta sa mère et successivement deux autres nourrices qui lui donnèrent accidentellement le sein. Chez les trois femmes, c'est le même accident, chancre

induré du mamelon avec adénite axillaire. Une de ces nourrices infecte deux enfants en leur donnant à teter, le sien d'abord et un second enfant qu'elle allaita par hasard. Enfin, le premier enfant de onze mois infecta sa sœur âgée de vingt ans, qui lui donnait à manger avec la cuiller dont elle se servait elle-même.

Le deuxième vacciné qui a été infecté, enfant de cinq mois, infecte sa mère (chancre au mamelon); plus tard arrivent les accidents secondaires; après cette époque, infection du mari, ulcère au pénis, bubon inguinal.

Chez le troisième vacciné infecté, enfant de huit mois, à l'ulcération du bras succèdent, trois mois après, des plaques muqueuses. Celui-ci infecte sa mère (chancre du mamelon; plus tard, plaques muqueuses du vagin et des grandes lèvres. Après cette époque, chancre du pénis chez le mari, adénite indolente.

Le quatrième vacciné est une fille de deux mois; elle infecte la mère, cette dernière infecte le mari. Un frère de l'enfant, âgé de quatre ans, qui faisait manger sa sœur, est infecté également.

Le cinquième vacciné, âgé de cinq mois, infecte la nourrice, le fils de la nourrice, la mère, qui, venant d'accoucher, avait réclamé son enfant pour lui donner le sein et faire venir son lait; puis le nouveau-né est pris. Enfin, le mari a la syphilis à son tour.

Le sixième est resté indemne.

En tout 23 victimes, dont 4 morts.

Deuxième fait. — Le 21 septembre 1863, la fille d'un médecin de campagne, qui eut quelques jours après une éruption syphilitique générale, servit à vacciner deux enfants, dans une localité des environs de Bergame. Les boutons vaccinaux du vaccinifère, dans ce cas-ci comme dans le précédent, sont normaux. Mais les deux vaccinés ont des ulcères aux bras; au bout de trente-cinq jours et vers le milieu de novembre, plaques muqueuses aux fesses, au pourtour de l'anus, etc. La mère d'un de ces enfants est devenue syphilitique.

— Ce qu'on a observé près de Bergame, dit M. Viennois, est précisément ce qu'on a observé à diverses époques en Italie et en Allemagne. Ceux des vaccinés qui ont la syphilis congénitale ne contractent pas un ulcère au bras, mais montrent d'emblée une éruption générale comme le vaccinifère du deuxième cas. Ceux qui sont indemnes contractent le chancre induré au bras, au point inoculé.

Du pemphigus des nouveau-nés.

Dans un mémoire de MM. Ollivier et Ranvier, couronné par l'Académie de médecine, la question du pemphigus des nouveau-nés vient d'être étudiée à fond et avec de bonnes observations. Il résulte de la discussion des faits et des opinions des nombreux auteurs qui se sont occupés de cette question, qu'il existe deux espèces de pemphigus des nouveau-nés, une simple non spécifique avec deux variétés distinctes, une fébrile et une non fébrile; la seconde, qui occupe les extrémités, est de nature syphilitique.

Dans presque tous les cas de cette espèce, en effet, il a été possible de remonter à des antécédents syphilitiques chez les deux parents à la fois, et au moins chez l'un d'eux, surtout chez la mère. Le pemphigus coïncide avec d'autres manifestations bien connues de la syphilis, les unes superficielles et les autres profondes. Le pemphigus des nouveau-nés, comme la syphilis fœtale, se rencontre dans les cas d'avortement. La rareté de cette maladie est en rapport avec celle de la syphilis congénitale.

Voici les autres conclusions des auteurs : La coïncidence du pemphigus des extrémités, accident cutané superficiel, et des lésions syphilitiques et circonscrites, nous porte à ranger cette affection parmi les accidents secondaires tardifs, d'autant plus que son pronostic est plus grave que celui des autres syphilides développées au même âge de la vie.

Le père et la mère d'un enfant atteint de pemphigus ont eu, au moment de la conception, des accidents syphilitiques variables.

Des femmes, infectées de syphilis avant la conception, ont mis au monde des enfants porteurs de pemphigus des extrémités.

Les accidents de l'enfant ne sont pas, au point de vue de la chronologie syphilitique, en rapport avec ceux des parents au moment de la conception. Ce qui se comprend, si l'on tient compte de la marche rapide de la syphilis infantile, en rapport, du reste, avec l'évolution rapide des organes du nouveau-né.

Au point de vue anatomique, la bulle de pemphigus syphilitique est caractérisée par la grande quantité de cellules épidermiques que renferme son contenu, et par la présence d'une couche pulpeuse blanchâtre, épaisse, qui recouvre les papilles congestionnées du derme. Cette couche est formée par des cellules dissociées du corps muqueux.

Le diagnostic différentiel des deux espèces de pemphigus s'établit par des signes relatifs au siége, à la confluence des bulles, à la rougeur de l'auréole et à la nature du contenu. Elles sont encore distinctes par les antécédents, la coïncidence d'autres lésions spécifiques et l'influence du traitement mercuriel dans le pemphigus des extrémités.

Le pronostic du pemphigus simple est toujours favorable, celui du pemphigus spécifique est très-grave. Toutefois, il n'est pas constamment fatal comme on l'a cru, puisqu'il existe dans la science plusieurs cas de guérison.

On devra employer un traitement mixte : on donnera de l'iodure de potassium à la nourrice, tandis qu'on fera suivre à l'enfant un traitement mercuriel direct par les préparations mercurielles (la liqueur de Van Swieten ou une autre préparation de même nature.)

Il faut soumettre à un traitement antisyphilitique une femme enceinte, si elle a eu une série d'avortements inexplicables, si elle a eu des enfants atteints de maladies telles que gomme du foie, du poumon, suppuration du thymus, ou pemphigus plantaire ou palmaire; ce traitement pourra peut-être prévenir les effets de la syphilis fœtale, et en particulier le pemphigus des extrémités.

On ne devra pas vacciner les enfants atteints de pemphigus, tant que l'éruption ne sera pas guérie.

Dans la pratique, on ne doit pas prendre de vaccin sur un enfant atteint de pemphigus syphilitique ou ayant présenté cette affection.

Ici le précepte est encore plus absolu que dans les faits cités plus haut. Même en ne faisant pas saigner les pustules, il serait dangereux de prendre du vaccin sur des individus atteints de pemphigus.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Fracture simple de la jambe droite à sa partie moyenne ; épanchement de sang énorme s'étendant depuis les racines des orteils jusqu'à la hauteur de la fracture. — Mort subite au quarante-septième jour. — Caillots dans la veine crurale. — Embolie de l'artère pulmonaire.

(Observation recueillie par MM. les docteurs Cahours et Léon Labbé.)

Le 21 août, Mme L..., âgée de soixante-six ans, demeurant rue Laffitte, n° 29, fut renversée par un omnibus; une des roues lui passa obliquement sur la jambe droite, et un coup de pied de cheval porta sur l'articulation tibio-tarsienne du même côté. La malade fut transportée immédiatement chez elle.

Dès que la malade fut couchée, M. le docteur Cahours constata :

1° Une fracture de la partie moyenne du tibia; la crépitation était très-appréciable; la solution de continuité paraissait s'étendre obliquement de haut en bas et de dehors en dedans; le chevauchement était peu sensible et appréciable.

2° Un épanchement de sang énorme s'étendait depuis le milieu de la jambe jusqu'au pied, qui était meurtri et violacé. Au-dessous de la malléole externe existait une toute petite plaie semblable à une piqûre, et d'où s'échappait, surtout à la pression du pied, un filet de sang très-mince; la peau partout ailleurs était saine.

Dès le premier jour, M. Cahours installa des irrigations continues avec de l'eau tiède, diminuant ou augmentant la température du liquide d'après les impressions de la malade.

Le 22 août, la nuit est assez bonne, et la réaction générale presque nulle. MM. Alph. Amussat et Labbé, appelés en consultation, trouvent l'état de la malade très-satisfaisant. Quelques phlyctènes brunâtres développées sur les parties latérales du pied, sont ouvertes avec les ciseaux.

Le 24 août, les irrigations sont suspendues; la malade dort bien, et commence à se nourrir.

Dans les jours suivants, le mieux se continue; mais sous l'influence et la pression de l'épanchement sanguin énorme du mollet, la peau se gangrène dans l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent. Un débridement fait sur cette plaque gangréneuse laisse écouler deux verres de sang corrompu, avec des gouttelettes huileuses surnageant la sanie. Le mollet vidé, le bien-être reprend son cours sans interruption jusqu'au 8 octobre. A cette époque, la plaie de la jambe est presque cicatrisée; la malade est gaie, mange et dort bien : tout fait présager une prompte et heureuse guérison. A minuit, le 8 octobre, la fille de Mme L... monte à la chambre de sa mère, lui souhaite une bonne nuit; la malade répond gaiement, et cinq minutes après sa fille la voit, dans un état d'angoisse inexprimable, porter la main à sa poitrine comme si elle étouffait, et s'affaisser morte sur l'oreiller.

Une observation capitale et que nous avons fait corroborer à différentes reprises sur la fille de Mme L..., qui ne quittait pas la malade, c'est que jamais celle-ci ne s'est plainte d'accès de suffocation ou même de la plus légère difficulté de respiration, jamais elle n'a accusé de douleur profonde dans la jambe ou vers la cuisse; en outre, la malade était très-docile, et ne remuait que pour se servir du bassin.

La rapidité de cette mort nous remit en mémoire la communication de M. Azam à l'Académie sur les embolies pulmonaires. Nous étions, comme dans les cas rapportés par ce confrère de Bordeaux et par M. Velpeau, en présence d'une fracture et d'un épanchement de sang considérable. La migration de caillots vers l'artère pulmonaire nous parut presque une certitude; bien que la malade n'eût accusé aucune douleur sur le trajet des veines, il pouvait y avoir eu phlébite profonde et latente; bien que la respiration eût toujours été libre et facile, l'accès de suffocation finale nous engageait à rechercher la cause de la mort du côté de la poitrine.

L'autopsie nous fut accordée par la famille, et lundi soir, 10 octobre, nous procédâmes à l'ouverture du corps.

Autopsie. — L'habitude extérieure ne présente rien de particulier. Le facies est reposé, et n'offre aucune trace des angoisses de la mort. La plaie de la jambe est presque tout entière cicatrisée; le volume des deux membres est sensiblement le même.

La fracture paraît parfaitement consolidée; cependant le cal cède sous l'influence d'une pression un peu énergique. Entre les différents plans musculaires et jusque vers les vaisseaux profonds de la jambe, on rencontre un épanchement de sang linéaire étalé en couche mince, et qui depuis quarante-neuf jours n'a pu être encore résorbé.

Les veines de la jambe, examinées avec autant de soin que possible, ne nous ont pas paru renfermer de caillots.

La veine poplitée renferme quelques concrétions sanguines, dont l'organisation paraît déjà ancienne; mais c'est surtout dans la portion de la veine crurale correspondant au triangle de Scarpa, que l'on observe un coagulum bien organisé, analogue à celui que nous avons rencontré plus tard dans l'artère pulmonaire.

La veine-cave n'a pu être examinée, parce que l'on avait prié de faire l'autopsie le plus discrètement possible.

Les poumons et le cœur furent enlevés de la poitrine avec précaution. Le cœur est assez volumineux, fortement chargé de graisse. Les cavités paraissent affaissées. Le ventricule gauche est complétement vide, on n'y rencontre pas trace du plus petit caillot; l'artère aorte ne renferme pas non plus de coagulum.

Le ventricule droit, également affaissé, est vide. L'infundibulum et la moitié inférieure du tronc de l'artère pulmonaire ne contiennent pas de sang; mais un caillot volumineux remplit la moitié supérieure de ce gros vaisseau, et se prolonge dans sa division gauche; le caillot remplit aussi quelques petites branches secondaires, et obture intégralement la division de l'artère qui se rend dans le lobe supérieur du poumon.

Le caillot offre un aspect gris rougeâtre; il est ferme, et ne présente d'adhérences dans aucun point avec les parois de l'artère.

La division droite de l'artère pulmonaire est remplie par des caillots noirs, mous, diffluents, et qui évidemment se sont formés au moment et immédiatement après la mort.

Le poumon gauche était affaissé, et ne contenait pas trace de sang. Le poumon droit, qui avait dû recevoir pendant un instant tout le sang venant du ventricule droit, était volumineux, résistant, noirâtre; incisé, il laissa écouler du sang en abondance.

Le cerveau a été examiné avec soin; il était sain dans toute son étendue.

La mort subite a été due évidemment à l'oblitération instantanée de la branche gauche de l'artère pulmonaire; la présence dans la veine fémorale de caillots analogues à ceux que nous avons trouvés dans l'artère pulmonaire peut, nous le pensons, nous autoriser à dire que là a été le point de départ des caillots migrateurs qui ont amené la mort.

LES LACTATES ALCALINS ET LA DYSPEPSIE.

Selon M. le professeur Pétrequin (de Lyon), la très-grande majorité des troubles fonctionnels de l'appareil digestif tient à l'insuffisance accidentelle des lactates de soude et de magnésie, qui, comme on le sait, sont assez répandus dans l'organisme. En partant de ce point de vue, la disparition des troubles gastriques s'opère dès que l'on rétablit l'élément physiologique qui fait défaut.

Pour arriver à une thérapeutique rationnelle, M. Pétrequin a dû reconnaître à l'acte de la digestion trois phases bien distinctes.

Deux ordres de faits morbides appartenant à la *phase buccale* de la digestion sont constitués par l'altération de la salive dans sa qualité et dans sa quantité.

La salive a, dans l'état normal, une réaction alcaline; dans certains cas pathologiques, cette réaction devient acide. La salive acide paraît avoir pour cause principale les irritations des premières voies, qu'elle entretient à son tour. En combattant la lésion gastro-intestinale et en régularisant les digestions, on fera donc disparaître l'altération de la salive. Pour cela, M. Pétrequin donne une, deux ou trois pastilles de lactate de soude et de magnésie, qu'il recommande de laisser fondre l'une après l'autre lentement dans la bouche, sans les mâcher. On en donne autant après le repas, pour compléter la médication.

Sous l'influence de ce traitement, qui améliore la digestion, l'acidité de la salive ne tarde pas à disparaître. Un pharmacien distingué de Lyon, M. Burin du Buisson, est parvenu à obtenir un lactate double de soude et de magnésie qui donne les meilleurs résultats.

On sait aujourd'hui que la quantité de salive sécrétée par l'homme, en vingt-quatre heures, s'élève à plus d'un kilogramme, et que cette salivation abondante est nécessaire à une bonne digestion. Lorsque la salive fait défaut, la digestion est mauvaise. Dans ce cas, deux ou trois pastilles de lactate de soude et de magnésie avant et après le repas, font affluer la salive dans les cavités buccale et gastrique.

La deuxième phase de la digestion (*phase gastrique*) donne lieu à un plus grand nombre d'applications. Les malades peuvent, en effet, éprouver de la dyspepsie acide et avoir la sensation de vinaigre dans l'arrière-gorge, des éructations extrêmement acides et des vomissements, ou bien ressentir une indigestion commençante. Dans ces cas différents, M. Pétrequin établit des nuances thérapeutiques, et il manie avec beaucoup d'art l'administration des lactates alcalins. Ce praticien exercé a remarqué, par exemple, que dans la dyspepsie flatulente le traitement préventif, c'est-à-dire celui qui précède le repas, ne réussit que rarement; aussi ne recommande-t-il l'emploi des pastilles de M. Burin du Buisson qu'après l'ingestion des aliments, et d'intervalle en intervalle, pendant la durée de la flatulence.

Lorsque la faculté digestive est altérée et languissante, et que l'atonie est l'élément morbide principal, le malade maigrit, perd son teint et ses forces. Le suc gastrique peut alors être sécrété en proportion insuffisante ou être altéré dans ses propriétés. L'indication curative est ici d'activer et d'accroître la sécrétion gastrique. Or, l'on sait si les alcalins jouissent de cette propriété.

M. Corvisart a eu l'idée de donner de la pepsine préparée, lorsque le suc gastrique fait défaut, et cette méthode, fondée sur une donnée scientifique, a rendu des services. Mais la médication est forcément incomplète, puisqu'il y a deux agents, l'acide et le ferment, dans le suc gastrique. Pour se conformer au procédé de la nature, il était nécessaire d'aciduler la pepsine avec l'acide lactique, ou mieux encore avec des lactates alcalins. Dans ce but, M. Burin du Buisson a préparé des pastilles contenant dix centigrammes de pepsine et cinq centigrammes de lactate de soude et de magnésie. Cette formule est excellente.

Après les phases buccale et gastrique de la digestion vient la phase *intestinale*. Cette dernière est moins connue. On sait toutefois que c'est là que s'achève la digestion des viandes, celle

des féculents et spécialement celle des graisses. On sait, en outre, que l'intestin a ses dyspepsies comme l'estomac, que les *borborygmes* et le *météorisme* correspondent assez bien à la dyspepsie flatulente, l'*entéralgie* et les *coliques nerveuses* à la gastrodynie, le *dévoiement* à l'indigestion, certaines *diarrhées* à la dyspepsie acide ou pituiteuse. Eh bien, l'on arrive par analogie à déterminer le traitement de ces troubles fonctionnels, et ici encore les lactates alcalins interviennent favorablement comme adjuvants du régime, soit par leur influence sur la sécrétion de la salive ou du suc gastrique, soit en activant la sécrétion du suc intestinal, et par suite la fin de la digestion.

M. Pétrequin mentionne encore un procédé fort simple dont il a eu à se louer dans l'*anorexie* qui complique certaines dyspepsies. Ce médecin fait largement espacer les repas, réduits eux-mêmes à un régime tenu, et dans l'intervalle il fait tenir dans la bouche de la gomme arabique qui, dissoute par la salive, descend avec elle dans l'estomac, et va y solliciter la sécrétion du suc gastrique. A l'approche de l'heure assignée aux repas, la gomme est remplacée par une ou deux pastilles de lactate de soude et de magnésie, qui exercent sur l'estomac une action plus vive. Au bout de peu de temps, le besoin de réparation commence à se faire sentir, et peu à peu l'appétit se réveille ramenant avec lui la faculté digestive. « Cette espèce de faim artificielle, dit l'auteur, m'a permis de guérir bon nombre de malades. »

En résumé, les lactates alcalins, bien administrés seuls ou concurremment avec d'autres moyens, ont donné à M. Pétrequin, à son collègue M. Foltz, et à tous ceux de ses confrères qui les ont expérimentés, des résultats dont la valeur reçoit chaque jour une consécration nouvelle, et qu'il est du devoir de la presse de signaler à l'attention des praticiens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 octobre 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

M. Giraldès rappelle qu'il a dit, dans la dernière séance, en parlant de l'iridectomie, que l'hémorrhagie provenait de la membrane choroïdienne. Voici, en effet, ajoute-t-il, le passage de M. Bader qui confirme mon assertion : « Dans les cas d'hémorrhagie dans lesquels » l'œil a été enlevé à cause de l'issue du corps vitré, on a constaté » que le sang extravasé provenait des gros vaisseaux de la choroïde, » qui, par suite de leur développement, avaient poussé cette membrane et la rétine en dedans et chassé le contenu de l'œil à travers » la plaie de la cornée. »

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

— M. Dubreuil (de Bordeaux), membre correspondant, adresse deux brochures intitulées :

1° *Epidémie de variole survenue à Bordeaux et dans le département de la Gironde pendant l'année 1862* ;

2° *Recherches historiques sur les établissements et régimes hospitaliers à Bordeaux, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.*

— M. Legouest présente à la Société de chirurgie, de la part de M. Kœberlé, l'habile et heureux ovariotomiste de Strasbourg, les résultats de ses *opérations d'ovariotomie*, qui sont au nombre de treize. Elles comprennent douze extirpations des tumeurs des ovaires et une extirpation de la matrice et des ovaires, ces derniers ne se trouvant pas dans un état pathologique prononcé. Ces opérations ont donné lieu à dix guérisons. L'une de ces opérées, parfaitement rétablie, mais dont les tumeurs avaient été reconnues cancéreuses, est morte six mois après d'un cancer de la matrice. Les trois opérées mortes ont succombé l'une à la suite d'une hémorrhagie pulmonaire ; la seconde à la suite d'une imprudence grave par indocilité, de péritonite ; la troisième a succombé à une simple tympanite, le septième jour, provenant d'un obstacle mécanique à l'excrétion des gaz, et qui n'aurait bien certainement pas succombé si l'opérateur avait été libre de pratiquer une ponction de l'intestin.

Les résultats obtenus par M. Kœberlé lui paraissent devoir être rapportés :

1° Aux soins extrêmes de propreté pour tout ce qui concerne l'opération ;

2° A ses procédés opératoires ;

3° Aux soins consécutifs.

Il me faudrait de trop grands développements pour entrer dans des détails ; M. Kœberlé espère avoir l'honneur de transmettre à la Société, à la fin de l'année, un mémoire complétant les documents que j'ai l'honneur de présenter.

M. Kœberlé demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

M. Broca, au nom de M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant de la Société, présente une pièce pathologique consistant en une *tumeur fibreuse de l'utérus*. Cette tumeur a été enlevée chez une fille vierge de trente-neuf ans.

Après avoir effectué la dilatation du col de l'utérus, M. Bourguet fit d'abord des tentatives d'arrachement ; mais la tumeur se déchira, et il fallut introduire la main dans la cavité utérine, retourner cet organe, en amener le fond à la vulve et pratiquer la ligature du pédicule ; aucun accident ne se développa. Aujourd'hui la ligature n'est pas encore tombée, la malade va très-bien, et il faut lutter contre son désir pour l'empêcher de sortir.

Commission du prix Duval.

Un scrutin a lieu pour nommer la commission du prix Duval. Sont désignés comme ayant obtenu le plus grand nombre de voix : MM. Guyon, Lefort, Marjolin, Giraldès et Dolbeau.

COMMUNICATION.

Hygiène hospitalière.

M. Trélat prononce le discours suivant :

Messieurs,

Les questions relatives à l'hygiène des hôpitaux sont extrêmement vastes et complexes. Que si on se préoccupe des moyens généraux de répartir ou de diminuer le nombre des malades qui fréquentent les hôpitaux, on touche à l'assistance publique et on est forcément conduit aux problèmes les plus élevés du paupérisme et de l'économie sociale. D'autre part, quand on recherche les meilleurs procédés à suivre pour remplir des indications spéciales, on arrive à l'étude technique de machines et d'appareils.

Bien que ces deux ordres de faits, les uns très-généraux, les autres très-particuliers, se rattachent d'une manière étroite aux notions de la salubrité hospitalière et présentent un haut intérêt, je ne me propose pas de les traiter ici, parce que les premiers me paraissent en dehors du cercle de nos travaux habituels, et que les seconds sont moins importants, moins influents que les données fondamentales d'espace, de nombre de malades agglomérés, de situation générale, de rapports des bâtiments entre eux.

Ce sont ces données que je désire indiquer à votre attention ; c'est sur elles que je voudrais surtout voir porter la discussion, à cause de leur importance d'abord, ensuite parce qu'elles me semblent négligées, mal comprises ou mal interprétées dans nos constructions hospitalières, et qu'il est urgent de les faire valoir au moment où on semble les laisser dans le plus complet oubli en reconstruisant l'Hôtel-Dieu.

S'il est un point sur lequel tout le monde semble d'accord, c'est que l'atmosphère d'un hôpital doit être aussi pure que possible, c'est qu'il doit être largement et librement exposé à l'aération. Il est à peine nécessaire de rappeler à ce propos les remarquables résultats observés en 1814 dans nos abattoirs à peine clos, les résultats non moins remarquables, répétés et persistants, signalés par M. Michel Lévy pour les hôpitaux sous tente établis lors de la guerre d'Orient. Faut-il ajouter que cette puissance d'une atmosphère pure a paru si grande à la commission sanitaire anglaise pour les hôpitaux militaires, qu'au nouvel hôpital de Woolwich on a pris des dispositions pour placer à l'extérieur jour et nuit les malades blessés ou amputés, ou exposés d'une façon quelconque à l'infection nosocomiale ? Enfin, ne savons-nous pas que les lésions ou opérations chirurgicales guérissent chez les habitants des campagnes avec une merveilleuse simplicité ? Ce n'est pas le bien-être de l'habitation, c'est encore moins l'alimentation, souvent mauvaise, qui produisent ce résultat ; qu'est-ce donc alors, sinon le bénéfice d'une atmosphère de verdure et de soleil ?

Je ne veux pas insister plus longtemps sur des faits de cette nature, dont je pourrais multiplier les exemples. D'ailleurs, personne ne les conteste ; mais il n'en est plus de même quand il faut les interpréter et déduire leurs conséquences pratiques.

Aura-t-on assuré dans la mesure du possible la pureté de l'atmosphère où est plongé le malade ; aura-t-on pourvu à une libre et facile aération, en donnant un large cube d'air à chaque lit, en instituant une abondante ventilation artificielle ? Non ; on aura rempli deux indications très-importantes, mais on n'aura rien fait d'utile si l'indication première, la constitution d'une bonne atmosphère extérieure, est négligée ; car il faudrait être aveugle pour ne pas comprendre que c'est cette atmosphère qui est le réservoir commun où puisent toutes les parties de l'édifice, et en somme tous les malades. Tant vaut l'air d'une localité, disait M. Michel Lévy à l'Académie de médecine, d'une ville, d'un quartier, d'une rue, tant vaut l'aération des salles, fût-elle assurée dans la plus généreuse mesure et au moyen des appareils les plus perfectionnés.

Remarquons en passant combien les procédés de ventilation artificielle laissent à désirer jusqu'ici : coûteux, irréguliers dans leur marche, généralement insuffisants, même les plus parfaits, à remplir leur but, ils ne peuvent inspirer qu'une confiance médiocre.

Au reste, les hôpitaux Lariboisière et Beaujon nous fournissent une preuve convaincante. Là, le volume d'air affecté à chaque malade est considérable (surtout à Lariboisière, dans les quatre pavillons à Beaujon) ; la ventilation y est sinon parfaite, au moins la meilleure des hôpitaux de Paris. Eh bien, qu'on prenne les chiffres de mortalité totale, ou ceux de la chirurgie, ou ceux de certaines opérations graves, et toujours on verra ces deux hôpitaux occuper le premier ou l'un des premiers rangs. A côté de cela, l'Hôtel-Dieu, qui n'est certes pas un bon hôpital, diffère à peine de Lariboisière et de Beaujon pour la mortalité générale, mais il leur est manifestement inférieur pour la mortalité en chirurgie, et les mêmes opérations graves paraissent y réussir beaucoup mieux que dans les autres hôpitaux. Il y a là une contradiction plus apparente que réelle : tout mauvais qu'il est, l'Hôtel-Dieu est mieux disposé que Beaujon et Lariboisière pour une large aération extérieure. Je reviendrai dans un moment sur ce point important.

Ces faits me semblent prouver d'une manière irréfutable qu'un large cube d'air à l'intérieur des salles et une ventilation artificielle aussi bien faite que possible ne suffisent pas à assurer la salubrité d'un hôpital. Il faut encore autre chose. Je l'ai déjà dit, mais j'y insiste à nouveau, il faut un milieu atmosphérique pur ; il faut encore que tout soit disposé pour la libre et abondante circulation de l'air ; il faut que les vents puissent balayer facilement les surfaces de construction, qu'ils ne rencontrent ni angles ni parties rentrantes, que le soleil puisse baigner la totalité des bâtiments ; il faut enfin que ces bâtiments, largement espacés et complétement séparés les uns des autres, ne constituent pas des foyers d'infection réciproque dont la puissance croît avec le nombre.

Personne de nous, Messieurs, n'ignore que ces principes sont professés par les hygiénistes qui se sont occupés d'hôpitaux, par les commissions sanitaires, qu'ils sont même énoncés parfois, quoique d'une manière bien concise, dans les programmes de constructions hospitalières.

Mais sont-ils réalisés ? C'est là ce qu'il convient d'examiner. On nous donne aujourd'hui Lariboisière comme type d'un hôpital parfait, d'un isolement complet, d'une large aération, comme la *réalisation de tous les progrès rêvés depuis un demi-siècle*. Vraiment, Messieurs, il faut que les administrateurs qui tiennent ce langage poussent bien loin l'oubli de ce qui a été dit et écrit partout sur l'agglomération des malades, la proximité des bâtiments, la difficulté réelle d'assurer la circulation de l'air ! Et ce qu'il y a de plus fâcheux, ce pourquoi j'appelle tout spécialement votre attention sur ce point, c'est que ce prétendu type on l'a copié à Nantes, à Madrid, on s'apprête à le copier à Paris.

Sa conception sans doute a été un véritable progrès pour l'époque, et j'admire plus que personne la sagacité, la rectitude de jugement dont Tenon fit preuve dans ses longues recherches sur les hôpitaux ; mais aujourd'hui nous avons reconnu nombre de faits qu'il ne pouvait pas prévoir, et ce qui de son temps était une amélioration considérable n'est plus maintenant qu'une formule insuffisante sous beaucoup de rapports, formule d'ailleurs très-altérée dans ses diverses applications.

Des pavillons de 16 à 17 mètres de haut séparés par des intervalles de 20 à 25 mètres sont bien rapprochés, à peine sont-ils séparés par la largeur d'une rue ordinaire ; le soleil ne frappe jamais certaines parties des espaces vides ; les pavillons se couvrant les uns les autres, le dernier seul est convenablement exposé aux rayons solaires : ce défaut est d'autant plus sensible que le soleil serait plus nécessaire, c'est-à-dire en hiver. Cette étroite proximité produit des inconvénients analogues au point de vue de l'action si salutaire des vents. Remarquons d'abord que l'étage inférieur représente des cours fermées de trois côtés, par conséquent très-mal ventilées. Aux deux étages supérieurs, les cours sont ouvertes par leurs deux extrémités ; mais, hormis le seul cas où le vent souffle dans l'axe des bâtiments, une partie considérable de ceux-ci est toujours soustraite à son action soit par les constructions de la façade, soit par les pavillons du côté opposé, soit par les services généraux qui occupent tout le fond de l'édifice.

Qui de nous, Messieurs, ignore la différence qui existe au point de vue de l'intensité du vent entre les quais de la Seine et l'intérieur des rues ? Un hôpital comme Lariboisière représente l'intérieur des rues, tandis que je voudrais voir les bâtiments étalés en longues lignes simples, pouvant être balayés, comme les quais, par les vents et la pluie.

On sait que les gaz, les miasmes, fumée, poussière, mélangés à l'atmosphère, tendent à descendre et à s'écouler horizontalement. Si quelque obstacle borne cette expansion, si elle n'est pas aidée par l'impulsion facile, par la course libre du vent, toutes les impuretés de l'air stagnent, et on est surpris de leur longue persistance dans certaines localités.

C'est en tenant compte de ce fait capital qu'on apprécie toute l'importance d'une disposition favorable à l'aération extérieure, qui aura lieu si l'action des vents est absolument libre, mais qui fera défaut si cette action rencontre quelque obstacle venant des constructions de l'hôpital ou des constructions voisines.

Si j'ai réussi à faire comprendre que les impuretés atmosphériques ne s'échappent pas spontanément, mais qu'elles ont besoin d'être dissoutes par la pluie ou balayées par le vent, on conclura sans peine que Lariboisière, Beaujon, le futur Hôtel-Dieu, qui lui aussi doit avoir des pavillons séparés, mais singulièrement élevés et rapprochés, ne constituent pas le type le plus parfait que l'on puisse rêver. Vous avez vu, en effet, ce que disent les chiffres de mortalité pour ces hôpitaux. On a allégué, il est vrai, que cette mortalité s'explique pour Lariboisière par la gravité exceptionnelle des maladies aiguës et par un nombre excessif de maladies chroniques, et surtout de phthisies. Or j'ai sous la main, pendant que je parle, un tableau dont les éléments sont empruntés à la statistique médicale de 1861, d'où il résulte que c'est à Beaujon d'abord, à Lariboisière ensuite, qu'il y a le moins de phthisiques par rapport à la population générale ; en second lieu, que c'est à Lariboisière, à Cochin et à Beaujon que les décès par phthisie représentent le plus petit chiffre par rapport à la totalité des décès. Il y a loin de là à ce qui avait été avancé.

Je concevrais à la rigueur qu'on se montrât sinon négligent, au moins plus facile sur les dispositions d'un hôpital s'il était situé en pleine campagne. Mais quand on songe à ce qu'est l'atmosphère de Paris, où plus de 1,600,000 poitrines versent par vingt-quatre heures plus de 600,000 mètres cubes d'air expiré, où une incessante activité engendre toutes les effluves des corps humains et animaux, où une industrie chaque jour grandissante inonde l'air de détritus de toute espèce, à cette atmosphère qu'on aperçoit de loin comme un nuage poudreux et immobile, on conçoit qu'aucune précaution ne soit superflue pour lutter contre une si déplorable condition ; on se demande si la lutte est possible, et si on ne ferait pas mieux d'y renoncer chaque fois qu'on le pourrait !

Et cependant c'est au plein milieu de cette atmosphère qu'on va élever l'Hôtel-Dieu, riche de malades, pauvre d'espace, trois motifs dont un seul suffirait pour donner les craintes les plus sérieuses.

Ces faits sont du domaine de l'hygiéniste, du chirurgien surtout, qu'ils intéressent à un si haut degré ; nous concevons que les administrateurs en soient moins frappés, qu'ils cherchent avec ces difficiles exigences des accommodements et se laissent aller en définitive à des compromis fâcheux. Notre rôle à nous est d'insister sans relâche pour en faire apprécier l'importance et observer les conséquences rigoureuses.

Dans ma pensée, un bon hôpital, bien situé, consisterait en un bâtiment unique ou des bâtiments peu nombreux, séparés par des espaces de 100 à 150 mètres, exposés sans obstacles au vent, à la pluie et au soleil, et se développant en lignes droites et parallèles.

Cette donnée n'est assurément pas compliquée, mais deux conditions fondamentales sont nécessaires à son exécution. Il faut de l'espace et un nombre restreint de malades.

Cette condition d'espace est de premier ordre : avec des hauteurs et des largeurs de salles déterminées, un nombre limité d'étages, une seule quantité reste variable, c'est l'intervalle des bâtiments ; or, celui-ci dépendra uniquement de l'étendue du terrain par rapport au nombre des malades, ou, d'une manière plus simple, de la superficie allouée à chaque malade.

Cette superficie n'a jamais été fixée que de sentiment. Elle varie beaucoup ; souvent restreinte parce qu'on a subi le terrain au lieu de le choisir, ou parce qu'on a multiplié les constructions après coup, elle est quelquefois large comme à l'hôpital Saint-Louis, œuvre remarquable, je dirais volontiers la plus remarquable en ce genre qu'on puisse voir à Paris, non comme type d'hôpital à copier, mais comme admirable réalisation d'un programme très-particulier.

J'ai cherché à déterminer quel espace superficiel correspondait à une bonne disposition d'hôpital. Pour cela j'ai étudié comparativement la superficie totale, la distribution des bâtiments et les résultats définitifs, c'est-à-dire la mortalité. Permettez-moi de vous citer quelques chiffres relatifs à des hôpitaux que nous connaissons tous. A

Saint-Louis, chaque malade représente 97 mètres; à Lariboisière, actuellement 85 mètres, avant l'agrandissement 57 mètres; à Beaujon 56 mètres, mais la disposition est mauvaise, un grand jardin occupe une extrémité, des bâtiments très-serrés sont à l'autre; à Necker, 45 mètres; à la nouvelle Maison de santé, 42 mètres. Pour des hôpitaux de la province et de l'étranger, le chiffre varie de 30 à 120, 150 mètres, mais le plus souvent il oscille entre 50 et 90.

Pensez-vous, Messieurs, que les hôpitaux Saint-Louis et Lariboisière soient inutilement vastes? que la Maison de santé, laquelle n'a jamais que la moitié ou les deux tiers de ses lits occupés, que l'hôpital Necker, soient parfaits comme aération extérieure?

Choisissant entre ces deux termes, j'ai dit qu'il ne paraissait pas possible de disposer convenablement un hôpital, à moins que chaque lit ne représentât au moins 50 mètres carrés de terrain. Dans mon opinion, c'est une mesure très-étroite, la plus étroite possible, mesure qu'il est désirable de voir dépasser largement. J'ai été contredit par l'administration. On m'a répondu que ce genre d'évaluation n'avait pas de portée, et que ces conditions d'espace pouvaient varier suivant les cas sans grands inconvénients. Je comprends cette réponse : le nouvel Hôtel-Dieu représentera comme superficie 26 mètres carrés par lit s'il contient 800 malades, et 36 mètres s'il n'en renferme que 600. L'avenir dira qui a tort, et je souhaite que ce soit moi.

Sans insister davantage sur ce cas particulier, je crois qu'un grand espace est une condition nécessaire à laquelle rien au monde ne peut suppléer, et que jamais, sans nuire gravement à la salubrité d'un hôpital un peu nombreux, on ne devrait descendre au-dessous du chiffre que j'ai indiqué.

Avec un grand espace proportionnel, il faut encore que le nombre des malades soit assez restreint. Je ne m'arrête pas sur les inconvénients signalés des grandes agglomérations, sur la puissance d'infection qui semble croître progressivement, et non proportionnellement, avec le nombre des malades. Je me place seulement au point de vue des dispositions architecturales, et je constate que dès que les hôpitaux atteignent un chiffre élevé, les bâtiments se replient sur eux-mêmes, se contournent suivant des formes très-variées, mais qui ont toutes pour résultat commun de nuire à l'aération naturelle. C'est la conséquence nécessaire du service intérieur, qui empêche de déployer les bâtiments sur des lignes trop étendues et indique de rapprocher autant que possible toutes les parties de l'édifice des locaux de service général, cuisine, pharmacie, lingerie, bains, etc.

De pareilles nécessités n'existent pas pour un hôpital peu nombreux, et nous n'avons pas à chercher bien loin pour trouver des exemples que nous voudrions voir imiter en les améliorant. L'infirmerie de la Salpêtrière contient 300 lits. En supprimant l'étage supérieur qui n'est pas irréprochable, on aurait 200 lits dans de bonnes conditions. Les nouveaux bâtiments de l'hôpital Saint-Antoine contiennent 144 lits. Deux pavillons semblables placés bout à bout à quelques mètres d'intervalle ou parallèlement à large distance feraient un très-bon hôpital de près de 300 lits, en y ajoutant une petite construction pour les services généraux. A la rigueur, s'il fallait obtenir un chiffre beaucoup plus élevé, on pourrait, en restreignant le nombre de lits dans chaque pavillon, en élever quatre en deux rangées parallèles, mais d'autant plus écartées que la ligne serait plus longue. On arriverait facilement ainsi à 450 ou 480 malades, chiffre extrême que je ne voudrais pas voir franchir.

Cette disposition n'est pas sans exemple. Elle offre sinon une complète similitude, du moins une très-grande analogie avec l'hôpital militaire de Vincennes, dont le bâtiment central est trop important, avec l'hôpital de Malte. On s'en ferait une idée juste en supposant l'ancien bâtiment de l'hôpital Saint-Antoine rendu beaucoup moins long, beaucoup plus bas et affecté aux services généraux.

On répétera peut-être les objections déjà alléguées contre les hôpitaux peu nombreux. On dira qu'ils sont des centres insuffisants d'instruction, que les frais de premier établissement et le prix de la journée sont plus élevés que pour de grands hôpitaux.

Dans cette discussion sur l'hygiène hospitalière, je pourrais glisser sur le premier motif; mais n'est-il pas surabondamment prouvé, en France et à l'étranger, que de très-petits hôpitaux peuvent fournir un enseignement très-utile; et d'ailleurs, des hôpitaux de deux à trois cents lits seraient-ils si petits?

Quant aux deux autres motifs, bien qu'on les ait souvent reproduits et qu'on les appuie de considérations théoriques, ils ne sont guère d'accord avec les faits. Je me demande comment on ose dire que les frais de premier établissement sont moins considérables pour de grands hôpitaux, lorsque le seul hôpital de cette nature construit à notre époque a coûté 17,236 fr. par lit, lorsque l'Hôtel-Dieu qui va s'élever atteindra un chiffre qui touche à l'hyperbole.

C'est que pour assurer le service de ces vastes édifices, pour pourvoir à leurs fonctions, il faut des installations très-coûteuses, des dispositions en rapport avec leur étendue et le nombre des malades, et les quelques économies qu'on fait sur la toiture et les murailles se fondent bien vite dans des services généraux très-dispendieux.

Prenez, Messieurs, le prix de revient des pavillons de l'hôpital Saint-Antoine, les plus chers de cette nature, supposez pour les services généraux une somme égale à l'un d'eux, installez le tout sur un terrain de 18,000 mètres, à 50 fr. aux limites de Paris, et vous aurez un hôpital de trois cents lits, supérieur à tout ce que nous avons comme espace et disposition, et cela ne coûtera pas 2,000,000 de fr., chiffre déjà gros, mais cependant misérable à côté de ceux de Lariboisière et du futur Hôtel-Dieu.

Il en est de même pour le prix de la journée. Il est bien vrai qu'à l'hôpital Cochin et à la Clinique cette somme est notablement plus élevée que dans les autres hôpitaux; mais immédiatement après vient Lariboisière, toujours plus cher que Saint-Antoine et Necker, qui pendant longtemps n'ont eu que trois cents à trois cent cinquante malades. C'est que la fonction et l'entretien d'une installation coûteuse sont eux-mêmes coûteux, à moins de la laisser dépérir par inaction ou abandon.

Ce n'est pas ici le lieu de creuser plus à fond ce côté économique de la question; j'ai voulu seulement vous montrer par quelques exemples saisissants que les motifs d'économie invoqués sont loin d'être aussi évidents qu'on l'a dit.

Vous voyez donc, Messieurs, que des hôpitaux restreints, spacieux, aérés, illuminés de soleil, loin d'être un rêve impossible à réaliser, joindraient à tous ces avantages celui non moins grand d'une réelle économie.

Sans doute la discussion qui s'ouvre éclaircira d'autres points que je n'ai pas même effleurés. J'ai seulement eu pour but, et je serais heureux de l'avoir atteint, de vous faire apprécier la portée et la valeur des conditions fondamentales que j'indiquais en commençant.

M. VERNEUIL propose qu'avis officiel soit donné à la Société médicale des hôpitaux de la discussion qui va s'ouvrir, avec invitation d'y venir prendre part en la personne de quelques délégués.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

M. VELPEAU. Sans vouloir prendre part à la discussion, je crois pouvoir faire remarquer que les plans du futur Hôtel-Dieu ne sont point encore arrêtés définitivement; le nombre des lits ne doit pas s'élever au delà de six cents. Je crois, d'ailleurs, l'administration très-disposée à profiter des avis qui seront émis dans cette discussion.

M. RICHET confirme la déclaration de M. Velpeau relativement au nombre des lits.

M. LARREY fait observer qu'il y a eu successivement deux projets; dans le premier, il était en effet question de huit cents lits; dans le second, ce nombre serait réduit à six cents.

M. LEFORT pense qu'il ne faut pas s'égarer dans la discussion sur des données incertaines. En conséquence, la seule chose discutable aujourd'hui est la question relative à l'emplacement.

M. MARJOLIN pense qu'on pourrait peut-être, afin de discuter en connaissance de cause, demander à l'administration communication des plans.

La légende indiquerait probablement les renseignements désirés.

M. VERNEUIL croit qu'il n'y a pas lieu de faire cette demande à l'administration. La discussion, suivant lui, doit conserver un caractère entièrement scientifique, sans s'inquiéter des convenances de l'administration d'hier, d'aujourd'hui ou de demain. Nous devons, dit-il, ne nous préoccuper que d'une chose : réunir et discuter froidement les meilleures conditions d'un hôpital salubre, d'un hôpital dans lequel il nous soit possible de soigner et de guérir nos malades et nos opérés, d'un hôpital où les opérations même les plus simples ne soient pas constamment suivies d'érysipèle. Si après cela l'administration juge convenable de tenir compte de nos remarques, de nos observations et de nos vœux, tant mieux pour les malades. Si, au contraire, nos travaux n'ont pas cet heureux résultat, nous aurons du moins la conscience d'avoir fait notre devoir, et il ne sera pas dit plus tard, qu'à la fin du dix-neuvième siècle les chirurgiens et les médecins n'ont pas protesté contre un esprit de routine digne du seizième siècle.

M. LARREY pense aussi que la discussion doit rouler purement et simplement sur la question d'hygiène et de salubrité des hôpitaux envisagée d'une manière générale, tout en cherchant à appliquer ces données à la construction du futur Hôtel-Dieu.

M. GIRALDÈS appuie cette opinion, en faisant remarquer que cela fournira l'occasion, chemin faisant, de mettre en lumière certaines particularités qui jusqu'à présent ont échappé à l'attention de certains administrateurs qui se sont occupés de la question.

M. VELPEAU exprime le désir que la Société évite avec soin de s'égarer dans les points secondaires. La reconstruction de l'Hôtel-Dieu semble devoir être prochaine; et si l'on ne s'en tenait pas aux parties essentielles du sujet, la discussion pourrait se prolonger longtemps et n'être pas terminée alors que l'Hôtel-Dieu serait déjà commencé.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LABBÉ, en son nom et au nom de M. Cahours, met sous les yeux de la Société un exemple d'**embolie pulmonaire à la suite de fracture de jambe.** (Voir plus haut.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Par arrêté ministériel en date du 11 octobre 1864, le jury du concours qui s'ouvrira à Paris le 2 novembre prochain pour cinq places d'agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie, est constitué de la manière suivante :

Juges : MM. Brongniart, président; Bussy, Claude Bernard, Guiboust, Lecanu, Chatin, Oppermann, Bérard.

Juges supplémentaires : MM. Delafosse, Regnault, Baillon et Chevalier.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon s'ouvrira le 24 octobre. Sont nommés membres du jury : MM. Ollier, Berne, Gailleton, Rambaud, Frêne, Vernay et Bonnarie.

— Si nous sommes bien informé, une distinction honorifique que nous avons vu souvent décerner aux illustrations de l'Ecole, serait accordée à M. le professeur honoraire Rostan. La croix de commandeur de la Légion d'honneur couronnerait ainsi toute une vie de dévouement à la science et à l'enseignement. Le corps médical applaudira tout entier à une mesure à laquelle la Faculté de médecine elle-même a cru devoir s'associer.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 125. — MARDI 25 OCTOBRE 1864. (37e ANNEE.) N° 125. — MARDI 25 OCTOBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DU L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 OCTOBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Un académicien aussi connu par son rigorisme scientifique que par sa courtoisie dans les discussions, dit un jour à un de ses collègues qui énonçait un fait étrange et tenant quelque peu du merveilleux : « Monsieur, je le crois parce que vous me le dites, mais si je l'avais vu je ne le croirais pas. » C'est un peu la disposition d'esprit où nous a tenu un instant la lecture d'une observation qui rappelle la vieille histoire d'Épiménide ou le conte humoristique récent de l'homme à l'oreille cassée d'un de nos plus spirituels romanciers. Mais M. le docteur Blandet est un homme sérieux, que recommandent des travaux estimables, et qui n'a donné à personne, que nous sachions, le droit de suspecter sa bonne foi. Les témoignages qu'il invoque sont aussi des plus respectables. Quelque extraordinaire que soit le fait communiqué par lui à l'Académie, nous ne devons donc pas le récuser à la légère et sans un mûr examen ultérieur. Nous sommes loin d'ailleurs de savoir quelles sont les limites du possible et de l'impossible en physiologie, et lorsqu'un fait nouveau soulève des difficultés scientifiques ou semble impliquer des contradictions avec ce que nous considérions jusque-là comme des lois fixes et invariables, la sagesse veut qu'on s'assure de la réalité du fait d'abord et des conditions et circonstances diverses dans lesquelles il s'est produit, sauf plus tard à en rechercher la signification et à lui faire provisoirement une place à part, à côté des faits soumis à la loi commune, s'il n'est pas possible de l'y faire entrer actuellement.

L'observation de M. Blandet, telle qu'elle est rapportée dans les *Comptes rendus,* manque de détails suffisants pour permettre d'en saisir du premier coup toutes les particularités et d'embrasser dans leur ensemble les nombreuses questions de physiologie qu'elle soulève subsidiairement. Il serait à désirer que notre confrère la fît connaître avec tous les renseignements et les détails nécessaires pour lui assurer son titre d'authenticité dans la science.

L'Académie, avant cette communication, avait entendu la lecture d'un nouveau Mémoire de M. le docteur Pietra-Santa sur certains usages industriels des préparations arsenicales de Scheele et de Schweinfurt. Les conclusions de ce mémoire confirment celles que l'auteur avait formulées dans un travail précédent sur le même sujet. — Dr Brochin.

Nous reprenons, pour la terminer, l'analyse du rapport de M. le docteur Duchesne sur le choléra de 1853-1854.

L'observation faite par la commission de 1832 relativement à l'influence de l'encombrement et de la densité de la population sur le nombre des décès cholériques, peut s'appliquer également pour l'épidémie de 1853-1854. L'entassement et la misère ont toujours été les conditions de la plus grande mortalité. Les arrondissements dans lesquels elle a été le plus considérable sont les mêmes dans les trois épidémies, ce sont les plus populeux et les plus pauvres. Le même rapport a été constaté également pour la recrudescence des deux épidémies.

En 1853-1854, comme en 1832, la mortalité ordinaire, loin d'avoir diminué pendant la durée de l'épidémie, a été au contraire un peu plus forte sous son influence et même quelque temps après la disparition de la maladie.

L'étude du rapport de la mortalité avec l'âge avait donné en 1832 des résultats assez intéressants, qui ont été confirmés en 1853-1854. Elle conduit à établir que l'âge le plus maltraité par l'épidémie est l'âge viril; c'est la seconde enfance qui a eu le moins à en souffrir.

La statistique de la mortalité donne une égalité presque complète pour les sexes.

La mortalité comparée dans les trois épidémies a donné les résultats suivants : L'épidémie de 1849 avait donné un chiffre total de mortalité plus fort que celle de 1832, mais dans un espace de temps plus long. Celle de 1853-1854 a été plus bénigne que les deux précédentes; cette bénignité relative s'est traduite non-seulement par une mortalité absolue et relative moindre, quoique sa durée ait été plus longue, mais encore par l'intensité moindre des symptômes et par une lenteur plus grande dans la marche de la maladie.

Le rapport, tout en reconnaissant que cette atténuation de la mortalité de l'épidémie de 1853-1854 doit être attribuée en partie à la nature même de la maladie, en réclame aussi une bonne part pour les travaux d'assainissement de Paris, pour les soins et la vigilance du conseil de salubrité et des commissions d'hygiène, et enfin pour le fonctionnement des bulletins de visites préventives.

Les deux premières épidémies ont eu une recrudescence; la dernière en a eu deux.

Les récidives ont été observées dans les trois épidémies, soit dans la même épidémie, soit dans les épidémies subséquentes. Le dépouillement des bulletins de visite a signalé plusieurs malades qui avaient eu déjà le choléra en 1832 et en 1849. On a même signalé en 1853 le fait d'une personne qui eut deux atteintes du choléra dans le cours de cette même épidémie et fut enlevée la seconde fois.

En résumé, l'étude de l'épidémie de 1853-1854 confirme en partie les conclusions du rapport de 1832 et les faits observés en 1849.

Il résulte des documents analysés dans ce rapport, entre autres conclusions :

1° Que le choléra de 1853-1854 dans le département de la Seine a été moins meurtrier que ceux de 1832 et 1849, quoique sa durée ait été beaucoup plus longue;

2° Que l'on doit considérer le choléra d'emblée comme une exception à la règle générale, puisque sur 5,602 bulletins on constate que 4,983 fois il y avait eu une diarrhée prémonitoire, et que dans 619 observations seulement on n'a pu constater l'existence de cette diarrhée;

3° Qu'il est indispensable de tenir compte des maladies antérieures et de celles surtout qui affectent les organes digestifs, puisque 617 fois cette cause spéciale a été regardée comme cause déterminante du choléra.

Nous ne terminerons pas cette analyse sans nous arrêter un instant sur la conclusion la plus importante qui ressort de ce rapport, celle qui est relative à la période prodromique du choléra. Voici ce que nous écrivions à ce sujet en 1854, sous le coup même de l'épidémie et pendant le fonctionnement des visites préventives auquel nous avions été appelé à coopérer :

« Ici encore (disions-nous à propos des prodromes) les nouvelles recherches n'ont fait que confirmer les résultats de l'observation générale, dont elles font ressortir encore plus complétement et plus directement la valeur. On n'avait pas attendu, en effet, ces expériences pour signaler à l'attention des praticiens toute l'importance que méritent les prodromes et le début de la maladie... Le fait de la période prodromique du choléra, signalé à l'attention des médecins dès la première invasion de l'épidémie en France par M. J. Guérin, est devenu aujourd'hui d'une certitude et d'une vulgarité telles, qu'après avoir été longtemps mis en question, c'est à qui s'arrogera en ce moment le mérite de l'avoir le premier découvert... » Et après avoir rappelé les résultats des recherches que nous avions faites nous-même sur ce sujet en 1849 avec notre regretté collaborateur Foucart, nous ajoutions : « Ce fait de la diarrhée prodromique est d'une importance capitale et qui ne peut plus aujourd'hui échapper à personne. Si l'épidémie actuelle n'a pas fait de plus grands ravages à Londres, à Paris et dans certaines autres grandes villes, on peut, sans trop présumer, l'attribuer, en grande partie au moins, à ce que cette notion y a été plus répandue et plus généralisée dans ses applications que dans les épidémies précédentes. » (*Gazette des Hôpitaux*, 21 septembre 1854.)

Le rapport fait au nom du conseil de salubrité par M. le docteur Duchesne, en transformant ces propositions en chiffres, vient donner la sanction définitive de l'expérience au fait si important de l'existence d'une période prodromique ou prémonitoire du choléra et à l'utilité de la pratique des visites préventives qui en a été la conséquence. — Dr Brochin.

BIBLIOGRAPHIE.

De la santé des enfants, à propos de l'ouvrage de M. Brochard (1).

Principiis obsta.....

I.

Un journal décrivait récemment avec beaucoup d'exactitude les formes différentes que revêt la critique littéraire. Pour les ouvrages scientifiques, on préfère généralement *l'analyse*, c'est-à-dire une sorte de table des matières, accompagnée de réflexions indulgentes sur la mise en œuvre des matériaux du livre. C'est le procédé le plus commode et peut-être le plus convenable. Avouez qu'il est difficile de ménager la chèvre de la vérité et le chou de la confraternité. Faire passer les écrivains médicaux sous les fourches Caudines de la critique sévère est une tâche dont les périls ne peuvent être conjurés qu'à force de talent et de diplomatie. Un *reviewer* analyste n'a aucun déboire à redouter, aucune susceptibilité à froisser; mais voilà qu'on reproche à l'analyse d'être bien fastidieuse pour le lecteur, d'être une abdication du droit de libre examen, et finalement de momifier un livre sous les triples bandelettes de la banalité élogieuse.

Pour mon compte, je serais bien tenté de préférer la critique avec ses ardeurs belliqueuses, et même avec ses jugements passionnés. Du feu de la discussion jaillit la lumière, et alors, tant pis pour l'auteur ou pour le critique dont l'erreur apparaît. L'analyse hypnotise, la critique réveille et vivifie. Froids comme Minos et Rhadamanthe, les analystes vous traitent comme des morts, et ne sont bons qu'à jeter sur vos œuvres le blanc suaire des trépassés. Est-ce pour entrer dans la barque à Caron que vous avez remis au bureau ce droit de péage consistant en deux exemplaires ?

A Dieu ne plaise que je me pose en Aristarque! Je n'ai pas assez d'autorité pour remplir ce rôle vivifiant; mais, avant de faire une incursion toute fortuite sur le domaine de la bibliographie, je tenais à vous exprimer les griefs qu'on élève contre l'analyse, afin de me dispenser de suivre cette méthode.

Il y a un genre particulier dont on n'abuse guère céans et qui nous servira de *mezzo termine*, la *causerie*. Causons donc de l'ouvrage de M. Brochard.

II.

Ce petit volume est joli, bien imprimé, bien couvert de papier satiné. Lisez; son ramage ressemble à son plumage. Je veux dire qu'il est écrit avec une élégante simplicité.

Et pourtant, il vient de la province... L'auteur, autrefois médecin de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou, est aujourd'hui médecin des bains de mer de la Tremblade. M. Brochard est connu par diverses publications, notamment par un bon livre sur le *mode de propagation du choléra,* cité avec éloge dans le *Traité classique* de M. Grisolle.

Nous aimons à voir dans la lice scientifique nos confrères de province. Insoucieux du repos, ils se livrent aux méditations et aux recherches, après la fatigue de la journée, sous la lampe nocturne. L'étude, voilà leur délassement; les livres, voilà l'emploi de leurs économies; l'obscurité, voilà leur récompense. On dit autour d'eux : *Ce médecin ne sait que lire et écrire* (*sic*); mais l'amour désintéressé de la science les anime et les soutient; au besoin, la fable du *Renard et les raisins* les consolerait.

Le sujet que traite M. Brochard est d'une haute importance. Il s'agit de la santé des enfants et de la *régénération de l'espèce humaine* par une médication qui n'a pas encore été suffisamment étudiée, la *médication maritime.*

Une grande réaction paraît s'accomplir contre les agents pharmaceutiques : le succès croissant des eaux minérales, de l'hydrothérapie et des bains de mer atteste cette réaction. Le jour n'est peut-être pas éloigné où les clients atteints de maladies chroniques renverront dos à dos les homœopathes, les allopathes, et même les *neutres;* car il en est, ô merveille d'éclectisme! qui tiennent, selon les gens, le langage de la chauve-souris :

> Je suis oiseau, voyez mes ailes....
> Je suis souris, vivent les rats!
> Jupiter confonde les chats!

La *Médecine du bon sens* comprend autre chose que les *petits moyens* indiqués par le professeur Piorry : elle embrasse tous les modificateurs hygiéniques. Ainsi, prendre l'organisme aux premières périodes de son développement, le soumettre à des influences qui le fortifient et l'aguerrissent contre les causes de maladies *somatiques* et *cosmiques* (1), voilà certes une médecine bonne et sensée; voilà le but que se propose M. Brochard en cherchant à vulgariser la médication maritime.

III.

On voit tout de suite que ce livre a été écrit par un père de famille. Comme dans le beau *Traité d'hygiène* de M. Bouchut, on y remarque des pages pleines d'une chaleur communicative et empreintes

(1) *Des bains de mer chez les enfants*, par M. le docteur Brochard, médecin des bains de mer de la Tremblade, etc. J. B. Baillière, 1864.

(1) M. Monneret divise les causes en *somatiques* et *cosmiques.* Voyez le *Traité de pathologie générale*, chapitre *Etiologie.*

HOPITAL NECKER. — M. Bouley.

Observation de gangrène humide par oblitération artérielle et veineuse.

Par M. le docteur Constantin Paul.

La circulation une fois découverte, il semble que l'on eût dû se demander immédiatement ce qui pourrait arriver si cette circulation venait à ne plus se faire sur un point de l'économie, et cependant ce n'est que deux siècles et demi plus tard que cette question vient à l'ordre du jour, et elle est loin d'être épuisée.

La part que prennent les oblitérations vasculaires à la production de la gangrène n'est pas complétement définie, et en semblable incertitude les faits doivent décider. C'est pour cette raison que je viens apporter comme obole une observation de gangrène humide produite par une oblitération simultanée des veines et des artères.

Rhumatisme. — Affection organique du cœur. — Anasarque. — Gangrène de la jambe et du pied. — Pleurésie et apoplexie pulmonaire ultimes.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme âgée de trente-trois ans, bien réglée ordinairement et n'ayant jamais eu d'enfants. Depuis longtemps elle était concierge et habitait une loge humide où l'eau ruisselait le long des murs. Elle y contracta des douleurs rhumatismales, qui se montrèrent surtout au genou droit. Ces douleurs, qui s'exaspéraient aux changements de temps, au point de la faire boiter, ne l'ont cependant jamais forcée à prendre le lit.

Au mois de novembre 1863, sa santé s'altéra davantage; il survint des palpitations de cœur qui augmentèrent rapidement, rendirent la marche difficile pendant le jour, et, pendant la nuit, forçaient la malade à rester assise dans son lit. Cette orthopnée fut bientôt suivie d'enflure du ventre puis des jambes.

Voyant sa maladie s'aggraver, elle se décida, à la fin du mois, à entrer à l'Hôtel-Dieu. M. Monneret, à qui elle fut confiée, constata les faits précédents, et au bout de quelque temps de séjour, il l'envoya à la Maison de convalescence du Vésinet.

La malade eut ainsi une période de soulagement jusqu'au 1er juillet 1864; à cette époque, les palpitations revinrent aussi fortes qu'au début, amenant de nouveau la gêne de la marche et la dyspnée pendant la nuit.

Du 1er juillet au 1er août, la malade dut passer toutes ses nuits assise sur son lit. L'œdème du ventre et des jambes reparut, et il s'y ajouta de la diarrhée. Les choses en étaient là, quand, vers le 5 août, les jambes étant toujours enflées, la malade s'aperçut que celle du côté droit se refroidissait d'une manière sensible. Ce refroidissement, pendant deux ou trois jours, s'accompagna de douleurs atroces et d'une intensité croissante, malgré les frictions alcooliques et l'exposition à la chaleur solaire.

Trois jours après (8 août), le refroidissement augmentant toujours, les douleurs prirent un caractère tellement aigu, que la malade se mit à crier au secours, et qu'elle eut du délire tout le restant du jour.

Le jour suivant (9 août), on s'aperçut d'un changement de coloration de la peau à la partie inférieure de la jambe douloureuse. Depuis la moitié inférieure de la jambe jusqu'au bout du pied, on voyait une large bande rouge sur laquelle se montraient déjà de place en place des taches noires recouvertes de phlyctènes remplies de sérosité.

En résumé, cette femme avait contracté dans une habitation humide des douleurs articulaires de nature rhumatismale, puis une affection du cœur caractérisée par des palpitations, des étouffements, puis une hydropisie du ventre et des jambes, et enfin une gangrène de la jambe droite.

Le 18 août, cette femme entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bouley, salle Sainte-Eulalie, n° 3.

Le lendemain matin, à la visite, elle était assise sur son lit soutenue par des oreillers, et la jambe malade reposant sur un coussin. On était immédiatement frappé par la disproportion qui existait entre la partie supérieure du corps amaigrie et la partie inférieure œdématiée. Le ventre était énorme et les jambes très-distendues. La peau avait partout une teinte cyanique.

Le visage était pâle, et donnait l'idée d'une cachexie cardiaque avancée; il était en outre recouvert d'un masque comme celui des femmes enceintes, bien qu'elle n'eût jamais eu de conception. Les traits étaient tirés, les lèvres d'une couleur bleuâtre livide, et la face tout entière exprimait la souffrance.

Le cœur examiné d'abord ne parut pas, d'après la percussion, avoir un volume exagéré; le choc de la pointe se faisait à la place ordinaire, et la main appliquée sur la poitrine n'indiquait rien qu'une impulsion modérée. L'auscultation, au contraire, faisait reconnaître plusieurs bruits de souffle. On entendait un double bruit de souffle à la base et à la pointe; on en entendait encore deux autres distincts des premiers et séparés d'eux par un intervalle où l'on n'en entendait point. La malade se plaignait en outre de palpitations.

Le pouls artériel examiné à la radiale était assez fort et régulier. Il battait 66 fois par minute, sans intermittences.

Il n'y avait pas de reflux veineux au cou; mais il y avait sur les muqueuses, sur le dos des mains et sur les genoux une teinte cyanosée sombre, qui se répandait de là avec moins d'intensité sur tous les autres points du corps, et donnait l'idée d'une stase veineuse dans les capillaires.

Le ventre était très-développé, et il était facile d'y reconnaître par la percussion et par le choc une ascite considérable. Les parois abdominales étaient lisses, tendues, œdématiées.

Toutes ces conditions ne permettaient pas de délimiter rigoureusement le foie; tout ce qu'on pouvait savoir, c'est qu'il n'était pas douloureux à l'examen. Cet œdème des parois formait au niveau du pli de l'aine de gros bourrelets, qui se continuaient avec l'œdème des membres inférieurs.

Les membres inférieurs, comme il a été dit, étaient très-distendus par l'œdème, et la pression du doigt y laissait des dépressions profondes. La partie devenue la plus volumineuse était la jambe.

La jambe droite n'avait rien autre chose à noter; mais la jambe gauche était gangrenée à sa partie inférieure. Sur la face antérieure, il y avait une série de plaques d'un noir violacé se prolongeant sur la face dorsale du pied jusqu'aux orteils. Ces plaques étaient recouvertes de phlyctènes remplies de sérosité et n'avaient pas d'aréole rouge.

Le sphacèle couvrait ainsi toute la face dorsale du pied, s'arrêtant aux bords interne et externe, et tous les orteils étaient envahis, sauf le cinquième. La face plantaire du pied était saine. Cette gangrène était superficielle; car au gros orteil, où l'épiderme était soulevé en un point, on pouvait voir le derme sain, et de plus, dans toutes les parties malades, la peau était sensible aux excitations mécaniques, au simple contact, et la douleur y était perçue.

Le membre tout entier était refroidi. On ne sentait à la jambe aucune pulsation artérielle; mais en remontant le long de la cuisse et en comprimant avec une certaine force, on pouvait sentir les battements de l'artère fémorale à partir du point placé au niveau de l'anneau du troisième adducteur. Tout le membre était le siége de douleurs spontanées, intermittentes, très-vives, revenant par élancements.

L'appareil pulmonaire, examiné ensuite, n'indiqua rien à la percussion. L'auscultation ne fit entendre que des râles sibilants assez nombreux, avec quelques râles sous-crépitants à la base des deux poumons. Il n'y avait ni toux, ni expectoration. La respiration était facile, malgré l'état de l'abdomen, mais seulement un peu plus fréquente.

Les fonctions digestives se faisaient mal; depuis l'apparition de la gangrène, la malade n'avait mangé que quelques grains de raisin.

L'intelligence était nette, et les forces assez bien conservées pour sa position.

Le diagnostic ne fut pas douteux: on admit une affection organique du cœur de nature rhumatismale, avec altération des deux orifices du cœur gauche, et hydropisie et gangrène consécutives. L'abondance de l'ascite fit craindre une cirrhose; mais la gangrène, de nature humide, fit affirmer une oblitération artérielle et veineuse au-dessous du troisième adducteur.

Pendant le séjour à l'hôpital, depuis le 19 jusqu'au 23 août, l'état local resta à peu près le même; mais l'état général s'aggrava. Il survint de la fièvre, en même temps une accélération de la respiration, qui firent penser à une complication pulmonaire; mais pendant tout ce temps les recherches dirigées dans ce sens ne firent rien découvrir. Ce n'est que le 23 août que l'on fut fixé à cet égard. L'oppression était devenue considérable, et il y avait une véritable asphyxie.

Le côté droit était mat en arrière dans toute son étendue, et donnait à l'auscultation un souffle large. Il n'y a ni expectoration ni point de côté. Le pouls bat 100 fois par minute. On diagnostique une pleurésie.

Le 24, l'état pulmonaire a augmenté; outre les phénomènes survenus du côté droit, il y a depuis la veille au soir un point douloureux au côté gauche en arrière. Il y a en cet endroit des râles sous-crépitants, mais il n'y a pas de souffle; il y a en même temps une expectoration de sang pur. M. Bouley suppose un noyau d'apoplexie pulmonaire. Le côté droit présente les mêmes phénomènes que la veille. L'état général baisse visiblement. Rien de nouveau dans la lésion de la jambe, si ce n'est que l'ongle du gros orteil s'est détaché.

Le 25, la malade succombe autant par l'asphyxie que par débilité vitale.

Pendant tout le temps du séjour à l'hôpital, on a tenté un traitement palliatif. La partie gangrenée a été pansée avec de la poudre de quinquina, et le membre a été enveloppé dans des compresses imbibées d'une décoction de thym et de mélisse; ces moyens ont semblé apaiser un peu les douleurs.

Quant à l'état général, on a essayé de relever les forces par la médication tonique: vin de Bordeaux, vin de quinquina, bouillon et café.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

L'aspect extérieur est le même que pendant la vie. Le cadavre n'a point d'infiltration cadavérique; il n'y a d'œdème que là où l'on en a observé pendant la vie.

Le péricarde contient un peu de sérosité claire et citrine. Le cœur présente une hypertrophie concentrique marquée, surtout à gauche. Dans le ventricule gauche, on trouve des caillots formés après la mort, formés de couches stratifiées, suivant le sens de la pesanteur et formant deux parties distinctes: une supérieure, fibrineuse, et une inférieure, cruorique.

La valvule mitrale paraît saine, mais les fibres tendineuses et les colonnes charnues de premier ordre ont subi une dégénérescence fibrineuse ou graisseuse. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont insuffisantes. Les valvules sont indurées, et leur bord libre est rétracté et présente le même travail régressif que les fibres tendineuses du ventricule.

L'aorte ne contient pas de caillots, mais la crosse est pavée de plaques athéromateuses et calcaires.

Le cœur droit renferme aussi des caillots semblables à ceux du cœur gauche.

La valvule tricuspide et les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire ne sont pas altérées.

On procède ensuite à l'examen des vaisseaux. On met à nu les artères et les veines du membre inférieur, depuis la bifurcation de l'artère iliaque primitive dans le bassin jusqu'au bout du pied.

L'artère crurale, examinée la première, est vide depuis son origine jusqu'à son passage à l'anneau du troisième adducteur. C'est à partir de ce point, où commence l'artère poplitée, qu'on trouve l'oblitération supposée pendant la vie.

L'artère poplitée est entièrement oblitérée dans tout son trajet par un caillot. Ce caillot est d'abord cruorique, mou et noir dans une étendue de 2 à 3 centimètres; puis il se décolore et devient fibrineux.

Dans cette seconde portion, qui forme sa plus grande partie, le caillot est résistant à sa périphérie et mou au centre, si bien qu'en divisant l'artère dans sa longueur, on tombe dans une sorte de cavité formée par une bouillie grisâtre, et que les parois de l'artère sont couvertes par une substance fibrineuse élastique qui adhère fortement. Les parois de l'artère sont décolorées comme le caillot. Ce caillot se prolonge en outre dans les deux branches de l'artère poplitée, la tibiale antérieure et la postérieure; mais il ne s'y comporte pas de même. Le caillot de l'artère tibiale postérieure a le même aspect que celui de l'artère poplitée; mais il ne se prolonge que dans une étendue de 2 centimètres. Le caillot de l'artère tibiale antérieure a au contraire une étendue de 10 centimètres; mais il est cruorique et n'adhère pas à la paroi interne de l'artère. Cette paroi, colorée en rouge par l'injection des vasa-vasorum, ne perd sa couleur ni par la pression, ni par le lavage, ni par le frottement. Plus bas les artères sont saines.

Les veines du membre inférieur sont toutes oblitérées, tant les veines superficielles que les veines profondes, et cela depuis le pied jusqu'à l'arcade crurale. Enfin, pour terminer, les veines et les artères adhèrent entre elles et à la gaîne.

L'artère pulmonaire, poursuivie jusque dans ses ramifications de troisième ordre, ne présente que des caillots formés après la mort. Ils sont stratifiés comme ceux du cœur et sans adhérences.

L'appareil pulmonaire, présente aussi ses altérations. La cavité pleurale du côté droit est remplie et distendue par une sérosité séro-sanguinolente.

---

du plus vif amour pour les jeunes et frêles créatures. Je voudrais que les pères et les mères eussent ces deux livres dans leur bibliothèque, et de temps en temps se missent à en méditer quelques chapitres. Ils donneraient à l'éducation de leurs enfants une direction différente de celle qui est généralement adoptée, et préviendraient beaucoup de déceptions, de mécomptes et de malheurs.

Vous vous rappelez l'histoire touchante de l'enfant d'Octavie, ce futur Marcellus chanté par Virgile (1), et qui était déjà l'espoir de Rome impériale, vous savez comment le rêve s'évanouit. Dans une plus modeste sphère et dans toutes les positions sociales, quel est le père qui n'a pas caressé d'orgueilleuses espérances en pressant sur son cœur une jeune tête! Il cherche à réaliser à sa manière l'horoscope virgilien: « Oui, cher enfant, tu seras Marcellus. D'abord, tu seras riche: c'est pour toi que je thésaurise, car la fortune donne l'indépendance et met sur le chemin des honneurs; tu seras instruit, car la fortune peut passer, et l'instruction est la poule aux œufs d'or. » On oublie trop souvent que la réalisation du rêve est subordonnée à une condition qui domine tout, à la santé; on oublie ces paroles du divin vieillard: La santé est le plus grand des biens, un bien qui peut remplacer tous les autres, et qu'aucun autre ne saurait remplacer.

Occupez-vous d'abord du développement physique de votre enfant. Ne le courbez pas trop tôt sur les livres des autres. Si le corps languit et s'énerve par une trop grande contention d'esprit, l'intelligence s'abâtardit en se mouvant prématurément et constamment dans le cercle des idées d'autrui. Laissez votre élève grandir en force physique par l'exercice corporel, et en force intellectuelle par l'exercice spontané de la faculté de penser. Un jour viendra où les idées abonderont chez lui, et si les mots ne veulent pas suivre, eh bien, il les *traînera*, selon l'expression du vieux Montaigne.

Heureux les enfants élevés d'après ces principes! La santé de l'esprit et du corps les rendra bons et beaux; l'existence sera vraiment un don qu'ils auront reçu, et non un fardeau à porter, un calvaire à gravir. Arrivés à l'âge où l'homme remplit une tâche quelconque, ils seront au niveau des exigences que la profession impose, et des charges sociales que la fortune et la noblesse elles-mêmes rendent obligatoires. Au lieu de se traîner *de thermopole en thermopole*, comme dit Gil Blas, sans trouver la fin de leurs souffrances, ils jouiront d'une santé florissante, gage de bonheur pour eux-mêmes, de sécurité pour leur famille, et de services futurs pour leurs pays.

IV.

Aux Etats-Unis, on avait institué naguère des concours d'enfants où la constitution la plus vigoureuse remportait le prix. Malheureusement, ce pays est ensanglanté aujourd'hui par la guerre civile, et l'art de détruire a fait négliger l'art d'améliorer l'espèce humaine. L'Europe légère se moqua de ces concours: l'Anglais fit des caricatures; le Français, *né malin*, fit des vaudevilles; mais une question de cette importance n'est point justiciable du crayon plus ou moins spirituel d'un dessinateur, ni des airs plus ou moins gais d'un chansonnier.

Dégageons l'idée sérieuse que renfermait l'institution du concours des enfants américains; la santé des enfants a pour principal facteur l'obéissance aux *lois organiques du mariage* (1) et aux lois hygiéniques de la première enfance relatives à l'allaitement, au régime, etc.

Toute loi a sa sanction dans la peine ou la récompense. Ici la sanction rémunératrice consiste dans le juste orgueil de la famille, dans l'admiration publique, et surtout dans le plus bel avenir réservé à l'enfant.

Au contraire, si les lois de puériculture ont été violées, le châtiment est inévitable: il est dur pour la famille, plus dur encore pour les enfants, car le malheur veut que ces victimes innocentes aient la plus grande part dans la sanction pénale des lois de puériculture.

Principiis obsta..., dit le poëte latin. Vrai pour les maladies aiguës, ce précepte a la même importance au début des maladies chroniques, et en particulier de ces états généraux de l'économie que l'on a désignés sous les noms vagues de *faiblesse constitutionnelle*, *diathèse lymphatique*, etc.

M. Brochard insiste beaucoup sur l'influence néfaste du lymphatisme; il dit quelque part: *Le lymphatisme est le ver rongeur de la société*. Il serait puéril de chicaner notre confrère sur cette expression figurée: disons seulement qu'elle rappelle l'ouvrage d'un savant ecclésiastique, et que si la société périt, ce ne sera pas faute de connaître les différents vers qui la rongent.

N'oublions pas qu'il y a chez tous les enfants un lymphatisme *physiologique*, bien indiqué par Hufeland: « Dans l'enfance, la nutrition » est prééminente; de là l'importance des fonctions digestives et » assimilatrices, mais surtout du système lymphatique et glandulaire; » de là aussi la grande disposition aux maladies de ces fonctions et » de ce système (1). »

(1) ..... qua si fata aspera rumpas,
Tu Marcellus eris. (*Æneidos*, lib. VI.)

(1) Pour *les lois organiques du mariage*, voyez Bouchut, *Hygiène de la première enfance*, livre II.

(1) Hufeland, *Manuel de médecine pratique*, traduit par Jourdan, p. 554.

Le poumon droit, refoulé en haut, réduit à la grosseur du poing, a cet aspect que l'on connaît sous le nom d'état fœtal.

La plèvre du côté gauche ne contient pas de liquide. Le poumon gauche a son volume normal; il est sain dans sa partie supérieure; son lobe inférieur est envahi tout entier par une apoplexie qui s'est infiltrée dans le tissu conjonctif interstitiel sans avoir produit de rupture. L'aspect de cette apoplexie à la coupe faisait d'abord croire à un foyer, mais en malaxant la pièce sous l'eau, on a eu la preuve la plus évidente qu'il s'agissait seulement d'une infiltration, et l'on a retrouvé sa structure pulmonaire sans aucune rupture.

Le diaphragme du côté droit tient par d'anciennes adhérences au oie d'une part et à la plèvre de l'autre.

Le foie a son volume et sa coloration normales, mais la surface présente des bosselures, et à la coupe on y trouve l'aspect granuleux d'une cirrhose avancée. La cavité abdominale est remplie de sérosité; une fois ce liquide écoulé, on retrouve les traces d'une ancienne péritonite représentées par d'innombrables adhérences fibreuses.

Les reins ont leur volume normal, mais à la coupe on trouve une atrophie de la substance corticale. La rate ne présente pas d'altération.

Enfin l'eschare de la jambe n'est que superficielle; la partie supérieure du derme était seule atteinte avec l'épiderme.

En résumé, l'autopsie est venue confirmer le diagnostic et nous a montré la série suivante d'altérations: affection organique du cœur avec insuffisance des deux orifices du cœur gauche, cirrhose et atrophie de la substance corticale des reins. Ascite et œdème des membres inférieurs, oblitération de l'artère poplitée et des veines du membre inférieur. Gangrène humide superficielle de la jambe et du pied, et comme phénomènes ultimes, pleurésie à droite et apoplexie pulmonaire par infiltration à gauche.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LEFORT, suppléant.

Fistule du larynx. — Suture. — Guérison.

H... (François), âgé de cinquante-trois ans, jardinier, est entré à l'hôpital de la Charité, le 24 février 1864.

En 1850, ce malade vit se développer sans causes connues, sur la partie antérieure du cou, un abcès qui s'ouvrit spontanément et s'oblitéra peu après.

En 1851, un nouvel abcès se forma et suivit la même marche, sans amener, non plus que le précédent, aucune altération de la voix ou de la respiration.

En 1852, survint un troisième abcès, qui cette fois amena une fistule du larynx. Le malade continua son travail en bouchant sa pustule avec de la charpie; jamais il ne se montra d'emphysème, et il ne sortait par la plaie que des mucosités et du pus. Entré à l'hôpital Lariboisière en 1862, on se borna, pour combattre la toux, à lui donner de l'huile de foie de morue.

La fistule siége au-dessous du cartilage thyroïde, dans l'espace thyro-cricoïdien; elle présente un orifice en entonnoir d'un centimètre de diamètre; ses bords sont rouges, amincis; la peau, réduite à une cicatrice, adhère fortement au cartilage cricoïde; en haut, elle a conservé son épaisseur et jouit d'une certaine mobilité au niveau du cartilage thyroïde. Des mucosités purulentes sortent par l'orifice fistuleux, dans lequel on peut engager l'extrémité mousse d'un gros crayon et même le bout du petit doigt. Depuis que l'air passe par cet orifice anormal, le malade est sujet à une toux fréquente, accompagnée d'une abondante expectoration, et l'amaigrissement a augmenté.

La voix est rauque, et pour pouvoir parler facilement, le malade est obligé de mettre le doigt sur l'ouverture de sa fistule. La libre issue de l'air, que ne peut plus retenir la glotte pendant l'effort, puisque la fistule siége au-dessous du cartilage thyroïde, empêche le malade de se livrer fructueusement à son travail. Il peut serrer avec quelque force la main qu'on lui présente; mais pour tous les mouvements qui exigent l'effort proprement dit, il est presque sans force; il ne peut lever une chaise un peu lourde, ce qu'il fait facilement si on oblitère artificiellement l'ouverture sous-glottique anormale.

Les instances du malade, qui ne peut plus se livrer pour vivre à son métier de jardinier, lequel exige des efforts musculaires fréquents, le fâcheux effet de l'ouverture anormale sur l'état des organes respiratoires, nous engagent à chercher par une opération la guérison de cette infirmité, grave par ses conséquences.

Le rétrécissement consécutif du larynx, présenté comme constant par Vidal (de Cassis), d'après les faits de M. Raynaud (de Toulon), n'existait pas chez notre malade.

La largeur assez grande de la fistule et sa situation m'éloignaient de l'idée de recourir au procédé de M. Velpeau. Je ne pouvais songer à décoller les bords de l'ouverture, du moins sur un des côtés de la circonférence, et à faire ainsi de l'autoplastie par déplacement, car c'eût été m'exposer presque avec certitude à un emphysème. Le procédé de Jules Roux, malgré la création d'un canal de dérivation temporaire, ne me semblait pas à l'abri des mêmes reproches, et il me paraissait de plus d'une efficacité douteuse pour une large fistule. Je crus préférable de tenter l'adossement et la réunion de deux lambeaux de peau, non par leur face profonde, mais par leur face externe.

Le 17 août, j'eus recours au procédé suivant: j'enlevai d'abord la couche *la plus superficielle* de la muqueuse de nouvelle formation qui tapissait l'entonnoir fistuleux; puis deux incisions courbes furent faites au-dessous et au-dessus des bords de la fistule, mais de manière à n'intéresser que *les couches les plus superficielles du derme, sans l'entamer dans toute sa profondeur*. Avec les mêmes précautions j'enlevai les lambeaux semi-elliptiques compris entre l'incision et les bords de la fistule, et j'eus ainsi une surface elliptique avivée tout autour de l'orifice: il me suffisait dès lors d'attirer en bas la peau mobile sur le cartilage thyroïde et de la mettre en contact avec la surface cruentée inférieure, en la refoulant en partie dans l'intérieur de l'entonnoir fistuleux.

Cette dernière précaution était indispensable, car sans cette oblitération et en admettant même comme réalisée la réunion des téguments, il serait resté profondément un cul-de-sac ouvert du côté de la trachée et dans lequel les mucosités en s'accumulant auraient pu amener la formation d'un abcès et la reproduction de la maladie.

A cet effet, les fils métalliques servant à la suture ont été placés de la manière suivante: l'aiguille introduite inférieurement à 2 millimètres du bord de la plaie, ressort le plus près possible du cartilage, mais elle ne rentre dans le lambeau supérieur qu'à une certaine distance du bord de l'entonnoir. En serrant les fils, une partie de la surface du derme mis à nu est repoussée dans la fistule également avivée et la remplit.

Six points de suture me permettent l'occlusion parfaite de la plaie.

Le sixième jour les fils sont enlevés; mais le fil le plus central, ne comprenant dans son anse que le tissu mince de la cicatrice qui formait le bord inférieur de l'orifice, a cédé, et il reste une petite fistule admettant seulement un stylet de trousse et dont quelques cautérisations au nitrate d'argent ont amené facilement la cicatrisation. Aujourd'hui celle-ci est complète depuis quelque temps et le malade a retrouvé les forces que lui faisait perdre l'existence d'une fistule sous-glottique.

EMPLOI DE LA TÉRÉBENTHINE

dans la pourriture d'hôpital.

Le docteur Hacchenberg, de l'armée fédérale, écrit, à propos de l'emploi de la térébenthine dans la pourriture d'hôpital, que son expérience sur les nombreuses plaies qu'il a eu à traiter a dépassé toutes ses espérances. Elle doit être employée en même temps que les toniques en vogue, et appliquée sur la plaie toutes les trois heures; et lorsqu'il y a des ouvertures fistuleuses partant de la plaie ou communiquant avec elle, on nettoie d'abord la plaie avec de l'eau chaude, on la lave avec un désinfectant quelconque et on y injecte soigneusement de la térébenthine.

Dans l'application de ce remède, alors même qu'on en applique beaucoup sur la plaie, il ne se produit point ou presque pas de douleurs. La seule précaution nécessaire est de tenir la térébenthine dans les limites de la plaie, sans l'étendre sur la peau adjacente. Autrement, et surtout à l'abri de l'air, ces applications produisent de la douleur, un peu d'érythème, et pourraient amener de la vésication.

Quand on a pendant quelques jours employé la térébenthine, on voit changer les caractères de la plaie: les détritus gangréneux tombent; le pus devient louable; le fond de la plaie devient net et se recouvre de bourgeons charnus.

Eu même temps l'état général s'amende, la fièvre se calme et tombe bientôt. L'appétit revient, la douleur disparaît; le malade dort, et sa figure reprend son expression et son animation habituelles.

Les principales propriétés thérapeutiques de l'essence de térébenthine qui la rendent si précieuse dans le traitement de la pourriture d'hôpital sont: *premièrement*, d'être un dissolvant prompt des détritus de tissu adipeux ulcéré; *deuxièmement*, il a des effets locaux stimulants et sédatifs; *troisièmement*, il est antiseptique et styptique; *quatrièmement*, il n'est jamais escharotique dans ses effets: il ne produirait pas d'eschare immédiate, chimique, comme feraient le bromure, l'acide nitrique et quelques autres remèdes, qui malheureusement arrêtent trop souvent et vicient la sécrétion de la plaie.

(*British med. Journal* et *Dublin medical Presse*.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 octobre 1864. — Présidence de M. MORIN.

Sur la fabrication des abat-jour peints en vert par les préparations arsenicales de Scheele et de Schweinfurt. — M. P. PIETRA-SANTA donne lecture sous ce titre d'un mémoire dans lequel il expose les résultats d'une nouvelle période d'observation de six années sur ce sujet.

Dans sa première communication, l'auteur admettait l'existence d'une affection professionnelle; il caractérisait ses manifestations, circonscrivait son action (accidents locaux), reconnaissait le peu de gravité des phénomènes, établissait la prophylaxie (propreté, bains, division du travail), et signalait un traitement spécifique (eau salée et calomel à la vapeur).

Les observations qu'il a recueillies aux Madelonnettes, pendant cette nouvelle période de six années, confirment ses précédentes conclusions. Jamais, dit-il, un seul détenu de l'atelier n'a été reçu à l'infirmerie pour des symptômes d'intoxication arsenicale. Les accidents (érythèmes, ulcérations, plaques muqueuses) ont toujours été locaux, présentant peu de gravité, promptement modifiables par le traitement spécifique.

Toutes les fois que par des circonstances inhérentes aux changements de surveillants, d'internes, de contre-maîtres, l'on s'est départi des règles que j'avais établies, on a constaté des recrudescences d'accidents qui n'ont été maîtrisés que par le retour aux saines pratiques.

Il est d'autant plus nécessaire de vulgariser ces sages notions d'hygiène industrielle, que dernièrement encore des ateliers d'abat-jour ont été supprimés dans une maison centrale, sur le rapport du médecin, qui redoutait des accidents d'intoxication arsenicale.

Je n'insisterai pas, ajoute l'auteur, sur l'importance de nos mesures prophylactiques (propreté des mains et du corps par de fréquentes ablutions et par les bains généraux, division du travail, ou pour mieux dire changement d'une même occupation toutes les semaines). En réfléchissant à notre traitement, on se persuade que l'action de l'eau salée et de la poudre de calomel, en contact avec les parties malades, se manifeste nécessairement par la production d'un deuto-chlorure de mercure à l'état naissant.

Voici les deux principales conclusions de ce nouveau travail:

1° Dans la fabrication des abat-jour, il a été jusqu'ici difficile de substituer aux verts arsenicaux de Schweinfurt des substances donnant les belles nuances de vert que recherchent l'industrie et le commerce.

2° Jusqu'à nouvel ordre, il est nécessaire de proclamer d'une part l'utilité d'une prophylaxie basée sur la propreté, les bains, la division du travail, d'autre part l'efficacité d'un traitement pour ainsi dir spécifique (eau salée et calomel) que recommandent huit années d'observations et de succès dans la prison des Madelonnettes.

La facilité de son application permet en outre de respecter les sages principes de la liberté industrielle. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

Observation de sommeil léthargique à longue période, et nouvelles applications zoologiques de la théorie du sommeil. — M. BLANDET lit l'extrait suivant:

Il m'a été donné d'observer trois fois sur le même sujet le sommeil à longue période. Mme X..., grande et belle femme de vingt-quatre ans, a dormi quarante jours à dix-huit ans, et cinquante jours à vingt ans, après son mariage en 1858; l'épousée eut donc une triste lune de miel, et pendant cinquante jours elle garda

---

Le même praticien fait observer que l'enfant supporte moins que l'adulte la privation de nourriture, *et surtout celle de la nourriture aérienne* (1); il recommande les *lotions des pieds à la tête avec l'eau froide* pour endurcir le corps et le mettre à l'abri des affections nerveuses, catarrhales et rhumatismales, l'aération de l'habitation, et surtout de la chambre à coucher, l'exercice au grand air, tous les jours, etc.

Nous nous rappelions ces préceptes du sage Hufeland en lisant l'ouvrage de M. Brochard. Notre confrère semble s'être inspiré de ces sages conseils, quoiqu'il n'ait point cité Hufeland, à notre grand regret.

Il faut le dire, la question neuve et encore pendante est de savoir la valeur relative de la médication maritime, et de l'hydrothérapie combinée avec l'exercice, l'aération, etc. Faut-il attribuer à la *pélagothérapie* (pardon de ce néologisme) l'influence bien distincte et si importante que lui attribue M. Brochard? Lisez les arguments sur lesquels il s'appuie de concert avec M. Bertillon; mais lisez aussi l'article AIR MARIN, par M. Jules Rochard (2). Sur le bord de la mer, les enfants respireraient *continuellement* l'air salé, selon le médecin de la Tremblade. M. Jules Rochard dit que les conditions de pulvérisation de l'eau de mer sont tout à fait éventuelles, ne se réalisent que lorsque le vent souffle avec force, et ne s'observent qu'à une petite distance de la surface de l'eau. « On en a beaucoup exagéré l'importance au » profit de certaines théories, ajoute M. J. Rochard. Quant aux va- » peurs bienfaisantes, aux principes balsamiques dont quelques en- » thousiastes ont cru devoir gratifier l'air marin, la science positive » en a fait justice, et il est inutile de les exhumer. »

Plus loin, page 482: « Quant aux senteurs balsamiques des plantes » marines, à l'âpre odeur des varechs, aux émanations de l'iode et » du brôme qu'ils renferment, nous avons trop insisté sur la néces- » sité de n'accepter que les faits démontrés pour nous arrêter à en » discuter la valeur. »

M. le docteur Brochard est peut-être bien un des enthousiastes dont parle le chirurgien de la marine. Cependant les doutes ne sauraient prévaloir contre l'autorité des faits; or, il y a des faits qui plaident en faveur de la pélagothérapie. Une page m'a particulièrement frappé dans le livre de M. Brochard: elle se rapporte aux essais tentés par l'Administration de l'assistance publique à l'hôpital de Berck (Pas-de-Calais). Selon M. l'inspecteur Blondel, des médecins de Paris ont constaté les résultats les plus satisfaisants chez les enfants scrofuleux soumis à l'influence complexe des bains de mer, d'une bonne nourriture, de l'exercice, et surtout d'un *séjour prolong* sur le littoral maritime. M. Perrochaud, médecin de l'hôpital de Berck, a vu des adénites se résoudre, des ulcères scrofuleux se cicatriser en quelques semaines, sans le concours d'aucune autre médication. Il est permis de conclure, avec le médecin des bains de mer de la Tremblade, que si l'Administration obtient de tels résultats sur une plage froide de la Manche, les résultats seraient bien plus satisfaisants encore sur l'Océan et dans des conditions climatériques mieux appropriées au traitement de la scrofule.

V.

Dans cette nouvelle publication qui lui a coûté sans doute un long travail et de patientes recherches, M. Brochard a fait preuve de connaissances très-étendues en physique, chimie, cosmographie, etc. On remarquera des considérations intéressantes sur la météorologie comparée de quelques plages de la France. Notre confrère avait depuis longtemps appelé l'attention sur la plage de la Tremblade. Nous savons que ses efforts persévérants n'ont pas été infructueux. Les départements du Centre et de l'Ouest envoient déjà leurs enfants débiles à la station océanique dont M. Brochard a fait valoir les avantages.

Nous ne pensons pas que notre confrère regarde sa tâche comme terminée par la publication actuelle. Il faudrait prouver, par des faits longuement et attentivement recueillis, la supériorité de la pélagothérapie sur l'hydrothérapie. *Hoc opus, hic labor.* Il faudrait nettement tracer les indications et les contre-indications des bains de mer: un travail d'ensemble sur ce sujet est encore à faire. On ne montre un programme qu'aux hommes que l'on juge capables de le remplir. M. Brochard me permettra donc de lui signaler ce *desideratum* et de l'engager à recueillir les éléments d'un nouveau livre, complément nécessaire de celui-ci, et exclusivement consacré à la *clinique pélagothérapique*. Nous serons heureux de revoir le médecin de la Tremblade dans la phalange des consciencieux observateurs, et de saluer de nouveau un confrère dévoué à la science, un écrivain formé à la grande école des maîtres dans l'art de bien penser et de bien dire.

Dr LEGROS.

(1) *Idem, ibidem*, p. 558.

(2) *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1864, t. I, 2e partie, p. 479.

---

l'immobilité, l'insensibilité, l'abstinence et une contracture générale telle que je fus contraint de dévisser une incisive à pivot pour introduire quelques cuillerées de lait et de bouillon, ses seuls aliments. Enfin, quatre ans après, le jour de Pâques 1862, on la trouva endormie le matin, et elle ne se réveilla plus que le printemps suivant, en mars 1863 : je me trompe, ce sommeil d'un an fut interrompu une fois; le huitième jour du début, Mme X... se réveilla, descendit chez ses parents, se mit à table, mangea, et retomba définitivement endormie sur sa chaise.

C'était un singulier et profond sommeil; je ne le nomme pas *catalepsie*, mot vide de sens, et sous le mot *maladie mal définie*, souvent simple imposture.

Mes honorables confrères, MM. Ségalas, Duméril, Darsonville, Puel, etc., pourraient attester la vérité de mon observation. Pendant une année entière, Mme X... renouvela sous mes yeux la léthargie offerte par deux autres jeunes femmes, Mac Leod et Louise Durand; c'est-à-dire la vie animale nulle, la vie organique bonne, mais réduite au minimum : pouls lent, respiration presque insensible, évacuations nulles, chairs belles et fraîches, embonpoint même, mais insensibilité absolue et contracture générale. Une deuxième fois, l'incisive fut dévissée, ne pouvant vaincre la contraction des mâchoires; sur Louise Durand, une dent fut arrachée pour le même fait, et les membres inférieurs furent mis dans un appareil à fracture pour maintenir leur rectitude et empêcher leur ankylose.

Tous les excitants ont été employés au début pour réveiller cette personne : internes, externes, l'exercice forcé, la déambulation forcée, le dur cahotage d'une charrette, etc., tout fut inutile. A ces soins incessants, le bon père de cette honorable famille gagna un cancer du pylore, qui l'emporta en quelques mois; sa petite fille chérie ne le trouva plus à son reveil; sa mère, qui veillait pour elle, contracta aussi, mais au sein, l'affection cancéreuse : je l'opérai, et elle guérit avant le réveil de sa fille.

Mieux instruit aujourd'hui sur ce sommeil, je me garderais bien de le troubler, de combattre son influence salutaire; car, dans les deux premiers accès, il avait été la terminaison heureuse d'un délire général antérieur, et, dans le dernier, celle d'une gastrite des plus aiguës, des plus intenses, et qui l'avait précédé un mois durant. Qu'est-ce donc que le sommeil pour avoir de telles immunités, pour maintenir la fraîcheur, l'embonpoint pendant un jeûne d'un an, pour juger et guérir de graves maladies? Le sommeil est donc le principe conservateur, la dyamique même de la vie?

Il y a trois sortes de sommeil : diurne, annuel, et métamorphique ou chrysalidaire.... La seconde forme du sommeil coïncide non plus avec la révolution diurne, mais avec la révolution annuelle du globe; c'est le sommeil d'hiver. L'hibernage n'est pas non plus le fait d'une cause isolée locale : absence des carotides internes ou du cœcum, grandeur du thymus ou du cœur, incoagulabilité du sang, albuminosité de la bile, anémie, hyperhémie, etc. Ce n'est pas le froid qui le produit, car l'hibernant s'endort à 15 degrés centigrades pour se réveiller à 8 degrés. Ce n'est pas le manque d'aliment, car l'aliment abonde en automne et est rare au printemps; l'hibernant s'endort à côté de l'aliment dans des chambres chauffées, sous l'éclat de la lumière. L'hiver paraît bien être la cause occasionnelle de l'hibernage, le mot l'indique; mais pourquoi ceux-ci et non pas ceux-là dorment-ils? pourquoi les plus frileux veillent-ils, quand les mieux fourrés, l'ours, la marmotte, dorment? pourquoi certains campagnols et non le campagnol des neiges? Si la nature endort l'animal pour le préserver du froid, pourquoi limiter ce sommeil à quelques rongeurs? Ils n'en ont nul besoin ces animaux des hautes montagnes, des stations rigoureuses. L'hibernage n'a plus même sa raison d'être dans nos climats tempérés où il a dégénéré dans ses modes affaiblis, dans la mue, dans l'émigration. Il ne préserve de rien, il ne sauvegarde rien, et cependant le fait existe. C'est que l'hibernage est un reste, un écho d'un phénomène ancien et général, et qui a dû nécessairement se produire dans ces durs hivers d'une époque éloignée où l'animalité aurait succombé sans cette torpeur salutaire où l'a plongée le principe de la vie. L'hibernage présent n'est plus qu'un effet de l'habitude et de la périodicité annuelle : il s'est confiné dans certaines espèces septentrionales, et finira par s'éteindre et disparaître. Telle est la thèse que j'aurais soutenue devant l'Académie si j'avais eu l'honneur de concourir pour le prix proposé en 1845 sur la cause première de l'hibernage. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau et Rayer.)

Éducation des sourds-muets. — M. AUG. HOUDIN, qui en 1855 appelait l'attention de l'Académie sur les succès qu'il avait obtenus dans l'enseignement des sourds-muets en substituant aux méthodes ordinaires basées sur la mimique et l'écriture un procédé direct, annonçait dès lors que la plupart de ces infortunés pouvaient acquérir directement la faculté de lire et de parler très-intelligiblement. Aujourd'hui, après dix années nouvelles d'expériences, il en est venu à considérer un pareil succès non plus comme un cas fréquent, mais comme le cas général. C'est ce qu'il exprime dans les termes suivants :

« Tout sourd-muet dont l'intelligence, la vue, les nerfs sensitifs et l'appareil vocal sont intacts peut, si ancienne, si profonde et si incurable que soit sa surdité, acquérir par les sensations visuelles et tactiles la fonction et la faculté de la parole articulée, et la faculté de lire sur les lèvres la parole des autres.

» Tout sourd-muet placé dans ces conditions peut, par la parole et la lecture sur les lèvres, entrer en communication avec la société et acquérir avec le temps la même instruction que les autres hommes. »

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Liste par ordre de mérite des élèves admis en 1864 à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg.

1 Renoult (Alexis-Marie-Adolphe-Eugène), 2 Lavat (Jean-Joseph-Antonin), 3 Dornier (Pierre-Virgile-Alexandre), 4 Courbassier (Emile-Albert), 5 Aron (Isidore), 6 Guérard de la Quesnerie (Willéalme), 7 Passot (Auguste-Pierre-Marie-Emile), 8 Denis (Arthur-Adrien), 9 Geay (Edmond-Alexandre-Vincent-Antoine), 10 Nicol (Joseph-Delphin), 11 Mossier (François), 12 Ducournau (Jean-François), 13 Emmerique (Jules-Justin), 14 Davignon (Joseph-Justin), 15 Millet (Emile-Jules), 16 Poignon (Gustave-Nicolas), 17 Cottel (Nicolas-Auguste), 18 Billet (Pierre-Charles-Louis), 19 Pierrot (François-Achille-Auguste), 20 Aubry (Abel-Louis-Jules-Marie).

21 Chibret (Jean-Baptiste-Paul-Louis), 22 Fournier (Abraham-Gaëtan), 23 Bois (Prosper-Désiré), 24 Dutheil (Jean-Joseph-Xavier-Victor), 25 Caillet (Casimir-Joseph-Marie), 26 Le Gad (Auguste-Jean-Marie-Denis), 27 Benoît (Charles-Paul-Bonaventure), 28 Tourrié (Gustave), 29 Bonnefin (Jacques), 30 Wittmann (Auguste-Léon), 31 Ménard (Hector-Delphine-Sainte-Marie-Eugène), 32 Treille (Marie-Alcide), 33 Flamarion (Edouard-Alfred), 34 Grandjean (Charles-Désiré), 35 Lelorrain (Victor-Edouard), 36 Charier (Joseph-Léon), 37 Péborde (Jean-Titon-Eudoxe-Raoul), 38 Linon (Léon-Jacques-Isidore), 39 Lippmann (Edmond), 40 Letourneau (Charles).

41 Ocana (Jean-Baptiste), 42 Hellaine (Edmond-Marc-Marie), 43 Bertrand (Louis-Ferdinand), 44 Creissel (François-Adolphe), 45 Annesley (François-Henri-Arthur), 46 Riegert (Albert), 47 Doumairon (Eugène-Arthur), 48 Magdelaine (Léon-Charles), 49 Delacroix (Stéphane-Alphonse), 50 Blanchet (Léon), 51 Cheurlot (Eugène-Eloi), 52 Lahrot (Victor-Louis), 53 André (Jean-Jules), 54 Bodros (Alexandre-Pierre-François-Marie), 55 Rigaud (Louis-Alexis-Sahin-Henri), 56 Billet (Jacques-Victor), 57 Lecuyer (Louis-Henri), 58 Catteau (Philippe-Julien), 59 Maire (Alphonse-Désiré), 60 Delaurier (Melchior-Albert).

61 Vidal (Jean-Jacques-Paul-Louis), 62 Gentil (Joseph-Paul-Henri), 63 Beauregard (Jacques-François-Amable), 64 Raynaud (Guillaume-Bertrand-Louis-Camille), 65 Dubarry (Firmin-André), 66 Aubry (Henri-François-Benjamin), 67 Renaud (Vincent-Alfred), 68 Laffitte (Jean-Pierre-Joseph), 69 Plaisant (Ernest-Augustin), 70 Jourdan (Louis-Joseph-Philippe), 71 Robinet (Claude-Anatole), 72 Salvetat (Jacques-Adrien), 73 Baudemont-Baratte (Pierre-Paul-Alfred), 74 Perrichot (Mathurin-Joseph-Marie), 75 Ringeisen (Eugène), 76 Bonnier (Jean), 77 Johez (Emile-Alexandre).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 5 octobre 1864, ont été nommés présidents des sociétés de secours mutuels :

Des médecins du département, à Reims (Marne), M. Hannequin, médecin des hospices.

De la commune de Brigueil-le-Chantre (Vienne), M. le docteur Aubrun, adjoint au maire.

— Par arrêté ministériel du 12 octobre 1864, les agrégés en activité de service, dont les noms suivent : MM. Kirschleger (1re section); Strohl (2e section), Wieger (3e section), Bach et Held (4e section), sont maintenus dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Strasbourg, jusqu'au 1er novembre 1865.

— M. le docteur Ph. Kuhn, qui avait été chargé d'une mission à Morzines, vient d'être nommé médecin-adjoint de l'Asile public d'aliénés de Pau.

— Les *Archives de médecine navale* pour octobre 1864 (no 10) contiennent les mémoires originaux suivants :

I. Contributions à la géographie médicale (4e article).

M. Le Roy (de Méricourt) étudie dans ce travail le Pérou du nord, la république de l'Équateur, la Nouvelle-Grenade, et les côtes de Veraguas.

II. Hygiène et pathologie professionnelles des ouvriers des arsenaux maritimes, par le docteur C. Maisonneuve, professeur aux écoles de médecine navale (1er article).

III. Nouveaux documents concernant l'étiologie saturnine de la colique sèche des pays chauds, indiquant les résultats obtenus de l'application au service de la flotte des mesures hygiéniques ordonnées par le ministre de la marine, par M. A. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine en retraite (1er article).

IV. Etudes chimiques sur le cotyledon umbilicus, par M. Hétet, pharmacien en chef, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

Signalons encore dans ce numéro les *Souvenirs de quinze ans de clinique chirurgicale*, par le docteur G. J. Dufour, premier chirurgien en chef, président du conseil de santé au port de Cherbourg. Cette étude porte sur 16,431 blessés qui se sont succédé sous les yeux de l'auteur depuis le 1er janvier 1850 jusqu'au 1er juillet 1864. Sur ce nombre, on peut relever 390 plaies de tête. M. Dufour consacre un premier article à l'étude des plaies de tête.

— La seule *médaille d'or* accordée aux produits pharmaceutiques par le jury d'examen de l'Exposition internationale franco-espagnole de Bayonne a été décernée à M. Ch. Le Perdriel, pharmacien à Paris. Nous extrayons du rapport de la commission, lu en séance publique le 30 septembre dernier lors de la distribution solennelle des récompenses, le paragraphe suivant : « La pharmacie et la médecine jouent » un trop grand rôle dans la vie humaine pour que nous ne nous » soyons pas arrêté avec le jury devant l'utilité des travaux de M. Ch. » Le Perdriel, et nous n'avons pu hésiter à lui décerner une médaille » d'or. »

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 126. — JEUDI 27 OCTOBRE 1864. (37e ANNEE.) N° 126. — JEUDI 27 OCTOBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 OCTOBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a entendu hier deux rapports, l'un de M. Ségalas sur le procédé de ponction sous-pubienne de la vessie de M. Voillemier, le second de M. Blot sur le Mémoire de M. Bardinet (de Limoges), relatif à l'ictère épidémique des femmes enceintes. Nos lecteurs connaissent déjà par les extraits que nous avons publiés en leur temps, et le procédé de M. Voillemier, et les faits exposés dans le mémoire de M. Bardinet. Ils trouveront dans le compte rendu un résumé de l'appréciation de MM. les rapporteurs sur ces deux communications.

Parmi les pièces de la correspondance, nous signalerons une lettre de M. le docteur E. Barthez relative à l'expectation dans le traitement de la pneumonie franche des enfants. Faisant allusion à quelques observations faites à l'occasion du rapport de M. Blache, l'auteur déclare que l'expectation lui a donné les mêmes résultats en ville qu'à l'hôpital, et que sa proposition, par conséquent, a un sens plus général que celui qu'on lui a donné. Nous signalerons aussi les conclusions d'un mémoire de M. le docteur Bertholle sur les effets des aspirations des résidus de la fabrication du gaz dans la coqueluche et quelques affections chroniques des voies aériennes.

M. Béclard a présenté, au nom de M. Gosselin, les leçons que ce professeur a faites à la Faculté sur les hernies abdominales, et qui ont été publiées sous sa direction par M. le docteur L. Labbé.

La dernière partie de la séance a été consacrée à la lecture en comité secret des rapports de prix. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. WOILLEZ.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires.

Tumeurs des ganglions bronchiques; diagnostic, pronostic et traitement.

Nous avons actuellement, dans la salle Saint-Philippe, au lit n° 9, une femme dont la maladie n'a été bien décrite que dans ces dernières années, et dont l'étude soulève encore plusieurs questions que l'on doit s'efforcer de résoudre à l'aide de faits nouveaux. C'est à ce titre que je vais d'abord vous rappeler les particularités de l'observation que nous avons sous les yeux.

La nommée M... (Hélène), veuve, âgée de soixante-sept ans, couturière, a été admise il y a un mois, le 23 avril dernier, à l'hôpital Cochin.

Quoique maigre, elle a une constitution assez forte, et s'est toujours bien portée jusqu'au début de la maladie actuelle, qui remonte à quatre années. Jamais elle n'a éprouvé d'accidents syphilitiques d'aucune sorte.

Son affection a débuté par une dyspnée graduellement croissante, sans fièvre, et il y eut en même temps, vers le début, trois ou quatre accès de suffocation d'une ou de deux heures de durée; le premier fut plus violent que les suivants. Elle n'éprouva alors aucune palpitation. Cette dyspnée habituelle, rarement compliquée d'accès d'oppression plus violents, fut stationnaire pendant trois ans, et ce n'est que depuis un an qu'elle a fait de nouveaux progrès. Dans cette dernière période, la malade a maigri et ses forces ont beaucoup diminué, sans qu'il soit survenu d'autres troubles fonctionnels. Pendant tout ce temps, la toux a été assez rare ainsi que l'expectoration, qui est devenue sanguinolente pendant quatre ou cinq jours, deux mois environ avant l'admission.

La dyspnée étant devenue très-forte dans les derniers temps, cette femme se présenta à l'hôpital Cochin, où elle fut admise il y a environ un mois.

Son état était alors le suivant :

Orthopnée considérable qui attire d'abord l'attention. Les mouvements respiratoires sont fréquents (36 inspirations par minute), et les contractions des muscles supérieurs de la respiration montrent combien elle est laborieuse. Les veines superficielles du cou sont manifestement distendues par le sang. La face est amaigrie et colorée, mais sans cyanose ni bouffissure. La dyspnée produit une anxiété incessante. Il n'y a pas la moindre fièvre, et il n'en a jamais existé pendant toute la durée de la maladie.

La malade se plaint d'une douleur vive, spontanée, au sommet du côté droit de la poitrine en avant et en arrière; douleur s'étendant en arrière jusqu'au cou, et augmentant par les inspirations et surtout par la pression et la percussion des parois thoraciques. Les efforts respiratoires incessants rendent cette douleur extrêmement pénible, et c'est, avec l'oppression, le symptôme qui préoccupe le plus la patiente.

Les mouvements respiratoires sont caractérisés par des mouvements d'inspiration et d'expiration rapides, suivis d'un repos qui pourrait compter pour un temps si l'inspiration et l'expiration étaient comptées pour deux autres temps égaux. Ces mouvements respiratoires se passent uniquement au niveau des côtes, le diaphragme ne refoulant nullement l'épigastre au moment des inspirations. La voix est courte, grêle, comme interrompue. La dyspnée est incessante, et la nuit précédente elle a éprouvé une suffocation violente pendant deux heures. La toux est peu fréquente, et on ne trouve dans le crachoir que deux ou trois crachats muqueux, transparents et peu aérés.

L'examen de la poitrine montre qu'elle est bien conformée et que les espaces intercostaux se dessinent profondément en creux, par suite de l'amaigrissement. La percussion fournit partout un son normal, mais à l'auscultation, et c'est là le phénomène le plus important, le murmure respiratoire est à peu près nul partout, à droite comme à gauche, en avant comme en arrière. Là où l'on entend un peu le bruit respiratoire par places (à droite principalement), il a un caractère manifeste de sécheresse. Nulle part il n'y a de souffle, si ce n'est au niveau de la trachée (à la hauteur des deux premières pièces du sternum), où l'on perçoit le souffle normal, analogue à celui que l'on entend aussi au niveau du larynx. La voix thoracique s'entend à peine à l'auscultation; elle est comme très-éloignée et très-affaiblie; aussi les vibrations thoraciques sont-elles très-difficilement perçues. Au niveau du larynx et de la trachée, la voix est au contraire très-retentissante.

Rien de particulier du côté du cœur. Il n'existe pas de palpitations; jamais il n'y en a eu depuis le début. La percussion et l'auscultation du cœur donnent d'ailleurs des résultats normaux; il n'y a trace d'œdème nulle part.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

En dehors des troubles respiratoires, d'une diminution notable de l'appétit et de l'amaigrissement, l'état général des fonctions est satisfaisant.

Pendant le mois qui s'est écoulé depuis cette première exploration de la malade, voici les seuls changements qui se sont produits : il est survenu quelquefois la nuit, à des intervalles variables, des quintes de toux produisant des espèces d'accès de suffocation sans expectoration abondante. Le son de la poitrine, à la percussion, est devenu tympanique en arrière des deux côtés. Des râles sonores (ronflants ou sibilants) se sont montrés disséminés irrégulièrement, surtout à droite, et ces derniers jours, nous avons constaté un râle muqueux obscur à la partie antérieure de la poitrine des deux côtés, non pas immédiatement sous la clavicule, mais à partir de la troisième côte (région moyenne).

La malade est très-fatiguée; mais son état général reste le même; il y a toujours absence de fièvre. Localement, la douleur thoracique du côté droit et la faiblesse généralisée du bruit respiratoire, malgré les efforts continuels des muscles respirateurs, restent les phénomènes dominants avec la dyspnée.

Quelle est la maladie dont cette femme est affectée? Telle est la principale question à résoudre en présence de ce fait, question complexe qui va nécessiter d'assez longs développements.

Il y a chez notre malade trois phénomènes dominants qui constituent la séméiologie presque tout entière de son affection. Ce sont : une dyspnée continue, des accès de suffocation survenant irrégulièrement, et à l'auscultation une faiblesse extrême du bruit respiratoire dans toute l'étendue de la poitrine.

Avant de discuter la valeur de ces trois signes, il y a une induction première à tirer de la marche lente qu'a suivie la maladie. Le début a eu lieu il y a quatre ans environ, et a été caractérisé par une dyspnée continue graduellement croissante, principalement depuis un an. Dès le commencement, il y a eu quelques accès de suffocation, qui se sont répétés de temps en temps depuis.

Il s'agit donc ici d'une maladie chronique. Nous pouvons par conséquent éliminer tout d'abord les affections thoraciques aiguës qui nous présenteraient les mêmes signes stéthoscopiques, c'est-à-dire un affaiblissement généralisé du murmure respiratoire.

Parmi les maladies chroniques locales siégeant à la poitrine et qui se caractérisent principalement par une dyspnée habituelle avec exacerbations plus ou moins fréquentes, on compte l'emphysème pulmonaire, l'asthme dit essentiel, la pleurésie chronique et les affections du cœur.

Il est évident qu'on ne saurait songer ici à l'existence d'une pleurésie chronique. S'il y avait, en effet, un épanchement liquide dans la plèvre, il y aurait une matité qui fait absolument défaut, et la faiblesse du bruit respiratoire à l'auscultation ne serait pas générale; elle occuperait un seul côté de la poitrine, car on sait même que du côté opposé à l'épanchement, la respiration est plutôt exagérée que diminuée.

Ce n'est pas non plus une affection organique du cœur. A la région précordiale, il n'y a ni obscurité du son ni bruits anormaux; il n'y a pas de palpitations, non plus que d'œdème aux membres inférieurs.

Mais notre malade ne serait-elle pas atteinte d'emphysème pulmonaire? Cette affection n'est pas, comme on l'a prétendu, un état pathologique passager qui cesse avec la bronchite qui le provoque; c'est une maladie chronique caractérisée par une dyspnée essentiellement continue, plus ou moins prononcée, avec des exacerbations souvent nocturnes, et par la prédisposition à des bronchites plus ou moins fréquentes. De plus, il y a, comme signes d'auscultation et de percussion importants et habituels, une faiblesse souvent extrême du bruit respiratoire et un son exagéré ou tympanique de la poitrine. Or, cet ensemble de signes se rencontre chez la femme du n° 7 de la salle Saint-Philippe. Cependant je rejette chez elle la possibilité de l'emphysème pulmonaire, et voici pourquoi.

La dyspnée habituelle et continue de notre malade est beaucoup trop prononcée pour être due à l'emphysème, qui ne provoque jamais, hors des accès de dyspnée accidentels, cette laborieuse et incessante contraction des muscles supérieurs de la respiration; elle est aussi plus facilement supportable, et elle a pour caractère de se manifester surtout par une marche rapide, par l'ascension ou par l'inspiration d'un air pénétré d'odeurs irritantes. Le bruit respiratoire, dans l'emphysème du poumon, n'est pas non plus aussi complétement affaibli partout; il y a ordinairement des parties de la poitrine où on l'entend encore. Notre malade est dans des conditions toutes différentes; sa dyspnée habituelle présente une uniformité remarquable, et le bruit respiratoire est presque aboli dans toutes les parties de la poitrine. Enfin, dans l'emphysème, les espaces intercostaux ne se dessinent pas profondément en creux comme chez la femme Miller.

Devons-nous penser à l'existence d'un asthme? Pas davantage. S'il s'agit de l'asthme que l'on doit rattacher à l'emphysème ou bien à une affection organique du cœur, je viens de vous rappeler les raisons qui l'excluent. Serait-ce l'asthme dit essentiel? Mais, tel qu'il a été décrit par les auteurs, il a aussi une allure toute différente; ses accès sont plus accentués, et la dyspnée, habituelle dans les intervalles, est bien moindre que chez notre malade.

Ce qui confirme encore cette manière de voir relativement à l'absence de l'emphysème ou de l'asthme, c'est que dans ces deux maladies les bronchites intercurrentes sont loin d'être rares, et qu'elles ont complétement manqué comme antécédent chez la femme de la salle Saint-Philippe.

De cette exclusion des maladies caractérisées le plus ordinairement par une dyspnée habituelle avec exacerbations, il résulte que nous avons affaire à une affection intra-thoracique chronique relativement rare chez l'adulte. Cherchons à la déterminer. C'est ce qu'on verra dans un prochain article.

OBSERVATIONS CLINIQUES

relatives à l'influence qu'exercent les stations dites hivernales, sur la marche des maladies chroniques des voies respiratoires.

Depuis qu'il est entré dans nos habitudes d'associer la climatologie à la thérapeutique, une foule de localités, à peine entrevues autrefois, ont été de nos jours visitées, fouillées, décrites avec une minutieuse attention. Aussi la topographie proprement dite est-elle l'une des parties les plus avancées de l'étude des stations hivernales. Partout où la nature, la configuration du sol et les qualités de l'atmosphère ont paru constituer un gîte salutaire, là a été planté un jalon indiquant le point où peuvent s'arrêter ceux qui fuient devant les intempéries. C'est particulièrement en vue du traitement hygiénique des maladies chroniques des voies respiratoires que ces indications ont été fournies.

Comme les stations hivernales actuellement accréditées sont fort nombreuses, elles devaient être, et elles sont par cela même, un peu dissemblables. De là la nécessité de les classer d'après les différences ou les simples nuances qui les distinguent dans leur mode d'action sur l'organisme humain. Quoique dé-

duction parfaitement logique des études physiques qui lui servent de base, cette classification n'est guère qu'un pressentiment, juste, je le crois, mais auquel il manque après tout, comme garantie décisive, la sanction clinique.

Afin de suppléer à cette omission, j'ai recueilli cent quatre-vingt-trois observations relatives à des malades traités par voie d'émigration vers les climats doux : ces observations ont été réparties par groupes, et chacun de ces groupes correspond à un état morbide des voies respiratoires. Si je ne me trompe, j'ai préparé de la sorte les éléments d'une démonstration dont je viens de communiquer le premier essai à l'Académie des sciences.

Dans ce travail, forcément restreint quant aux détails de l'exposition, figurent seuls les faits de guérison, et encore n'y sont-ils introduits que sous des titres sommaires. J'ai dû laisser en dehors du cadre les cas de simple amendement et ceux d'insuccès, mais j'aurai soin d'indiquer, comme complément d'informations, la proportion des uns et des autres.

Laryngite. — L'hyperémie ou l'irritation de la membrane muqueuse du larynx et des bronches peut être sollicitée ou entretenue par l'instabilité seule des qualités de l'air respirable. Toute médication demeure nécessairement impuissante contre des lésions de cette nature, tant que le malade est au pouvoir des mêmes influences extérieures. Un changement de milieu opéré d'après *la loi des contraires,* peut suffire seul pour la guérison; dans tous les cas, il vient utilement en aide aux efforts de la thérapeutique, quand celle-ci lui est associée.

A. *Laryngite subaiguë rebelle.* — M. D..., vingt-deux ans; tempérament sanguin, s'enroue et perd la voix dès qu'il respire de l'air sec très-chaud ou très-froid; sensation habituelle de brûlure au larynx, toux fréquente, crachats globuleux; quelques accès de fièvre la nuit. Récidives fréquentes pendant cinq ans. — Deux saisons d'hiver à Pau (1853-1855).

B. *Laryngite subaiguë (érythémateuse?).* — Mlle de N..., âgée de dix-sept ans; tempérament lymphatique nerveux; peau très-délicate et se couvrant d'urticaire aussitôt qu'elle est frappée par un vent sec et un peu vif; dès que l'éruption s'étiole et disparaît, rougeur et sécheresse de la muqueuse laryngienne, sensation d'un corps étranger à l'orifice de la glotte; sommeil troublé par une petite toux sèche. Deux saisons d'hiver : à Rome (1858), à Pise (1860).

Laryngite chronique simple. — M. D..., âgé de trente-huit ans, capitaine instructeur dans un régiment de cavalerie; tempérament très-sanguin; toux habituelle, éraillement de la voix qui obligent cet officier à abandonner ses fonctions; épaississement et teinte livide de la muqueuse laryngienne; respiration et expectoration pénibles. Une saison d'hiver commencée à Pau (1853) et achevée à Oran. Mort en 1861 d'un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Laryngite striduleuse. — P. G..., âgé de quatre ans, a eu cinq attaques de laryngite striduleuse en dix-huit mois, sous l'influence des vents secs et froids du nord ou de l'est; guéri de cette fâcheuse prédisposition après une saison d'hiver à Pise (1856).

E. B..., âgé de neuf ans; tempérament lymphatique, constitution chétive, croissance laborieuse. Observation semblable de tous points à la précédente.

Angine laryngée œdémateuse. — M. A. C..., âgé de vingt-huit ans, ingénieur civil; tempérament lymphatique exagéré; diphthérie gutturo-pharyngienne (1858) suivie d'infiltration séreuse avec boursouflement notable des replis épiglottiques, de l'orifice supérieur et des ventricules du larynx; respiration anxieuse, voix chevrotante; légère cyanose de la face et des mains. Une saison au Caire et à Suez (1859-1860).

Aphonie. — M. B..., âgé de trente-huit ans, officier de marine robuste et sanguin; trois ans de station ou de navigation dans les zones intertropicales, rentre au port d'Ostende en novembre 1861; aphonie complète aussitôt après le débarquement. Rougeur vive et sécheresse de toutes les parties profondes qu'éclaire le laryngoscope. Saison d'hiver à Pau (1861), retour de la voix. Rentrée à Paris (avril 1862). Récidive d'aphonie en octobre. Seconde saison à Pau (1862-1863). Guérison définitive.

Bronchite chronique simple. — Onze cas; âge variant entre vingt-deux et quarante-neuf ans; moyenne de la chronicité, huit mois. Causes : changement de climat (de l'Amérique du Sud à Paris), 3; intempéries atmosphériques, 2; grippe, 4; scarlatine, 1; rougeole, 1. Hivers à Cannes, à Nice, à Menton, à Catane.

Bronchorrhée. — A. *Simple.* — M. O. Y..., âgé de soixante-six ans, Mexicain; tempérament bilioso-nerveux; grippe contractée à Londres (1852), suivie de bronchorrhée abondante (blennorrhagie pulmonaire de Trousseau); besoin continuel d'expectoration; insomnie; maigreur malgré un appétit assez vif. Deux saisons d'hiver : à Valence (1860); à Malaga (1862).

B. *Avec dilatations bronchiques.* — M. P. M..., notaire, âgé de quarante-trois ans; tempérament sanguin, face couperosée. En 1850, bronchite aiguë grave; crachats muqueux purs, abondants; gargouillements disséminés dans la région dorsale supérieure (1858); embonpoint médiocre, appétit soutenu. Saison d'hiver 1859 commencée à Montpellier et achevée à Palerme.

C. *Avec emphysème, asthme.* — M. H. P..., âgé de quarante-huit ans; lymphatique nerveux; stature colossale, poitrine large et bombée, résonnance exagérée; respiration incomplète et orthopnée la nuit; accès d'asthme fréquents; appétit vigoureux, embonpoint. Hivers : à Villefranche (1861-1862); à Alger (1863-1864).

M. S. de L..., âgé de soixante-huit ans; constitution sèche, tempérament nerveux; catarrhe bronchique ancien s'aggravant en automne et en hiver sous le ciel de Paris; emphysème développé dans une bonne partie du poumon droit. M. de L... se rend en octobre 1862 à Nice pour y passer l'hiver; chassé de cette localité par le *mistral*, il tente vainement de s'établir à Arcachon et termine son hiver à Alger (1).

(1) M. de L... m'écrivait à ce propos : « Je me suis laissé prendre aux perfides amorces de la réclame; comme bien d'autres, j'ai cru à la douceur du climat d'Arcachon. Combien de mécomptes possibles tant que durera cette illusion! Que les gens qui ont de la fortune et de la santé, qui ne redoutent ni le froid ni la solitude, passent là une saison d'hiver, soit; mais ce n'est pas la place des malades qui souffrent de mon mal.

Phthisie pulmonaire. — J'ai l'habitude de me tenir au courant des publications médicales; je vois, par mes lectures, qu'il est très-commun aujourd'hui d'obtenir la guérison *complète* de la phthisie, à l'aide des ressources de l'hygiène et de l'hydrologie minérale, combinées ou employées séparément. Je ne veux pas nier la possibilité de ces succès, mais je trouve qu'en les affirmant on a un peu négligé la convenance qu'il y avait à en indiquer les conditions et la mesure.

Guérir la phthisie par la seule influence climatérique, c'est neutraliser la prédisposition aux tubercules en reconstituant un organisme chétif ou délabré; c'est amoindrir ou supprimer le travail morbide local, en dégageant le poumon de toutes les complications pathologiques qui accompagnent et souvent alimentent la formation et l'évolution du tubercule; c'est enfin immobiliser ce tubercule, avec ou sans modification dans sa structure, et le rendre inoffensif pour les tissus qui l'investissent.

Bien que ce mode de traitement puisse amener la disparition des phénomènes généraux et des signes physiques de la tuberculisation, l'élément essentiel et primordial de la maladie est toujours présent. Aussi, dans la phthisie confirmée, la guérison absolue, définitive, n'est-elle qu'un résultat exceptionnel, et ce que l'on qualifie complaisamment de guérison, n'est le plus souvent qu'un temps d'arrêt auquel l'hygiène est en mesure, il est vrai, de donner quelquefois une durée illimitée.

Prédisposition héréditaire à la phthisie. — R. X..., constitution délicate, né d'un père tuberculeux. De quatre à sept ans, rhumes très-fréquents, toux et sueurs nocturnes, mains habituellement humides et brûlantes; grande maigreur; murmure respiratoire peu développé; du reste, point de signes physiques de tuberculisation. Hiver à Pau (1856); quatre hivers à Nice (1857-61). Aujourd'hui (1864), l'un des élèves les plus robustes du lycée Bonaparte.

Mlle A. S..., âgée de quatorze ans, tempérament lymphatique; sœur aînée phthisique; plusieurs hémoptysies au couvent; un peu de toux, maigreur, quelques accès de fièvre pendant la nuit; rhumes faciles; point de signes physiques de tuberculisation. — Deux hivers (1859-61) dans une campagne au voisinage de Cannes.

Mlle L. W..., Irlandaise, âgée de neuf ans; diathèse scrofuleuse, déviation du rachis; hérédité bilatérale. Toux et diarrhée habituelles; thorax fortement déprimé en avant. — Deux hivers à Naples (1860-62), après une saison aux eaux de Pentécoza (1860).

Mlle S. T..., Anglaise, âgée de dix ans. Mêmes antécédents, même constitution, même absence de signes stéthoscopiques que chez la malade précédente. — Quatre hivers (1853-57) à Smyrne et à Corfou.

Tuberculisation imminente. — Mlles A. et S. D..., Hollandaises nées à Batavia. Frère aîné mort phthisique. Ces jeunes personnes, depuis leur arrivée en Europe, sont très-défavorablement impressionnées par le climat des Pays-Bas. Mlle A..., âgée de quinze ans, tempérament nerveux exagéré; constitution très-délicate, très-impressionnable au froid, à l'électricité et à l'ozone; tousse en toutes saisons; expectoration à peu près nulle; respiration irrégulière; sub-matité au sommet du poumon gauche. — Mlle S..., âgée de quatorze ans, lymphatique, indolente; poitrine fatiguée par plusieurs bronchites successives; quelques sueurs nocturnes; inappétence habituelle, émaciation.

Ces deux malades se rendent à Nice (1856) pour y passer l'hiver. Au premier souffle du mistral, Mlle A... est saisie d'accès de toux convulsive, avec menaces de suffocation. D'après mon conseil, la famille se dédouble : Mlle S... reste établie à Nice, Mlle A... se réfugie à Pau. Mêmes répartitions pour les hivers de 1857-1860. Succès complet pour les deux malades.

Congestion chronique du sommet des poumons. — Submatité; murmure vésiculaire affaibli, toux modérée; expectoration spumeuse ou franchement muqueuse; absence complète des signes positifs de la phthisie. — 14 cas. — Sujets de l'âge de dix-neuf à trente-quatre ans. — Causes : variole, 3 fois; rougeole, 3 fois; grippe, 5 fois; pneumonie traitée par l'expectation, 3 fois. — Stations fréquentées : toutes celles du littoral de la Méditerranée.

Phthisie. — *Premier degré.* — M. F..., Russe, âgé de dix-sept ans; tempérament lymphatique prononcé, haute stature, *puberté précoce;* toux habituelle, crachats frangés; front humide le matin; infiltration miliaire du poumon gauche; état apyrétique. — Deux hivers à Malte (1857-1859).

Mme L. M..., âgée de vingt-neuf ans; tempérament nerveux; constitution frêle. En 1856, grippe suivie de bronchite rebelle et d'hémoptysies; toux fréquente, moiteur des mains, essoufflement facile; anorexie; point de fièvre; signes stéthoscopiques sous la clavicule gauche. — Hivers à Malaga (1856-1857), à Pise (1857-1861).

M. A. de B..., âgé de dix-sept ans; tempérament nerveux; acné au front et sur le nez; pommettes colorées; taille élancée, poitrine étroite; palpitations; toux fréquente et moiteur pendant la nuit; expectoration à peu près nulle. Signes stéthoscopiques au sommet du poumon droit. — Hiver à Pise et à Rome (1862-1863).

Mme A. S..., âgée de vingt-sept ans; tempérament nerveux à l'excès. En 1859, hémoptysie abondante; suppression des menstrues, leucorrhée; toux d'une fréquence insupportable; expectoration nulle; aphonie le matin et le soir; appétit, point de fièvre; un peu de maigreur. Signes stéthoscopiques dans toute la région postérieure droite. — Hivers à Nice (1859-1860), à Palerme (1860-1861), à Valence (1862-1863).

Mme O. de V..., âgée de vingt-quatre ans; tempérament nerveux; cinq sœurs mortes phthisiques. Observation semblable dans ses traits principaux à la précédente. — Hivers à Villefranche (1849), à Rome (1852-1853).

Mlle G..., fille d'un fermier de la Brie, âgée de dix-neuf ans; tempérament lymphatique, croissance rapide; constitution primitivement robuste. En 1860, bronchite aiguë, à récidives fréquentes et rapprochées. En 1861, plusieurs hémoptysies, suppression des menstrues, chlorose, anorexie, maigreur, poitrine décharnée, perte des forces, découragement profond; toux et sueurs nocturnes, crachats nummulaires; quelques accès fébriles. Tubercules crus disséminés au sommet des deux poumons. — Hiver à Amélie-les-Bains (1862-1863). — (Succès le plus étonnant que je connaisse.)

Deuxième degré. — M. R. T..., âgé de vingt-deux ans, élève de l'École des mines; tempérament lymphatique. Bronchite aiguë (1850), deux hémoptysies consécutives; coryza habituel, toux fatigante, crachats frangés, puriformes; fièvre hectique, sueurs, diarrhée, affaiblissement notable (1852). Signes stéthoscopiques, surtout dans la fosse sus-épineuse droite. — Hivers à Menton et à Monaco (1852-1853), à Rome (1853-1854), à Pise (1854-1855), à Alger (1858). Mort en 1864 d'une phthisie aiguë rapide.

Troisième degré. — M. E. C..., âgé de vingt-neuf ans; tempérament sanguin; né à Manille; établi en Bretagne (1849) comme armateur. Hémoptysies coup sur coup; formation et ramollissement rapides de tubercules groupés au tiers supérieur du poumon gauche; vaste caverne avec destruction du tissu pulmonaire en ce point; crachats purulents très-abondants; émaciation. — Hiver à Pau (1850-1851) : cicatrisation des parois de la caverne; perméabilité normale des poumons, même au voisinage de l'excavation; respiration un peu courte. Retour de l'appétit et des forces. — Cinq hivers à Pau, à Malte (1851-1855), au Caire (1855-1856).

Il résulte des observations qui précèdent, que l'action curative ou prophylactique du climat s'est manifestée par la guérison de 49 malades atteints d'une affection chronique ou subaiguë des voies respiratoires; quant aux cas de simple amélioration ou d'insuccès, en voici le décompte :

Genre de maladies.	Nombre des cas.	Améliorations.	Insuccès.
Laryngite granuleuse.	6	1	5
— herpétique.	2	»	2
— chronique.	5	3	2
— ulcérée.	3	1	2
— œdémateuse.	3	1	2
Aphonie par atonie des cordes vocales.	1	»	1
Bronchite chronique.	5	5	»
Bronchorrhée.	18	10	8
Prédisposition à la phthisie.	9	6	3
Congestion chronique du poumon.	4	4	»
Phthisie, 1er degré.	21	8	13
— 2e degré.	54	19	35
— 3e degré.	3	»	3
Totaux.	134	58	76

Tout a été sérieusement calculé, relativement à la direction finale que j'ai été appelé à donner aux 183 malades dont je viens de faire l'histoire en quelques mots. Plus d'une fois je me suis trouvé dans l'obligation de rectifier des itinéraires arbitrairement choisis par ces malades eux-mêmes, ou bien tracés pour eux, par des mains inexpérimentées. Ces erreurs proviennent presque toujours de l'idée vague que l'on se fait encore de l'influence climatérique. *Passer l'hiver dans le Midi :* telle est la formule générale de la prescription d'après laquelle les sujets souffrants de la poitrine se mettent en route et s'engagent quelquefois dans des pérégrinations inutiles ou nuisibles.

Ceux qui donnent comme ceux qui suivent ces indications banales, ignorent sans doute qu'il n'existe pas précisément un climat général, uniforme, en France, en Italie ou en Espagne; ils n'ont pas été suffisamment informés peut-être que dans ces contrées, comme partout ailleurs, des zones même très-rapprochées, mais différemment découpées, morcelées par les reliefs du sol, peuvent offrir des climats partiels ou secondaires doués de propriétés ou stimulantes ou sédatives, ou bien encore à effets mixtes. L'art des émigrations hygiéniques consiste justement à tenir compte de cette variété d'aptitudes climatériques et à les exploiter au profit de l'organisme, suivant la diversité de ses états morbides. Il est évident que les chances de succès seront toujours fort incertaines, si l'on ne se conforme pas à la nécessité de ces appropriations individuelles. C'est là le point de fait que j'ai voulu recommander au nom de l'expérimentation clinique, à laquelle je me suis adonné depuis quinze ans.

Je reconnais toutefois, et de moi-même, qu'il y a dans la démonstration que j'ai entreprise une partie un peu fluette, celle des chiffres. Dans une question de cette nature, en effet, la conviction ne s'impose que par la puissance numérique des résultats. Or, ceux que j'ai produits devant paraître insuffisants, je prends la liberté de demander aux praticiens qui ont porté leur attention sur les stations hivernales, de vouloir bien, à leur tour, faire connaître leurs propres impressions. Je ne désire point d'almanachs; je ne sollicite que des témoignages sérieux, péremptoires, comme les médecins seuls peuvent en fournir en semblable matière.

Dr Champouillon.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Triquet.

Otite catarrhale et phlegmoneuse; ponction de la membrane du tympan; perforation de l'apophyse mastoïde; guérison, avec conservation entière de l'ouïe.

Déjà, en 1854, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences (1), et en 1857, dans mon *Traité pratique* (2), je recommandais la ponction de la membrane du tympan comme un excellent moyen de combattre l'otite catarrhale au début, surtout quand elle est accompagnée de douleurs suraiguës et d'un épanchement abondant de mucosités dans la caisse. Cet état de tension de l'oreille moyenne, ces douleurs excessives, bien différentes de l'otalgie ou névralgie de l'oreille, ont en effet un cortége de symptômes anatomiques qui, bien interprétés, ne peuvent laisser de doute dans l'esprit d'un médecin expérimenté; tout le diagnostic est là, et le traitement lui-même en ressort bien évidemment.

Quelques détails sont pourtant nécessaires, mais je serai bref,

(1) *Etudes d'anatomie et de pathologie, pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille* (Mémoire couronné).

(2) *Traité pratique*, pages 241 et suivantes.

et si le lecteur veut bien se pénétrer des considérations suivantes, il lui sera impossible de confondre l'otite et l'otalgie, quand un de ces cas difficiles sera soumis à son observation.

Ainsi, dans l'otalgie, il y a toujours une dent cariée, surtout à la mâchoire inférieure, ou bien une dent de sagesse en souffrance, et la douleur d'oreille suit dans ses paroxysmes la douleur de dent. Les membranes et conduits de l'oreille sont à l'état normal.

Dans l'otite, point de douleur de dents; mais douleur, rougeur et tuméfaction de l'oreille (pavillon et apophyse mastoïde); chaleur et sensibilité des téguments à la plus douce pression.

Dans l'otite, le signe le plus important est celui qui est révélé dès le début par l'inspection méthodique de la cloison tympanique.

Cette cloison, d'un aspect brillant, translucide, avec des tons irisés, à l'état normal, est devenue terne, couleur du silex. Le triangle lumineux a disparu complétement.

De nombreux vaisseaux encadrent la circonférence du tympan, sous la forme d'un liséré rougeâtre; mais on ne les voit pas pénétrer dans les feuillets de la membrane. Il n'y a pas non plus d'épanchement interlamellaire, mais seulement opacité de la cloison.

La forme de ce diaphragme présente aussi un changement remarquable et très-important à noter : La surface externe que l'on voit au fond du conduit auditif et qui est concave vers le milieu, avec une dépression ombilicale bien manifeste, est devenue tout à fait bombée et fait saillie au fond du conduit, c'est-à-dire en sens inverse de l'état physiologique. Cette voussure de la cloison est caractéristique et indique un état de réplétion de la caisse.

Si en ce moment, et l'œil fixé sur la membrane, vous engagez le malade à faire un effort pour se moucher, vous ne voyez aucun changement se manifester dans la cloison; si vous répétez cette exploration une seconde fois, en appliquant votre oreille contre celle du patient, nul bruit, nulle crépitation quelconque ne se fait entendre dans la caisse.

La trompe est donc oblitérée par suite de la tuméfaction de la membrane muqueuse de cette cavité, et ce fait n'a rien de surprenant, quand on se rappelle que l'ouverture intra-tympanique de la trompe d'Eustachi n'a guère plus d'un 1/2 millimètre de diamètre. Or, le moindre gonflement de la membrane muqueuse de la caisse pouvant déterminer l'oblitération de cet orifice presque capillaire, la cavité tympanique se trouve alors convertie en une cavité close.

C'est ce qui a lieu dans un grand nombre d'otites, catarrhales surtout. En effet, par suite de la phlegmasie de la membrane muqueuse, la sécrétion se trouvant augmentée, la cavité de la caisse, qui est très-petite, comme chacun le sait, se trouve bientôt remplie, et le muco-pus, après avoir distendu le tambour, cherchera inévitablement à se frayer une issue au dehors.

Si toute communication entre les cellules et la caisse est interrompue momentanément par suite de la tuméfaction de son orifice de communication avec l'apophyse mastoïde, le liquide catarrhal, toujours abondant, vient repousser au dehors la membrane du tympan, la seule des parois de la caisse qui soit susceptible de déplacement. Dans ce pressant danger, une rupture de la cloison est inévitable, avec toutes ses conséquences : suppuration, perforation persistante, chute des osselets, surdité, otorrhée chronique.

Le chirurgien doit donc intervenir quand le malade vient réclamer en temps opportun les secours de son art. C'est à la démonstration toujours nouvelle de cette proposition démontrée depuis bien longtemps, que l'observation suivante est destinée.

Le 12 septembre 1864 se présente à ma clinique le nommé D..., âgé de quarante-cinq ans, cantonnier à Suresnes. Il m'est adressé par mon honorable confrère M. le docteur Marcé, qui exerce la médecine avec distinction dans cette localité.

La femme de ce pauvre malade nous raconte que vers le 25 août, son mari était occupé sur la grande route à son état de cantonnier. Le vent était très-froid; dès la nuit suivante, l'oreille gauche fut le siége d'une vive souffrance; la douleur a été en augmentant, malgré un traitement rationnel par les purgatifs, les vésicatoires derrière l'oreille, etc.; enfin, depuis quatre jours et quatre nuits, le malheureux n'a pas eu un instant de repos. Il est tellement abattu qu'il peut seulement confirmer ces détails par un signe de tête. Après l'avoir débarrassé des linges qui lui enveloppent la tête et le cou, nous constatons la pâleur et l'amaigrissement déjà considérable du patient.

C'est un homme blond, assez grand, robuste même, quoique d'une constitution plutôt lymphatique que sanguine; il n'a jamais eu de maladie sérieuse soit aux oreilles, soit ailleurs. Il ne tousse point habituellement, etc. C'est donc une indisposition accidentelle.

L'oreille gauche, du côté malade, offre une teinte rosée, et qui s'étend jusqu'aux téguments de l'apophyse mastoïde; une pression même légère exaspère la douleur, qui est continue, avec des redoublements le soir et pendant la nuit. Il y a un peu de fièvre; la langue est blanchâtre, etc. La surdité est complète de l'oreille gauche, la montre n'étant pas entendue au contact du pavillon de la tempe, etc.

Le conduit auditif ne présente aucune trace de chaleur ni de gonflement.

Armé d'un spéculum très-petit et à deux valves, je dilate le méat, et à l'aide d'un miroir concave projetant dans l'écartement des valves un faisceau de lumière diffuse du jour, on peut constater qu'il n'y a aucune obstruction dans toute l'étendue du canal; mais la membrane du tympan est opaque, et comme elle ne réfléchit pas la lumière diffuse, nous devons recourir au réflecteur dont je me sers ordinairement. Dans ce cas, en effet, la lumière artificielle est indispensablement nécessaire.

Il devient alors facile de voir la couleur terne de la membrane du tympan, sa projection dans le conduit auditif, vers le fond duquel elle présente une voussure très-bombée. Pendant l'expiration, l'air ne pénètre pas dans la caisse, ce qu'il est facile de vérifier à l'absence de gargouillements ou de râles muqueux qu'on entend habituellement dans ces cas pendant l'expiration forcée, l'action de se moucher, etc.

Pour compléter cette exploration, il eût sans doute été nécessaire d'insister sur l'introduction des sondes en gomme dans la trompe, mais la première tentative ayant échoué, je restai convaincu que l'orifice tympanique de la trompe était momentanément oblitéré par l'inflammation, et comme le malade souffrait beaucoup, il me parut tout à fait impossible de temporiser. Je pris de suite mon parti. Je résolus de pratiquer une ponction à la membrane du tympan, persuadé que cette opération aurait pour résultat immédiat le soulagement du malade; en conséquence, et sans perdre de temps, le segment inférieur et postérieur de la membrane (1) étant bien exposé à la vue au moyen d'un excellent éclairage, j'enfonçai d'emblée la pointe du kystitome ordinaire tenu horizontalement et je le fis pénétrer de 2 millimètres à peu près; puis, agrandissant l'ouverture par une simple pression sur la lèvre inférieure de l'incision, on en vit sortir à l'instant plusieurs gouttelettes d'un pus jaunâtre, peu odorant, mêlé de mucosités et strié de sang.

Le conduit auditif ayant été abstergé et nettoyé, des petites boulettes de coton sont placées mollement au fond du conduit, à la surface de la membrane ponctionnée et de manière à y exercer une douce pression. — Des doses de calomel et de scammonée sont prescrites pour être consommées dans la journée jusqu'à effet purgatif.

Le malade qui avait tant souffert peut dormir la nuit suivante et les deux autres nuits consécutives. Mais le quatrième jour nous le voyons revenir en accusant une douleur à l'apophyse mastoïde gauche. Cette éminence est en effet rouge, gonflée, luisante, douloureuse à la pression, et un certain empâtement s'y fait déjà remarquer.

Après avoir débarrassé le conduit auditif des boulettes de coton qui composaient tout le pansement après la ponction, il est facile de s'assurer que la petite plaie est entièrement fermée; la cloison a repris sa place sans saillie ni projection en dehors; la montre est entendue à 0,20 centimètres.

Mais que s'est-il passé du côté de l'apophyse mastoïde? Il était évident que l'inflammation s'était étendue de la caisse aux cellules, avait pris le caractère phlegmoneux, et qu'un abcès mastoïdien était en voie de formation.

Des frictions avec l'onguent napolitain, des doses de calomel n'ayant point amené de résolution, et la douleur avec empâtement profond ne permettant plus de douter qu'il y eût une collection purulente toute formée, je pratiquai deux jours après la trépanation de l'apophyse mastoïde, en me servant du procédé décrit dans mon *Traité des maladies de l'oreille*. Il en sortit à peu près une cueillerée à café de pus jaune et phlegmoneux, sans odeur.

La sonde introduite dans la plaie pour en explorer le fond, ne fit découvrir aucun point carié ou nécrosé. Une petite mèche fut cependant placée pour tenir écartées les lèvres de la plaie, et un cataplasme de farine de lin composa tout le pansement.

Les jours suivants, il s'écoula une certaine quantité de pus; la mèche fut retirée définitivement le quatrième jour après l'opération, et le huitième tout était cicatrisé sans fistule ni exfoliation d'os, accidents, comme on le sait, si fréquents à la suite des abcès mastoïdiens que l'on a abandonnés à la nature ou qui ont été tardivement ouverts. Chose curieuse, mais prévue, l'oreille gauche entendait la montre aussi bien que la droite à plus d'un mètre.

Cette observation n'est pas la seule qui ait été recueillie à ma clinique relativement à cette question; j'espère, d'ailleurs, bientôt pouvoir les réunir en un faisceau assez important qui jettera une certaine lumière sur ce sujet encore controversé.

Je puis seulement dire aujourd'hui que de la statistique que j'élabore en ce moment et qui sera publiée prochainement, il ressort que huit ponctions de la cloison ont été pratiquées à ma clinique en 1864, dans des conditions semblables à celle qui fait le sujet de l'observation précédente, et avec le même bonheur.

Il est évident pour moi que ces opérations sont appelées à prendre place dans la pratique journalière, car leur utilité est incontestable et sera bientôt, espérons-le, incontestée.

On se demandera certainement ce qui serait arrivé si la maladie eût été traitée jusqu'à la fin par les moyens ordinaires (vésicatoires, injections de liquides tièdes et mucilagineux). Ici une expérience déjà longue me permet de répondre catégoriquement : La membrane du tympan, ramollie, se fût déchirée pour livrer passage au pus accumulé sans issue dans la caisse.

Dès lors, l'inflammation, avivée par le contact incessant de l'air extérieur, aurait bientôt augmenté l'écoulement, vicié sa nature, et le rendant âcre et fétide, aurait détruit le reste de la cloison, entraîné la chute des osselets et une surdité irrémédiable, peut-être la phlegmasie du labyrinthe, etc.

Tels sont, en effet, les graves accidents que nous avons le chagrin d'enregistrer tous les jours; car les malades, qu'on le sache bien, ne viennent le plus souvent réclamer des soins spéciaux qu'après avoir passé au milieu de remèdes inutiles la seule période de leur maladie pendant laquelle on eût pu les préserver, à l'aide d'un traitement opportun et actif, d'une infirmité cruelle, et incurable assurément quand les différentes phases rapportées tout à l'heure se sont malheureusement accomplies.

D'ailleurs j'avais déjà fait pressentir ces conclusions dans mes Leçons sur les écoulements de l'oreille, publiées le 25 août et le 15 septembre derniers dans ce journal. Je ne puis donc qu'engager mes confrères à méditer ce point important de thérapeutique.

(1) Voir Description du procédé opératoire. *Leçons cliniques*, p. 32.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 octobre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce et des travaux publics transmet :

1° Le *Compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Ille-et-Vilaine pendant l'année* 1863.

2° Un mémoire intitulé : *Du génie des épidémies*, et dont l'auteur est M. Chonnaux-Dubisson, médecin de l'hôpital et de la prison de Villers-Bocage (Calvados). (Commission des épidémies).

3° Une demande d'avis relative à une source d'eau minérale située à Saint-Jean de Ceizargues (Gard). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Kœberlé, qui prie l'Académie de comprendre pour le concours du prix Barbier les opérations d'ovariotomie qu'il a adressées à diverses reprises à l'Académie. (Renvoi à la future commission pour l'année prochaine.)

2° Une lettre de M. le docteur E. Barthez, qui, à l'occasion du rapport dont son mémoire sur la pneumonie des enfants a été le sujet dans la précédente séance, déclare que les résultats qu'il a obtenus dans la clientèle de la ville par l'expectation sont les mêmes qu'à l'hôpital. « Dans ma pratique particulière, dit-il, j'en suis encore à enregistrer un seul cas de décès par pneumonie franche simple et primitive chez les enfants âgés de deux à quinze ans. Je les ai toujours traités comme je l'ai fait à l'hôpital, tantôt par la médecine active, tantôt par l'expectation, d'autres fois par des remèdes à peu près insignifiants. Le résultat a été pareil à celui de l'hôpital, et il reste bien certain pour moi qu'à Paris la pneumonie franche et primitive ne met presque jamais en jeu la vie des enfants. »

3° Une communication de M. Houdin relative à l'éducation des sourds-muets. (Commissaires : MM. Lélut, Baillarger et Bouvier.)

4° Un mémoire de M. le docteur Bergeret (de Châlons-sur-Saône) sur le sujet suivant : *Exposition d'un plan d'étude des agents externes ou atmosphériques qui sont toujours en rapport avec notre économie, depuis notre naissance jusqu'à notre mort, et qui ont la plus grande influence sur l'ordre normal de nos phénomènes vitaux.* (Commissaires : MM. Vernois et Delpech.)

5° Un mémoire de M. le docteur Berthalle ayant pour titre : *De l'inhalation des vapeurs qui se dégagent des résidus de l'épuration du gaz de l'éclairage dans la coqueluche et les maladies chroniques des voies respiratoires.*

L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Les résultats fournis dans la coqueluche par l'inspiration des vapeurs émanées de l'épurateur, quelque exagérés qu'on les croit, sont cependant assez remarquables pour attirer l'attention du corps médical, puisque le nombre des enfants amenés à l'usine va toujours croissant.

2° Les registres de l'usine des Ternes constatent qu'il s'est présenté pendant les mois d'avril, mai, juin, juillet, août, septembre (6 mois), un total de 901 malades qui ont subi ensemble 3,907 inhalations. Sur ce nombre, 219 furent guéris et 122 seulement améliorés.

3° L'amélioration s'est souvent produite dès la deuxième séance; mais le nombre des visites nécessaires pour amener cette amélioration a été de 8 en moyenne.

4° L'amélioration s'est manifestée d'abord par une diminution des quintes et des vomissements, le retour du sommeil, et surtout, comme l'a si bien fait remarquer M. le docteur Commenge, par une excitation de l'appétit que nous avons nettement constatée avec M. Debout dans une visite faite ensemble à l'usine des Ternes. (Voir *Bulletin thérapeutique*, 15 octobre 1864).

5° Le temps nécessaire à la guérison a été variable, puisque des enfants ne furent notés comme guéris qu'à la trentième visite; mais le nombre moyen des séances pour arriver à ce résultat a été de 13 ou 14.

6° Des enfants de tout âge, même de deux et trois mois, ont parfaitement supporté le traitement complet; quelques-uns cependant furent déclarés réfractaires et renvoyés de l'usine; beaucoup ne revinrent plus après deux ou trois séances.

7° Il importe, pour obtenir un résultat favorable, que les visites aient lieu régulièrement *tous les jours* ou tous les *deux jours* au plus tard, que l'enfant soit plongé dans les vapeurs de l'épurateur comme dans un brouillard, au moment même où l'on enlève le couvercle, et qu'il y séjourne une heure au moins.

8° Les vapeurs complexes, qui se dégagent de l'épurateur, se composant en majeure partie d'ammoniaque, on doit rapporter à ce gaz la plus grande part dans l'action thérapeutique; il agit non-seulement en provoquant une sécrétion abondante avec expectoration des mucosités bronchiques, mais encore en déterminant une irritation substitutive sur la muqueuse respiratoire. Les vapeurs goudronneuses, qui lui sont associées, exercent également une action salutaire sur cette muqueuse.

9° Une malade (la femme du directeur de l'usine) que j'ai traitée pendant plus de six semaines d'une bronchite chronique par les moyens ordinaires sans succès, a été guérie par l'inhalation de ces vapeurs en dix séances; et quelques vieillards, affectés de maladies chroniques des voies respiratoires, ont paru éprouver un soulagement marqué après plusieurs inhalations; ces quelques faits donneraient à penser que cette médication pourrait être utile dans ces maladies.

10° Enfin, ce traitement, né de l'empirisme, devient rationnel lorsqu'on analyse ses effets et qu'on se rend compte des vapeurs qui les produisent. (Renvoi à la commission déjà nommée, M. Roger rapporteur).

RAPPORTS.

Ponction de la vessie par une voie nouvelle. — M. Ségalas, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Huguier et Ricord, donne lecture d'un rapport sur la ponction de la vessie par une voie nouvelle proposée par M. Voillemier.

Après avoir rappelé les divers procédés en usage et décrit celui que M. Voillemier propose de lui substituer, M. le rapporteur apprécie en ces termes l'opération de ce chirurgien :

« Votre rapporteur a vu faire cette opération à Saint-Louis sur le cadavre par son auteur, et a pu constater la vérité de ce qui est annoncé sur la marche et les effets immédiats de l'instrument. Votre rapporteur a pu de plus examiner le malade ponctionné. Tout chez lui et dans ce qu'il raconte vient confirmer la relation détaillée que nous venons de reproduire.

» Pour bien apprécier cette opération, il faudrait qu'elle eût été pratiquée un certain nombre de fois. Néanmoins on peut la comparer

dès à présent aux autres ponctions, notamment à la ponction hypogastrique.

» Dans celle-ci, le manuel opératoire est facile ; on trouve la paroi abdominale rapidement et d'un seul coup de trocart. Dans l'autre, il faut enfoncer lentement le trocart pour contourner exactement les os, et il est nécessaire de le guider dans sa voie, parce que cette voie est étroite.

» La ponction hypogastrique n'intéresse que des parties peu importantes. En passant sous le pubis, le trocart traverse une plus grande épaisseur de tissus et des tissus plus vasculaires. Il ne faut pas cependant, fait remarquer M. Voillemier, exagérer l'importance de la lésion de quelques rameaux veineux. Si la blessure des veines est grave, c'est quand il s'agit d'une plaie ouverte. Il en est autrement d'une simple ponction. Non-seulement le trocart écarte les tissus plus qu'il ne les coupe, mais en outre la canule, restant en place après qu'on a retiré le poinçon, bouche entièrement les orifices vasculaires, et la plaie se rapproche singulièrement des plaies sous-cutanées.

» En opérant au-dessus du pubis, on risque dans certains cas de blesser le péritoine. Sans même intéresser cette membrane, on peut avoir une péritonite. Le péritoine, qui a été refoulé en haut par l'accumulation de l'urine dans la vessie, redescend à mesure que la vessie se vide, et se trouve par sa surface externe en rapport immédiat avec la canule.

» Avec la ponction sous-pubienne, ce danger n'existe point.

» Quant aux infiltrations d'urine, on les attribue dans la ponction hypogastrique à la grande laxité du tissu cellulaire qui double la paroi abdominale, et surtout au retrait de la paroi antérieure de la vessie pendant la miction. L'état alternatif de vacuité et de réplétion de la vessie la force à glisser sur la canule, et ces mouvements favorisent le suintement de l'urine le long de l'instrument. Ces conditions n'existent point dans la ponction sous-pubienne, puisque le trocart pénètre dans un point de la vessie où sa paroi est à peine mobile. Cette mobilité de la paroi antérieure de la vessie expose encore à un autre accident dans la ponction hypogastrique. Si la canule n'est pas suffisamment enfoncée, elle sortira de la vessie quand celle-ci se videra; si elle est trop enfoncée, elle blessera le bas-fond de la vessie et pourra même perforer la cloison recto-vésicale.

» Cet accident n'est pas possible dans la ponction sous-pubienne. Pour peu que la canule pénètre dans la vessie, cela suffit, puisqu'au pourtour du col la paroi vésicale est fixée aux parties voisines, et si la canule était trop enfoncée, elle ne pourrait pas blesser la vessie, puisqu'elle se trouverait dans la direction même de son grand axe.

» Dans la ponction hypogastrique, le point d'ouverture et la longueur de la canule empêchent la vessie de se vider facilement et complétement.

» Dans la ponction sous-pubienne, la vessie doit se vider presque aussi facilement que par l'urèthre, puisque l'ouverture artificielle est placée tout près de l'ouverture naturelle et presque dans la même direction.

» Lorsque la canule, enfoncée au-dessus du pubis, reste en place longtemps, elle détermine entre la vessie et la paroi abdominale des adhérences solides. De là un obstacle assez grand aux contractions de la vessie, une miction lente, et quelquefois la nécessité de se servir de sonde pour uriner.

» Au-dessous du pubis, la canule produira de même des adhérences, mais elles seront sans inconvénient, puisqu'elles se formeront près du col, là où la paroi vésicale ne se déplace pas, et sur un point vers lequel convergent toutes les contractions de la vessie : enfin, dans les cas semblables à celui que M. Voillemier a cité, quand la vessie est hypertrophiée, racornie, contenant peu d'urine, la ponction hypogastrique est dangereuse, sinon impossible. On peut, au contraire, pratiquer sûrement et sans danger la ponction sous-pubienne. Nous ne nous occupons pas de la question de savoir si en pareil cas elle est nécessaire. C'est au chirurgien appelé auprès du malade à juger de la réalité de l'indication.

» On voit donc que la ponction sous-pubienne présente à plusieurs égards des avantages sur les autres ponctions. Aussi nous empressons-nous de déclarer que sa conception, ingénieuse sans conteste, nous paraît être heureuse. Toutefois, nous doutons que cette opération soit de sitôt adoptée dans la pratique générale, à cause des difficultés de son application pour les mains peu exercées. Peut-être aussi les chirurgiens les plus habitués aux opérations hésiteront-ils à recourir à la nouvelle ponction, avant que des faits nombreux aient prouvé l'innocuité de la blessure des plexus veineux que traverse l'instrument.

» Votre commission a l'honneur de vous proposer de remercier M. Voillemier de son intéressante communication, et de renvoyer son travail au comité de publication. » (Adopté.)

Ictère épidémique chez les femmes enceintes. — M. BLOT, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Danyau et Jacquemier, lit un rapport sur un mémoire lu par M. Bardinet (de Limoges) dans la séance du 3 novembre dernier, et ayant pour titre : *De l'ictère épidémique chez les femmes enceintes; de son influence comme cause d'avortement et de mort.*

Le fait capital qui ressort des observations de M. Bardinet, dit M. le rapporteur, c'est la bénignité presque absolue de la maladie chez les individus hors l'état de grossesse, et, au contraire, sa gravité exceptionnelle chez les femmes enceintes. Ce fait est de même nature que celui signalé par M. Grisolle dans son *Etude de la pneumonie chez les femmes enceintes*. Il vient d'ailleurs confirmer une fois de plus cette opinion généralement reçue, que la grossesse imprime presque toujours une gravité plus grande aux maladies qui se développent pendant son cours.

Tout le mémoire de M. Bardinet a pour but de développer ces propositions : « L'ictère peut se produire d'une manière épidémique chez les femmes enceintes ; il se manifeste alors sous trois formes différentes, etc. »

D'après l'auteur, la véritable cause de la gravité de l'ictère chez les femmes enceintes reste encore inconnue. M. le rapporteur n'est pas de cet avis ; il pense qu'on pourrait peut-être trouver l'explication cherchée dans les modifications importantes qu'il a constatées depuis longtemps dans le foie de toutes les femmes mortes en couches dont il a pu faire l'autopsie, une hypertrophie très-notable et un état graisseux plus ou moins prononcé suivant les cas.

M. Bardinet, obligé de reconnaître l'inefficacité de tous les moyens employés jusqu'à ce jour, s'est demandé si le changement de résidence, le déplacement ne pourrait pas être conseillé. M. le rapporteur croit qu'il n'y aurait pas à hésiter, et qu'en cas d'épidémie d'ictère, on devrait conseiller, comme moyen préventif, le déplacement. Ce moyen lui semble infiniment préférable à l'avortement provoqué ou à l'accouchement prématuré artificiel, proposé par M. Bardinet. Qui ne sait, en effet, dit-il, que trop souvent, sinon dans la majorité des cas, la déplétion utérine, loin de conjurer les accidents, ne fait qu'aggraver plus ou moins rapidement l'état des femmes chez lesquelles on s'est décidé à y recourir? « De ce que l'état de grossesse aggrave évidemment la maladie, ajoute plus loin M. Blot, est-on autorisé à conclure logiquement que la déplétion utérine soustrait nécessairement les femmes à cette cause d'aggravation ? Je ne le pense pas, car, pour qu'il en fût ainsi, il faudrait avoir démontré que c'est l'état de plénitude, et non pas les modifications qu'elle entraîne dans l'organisme, qui est la véritable cause du danger. Or il ne me paraît pas douteux qu'il faille chercher dans les modifications si profondes que la grossesse imprime à l'organisme féminin, bien plus que dans la réplétion utérine, la raison de la gravité si grande de certaines affections chez les femmes enceintes. S'il en est ainsi, comment espérer modifier instantanément par l'évacuation de l'utérus des changements aussi profonds et qui ont mis souvent plusieurs mois à se produire ? »

Quoi qu'il en soit, dit M. le rapporteur en terminant, nous croyons que M. Bardinet a rendu un double service à la science, d'une part, en rapportant les faits observés par lui dans l'épidémie de Limoges; d'autre part, en posant nettement la question de l'avortement provoqué ou de l'accouchement prématuré dans les cas d'ictère épidémique à forme grave.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser à M. Bardinet une lettre de remercîments, pour sa très-intéressante communication ;

2° De renvoyer au comité de publication le travail remarquable de notre confrère.

Enfin, Messieurs, votre rapporteur est heureux de pouvoir se dire l'interprète de la commission tout entière, en exprimant le désir de voir figurer en rang très-honorable, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, le nom de notre savant confrère de Limoges.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la suite des rapports sur les prix.

Un concours public pour une place de médecin-adjoint des hospices civils s'ouvrira à Strasbourg, le 12 décembre 1864.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de MM. Raige-Delorme et A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine.

Le deuxième demi-volume contenant : L'Introduction, par M. Dechambre; — Accouchement (fin), par MM. Depaul, Pajot et Jacquemier; — Accouchement (médecine légale), par Tourdes; — Acéphales, Acéphaliens, par Simon Duplay; — Acescence, Acidule, par Gubler; — Acétique, Acétification, par Pasteur ; — Acétique (pharmacologie, thérapeutique, par Réveil et Debout; — Achorion, Achromie, Acné, par Bazin; — Acides, par Wurtz, Debout et L. Orfila ; — Aconit (botanique, pharmacologie, thérapeutique, toxicologie), par Baillon, Réveil et Debout; — Acrodynie, par Vidal; — Acoustique, par Gavarret ; — Adanson, Adansonia et autres articles de botanique, par Baillon ; — Acupuncture, par Debout ; — Adénite, par Velpeau ; — Adénome, par Broca ; — la bibliographie et la biographie, par MM. Beaugrand, Chereau, Daremberg et Raige-Delorme ;

Vient de paraître aux librairies P. Asselin et Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine.

Ce Dictionnaire comprendra environ 25 volumes grand in-8°, chacun de 800 pages. Des figures sont intercalées dans le texte aussi souvent qu'elles sont jugées nécessaires.

L'ouvrage est publié par demi-volumes, renfermant en 400 pages plus de matière que chacun des volumes complets du *Dictionnaire en trente*. — Prix du demi-volume, rendu *franco*, dans toute la France et l'Algérie : 6 fr.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat ou de timbres-poste.

Le Directeur, Dr E. Le Soerd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Influence de l'élévation de la température sur la fréquence des coliques de plomb. — Erysipèle interne du pharynx, du larynx et des bronches. — Oblitération de l'urètbre ; uréthrotomie externe. — Pemphigus syphilitique chez un nouveau-né suivi de guérison. — Plaies par armes à feu ; injections d'eau-de-vie camphrée. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 10 octobre. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Influence de l'élévation de la température sur la fréquence des coliques de plomb.

Bien que les coliques de plomb, produites par une cause tout à fait spéciale, ne doivent entrer en quelque sorte que pour mémoire dans un compte rendu des maladies régnantes, il en avait été question cependant dans le précédent rapport, qui avait eu à signaler une fréquence insolite de ces affections pendant les mois de juillet et août. Cette fréquence insolite d'accidents saturnins, pendant la période la plus chaude de l'année, a fait penser avec raison à quelques médecins que l'élévation exceptionnelle de température que l'on a eu à subir à cette époque, avait bien pu n'y être pas étrangère, soit d'une manière directe en activant l'absorption ou en augmentant l'impressionnabilité nerveuse, soit indirectement en provoquant les individus qui sont sous le coup de l'intoxication saturnine, à user plus que d'habitude de certaines boissons et en particulier du vin. On n'a pas oublié, en effet, les observations intéressantes de M. Archambault, sur l'influence qu'exerce l'usage et à plus forte raison l'abus du vin sur les accidents saturnins. M. Archambault a fait connaître, à cette occasion, à ses collègues de la Société des hôpitaux quelques faits dignes d'intérêt et qui trouvent naturellement leur place ici.

M. Amédée Lefèvre qui, depuis la publication du premier mémoire de M. Archambault sur ce sujet, professe que la colique sèche (qui n'est pour lui, comme on le sait, que la colique de plomb) n'est observée uniquement dans la flotte française que parce que c'est dans celle-ci seulement que l'on fait usage du vin. Dans la flotte et dans les manufactures anglaises, où l'usage du vin est inconnu, la colique de plomb est très-rare.

De ces observations, qui concordent avec les résultats de ses expériences, M. Archambault conclut à l'utilité de supprimer l'usage du vin pendant le traitement de l'intoxication saturnine.

Quoi qu'il en soit, les coliques de plomb n'ont été observées en septembre dans les hôpitaux de Paris qu'en bien moindre quantité qu'en juillet et août, ce qui donnerait un certain caractère de vraisemblance au rapport qu'on a cru pouvoir établir avec l'élévation de la température.

Érysipèle interne du pharynx, du larynx et des bronches.

Nous avons signalé plusieurs fois dans ces dernières années des exemples d'érysipèles internes ou des membranes muqueuses, dont la nature était démontrée tout à la fois par leur coexistence avec des érysipèles cutanés, ou par leur succession et leur propagation de l'une des surfaces tégumentaires à l'autre, et par la similitude de la marche des phénomènes. Le fait suivant, communiqué par M. le docteur J. Simon à la Société médicale des hôpitaux, est l'un des exemples les plus remarquables de ce genre à cause de l'étendue de l'érysipèle et de sa gravité, qui a permis d'étudier les caractères anatomo-pathologiques des tissus affectés et les lésions concomitantes.

Le 8 septembre dernier, entrait à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. X. Richard, suppléé par M. J. Simon, une jeune fille de vingt-deux ans, qui avait été prise six jours auparavant, le 2 septembre, sans cause appréciable, de malaise, de courbature et défaut d'appétit. En même temps apparut au pourtour des ailes du nez une sorte d'auréole érysipélateuse.

Le 5, violent frisson, fièvre et abattement des forces ; en même temps l'érysipèle envahit rapidement la face. Le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, l'érysipèle occupait toute la face, et commençait à gagner le cuir chevelu et la partie supérieure du cou, avec accompagnement de gonflement des ganglions sous-maxillaires.

M. J. Simon, en examinant la malade, est frappé des symptômes suivants :

La malade a l'air d'être atteinte de trismus; son cou est roide, ses mâchoires serrées ; il n'est pas possible d'écarter assez les arcades dentaires pour explorer le pharynx. La langue est tuméfiée. Les lèvres, les gencives, sont enduites de mucus et de fuliginosités gluantes qui empâtent toute la partie antérieure de la cavité buccale. Enfin un enrouement très-prononcé fait bientôt place à une extinction absolue de la voix. Ces symptômes locaux s'accompagnent d'un état général tout spécial. La malade est plongée dans une prostration profonde, en proie à un délire incessant, modéré dans le jour, mais assez violent la nuit. Le pouls est à 120-130 ; la peau est sèche, d'une chaleur mordicante. Il n'y a point de diarrhée ; les appareils pulmonaire et cardiaque, ainsi que le reste du tube digestif, n'offrent aucune particularité à signaler.

En rapprochant ces symptômes de ceux qui les avaient précédés et de l'existence actuelle de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, M. J. Simon n'hésita pas à diagnostiquer un érysipèle interne ayant envahi le pharynx, le larynx, et peut-être même les bronches.

Le lendemain, la peau du visage et du cou devient bronzée, le délire augmente, la malade tombe dans le coma, et la mort survient le 11 septembre, trois jours après son admission dans les salles, et au dixième jour environ du début des premiers accidents. La mort a eu lieu sans lutte apparente, sans râles, sans écume bronchique. La malade s'est éteinte pour ainsi dire plongée dans un coma profond.

L'examen nécroscopique a fait constater les lésions suivantes :

La muqueuse buccale est le siége de deux colorations distinctes. Dans la moitié antérieure (voûte du palais, langue, gencives, joues), elle est pâle, décolorée, comme lavée, et couverte d'enduits blancs, grisâtres, faciles à détacher.

Dans sa moitié postérieure, on observe une coloration vineuse violacée dont le maximum d'intensité existe sur la base de la langue. Là les cryptes, les follicules, les appareils glandulaires ont pris des proportions anormales. Dans l'isthme du gosier et le pharynx, la coloration est d'une teinte écarlate. Toute la muqueuse de ces régions est épaissie et ramollie. Une sécrétion muqueuse transparente recouvre toutes ces parties. Cette coloration écarlate, pourprée, enveloppe toutes les faces de l'épiglotte et pénètre dans le larynx ; on la suit dans toute l'étendue de la trachée et des bronches, même jusqu'aux derniers ramuscules bronchiques. Mais tandis que cette coloration rouge s'étend ainsi dans presque tout l'arbre aérien, elle s'arrête brusquement à la limite supérieure de l'œsophage ; si bien que les deux tubes alimentaire et aérien étant ouverts parallèlement, on est frappé par le contraste de la pâleur de l'un et de la coloration vive de l'autre. Une autre circonstance qu'il importe de noter, c'est l'absence de tuméfaction des amygdales et de toute trace de suppuration, soit superficielle, soit profonde. Enfin, ce qui n'est pas moins digne de remarque, c'est l'absence de toute sécrétion muqueuse dans le larynx, la trachée et le reste des voies aériennes.

Les poumons sont fortement congestionnés ; les plèvres sont saines.

La dure-mère est couverte d'un réseau veineux très-riche et gorgé de sang. Les sinus veineux participent à cette congestion. La substance cérébrale est aussi fortement congestionnée.

En résumé, les lésions constatées portaient spécialement, d'une part, sur la muqueuse linguale, pharyngienne, celle des voies respiratoires et le poumon, avec cette particularité qu'il n'y existait aucune sécrétion bronchique ; d'autre part, sur le cerveau, qui était le siége d'une forte congestion, cause probable de la mort rapide de la malade. L'intégrité du calibre de tout l'arbre aérien, l'absence d'écume bronchique, les symptômes plutôt nerveux qu'asphyxiques relatés dans l'observation, tout concourt, en effet, à faire penser que la mort a eu lieu par congestion de l'encéphale et du bulbe, et non point par congestion pulmonaire.

M. J. Simon fait remarquer, enfin, qu'il n'a point observé ces vésicules, ces phlyctènes que les auteurs ont signalées sur la muqueuse pharyngée érysipélateuse. Il n'a constaté nulle part ni ulcérations ni même érosions superficielles.

Oblitération de l'urèthre. — Uréthrotomie externe.

Voici un exemple d'uréthrotomie pratiquée dans un cas tout spécial appartenant à la clinique de M. Sédillot, et que M. Sarrasin a publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg :*

Un homme âgé de cinquante-huit ans, bien conservé et vigoureux, avec une tendance assez marquée à l'obésité, sans antécédents morbides, marchant sur les douves d'un tonneau défoncé, est tombé à cheval sur leurs bords. Il éprouva une douleur très-vive au périnée, rentra chez lui et appliqua sur la partie contusionnée des linges imbibés d'eau froide. Il n'y avait pas de plaie au périnée, mais quelques gouttes de sang sortirent par l'urèthre. Un gonflement assez considérable envahit le périnée et le scrotum. Quelques heures après l'accident, le malade voulut uriner ; il ne put y parvenir, et envoya chercher un médecin, qui ne réussit pas, malgré des tentatives prolongées et très-douloureuses, à introduire un cathéter dans la vessie. Le lendemain matin, la ponction de la vessie fut faite au-dessus du pubis. Les jours suivants, des abcès s'ouvrirent au périnée. Les accidents, assez graves les premiers jours, se calmèrent petit à petit ; l'urine coulait, sans provoquer d'accidents, par la canule sus-pubienne fixée à demeure. Les abcès du périnée se tarirent et se cicatrisèrent assez rapidement ; le malade ne sait pas dire au juste le temps qu'ils mirent à se fermer.

Depuis l'accident, plus une goutte d'urine ne passa par l'urèthre, et l'urine coulait par la plaie faite à la vessie, qui était restée fistuleuse.

L'exploration du malade fournit les renseignements suivants : Toutes les sondes s'arrêtent à $0^m,15$ (la verge est longue). L'insuccès absolu de toute tentative de cathétérisme était facile à prévoir, car l'histoire du malade révélait une obstruction complète de l'urèthre, due certainement à sa rupture et à la cicatrisation isolée des deux bouts. Telle était la pensée de M. Sédillot.

Au périnée, à $0^m,03$ environ au devant de l'anus, on trouve deux cicatrices linéaires dures, déprimées légèrement et adhérentes aux parties profondes.

Le 28 novembre, le malade est anesthésié; on le place le siége soulevé sur des coussins, les cuisses fléchies et maintenues écartées symétriquement par des aides. Une sonde est introduite dans l'urèthre jusqu'au rétrécissement. On ne sent pas son extrémité par l'exploration du périnée, qui est très-gras et dont l'épaisseur doit être assez considérable.

M. Sédillot fait une incision de 6 centimètres sur la ligne médiane, limitée en arrière à 1 centimètre de l'anus. La peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose superficielle sont rapidement traversés couche par couche ; deux aides armés d'érignes écartent les bords de la plaie, vers l'angle antérieur de laquelle, après la section de quelques fibres du bulbo-caverneux, on aperçoit le bulbe gorgé de sang veineux, formant une saillie arrondie comme une amande.

Il est facile de sentir alors le bec de la sonde arrêté à la partie postérieure du bulbe ; l'incision du canal est pratiquée sur son extrémité, et les bords de cette incision saisis par les érignes étalent au fond de la plaie la muqueuse uréthrale.

Le bout antérieur est ouvert dans une étendue suffisante.

Sans conducteur, sans autre guide que les connaissances anatomiques de l'urèthre normal, au milieu d'un tissu de cicatrice grisâtre, dense, criant sous le scalpel, au fond d'une plaie profonde et saignante, M. Sédillot continue ses recherches en incisant lentement et à petits coups les tissus fibreux qu'il rencontre dans la direction présumée du bout postérieur du canal, dont rien n'indique la présence. On peut comprimer au-dessus du pubis la vessie distendue par l'urine, sans qu'il s'écoule par la plaie une goutte du liquide. Une sonde d'argent de 3 à 4 millimètres de diamètre, à laquelle on donne la courbure de la canule, est introduite dans la vessie au-dessus du pubis, au travers de la canule du trocart, comme M. Sédillot l'avait déjà tenté dans une de ses opérations, ainsi que M. Voillemier plus tard.

Après quelques tâtonnements, cette sonde s'engage dans le col sans efforts apparents, et l'on voit son bec brillant apparaître au fond de la plaie périnéale.

Une sonde élastique creuse, plus grosse que celle d'argent, fut coupée au-dessus des yeux ; elle emboîta l'extrémité de cette dernière et la suivit dans la vessie. Des injections d'eau tiède permirent de constater qu'elle avait pénétré dans le réservoir urinaire. Il fallait la remplacer par une sonde à demeure, autour de laquelle la cicatrisation des parties divisées par le bistouri formerait un canal nouveau dans les points où l'urèthre n'existait plus.

M. Sédillot fit pénétrer par le périnée dans la vessie les deux petits stylets d'argent dont il se sert, qui remplacèrent la sonde coupée. Puis une grosse sonde, de 5 à 6 millimètres, traversa la partie antérieure du canal, depuis le gland jusqu'à la plaie, et là son bec, suivant les deux stylets disposés en gouttière, pénétra dans le bout postérieur de l'urèthre, et arriva dans la

vessie. On la fixa au glaud par un bandage approprié, et on enleva la canule sus-pubienne.

Le sixième jour après l'opération, l'état général était excellent, la plaie suppurait franchement, il n'y avait autour d'elle ni douleur ni gonflement. La sonde était devenue rugueuse et un peu de pus s'étant formé entre elle et le canal de l'urèthre, on la changea sans difficulté, et sans éprouver d'autre obstacle qu'une légère striction, probablement au niveau du bulbe. L'urine était limpide.

Quarante et un jours après l'opération, la plaie était complétement cicatrisée, le malade se levait, son état était excellent; la sonde à demeure, libre dans le canal de l'urèthre, était retirée de temps en temps pendant quelques minutes. Vers la fin du mois, le malade restait tous les jours plusieurs heures sans sonde. Lorsque sa sortie était prolongée cependant, elle était très-serrée au passage vers le niveau et en arrière du bulbe.

Un mois et quelques jours jours plus tard, le malade étant resté quelques jours sans sonde, le jet d'urine est devenu filiforme, et loin qu'on puisse pénétrer dans la vessie avec des sondes pareilles à celles que l'on a employées depuis l'opération, il devint difficile d'y introduire des bougies même très-fines. Le canal formé dans une certaine étendue par du tissu cicatriciel, était rétracté et contracté; il s'était formé un rétrécissement.

Tout en admettant qu'on aurait pu dilater progressivement le rétrécissement qui s'était formé, M. Sédillot incisa au moyen de son uréthrotome la portion rétrécie du canal.

L'opération faite le 19 février avec un instrument dont la lame avait 7 millimètres de hauteur, n'offrit aucune difficulté et permit l'introduction d'une sonde de 6 millimètres. On la laissa en place pendant quarante-huit heures, pour la remplacer à des intervalles de plus en plus éloignés par des sondes plus volumineuses.

Puis on permit au malade de quitter l'hôpital, en lui recommandant de maintenir la dilatation du canal par des cathétérismes convenablement renouvelés, et en l'engageant à donner de ses nouvelles s'il lui arrivait quelque accident.

L'uréthrotomie externe a rendu dans ce cas un service signalé au malade, et il est peu de cas où l'utilité de l'opération soit aussi bien démontrée. On dira sans doute que l'on n'a fait ici que transformer une infirmité en une maladie presque incurable. A cela il est facile de répondre que le traitement du rétrécissement du canal rétabli est accessible à un traitement palliatif par la dilatation.

L'uréthrotomie interne ne le guérira sans donte pas radicalement, et n'aura d'effet qu'autant que le malade aura soin de se sonder tous les jours, ainsi que le lui a recommandé M. Sédillot.

Pemphigus syphilitique chez un nouveau-né suivi de guérison.

A l'occasion des considérations générales sur le pemphigus des nouveau-nés que nous avons exposées dans notre dernière *Revue*, M. le docteur Léon Blondeau nous transmet la relation du fait suivant, que ces considérations lui ont remis en mémoire, et qui montre à la fois un type de pemphigus syphilitique des nouveau-nés et un exemple remarquable de guérison.

« Dans le courant du mois d'août 1862, un homme auquel je donne habituellement mes soins depuis plus de douze ans venait me consulter pour une affection cutanée qu'il avait vue apparaître quelques jours auparavant et dont il était singulièrement effrayé. Je constatai sur les cuisses l'existence de plusieurs plaques de *psoriasis*, et leur couleur rouge cuivré me donnait à penser à une dermatose syphilitique. Le lendemain, des plaques de même nature et de diverses dimensions se montraient en grand nombre sur la surface des membres et du tronc. Leur aspect, la rapidité avec laquelle elles s'étaient développées sans cause occasionnelle appréciable, ne laissaient aucun doute dans mon esprit sur le diagnostic de la maladie à laquelle j'avais affaire. Ce que je savais des antécédents du malade justifiait amplement ma manière de voir.

» En 1854, il avait eu la vérole, caractérisée par un chancre induré et par une éruption confluente de roséole spécifique. Je l'avais soigné à cette époque, et de crainte de rester en deçà de ce qu'il était utile de faire, je l'avais maintenu durant au moins huit mois au traitement antisyphilitique, en commençant par la liqueur de Van Swieten pour finir par l'iodure de potassium. Ce traitement avait été suivi avec la plus scrupuleuse régularité, et jamais depuis lors le malade n'avait éprouvé le plus petit retentissement de ses malheurs passés.

» Il s'était marié en 1857, et au mois d'octobre de l'année suivante, sa femme accouchait vers la fin du septième mois de sa grossesse, au milieu d'accidents éclamptiques formidables, d'un enfant qui depuis plusieurs jours déjà ne donnait plus, dans le sein de sa mère, aucun signe de vie. Cet événement était survenu à la campagne, loin de Paris, et j'en eus connaissance sans pouvoir obtenir aucun détail relatif à l'état de l'enfant, si ce n'est qu'il arriva affreusement congestionné.

» Cependant, dix-huit mois après la dame devenait enceinte de nouveau, et au mois d'avril 1860 elle accouchait naturellement à terme d'une petite fille parfaitement constituée, parfaitement bien portante et dont la santé n'a jamais laissé rien à désirer.

» Mon malade pouvait donc se croire désormais à l'abri; il vivait dans la plus entière sécurité, lorsque, sans qu'il se fût de nouveau exposé aux causes de l'infection syphilitique, son mal, après être resté silencieux pendant huit ans, reparaissait sous une forme plus grave que celle qu'il avait d'abord revêtue.

» Ses alarmes étaient d'autant plus vives qu'à ses préoccupations personnelles très-légitimes s'en ajoutaient d'autres bien autrement sérieuses encore. Sa femme commençait alors une troisième grossesse, et nous nous demandions ce qui allait advenir d'un enfant conçu dans les conditions où se trouvait actuellement son père. Arriverait-il sans encombre jusqu'aux limites régulières de sa vie intra-utérine? et s'il y arrivait, n'avions-nous pas à redouter les accidents plus ou moins graves de la syphilis des nouveau-nés?

» En pareille occurrence, sans s'exagérer le danger de la situation, il importait de se mettre en garde contre des éventualités possibles. En conséquence, en même temps que je prescrivais à mon malade de revenir à la liqueur de Van Swieten, à l'iodure de potassium, je lui conseillai de faire prendre à sa femme le bichlorure d'hydrargyre sous la forme des *pilules majeures d'Hoffmann*, que nous décorâmes du nom de pilules ferrugineuses, le fer devant être parfaitement accepté d'une personne qui, dans ses grossesses antérieures, en avait déjà fait usage.

» Ces prescriptions furent religieusement exécutées de part et d'autre pendant plus de six mois. Et tandis que, sous leur influence, sous l'influence aussi des bains de sublimé que je donnai à titre de puissant modificateur de l'appareil cutané, le mari se voyait assez promptement quitte de sa psoriase, j'attendais pour la mère et pour l'enfant l'événement qui se préparait.

» La grossesse suivit son cours sans aucun incident particulier et se termina naturellement le 14 février 1863. L'enfant était un gros garçon présentant toutes les apparences d'une forte constitution et d'une belle santé. Le lendemain de sa naissance on lui donna une bonne nourrice, et je le surveillai de près, le visitant presque chaque jour. Au commencement de la seconde semaine apparurent à la partie latérale et supérieure du cou, aux extrémités de deux des doigts à une main, sur l'éminence thénar à l'autre, des bulles de *pemphigus*. Ces bulles, dont le volume variait depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un noyau de cerise, étaient circonscrites par une légère aréole d'un rose vif.

» Ma première pensée fut d'intervenir immédiatement en soumettant l'enfant au traitement mercuriel par de petites doses de liqueur de Van Swieten et en faisant prendre de l'iodure de potassium à la nourrice. Toutefois, comme cette intervention médicale ne pouvait avoir lieu à l'insu de la mère et sans lui causer quelque appréhension, comme d'ailleurs et surtout la santé générale de l'enfant se maintenait parfaitement bonne, je jugeai à propos d'attendre, me réservant de suivre pas à pas la marche des accidents, prêt à la combattre dès qu'une indication plus urgente le commanderait.

» Quelques bulles de *pemphigus* se développèrent bien encore aux extrémités des doigts et des orteils, mais, y compris celles qui étaient les premières apparues, on n'en aurait pas compté plus d'une douzaine. Les unes et les autres ne me paraissaient avoir aucun mauvais caractère. Toutes se séchèrent, se cicatrisèrent, et disparurent assez rapidement, si bien qu'au bout de quinze jours il eût été difficile d'en trouver la trace sur les parties qu'elles avaient occupées.

» Ces accidents ne me semblaient pas devoir nous préoccuper davantage, et, en effet, l'enfant, nourri au sein et vivant dans les meilleures conditions hygiéniques, s'éleva, grandit, et est arrivé aujourd'hui à l'âge de vingt mois sans jamais avoir éprouvé un dérangement tant soit peu sérieux dans sa santé.

» Afin de compléter cette note, j'ajouterai qu'il y a seize jours mon malade, que nous sommes maintenant en droit de considérer comme guéri, est devenu père d'un second garçon dont la constitution et la santé paraissent aussi parfaites que celles de ses deux aînés. »

PLAIE PAR ARMES A FEU,

Injections d'eau-de-vie camphrée.

Par M. le docteur A. LACOURTIADE (de Blaye).

L'article de la *Revue clinique* de la *Gazette des Hôpitaux* sur l'emploi des préparations alcooliques dans les pansements, m'a rappelé un cas remarquable où l'eau-de-vie camphrée, dont tout d'abord je n'avais pas approuvé l'emploi, n'a pas amené les effets fâcheux que je redoutais, et n'a peut-être pas été étrangère à la guérison sans résorption purulente, d'une très-grave blessure à l'époque la plus chaude de l'année.

Le 28 juillet 1864, je fus appelé en la commune de Bussac (Charente-Inférieure), auprès du nommé P..., jeune soldat rentré récemment dans ses foyers, et qui, l'avant-veille, avait été grièvement blessé par une arme à feu, dans les circonstances suivantes :

P... se rendait, le 26, à une noce de village, et, ayant à traverser des landes, il avait chargé son fusil de gros plomb de lièvre, en cas d'heureuse rencontre. Arrivé au milieu des gens de la noce, il se met à discourir et à raconter ses exploits sans abandonner son fusil; bientôt il place l'extrémité du canon sous son aisselle gauche et se repose sur son arme. Tout en dissertant, il dandine sa jambe gauche autour de la batterie, accroche un des chiens, qui soulevé retombe sur l'amorce; le coup part, et toute la charge pénétrant par la région axillaire, vient ressortir par la partie externe de la fosse sus-épineuse.

Une hémorrhagie assez abondante se déclara et s'arrêta d'elle-même pendant qu'on allait quérir un ancien officier de santé, qui, à son arrivée, prescrivit un litre d'eau-de-vie camphrée pour injection dans la plaie trois fois par jour.

Le jour suivant, le blessé eut la fièvre très-forte, il souffrait horriblement à chaque injection, et ce fut alors que je fus appelé à lui donner mes soins.

Je trouvai la région axillaire noircie de poudre et offrant une petite ouverture irrégulièrement arrondie et se dirigeant verticalement de bas en haut. A la partie supérieure de la blessure, je trouvai un orifice comme pratiqué par le passage d'une grosse balle, et sous la peau de la fosse sus-épineuse, je sentis une crépitation indiquant la présence de nombreuses esquilles. Le blessé ne pouvait que très-difficilement éloigner son bras du tronc. Sa face était pâle, le pouls très-fréquent, et il se plaignait surtout de la douleur provoquée par les injections d'eau-de-vie camphrée. Je recommandai d'en suspendre l'emploi et de remplacer l'eau-de-vie camphrée par de l'eau chlorurée.

J'eus dans le cours des visites suivantes à enlever des bourres de filasse, des esquilles et de nombreux grains de plomb; la peau, les muscles et tendons de la moitié externe de la fosse sus-épineuse se sphacélèrent, la partie osseuse fut aussi frappée de mort et fut éliminée à la longue.

Une suppuration abondante s'était établie sur le trajet de la blessure, et malgré ma précaution d'entr'ouvrir l'orifice inférieur avec de petits morceaux d'éponge préparée, le pus fusa le long des parois costales, et il fallut donner jour à une collection purulente au niveau de la septième côte. Les soins de propreté aidés d'un régime sévère au début, et quelques jours après de toniques reconstituants, triomphèrent de cette grave blessure, qui avait pénétré dans l'articulation scapulo-humérale en contournant la tête de l'humérus.

Je me suis demandé depuis lors si ces injections d'eau-de-vie camphrée, faites le jour même de l'accident, n'avaient pas contribué à modifier avantageusement les parties atteintes, et si, agissant comme léger caustique et désinfectant, ainsi que le dit la *Gazette des Hôpitaux* dans la *Revue clinique* du 1er octobre, l'eau-de-vie camphrée n'avait pas empêché la résorption purulente.

Voici le fait que j'ai cru devoir livrer à la connaissance de vos lecteurs, les laissant, comme vous, libres appréciateurs du rôle qu'a pu y jouer l'eau-de-vie camphrée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 octobre 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

— Des lettres de MM. Broca et Bauchet demandant des congés.

— Une lettre de M. le docteur Esmein communiquant à la Société de chirurgie un programme pour la construction d'un hôpital.

— M. Verneuil dépose sur le bureau une observation de glaucome chronique traité par l'iridectomie, par M. Soulez, chirurgien de l'hôpital de Romorantin. Cette observation sera insérée au *Bulletin*.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. LÉON LE FORT prononce le discours suivant :

Messieurs,

Avant d'aborder devant vous la question si importante de l'hygiène hospitalière, j'ai dû me demander quels étaient la cause et le but de cette discussion, quel devait en être l'objet, quelles pouvaient en être les limites.

Sa cause, vous la connaissez tous. La question de l'hygiène des hôpitaux ne se présente pas devant vous comme elle s'est présentée il y a deux ans à l'Académie de médecine, d'une façon indirecte, incidente, au milieu d'une discussion purement chirurgicale; cette fois, c'est directement et à propos de la création d'un nouvel hôpital qu'elle réclame nos efforts et vos lumières.

Son but est trop élevé, trop important pour que nous ne cherchions pas à l'atteindre par la voie la plus directe. Il nous suffisait, il y a deux ans, de montrer d'une manière générale, par la comparaison des hôpitaux étrangers, les principales améliorations que réclamaient les nôtres; aujourd'hui que la lumière s'est faite sur bien des points, notre but doit être d'empêcher des fautes qui cette fois seraient sans excuse.

Son objet doit-il être d'établir d'une manière générale les lois d'une hygiène spéciale? Devons-nous limiter nos recherches aux généralités, sans descendre aux applications directes; poser pour la construction des hôpitaux des règles en quelque sorte platoniques, mais contre lesquelles nous verrions s'élever comme autant de fins de non-recevoir des objections basées sur les difficultés locales, matérielles, administratives et financières? Non, Messieurs, telle n'est point mon opinion, telle n'est pas non plus la vôtre, je l'espère.

Plus l'on pénètre dans ces questions si importantes, plus on y rencontre de difficultés à généraliser quelques principes. Ainsi, dans les seules questions que je me propose aujourd'hui d'examiner devant vous, celles de la situation topographique et la dimension des hôpitaux, que de modifications apportent aux préceptes scientifiques l'étendue de la ville, le chiffre de sa population, sa pauvreté ou sa richesse, le mode d'assistance publique ou privée, le climat, le voisinage des montagnes ou des fleuves, la condition sociale des malades! Que de modifications n'apporte pas aussi l'organisation politique des pays et des villes où les hôpitaux doivent s'élever!

Négliger complétement dans nos discussions ces considérations si importantes, c'est se réduire volontairement à l'impuissance. Je traiterai donc d'une manière générale la question de la situation des hôpitaux; mais je n'oublierai pas que c'est à Paris, que c'est pour Paris que nous discutons, et j'aborderai franchement et résolûment la question de l'Hôtel-Dieu.

Plusieurs de nos collègues se sont demandé si la Société de chirurgie avait le droit de faire sortir ses discussions du domaine de la science pure, et plusieurs ont répondu par la négative. Cette opinion, je la repousse.

Que nos conclusions soient ou non favorables au projet émané de l'administration municipale, comment croire, sans lui faire injure, que cette administration, absolument incompétente en matière d'hygiène hospitalière, n'acceptera pas avec déférence l'avis d'une Société dans laquelle se trouvent réunis les chirurgiens de nos hôpitaux mi-

litaires et civils, c'est-à-dire ceux qui presque seuls peuvent la guider dans son entreprise? D'ailleurs, Messieurs, la réponse (*officielle*, malgré les erreurs qu'elle renferme) faite aux articles de notre collègue M. Trélat n'annonce-t-elle pas « que le projet de l'Hôtel-Dieu subira » le contrôle de tous ceux qui doivent en connaître? » Nous comptons sans doute dans ceux-là, et si en Belgique, en Russie, en Italie, en Prusse, en Angleterre, on n'élève pas un hôpital sans consulter le corps médical, ce serait, je le répète, faire à l'administration une injure grave que de supposer qu'il puisse en être autrement en France.

Nous devons éclairer par nos discussions, guider par nos conseils, qu'on les accepte ou non, ceux qui pourraient croire que le pouvoir de faire donne la science de bien faire, défendre la vie de nos malades mise en péril par des projets témérairement conçus, empêcher que nos nouveaux hôpitaux ne soient aussi meurtriers que les anciens, éviter le retour de ces funèbres statistiques où sur 35 amputés de cuisse nous trouvons 26 morts. Responsables devant la science, responsables devant notre conscience de la vie de nos malades, notre abstention ne saurait être justifiée. Rappelons-nous qu'au-dessus de l'autorité supérieure, à quelque hauteur qu'elle se place, il y a la vie du pauvre à protéger, l'erreur à combattre, la vérité à défendre. Suivons chacun le précepte : Fais ce que dois ! et si nous avons à prononcer sans être entendus et écoutés le : *Caveant consules,* nous aurons du moins *fait notre devoir*.

Lorsqu'il s'agit de la création d'un nouvel hôpital, la question de la dimension du futur établissement, celle du chiffre de la population qu'il devra abriter, doit autant que possible être résolue tout d'abord. Un hôpital ne doit pas être construit pour occuper ou remplir un espace choisi de terrain, c'est au contraire l'emplacement qui doit être choisi suivant le plan adopté pour l'hôpital. Ce n'est qu'après avoir discuté et décidé cette question que l'on doit aborder celle du choix de l'emplacement, ou l'on s'expose à sacrifier dans la construction bien des règles hygiéniques incompatibles avec l'étendue du terrain primitivement choisi. Si telle me paraît devoir être dans la pratique la marche à suivre, telle elle n'est pas forcément dans un débat scientifique, et j'examinerai tout d'abord la question de l'emplacement des hôpitaux.

Les notions les plus élémentaires de l'hygiène générale doivent engager à placer vers la circonférence, et mieux encore en dehors des villes, les établissements hospitaliers. Les malades y trouvent un air plus pur, une tranquillité plus grande, et je serai tout à fait d'accord sur ce point avec l'administration supérieure en disant avec la légende annexée au projet d'Hôtel-Dieu de Paris : « Celui qu'on re- » cueille à l'hospice n'a qu'à gagner en santé et en calme à quitter » les quartiers où les habitations se disputent l'air et la lumière pour » se rapprocher de la campagne. » Malheureusement l'administration n'appliquait ces préceptes si sages aux infirmes que pour en exclure aussitôt les malades.

Les faits individuels dont chacun de nous a été témoin devaient faire accepter par tous cette vérité, que la mortalité, toutes choses égales d'ailleurs, doit être plus grande dans les hôpitaux, suivant l'importance de la population des villes où ils sont situés. Il eût été à désirer de pouvoir comparer à cet égard nos résultats avec ceux obtenus dans les hôpitaux des petites villes de province ; heureusement cette statistique, qui nous manque pour la France, je la trouve pour l'Angleterre dans le *Blue book,* présenté cette année au parlement anglais par le comité médical du conseil privé. MM. Bristowe et Holmes, chargés de visiter les hôpitaux du Royaume-Uni, ont dressé dans leur rapport un tableau statistique et comparatif de la mortalité après les amputations faites pendant ces dernières années dans les hôpitaux de Londres, dans ceux des grandes villes d'Angleterre, et enfin dans ceux des petites villes, établissements auxquels ils donnent le nom d'hôpitaux ruraux. Ce tableau se résume de la manière suivante :

Mortalité pour cent opérés.

	Amputation de la cuisse.	Amputation de la jambe.	Amputation du bras.	Amputation de l'avant-bras.
Hôpitaux de Londres..	36	30,6	22,9	13,1
— provinciaux.	34,5	21	26,3	7,6
— ruraux....	24	16,9	17,7	8,5

La différence déjà si grande eût été, j'en suis convaincu, plus marquée encore, si les rapporteurs avaient classé les hôpitaux suivant qu'ils sont à l'extérieur ou à l'intérieur des villes. Ne connaissant pas toutes les villes d'Angleterre dans lesquelles se trouvent les hôpitaux dont la statistique a servi de base à MM. Bristowe et Holmes, je n'ai pu faire cette distinction que pour Londres, Birmingham, Bristol, Leeds, Liverpool, Sheffield, Edimburgh, Glasgow et Dublin. En examinant les résultats donnés par les amputations de cuisse, j'arrive aux résultats suivants :

Hôpitaux situés au centre de la ville, 39,1 p. 100 de mortalité ;

Hôpitaux situés à la circonférence ou en dehors de la ville, 24,2 p. 100 de mortalité.

La situation exceptionnelle de Saint-Georges à Londres me l'a fait placer dans la seconde classe.

A ces avantages déjà si grands d'un air plus pur, d'une situation plus salubre, s'en joint un autre dont il me faut bien parler : le prix des terrains. Ce n'est pas là, croyez-le bien, Messieurs, une question étrangère au sujet. Cette raison d'économie a sans nul doute concouru avec les raisons d'hygiène pour engager les médecins et les administrateurs de presque toutes les villes d'Europe à placer les hôpitaux vers la circonférence ou en dehors des villes. C'est vers la circonférence que sont placés ceux de Saint-Pierre à Bruxelles, des Juifs à Hambourg, de Bavière à Liége ; les hôpitaux catholique, juif et la Charité royale de Berlin, le grand hôpital de Vienne, etc. C'est en dehors des habitations ou même des limites de la ville que sont placés ceux d'Aix-la-Chapelle, de Bonn, de Munster, de Hanovre, de Brême, de Kiel, de Copenhague, de Dantzig, de Leipzig, de Dresde, de Prague, de Trieste, de Munich, d'Augsbourg, de Stuttgard, de Francfort, de Zurich, etc. C'est en dehors de Moscou que sont situés les hôpitaux de la ville, de Gälitzin, de Marie, de Paul I[er], le Grand hôpital militaire, etc. C'est en dehors de Saint-Pétersbourg que se trouvent les hôpitaux que renferme l'Académie médico-chirurgicale.

Si des considérations particulières, sur lesquelles j'aurai à revenir, ont fait placer à l'intérieur de la ville la plus grande partie des hôpitaux de Londres, à Londres comme dans toute l'Angleterre, comme dans toute l'Europe, on reconnaît aujourd'hui la nécessité de placer autant que possible les hôpitaux en dehors des cités.

Sans doute, si la ville est petite, peu étendue, on peut, sans éloigner outre mesure l'hôpital de ceux qu'il doit secourir, le transporter à la campagne ; mais cela n'est plus praticable dans les villes qui, comme Londres, Vienne, Berlin, Saint-Pétersbourg, Moscou et Paris, occupent une vaste superficie ; de plus, les hôpitaux des grandes capitales servent le plus souvent à l'enseignement médical, et toutes ces raisons semblent devoir contraindre à construire ces hôpitaux dans le centre de la ville.

Qu'existe-t-il à cet égard dans les grandes capitales de l'Europe ? L'organisation administrative et politique d'un pays, vous disais-je tout à l'heure, a son influence sur la solution de plusieurs questions d'hygiène hospitalière ; elle intervient dans celle de l'emplacement des hôpitaux.

A Londres, par exemple, les grands hôpitaux sont placés pour la plupart à l'intérieur de la ville. Ces hôpitaux, dont on a assez généralement mal compris l'organisation, sont absolument indépendants les uns des autres, comme ils sont aussi indépendants de la commune ou de l'Etat. Elevés et entretenus à l'aide de souscriptions volontaires, destinés non aux individus sans ressources, qui, dans les *workhouses,* sont secourus par la charité légale, mais aux souscripteurs ou à ceux auxquels ces souscripteurs délèguent leurs droits, ils sont le résultat ou plutôt l'objet d'une sorte d'association mutuelle contre la maladie. Avec une pareille organisation, les hôpitaux devaient se fonder là où le besoin paraissait exister, là surtout où se présentait un nombre suffisant de souscripteurs, c'est-à-dire au centre des habitations, et cela avec d'autant plus de facilité que l'hygiène hospitalière n'avait guère encore montré les dangers des agglomérations urbaines ; mais c'est vers la circonférence de Londres que se trouvera porté le nouvel hôpital Saint-Thomas.

Fondés par la munificence de leurs souverains, les grands hôpitaux de Vienne, de Berlin, de Saint-Pétersbourg et de Moscou doivent leur situation vers la circonférence de ces capitales à des raisons d'hygiène, mais plus encore sans doute à des raisons d'économie ; il n'existe pas en Autriche, en Prusse, en Russie, d'administration centrale semblable à celle qui existe à Paris, et l'on trouve à côté de ces institutions royales des établissements particuliers construits là où ont cru devoir les élever d'illustres ou de riches fondateurs, où ont voulu les placer les associations ou les corporations qui les ont fondés et qui les entretiennent à leurs frais ; ainsi, c'est aux environs de la synagogue que se trouvent placés les hôpitaux israélites de Berlin, de Vienne, de Hambourg, de Francfort, etc.

A Paris, la centralisation de l'Assistance publique nous place dans une situation toute différente ; une administration puissante centralise les ressources et répartit les secours ; elle n'a à consulter que les besoins du plus grand nombre et non des intérêts particuliers : sa tâche est par cela même plus facile ; mais devant à tous ses secours, elle doit les mettre à la portée de tous ; et il semble dès lors impossible, à Paris comme dans les autres capitales, de concilier ces deux indications : éloigner l'hôpital du centre des habitations ; le rapprocher des malades qui viennent y chercher un asile dont ils ont parfois le plus urgent besoin. Cette difficulté n'est pas insurmontable, et j'espère vous démontrer que les grands hôpitaux nouveaux peuvent et doivent être reportés partout à l'extérieur des villes.

Les hôpitaux doivent être placés de manière à rendre les secours prompts et faciles ; ils doivent être répartis dans les différents centres d'agglomérations ouvrières : telle est la première objection qu'il me faut examiner.

Elle serait sans réplique, Messieurs, si tous les malades qui viennent réclamer les secours hospitaliers se trouvaient dans les conditions d'un malheureux victime d'un accident imprévu, atteint d'une fracture compliquée, d'une plaie grave, d'une hémorrhagie sérieuse, d'une inflammation aiguë de la poitrine ou des viscères abdominaux, etc. Il y aurait de graves inconvénients, il y aurait inhumanité, il y aurait même quelquefois danger pour sa vie, à faire parcourir à ce malade un long trajet avant de lui ouvrir l'asile qui doit le recevoir. Celui-là, nous devons le soigner, et, si nous pouvons, le guérir malgré les conditions fâcheuses que crée pour lui le voisinage des agglomérations urbaines, où les habitations, comme le dit le projet administratif, se disputent l'air et la lumière.

Mais tous les malades se trouvent-ils dans ces conditions ? Non, Messieurs, et vous du moins, vous savez quels sont, à cet égard, les besoins réels de la population ouvrière. C'est à peine si un dixième de ceux auxquels les hôpitaux donnent asile se trouve dans ces conditions d'urgence. Sans doute, en chirurgie, l'urgence est quelquefois absolue ; mais c'est aussi en chirurgie que cette absence d'urgence dans les secours se montre le plus souvent et au plus haut degré. Quel inconvénient peut-il y avoir à diriger vers un hôpital éloigné, fût-il hors de la ville, le malade atteint d'affections oculaires, de nécroses anciennes, de tumeurs qu'il porte depuis des mois ou des années ? car celui-là quitte souvent son travail pour venir nous demander conseil, et il y retourne jusqu'au jour où il lui convient de se faire opérer. Pour lui, l'heure du danger peut être reculée avec l'opération. Mais quand après l'opération le danger est venu, combien n'est-il pas aggravé par le séjour dans un hôpital trop central ? Diminuer pour les malades les périls des opérations que nous devons leur faire subir, les soustraire aux inconvénients si graves des hôpitaux placés au centre des cités, faire autant que possible pour le pauvre ce que vous faites, Messieurs, avec la raison que donne l'expérience, pour les malades plus favorisés de la fortune et que vous opérez à Versailles, à Saint-Germain, enfin hors Paris, c'est une nécessité d'hygiène, c'est une loi d'humanité.

Il est donc désirable d'avoir dans les grandes villes, et surtout à Paris, où l'assistance publique se trouve centralisée, deux espèces d'hôpitaux ; les uns, que j'appellerais volontiers *hôpitaux de secours,* seraient répartis, suivant les besoins, dans les quartiers populeux. Renfermant, suivant l'importance de la population circonvoisine, 80, 100, et s'il le faut même, mais exceptionnellement, 150 lits, constituant un service de chirurgie, un ou deux services de médecine ; destinés le plus souvent à des maladies graves, leur disposition intérieure sera différente de celle des autres hôpitaux, et les petites salles d'un ou deux lits seront les plus nombreuses.

Les autres, véritables hôpitaux généraux, seraient placés à l'extérieur des villes ; pouvant, sans d'excessives dépenses, s'étendre sur une vaste étendue de terrain, ils pourront renfermer quatre cents malades, répartis dans des bâtiments isolés et éloignés les uns des autres. La disposition intérieure de ces bâtiments variera avec leur destination à la médecine ou à la chirurgie, aux affections contagieuses, aux grands opérés, etc., et l'hôpital ainsi construit pourra, dans de vastes jardins, contenir ce que nous voyons aujourd'hui institué et établi avec tant d'avantages à Saint-Pétersbourg, à Moscou, à Leipzig, à Berlin, des hôpitaux d'été.

Une seconde objection se présente tout d'abord. Comment transporter les malades du centre d'une grande ville dans des hôpitaux placés à une certaine distance hors de ses murs ?

Il ne faudrait pas s'exagérer cette difficulté, même s'il s'agissait de transporter dans ces hôpitaux tous les malades, quelle que puisse être leur maladie. Nos collègues militaires savent mieux que nous que le nombre des blessés, et non leur qualité, fait, après une bataille, la principale difficulté du transport. Cette difficulté diminue avec les nouveaux perfectionnements apportés aux ambulances, et j'ai pu voir, il y a quelques mois, au siége de Duppel, avec quelle facilité on pouvait, grâce au brancard à roues des chevaliers de Saint-Jean de Jérusalem, transporter à plusieurs lieues de distance les blessés les plus graves.

En 1859, chargé de conduire de Milan à Vérone, pour les rendre à leurs compatriotes, des Autrichiens blessés et prisonniers, j'ai pu voir aussi quelle ressource immense nous offraient à cet égard les chemins de fer, qui longent toujours et entourent quelquefois les grandes villes. A Paris, n'aurions-nous pas d'ailleurs une autre ressource, si nos futurs hôpitaux étaient placés en dehors de la ville, près des bords de la Seine ? Ne pourrions-nous pas, avec un seul petit bateau à vapeur d'un entretien peu coûteux, y transporter rapidement et sans secousses nos malades, y transporter même quelquefois leurs familles ? Enfin, il me faut bien faire remarquer que l'hôpital de secours devant recevoir les malades peu transportables, ceux qui seraient dirigés sur les hôpitaux généraux se trouveraient dans une situation analogue à ceux que l'administration dirige chaque jour sur les asiles de Vincennes et du Vésinet. Il n'y a donc, de ce côté, aucune objection sérieuse.

Le troisième argument présenté à l'appui de l'opinion qui s'oppose à l'éloignement des établissements hospitaliers, est basé sur la nécessité de ne pas *priver le malade de la consolation que lui apporte la visite de sa famille, et de ne pas forcer l'ouvrier à perdre une journée tout entière pour aller loin de sa demeure à l'hôpital où se trouve sa femme ou bien l'un de ses enfants.* Cette objection a déjà été faite par l'honorable M. Davenne, dans la discussion à l'Académie de médecine, et elle aurait pour moi une très-grande valeur si je n'envisageais que son côté moral et affectif. Pour moi, j'appelle de tous mes vœux le jour où l'hôpital sera pour l'ouvrier une ressource exceptionnelle, le jour où l'assistance à domicile, remplaçant pour lui l'assistance hospitalière, relèvera le sentiment de sa dignité, lui fera mieux comprendre les droits et les devoirs de la famille ; car il comprendra mieux alors ses devoirs et ses droits d'homme et de citoyen. Aussi, tout en sachant que les secours à domicile tels qu'ils sont établis aujourd'hui demandent quelques réformes, ils n'en constituent pas moins pour l'administration de l'Assistance publique un titre à la reconnaissance des classes ouvrières, un droit à nos éloges, et je suis heureux de pouvoir les lui adresser de grand cœur.

Aujourd'hui malheureusement l'hôpital est et il sera longtemps encore une nécessité sociale, et ce que nous devons chercher, c'est à en diminuer les inconvénients. Quant à l'objection que j'examine, je pourrais y répondre d'une manière générale en disant : L'objet de l'hôpital est avant tout de guérir le malade, et, sans nier l'influence du moral sur le physique, entre deux maux il faut choisir le moindre : il vaut mieux rendre les visites des parents plus rares ou plus difficiles si nous avons en échange l'espoir plus fondé de rendre guéri à sa famille, après l'en avoir momentanément éloigné, un malade qui aurait peut-être succombé s'il eût été soigné dans un hôpital central.

Cette objection, déjà faite si souvent, est-elle fondée pour Paris, même dans l'état actuel des choses, même pour l'Hôtel-Dieu tel qu'il existe ? Non, Messieurs. J'ai voulu savoir à quoi m'en tenir à cet égard, et j'ai relevé l'indication de l'arrondissement habité par un certain nombre de malades pris au hasard. Mon enquête, faite le 17 août dernier, a porté sur les 72 malades couchés ce jour-là salle Sainte-Jeanne, à l'Hôtel-Dieu, et ils se répartissent sous ce rapport de la manière suivante.

Domiciliés dans le 1[er]	arrondissement,	6	malades.
— 2[e]	—	5	»
— 3[e]	—	6	»
— 4[e]	—	8	»
— 5[e]	—	7	»
— 6[e]	—	4	»
— 7[e] et 8[e]	—	0	»
— 9[e]	—	1	»
— 10[e]	—	7	»
— 11[e]	—	4	»
— 12[e]	—	2	»
— 13[e]	—	1	»
— 14[e]	—	2	»
— 15[e]	—	1	»
— 16[e]	—	1	»
— 17[e]	—	2	»
— 18[e]	—	3	»
— 19[e]	—	2	»
— 20[e]	—	6	»
Domiciliés dans la banlieue,		3	»
Venant de la province,		1	»
		72	malades.

Comme on le voit, plus de la moitié de ces malades appartenaient à des arrondissements éloignés et se trouvaient par conséquent loin de leurs familles. D'ailleurs ne savons-nous pas à quoi nous en tenir à cet égard ? Vous connaissez les odyssées de nos malades : celui-ci vient de la barrière Fontainebleau à la Pitié demander un lit au médecin chargé de la consultation ; faute de place dans l'hôpital, il va au Bureau central, qui le dirige sur Beaujon ; tandis que dans le même temps un malade venu de Montmartre accomplit en sens inverse une pérégrination pareille qui le mène à la Pitié. Ces deux malades, on en conviendra, ne sont guère placés près de leurs familles, dont les visites du reste ne sont permises que le jeudi et le dimanche d'une heure à trois heures, sauf le cas de maladie très-grave. Restons donc dans la vérité des choses ; gardons-nous des exagérations, et tout en reconnaissant l'inconvénient de l'éloignement des hôpitaux, sachons

reconnaître quels avantages bien autrement sérieux lui servent de compensation puissante.

Il est une troisième objection que ne feront ni les malades ni les administrateurs, mais que vous ne manquerez pas de faire, et je dois y répondre d'avance. *Un hôpital situé hors des grandes villes impose au médecin et à ses aides des déplacements considérables.*

Je pourrais répondre à cette objection que l'hôpital est fait pour le malade et non pour le médecin. Si l'hôpital de Gœttingue fut placé par le roi de Prusse dans une assez mauvaise situation, mais près de la maison du vénérable Langenbeck, c'est un acte de déférence envers l'âge et la science qui honore celui qui en fut l'objet; mais c'est une conduite qu'il ne faudrait pas imiter, mais c'est un danger que ne nous fait pas redouter la manière dont la France honore ses illustrations médicales.

Cette objection, du reste, n'existe pas pour les hôpitaux étrangers. En Angleterre, en Suisse, en Hollande, en Italie, en Prusse, en Russie, dans les Etats allemands, partout enfin, sauf en France et en Belgique, les médecins sont presque toujours chargés de la direction immédiate des hôpitaux; ils y habitent pour la plupart, et la situation matérielle qui leur est faite permet ainsi à quelques-uns de se consacrer uniquement au service des malades, au culte de la science; ils peuvent ainsi ne demander qu'à l'étude ce que nous sommes obligés de demander à l'exercice de la profession, en France où l'on trouve juste d'invoquer au nom de l'humanité, pour les médecins, mais non pour les administrateurs, la gratuité des services. Cette différence profonde m'a vivement frappé dans mes études sur les hôpitaux étrangers; et si je puis dire avec orgueil : On trouve en Europe de glorieuses individualités, mais on n'y trouve nulle part un ensemble de médecins aussi habiles, aussi expérimentés dans la pratique de l'art que le corps des médecins des hôpitaux de Paris, je dis avec tristesse, mais avec la même conviction : C'est à l'obligation où nous sommes de sacrifier l'étude désintéressée de la science à la nécessité de l'exercice de la profession, que j'attribue l'existence en Angleterre, en Allemagne, d'un plus grand nombre d'individualités, de publications et de travaux scientifiques; que j'attribue enfin notre infériorité naissante à l'égard des sciences qui ne s'appliquent pas directement au traitement des malades.

La création des hôpitaux généraux tels que je les conçois, tels qu'ils fonctionnent ailleurs, permettrait ainsi à quelques vrais savants, préférant à la recherche de la richesse celle de la vérité, de se dévouer uniquement au culte de la science, au soin des malades reçus dans l'hôpital; comme eux, leurs élèves devraient y avoir leur demeure, et l'on pourrait difficilement opposer à ces observations des objections purement pécuniaires; il n'est pas besoin dans un hôpital consacré uniquement à la guérison des malades du nombreux état-major qui entoure trop souvent sans utilité les lits de nos hôpitaux, et ceci me conduit, Messieurs, à examiner cette dernière objection : *L'instruction qu'offre l'hôpital ne doit pas être perdue pour les élèves, et les grands hôpitaux devant renfermer les cliniques, ne peuvent sans inconvénients être éloignés du centre.*

Quel est à cet égard l'état des choses dans les grandes capitales de l'Europe?

Londres avec son organisation spéciale a presque autant d'écoles de médecine que d'hôpitaux généraux; ceux-ci se trouvant disséminés dans des quartiers très-divers, il n'existe pas de centre d'étude; il n'y existe pas, si vous me permettez le mot, de Quartier latin.

A Berlin, à Vienne, à Pétersbourg, les choses sont toutes différentes, et la concentration y est portée aussi loin que possible.

A Berlin, le grand hôpital de la Charité, renfermant presque toutes les cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchement, d'aliénation mentale, et de plus l'amphithéâtre dans lequel Virchow fait ses cours d'anatomie pathologique, est situé à une des extrémités de la ville, et c'est dans des rues voisines que se trouvent la clinique chirurgicale de Langenbeck et la clinique libre de Von Græfe.

A Vienne, le trop grand Hôpital général, placé également dans un des faubourgs de la ville, concentre les cliniques médicales et chirurgicales de Skoda, d'Oppolzer, de Schuh, de Dumreicher, la clinique ophthalmologique d'Arlt, la clinique d'accouchement et de gynécologie de Braun, des maladies de la peau et de syphilis des professeurs Hébra et Sigmund; les cours de Rokitanski se font dans le magnifique bâtiment consacré à l'étude de l'anatomie et de la chimie pathologique; dans les environs immédiats se trouvent l'asile des aliénés, l'hôpital des enfants Sainte-Anne, l'hôpital militaire, l'Académie Joséphine, etc. Malheureusement l'Hôpital général de Vienne, élevé en 1784 par Joseph II, renferme plus de deux mille malades; c'est pour moi un des hôpitaux de l'Europe le plus défectueux, et il peut montrer que si son impérial fondateur connaissait l'art de gouverner les peuples, il ne connaissait guère l'hygiène hospitalière.

La Charité de Berlin renferme 1,100 malades, l'hôpital de Vienne en renferme le double; nous ne prendrons, sous ce rapport, nos modèles ni à Vienne ni à Berlin.

A St-Pétersbourg, c'est tout à fait en dehors de la ville et de l'autre côté de la Néva que se trouve l'Académie médico-chirurgicale, le plus grandiose, le plus splendide établissement d'instruction médicale qui existe au monde, renfermant des cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchement, de maladies des femmes et des enfants, d'aliénation mentale, de médecine légale; des écoles pratiques d'anatomie, de chimie, de pharmacie; mais tout cela placé isolément, au milieu d'immenses jardins, et couvrant une superficie de plusieurs kilomètres. (La suite prochainement.)

M. GIRALDÈS prononce un discours que nous publierons dans un prochain numéro.

M. TRÉLAT. Je demande la parole pour fournir un renseignement à la Société. On sait qu'à Lariboisière les pavillons sont réunis par une galerie couverte qui ne s'élève qu'à la hauteur du premier étage. Dans le plan du nouvel Hôtel-Dieu, cette galerie est remplacée par une construction de même hauteur que les pavillons (lesquels sont plus haut que les maisons de Paris), se reliant à chacun d'eux et renfermant des salles et des pièces de service. Cette haute enceinte continue circonscrit une cour centrale longue, étroite et fermée de toutes parts.

On conçoit quelle peut être l'aération d'un pareil édifice; au centre, une cour fermée de tous côtés, latéralement des cours fermées de trois côtés, des pavillons *isolés* qui sont réunis entre eux par des salles de malades!

Je l'ai dit et je ne me lasserai pas de le répéter : on ne peut triompher du défaut d'espace. Quand on veut contracter dans un terrain insuffisant un trop grand nombre de malades, on est forcément amené, quoi qu'on fasse, quelle que soit l'habileté déployée, à des dispositions aussi manifestement vicieuses que celles que je viens d'indiquer.

M. LEFORT. Dans une protestation que j'ai faite à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, j'ai signalé comme le plus mauvais parmi les hôpitaux que j'ai visités, l'hôpital Rudolph; c'est précisément un plan presque analogue à celui de cet hôpital que l'on a choisi pour l'Hôtel-Dieu. Je retrouve dans les dispositions que nous indique M. Trélat presque toutes celles de l'hôpital Rudolph; ces mauvaises conditions sont même aggravées dans le plan de l'Hôtel-Dieu.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. GUYON soumet à l'examen de la Société un malade auquel il a réduit, quinze jours auparavant, une luxation complète du pouce en arrière. La réduction n'a pu être obtenue que par une manœuvre particulière que l'on trouvera décrite dans l'observation.

M. RICHET fait remarquer que la manœuvre employée par M. Guyon est la même que celle que Roux mit en usage avec succès chez un malade de M. Demarquay.

M. GUYON répond à M. Richet que sans doute il a été mal compris, car il a employé la rotation en dehors et le renversement du pouce sur le bord externe du métacarpien, sans la moindre extension, tandis que Roux imprima un mouvement de rotation en dedans et fléchit le pouce, sur lequel il faisait exercer en même temps des tractions avec la pince de M. Charrière.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire : F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine aura lieu le jeudi 3 novembre. M. Baillon fera le discours.

Les cours commenceront immédiatement après.

Le registre des inscriptions sera ouvert du 4 au 15 novembre, de dix heures à midi.

— M. Duchaussoy, agrégé en exercice, a été désigné par un décret récent pour faire le cours de médecine opératoire cet hiver, en remplacement de M. Malgaigne.

— La prochaine séance de l'Académie de médecine aura lieu mercredi prochain 2 novembre, au lieu de mardi, à cause de la fête de la Toussaint.

— Le jury désigné par le sort pour le concours des prix des internes se compose ainsi qu'il suit :

MM. Blache, Duplay, Guéneau de Mussy, Jarjavay, Richet, *juges titulaires*,

MM. Guibout et Verneuil, *juges suppléants.*

— La première série des épreuves pour le concours du Bureau central est terminée. Sont admis à prendre part aux épreuves suivantes : MM. de Saint-Germain, Liégeois, Pean, Tarnier et Sée.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de France aura lieu les 30 et 31 octobre prochains, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

La séance du 30 octobre aura lieu à deux heures; celle du 31 octobre aura lieu à midi précis.

Le 30 octobre, à sept heures du soir, un banquet sera offert au *Grand-Hôtel* par le conseil général et par la commission administrative de la Société centrale, aux présidents et délégués des Sociétés locales.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 2 novembre, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville.

Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

2° Discussion sur l'unicité et le dualisme chancreux, par M. le docteur Edmond Langlebert.

3° Moyen de remédier à un cas d'articulation pseudo-arthrodiale de la mâchoire inférieure et restauration faciale, par M. le docteur Dupré.

4° De l'hydropisie sous-rétinienne, par M. le docteur Coursserant.

5° De la suppression des officiers de santé, par M. le docteur Sandras.

— Dans l'*Annuaire Mathieu* (*de la Drôme*) pour l'année 1865, que vient de publier l'éditeur Plon, on remarque des articles scientifiques de MM. Figuier, Babinet, H. de Parville, Moigno, Victor Borie, etc., remplis d'intérêt et que nous recommandons à nos lecteurs.

Histoire de la médecine et des doctrines médicales, leçons faites à l'École pratique de la Faculté de médecine en 1862, 1863 et 1864, par M. le Dr E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un vol. in-8° de 544 pages. Prix : 6 fr. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 128. — MARDI 1er ET JEUDI 3 NOVEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 128. — MARDI 1er ET JEUDI 3 NOVEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 NOVEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

C'est un principe admis en physique, que lorsque deux liquides produisent par leur mélange une élévation de température, ce résultat est dû à l'affinité que ces deux liquides ont l'un pour l'autre. L'une des conséquences nécessaires de ce principe serait que la chaleur produite dans cette circonstance devrait décroître avec l'affinité, de manière à devenir nulle pour les liquides qui n'ont aucune tendance à se combiner, et qu'en l'absence de tout changement d'état il ne devrait y avoir aucun changement thermométrique sensible. L'étude des faits ne paraît pas confirmer cette conséquence. C'est du moins ce que MM. Bussy et Buignet se sont proposé d'établir par une série d'expériences dont ils ont communiqué les résultats à l'Académie.

Ces résultats, en effet, semblent prouver au contraire, comme on le verra par les conclusions reproduites au compte rendu, qu'indépendamment de l'affinité chimique à laquelle on rapporte la production de chaleur qui peut se manifester dans le mélange des liquides, il existe une cause générale, qui tend à modifier les effets calorifiques dus à l'affinité; de telle sorte que les changements de température ne seraient pas, comme on le suppose, un effet simple, mais seraient en réalité la résultante de deux causes agissant en sens contraire, et produisant l'une de la chaleur, l'autre du froid.

Ces faits, d'un grand intérêt en physique, devront être pris en considération par les physiologistes, qui pourront y trouver peut-être des éléments utiles pour l'explication de quelques-uns des phénomènes susceptibles de modifier la température animale. M. Pasteur, à cette occasion, a cru devoir appeler l'attention de l'Académie sur une classe de phénomènes de décomposition s'effectuant avec dégagement de chaleur. Ce sont les phénomènes des fermentations proprement dites.

A propos de fermentation, c'est le cas d'indiquer ici une note communiquée dans cette séance par M. J. Lemaire, sur la fermentation des matières organiques en vases clos. Il résulterait des expériences dont M. Lemaire expose les résultats à l'Académie, que la putréfaction ne peut s'accomplir en vases clos. Elle commence, mais elle ne continue pas....

Nous signalerons aussi les études de M. Isidore Pierre, sur la maladie des animaux d'espèces ovine et bovine, connue sous le nom de *sang de rate;* la note de M. le docteur Ancelon sur la nature de la maladie de la vigne et l'impossibilité d'inoculer *l'oïdium Tuckeri*, opinion soutenue également par MM. Letellier et Spéneux, et le travail de notre collaborateur M. Champouillon, relatif à l'influence des stations dites *hivernales*, sur la marche des maladies chroniques des voies respiratoires, que nous avons publié dans le numéro de jeudi dernier. — Dr Brochin.

Séance annuelle de l'Association générale des médecins de France.

La séance annuelle de l'Association générale des médecins de France a eu lieu dimanche 30 octobre, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Rayer. Toutes les sociétés locales y étaient représentées par leurs présidents ou délégués. Le président a ouvert la séance par une allocution dans laquelle il a résumé d'une manière générale la situation prospère de l'Association. M. Legouest, secrétaire de la commission administrative de la Société centrale, a lu ensuite le rapport annuel sur la gestion administrative et financière de cette Société pendant l'année qui vient de s'écouler. Puis M. Amédée Latour, secrétaire général, a présenté l'exposé général de la situation morale et financière de l'Association.

La séance a été terminée par un remarquable rapport de M. le docteur Sanderet, membre du conseil général de l'Association, sur un projet d'érection d'une statue à Laënnec dans sa ville natale.

Ces diverses lectures ont été accueillies par les bravos et les applaudissements unanimes de l'assemblée nombreuse qui garnissait toutes les banquettes du vaste amphithéâtre.

Le dimanche soir a eu lieu le banquet d'usage offert aux présidents et délégués des sociétés départementales. Il s'est terminé, comme d'habitude, par un échange de toasts qui se résument tous dans la même pensée de bonne confraternité et les mêmes vœux pour l'avenir et la prospérité de l'Association.

— Le lendemain lundi, a eu lieu la réunion de la commission générale et des présidents et délégués des Sociétés locales. Après la lecture de l'exposé de la situation de la caisse générale et de la caisse des pensions viagères, M. Davenne a fait un rapport favorable sur cet exposé. L'assemblée a procédé ensuite, conformément à ses statuts, au premier renouvellement quinquennal des membres du bureau. On sait que le président est nommé directement par l'Empereur. Les autres membres du bureau sont nommés à l'élection. Trois scrutins ont été successivement ouverts pour l'élection de quatre vice-présidents, d'un secrétaire général, de deux vice-secrétaires et de vingt-cinq membres du conseil général. Les quatre vice-présidents, le secrétaire général et les deux vice-secrétaires, dont les fonctions expiraient avec cet exercice, ont été réélus, savoir: *vice-présidents,* MM. Andral, Cruveilhier, Cazeneuve (de Lille), et Mabit (de Bordeaux); *secrétaire général*, M. Am. Latour; *vice-secrétaires,* MM. Gallard et Gros. Les conseillers nouveaux que le scrutin a désignés pour ces fonctions, sont: MM. Barth (de Paris), Barnet (du Rhône), Seux (des Bouches-du-Rhône).

M. le secrétaire général a eu la parole ensuite pour lire, au nom du conseil général, un rapport sur cette question: « Y a-t-il opportunité à demander aux pouvoirs publics la révision » de la loi qui régit l'exercice de la médecine? »

Les conclusions affirmatives du rapport ont été adoptées.

Divers vœux exprimés par les présidents et délégués de Sociétés locales, ont été renvoyés à l'examen du conseil général.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Statistique des affections diverses traitées dans le service de chirurgie pendant l'année scolaire 1863-1864.

(Recueillie par M. CHÉDEVERGNE, interne du service.)

Du 1er octobre 1863 au 1er octobre 1864, 565 malades ont séjourné dans le service de clinique chirurgicale.

Nous les diviserons en deux catégories:

1° Ceux qui guérirent par de simples moyens médico-chirurgicaux, et sans opération proprement dite; ils sont au nombre de 367.

2° Ceux dont l'état nécessita l'intervention d'une opération; il y en eut 161.

Dans ces deux catégories ne figurent pas quelques individus (au nombre de 8) qui ne firent que passer dans les salles, soit qu'ils n'eussent en réalité aucune affection de quelque importance (ivresse, courbature, fatigue, etc.), soit que leur affection ne fût pas du ressort de la chirurgie; ni d'autres atteints de maladies essentiellement médicales qui se sont égarés dans le service pour des raisons variables, et qui y sont restés quelque temps, souvent parce que leur état était trop grave pour qu'ils pussent être transportés ailleurs.

Eliminons donc immédiatement tout ce qui ne rentre pas dans nos deux classes, pour ne nous occuper que de celles-ci.

Ainsi, 1 chlorose, 3 névralgies, 1 ataxie locomotrice, 1 paralysie générale, 1 encéphalite chronique terminée par la mort; 1 cas de goutte, 1 de rhumatisme, 1 de gravelle; 3 individus affectés de maladies du cœur, dont 1 mort; 3 autres atteints: de choléra (mort), de phthisie pulmonaire (mort), de méningite; 1 éléphantiasis, 2 eczémas, 1 érysipèle, 2 lumbagos, 5 angines, 1 grossesse, et de plus un malade mort en entrant, dont nous n'avons pu faire l'autopsie, parce qu'il a été conduit à la Morgue: en tout 29 malades, dont 5 morts.

Si nous ajoutons ceux dont nous parlions tout à l'heure et qui n'avaient que des indispositions passagères ou rien, il nous reste 528 malades avec des affections chirurgicales, dont 161 ont subi des opérations.

I. *Première série.* — 367 malades ont été traités par des moyens médico-chirurgicaux, sans l'emploi du bistouri, si ce n'est pour effectuer de simples incisions, comme pour ouvrir un abcès, débrider un phlegmon, etc.

Parmi ces derniers:

32 étaient affectés d'abcès.

26 d'abcès phlegmoneux, dont 5 du cou, 13 du sein, 2 de la grande lèvre, 2 de l'aisselle, 1 du bras, 2 de la jambe, 1 du pied.

2 d'abcès froid par affection osseuse, dont 1 du cou (carie de la colonne cervicale), 1 de la cuisse (nécrose du fémur).

1 d'abcès froid idiopathique très-ancien situé au cou, guéri par l'injection iodée.

1 d'abcès ganglionnaire de l'aisselle.

Un seul malade est mort, celui qui était atteint de nécrose du fémur. Tous les autres ont guéri.

Dix avaient des phlegmons plus ou moins considérables, mais circonscrits, dont:

6 de la main, 1 du pied, 1 du bras;

2 de la fosse iliaque.

Guérison complète pour 9; amélioration seulement pour le dixième (phlegmon de la fosse iliaque).

Deux avaient des panaris; guérison.

Deux étaient atteints de phlegmons gangréneux du membre inférieur; ils moururent tous deux. L'une de ces affections était survenue à la suite d'un accouchement; quant à l'autre, nous n'avons su à quelle cause la rapporter; elle avait frappé un malade qui était entré ici à une période très-avancée d'une pneumonie à forme adynamique. Etait-ce la pneumonie ou le phlegmon qui s'était montré le premier?

Nous avons eu à observer d'autres phlegmons diffus, mais comme complications d'accidents traumatiques; nous les retrouverons plus loin.

Il y a eu 1 angioleucite; guérison.

Trois anthrax, 1 furoncle: incisions; quatre guérisons.

Une gangrène des extrémités des doigts de la main gauche chez un vieillard: élimination; guérison.

Il passa dans le service 39 ulcères des membres, et en particulier de la jambe, simples, scrofuleux, variqueux.

Neuf séjournèrent quelque temps et s'en allèrent guéris; les autres ne furent pas traités et sortirent rapidement.

Deux cas d'ulcères avec fongosités tendineuses au pied et à la main. Etat stationnaire. L'un est encore dans les salles.

Parmi les fistules de diverses espèces qui se montrèrent ici cinq ne furent pas opérées.

Deux fistules à l'anus et une fistule tuberculeuse du testicule guérirent par des injections iodées et astringentes.

Une fistule de la trachée chez un phthisique ne fut pas traitée.

Il en fut de même d'une fistule stercorale suite de blessure par projectile de guerre, chez un militaire entré dans le service à la dernière période de la tuberculisation pulmonaire. Ce dernier mourut.

Huit brûlures furent observées:

2 d'une seule main, 2 des deux mains et des avant-bras, par l'huile de pétrole; 3 des membres inférieurs, par de l'eau chaude et du bouillon; 1 de la face par le gaz d'éclairage.

Quatorze cas de syphilis: 6 malades entrèrent avec des manifestations syphilitiques secondaires. Ils n'offrirent rien de particulier. Il en fut de même pour 2 autres qui vinrent avec des accidents de même nature du côté des testicules, et de 1 autre qui avait une affection spécifique de l'articulation tibio-tarsienne.

Une femme nous fournit un exemple de rétrécissement syphilitique du rectum. Son état fut amélioré par une dilatation progressive.

Nous observâmes 3 cas de rétinite syphilitique: la vue était singulièrement obscurcie; elle revint sous l'influence du sirop d'iodure de potassium ioduré.

Une gomme de l'orbite disparut par l'iodure de potassium.

Deux kystes: 1 de la lèvre inférieure, 1 du maxillaire inférieur, non opérés.

Une grenouillette, ponctionnée seulement.

Sur 22 cancers qui ne furent pas traités, il y avait 2 cancers vésicants, dont 1 de la peau du sein gauche chez une femme, et 1 de la peau de la région inguinale chez un homme arrivé presque mourant. Celui-ci succomba en effet après quelques jours.

1 de l'os iliaque; mort.

1 de la mâchoire supérieure; stationnaire.

1 des ganglions sous-maxillaires (récidive); stationnaire.

1 des ganglions lombaires; stationnaire.

2 ganglions cancéreux après des cancers: 2 du sein, 1 de l'aisselle et 2 du rectum.

10 de l'utérus (1 mort); 1 de la prostate; sortie après trois jours. Donc 3 morts.

Quatre cancroïdes ne furent pas non plus opérés : 1 de la face, 1 de la joue, 1 de la lèvre inférieure, 1 du vagin. A leur sortie, ils étaient à peu près dans le même état qu'à l'entrée.

Deux enchondromes : 1 de l'épaule, qui ne resta que quatre jours dans le service, et 1 du thorax (mort par pneumonie).

Un malade affecté de lipomes multiples peu volumineux ne fit que passer dans les salles.

Un jeune garçon atteint de polype naso-pharyngien, entré sous le coup de phénomènes graves et d'hémorrhagies abondantes, mourut au bout de trois jours. Il avait une infection purulente, malgré l'absence de toute opération.

Une femme affectée de polype du larynx et présentant de la dyspnée, quitta l'hôpital après quarante-huit heures de séjour.

Vingt-quatre contusions à des degrés différents furent observées et ne présentèrent rien d'intéressant à noter. Toutes guérirent.

Sur 18 plaies, la plupart contuses, il y avait 8 plaies de tête, dont 4 se réunirent par première intention.

Une du sourcil; une de l'aine, suite d'opération de hernie pratiquée à l'Hôtel-Dieu.

Une articulaire du genou, compliquée d'un phlegmon diffus rapidement arrêté dans sa marche par des incisions multiples et profondes.

Une articulaire du coude (contusion par une roue de voiture) avec phlegmon diffus très-étendu et gangrène de la peau, d'où il résulta une dénudation de 30 centimètres de longueur sur 15 de largeur.

2 du pied, 4 de la main.

Guérison dans tous les cas.

Parmi 31 fractures traitées dans le service, on remarqué : 3 fractures du crâne, avec contusion du cerveau et épanchement de sang dans la boîte crânienne (3 morts).

Une de la colonne vertébrale (dernière dorsale) chez un garçon de vingt-quatre ans. Guérison. Durée du séjour : 92 jours.

4 fractures de côtes; guérison : 1 du maxillaire inférieur, idem; 1 multiple de l'humérus, idem.

4 de l'avant-bras, dont une incomplète; guérison.

6 de l'extrémité inférieure du radius; guérison.

1 du col du fémur; idem.

2 de la rotule; idem.

5 de jambe, dont une multiple causa la mort du malade. Une compliquée de plaie nécessita l'amputation, qui se termina par la guérison. Pour les 3 autres, qui étaient simples, guérison aussi.

Une du tibia; guérison. 2 de l'extrémité inférieure du péroné; idem.

Cinq luxations, dont 4 de l'épaule : 3 guérisons. Une datant de soixante jours ne fut pas réduite; une du coude : guérison.

Une entorse de l'articulation tibio-tarsienne; guérison.

Une ankylose du coude : état stationnaire.

Six hydarthroses : 6 du genou; 5 guérisons, une en voie de guérison.

Quatre arthrites : 2 guérisons; 2 améliorations.

Vingt-quatre tumeurs blanches, dont 1 du cou, 4 du coude, 1 du poignet, 2 de la hanche; les autres du genou.

Sur les 4 du coude, 3 présentaient des fistules résultant de nécroses plus ou moins étendues des extrémités osseuses : elles furent guéries après un long traitement. Il en fut de même d'une coxalgie et de deux tumeurs blanches du genou. Les autres furent améliorées, mais leur séjour à l'hôpital ne fut pas suffisamment prolongé pour compléter leur guérison. — Pas de mort. Dans tous les cas, il fut administré un traitement général en même temps que le traitement local.

Douze nécroses :

1 du bord alvéolaire du maxillaire. Guérison.

2 de la colonne vertébrale (mal de Pott). Pour l'une, amélioration; pour l'autre, mort.

3 du tibia, dont 2 stationnaires. Une terminée par la mort.

2 des os du pied, guérison. 2 du calcanéum, stationnaires. 1 du gros orteil, stationnaire. 1 de la onzième côte, stationnaire.

Deux caries : 1 des os du genou, stationnaire. 1 de la colonne cervicale avec abcès rétro-pharyngien, mort.

Quatre ostéites : 2 du sacrum, stationnaires. 1 de l'extrémité inférieure du fémur, guérie. 1 de l'apophyse mastoïde, guérie.

Exostoses symétriques de l'humérus : 1 cas. Etat stationnaire.

Deux varices : 1 cas de varices simples des jambes, stationnaires.

1 cas de rupture de varices, cicatrisation.

Cinq adénites : 2 axillaires; 2 inguinales; 1 sous-maxillaire. 5 guérisons.

1 cas de tumeurs ganglionnaires mélaniques multiples. Etat stationnaire.

Trois hernies : 1 énorme descendant jusqu'au genou. Plusieurs tentatives successives de taxis. Guérison complète.

2 hernies étranglées. Guérison par le taxis.

Une chute du rectum. Stationnaire.

Hémorrhoïdes : 2 cas d'hémorrhoïdes enflammées. 2 guérisons.

Un varicocèle avec phlébite. Guérison.

Trois orchites, dont 2 aiguës, 1 chronique. 3 guérisons.

Une hypertrophie de la prostate. Stationnaire.

Six rétrécissements de l'urèthre. Tous dilatés avec succès. Pas d'uréthrotomie.

Une cystite. Guérison.

Sur 3 kystes ovariques, 2 uniloculaires furent ponctionnés, mais ne purent être injectés avec la nature du liquide contenu, 1 multiloculaire entraîna la mort de la malade.

Sept corps fibreux de l'utérus. Stationnaires.

Un prolapsus utérin. Idem.

Une antéversion. Idem.

Deux métrorrhagies. Guéries.

Douze métrites. 2 guéries, les autres ne furent pas traitées.

Quatre vaginites. 3 guéries, l'autre sortit immédiatement.

Une contracture avec hyperesthésie de la vulve. Non guérie.

Les diverses maladies des yeux que nous avons rencontrées sont :

Une blépharite, guérie. Deux conjonctivites, guéries. Huit kératites, guéries. Une plaie de la cornée, guérie. Deux staphylomes de la cornée, stationnaires. Un pannus, stationnaire. Une ophthalmie scrofuleuse, améliorée. Une ophthalmie blennorrhagique entrée dans le service après trois jours de durée, perte de la vue presque complète. Deux iritis simples, guérison. Deux glaucomes, état stationnaire. Un décollement de la rétine, idem. Six cataractes qui ne furent pas opérées.

QUELQUES MOTS SUR LA MÉDICATION TONIQUE.

Par M. le docteur Em. FARGUES.

En thérapeutique, l'abondance des moyens ne fait que trahir la pauvreté des agents employés. Que n'a-t-on pas imaginé pour triompher des convalescences de longues maladies, de la prostration des forces, de la diminution des globules sanguins, des accidents paludéens ou toxiques, et des différentes cachexies? De toutes les médications qui ont été tour à tour préconisées, le quinquina seul a résisté au discrédit du temps; encore ce médicament héroïque demande-t-il à être prepare dans de certaines conditions, administré sous une certaine forme et combiné avec quelques éléments actifs de la matière médicale.

La meilleure préparation que nous ayons jusqu'à présent rencontré est le *vin de Bellini*, dans la composition duquel entrent le vin de Palerme, le quinquina jaune royal et le columbo. De pareilles matières premières sont déjà de précieuses garanties, mais l'observation nous a démontré que par son emploi une agréable et efficace stimulation était réellement imprimée aux voies digestives et à tout l'organisme, et que le médicament agissait encore, à la façon des amers, comme un modificateur plastique de la masse du sang.

Le *vin de Bellini* nous a paru répondre à un grand nombre d'indications thérapeutiques et satisfaire à toutes les exigences des médications stimulantes, toniques, fébrifuges et reconstituantes. Le columbo neutralise naturellement l'action locale du quinquina et ses effets un peu excitants, mais sans faire perdre à la merveilleuse écorce du Pérou ses propriétés générales et spéciales.

Cette préparation agit comme préservatif dans les pays malsains et exposés aux émanations marécageuses, et, pendant l'hiver, les individus frileux qui en font usage peuvent impunément braver les rigueurs du froid et les intempéries matinales. Le vin, en effet, à l'instar des boissons les plus généreuses, réchauffe l'économie, active les fonctions viscérales et entretient dans tout le corps une douce chaleur physiologique.

La plus grande latitude existe dans sa consommation journalière, et la quantité qui doit être prise varie entre une cuillerée à café et plusieurs verres à madère. Sa dose, on le conçoit, doit être réglée selon les indications propres à chaque cas et selon les aptitudes de chacun. En général, cinq ou six cuillerées à bouche par jour suffisent pour restaurer en peu de temps la constitution débilitée d'un adulte ordinaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 octobre 1864. — Présidence de M. MORIN.

Recherches sur les changements de température produits par le mélange de liquides de nature différente. — M. BUSSY, en son nom et au nom de M. BUIGNET, lit sous ce titre un mémoire dont nous donnons le résumé suivant :

L'abaissement de température que nous avaient présenté l'acide cyanhydrique et l'eau par le seul fait de leur mélange, nous a portés à rechercher si nous ne pourrions pas observer le même phénomène dans d'autres liquides, susceptibles également de se dissoudre en toute proportion, sans donner lieu à une action chimique énergique. Sur onze mélanges formés dans ces conditions, trois seulement ont produit une élévation de température; les huit autres ont manifesté une production de froid. Nous avons étudié ces changements de température concurremment avec les changements de volume, et voici le résumé des résultats que nous avons obtenus :

1° Lorsqu'on mêle deux liquides susceptibles de se dissoudre en toute proportion, on observe constamment un changement thermométrique au moment du mélange. Tantôt la température s'abaisse, comme dans le cas de l'alcool mêlé au sulfate de carbone; tantôt elle s'élève, comme dans le cas du chloroforme mêlé à l'éther.

2° L'effet thermométrique observé dans les divers cas n'est jamais un effet simple, comme on pourrait le supposer, mais une résultante de deux causes qui agissent simultanément et en sens opposé dans tous les mélanges : l'une, l'*affinité*, qui s'exerce entre les molécules hétérogènes, et qui produit entre elles des actions dont l'effet est de dégager de la chaleur; l'autre, la *diffusion*, qui n'est autre chose que le mouvement des molécules homogènes, ou le travail qu'elles sont forcées d'accomplir pour se disséminer dans la masse du mélange. Cette seconde cause agit nécessairement en sens inverse de la première; elle tend à absorber de la chaleur ou à produire du froid.

3° Lorsque les deux liquides que l'on mêle n'ont l'un pour l'autre qu'une faible affinité, les effets de la diffusion deviennent alors très-sensibles, et leur prédominance se trouve nettement accusée par l'abaissement de température. C'est ainsi qu'un simple mélange d'alcool et de sulfate de carbone fait descendre le thermomètre de près de six degrés au-dessus de la température initiale.

4° L'élévation ou l'abaissement de la température ne varient pas seulement selon la nature des liquides sur lesquels on opère; ils varient également, pour un même mélange, suivant la proportion relative des deux éléments qui le constituent.

5° L'influence des proportions relatives peut aller jusqu'à changer complétement le sens de l'effet thermométrique, de manière à produire avec les mêmes liquides tantôt de la chaleur, tantôt du froid. 5 équivalents d'alcool mêlés à 1 équivalent de chloroforme donnent lieu à une élévation de température de 4° 5; tandis que 5 équivalents de chloroforme, mêlés à 1 équivalent d'alcool, produisent au contraire un abaissement de température de 2° 6.

6° La température initiale des deux liquides que l'on mêle influe d'une manière très-sensible sur l'effet thermométrique qui résulte de leur mélange. En général, les abaissements de température deviennent plus marqués, quand la température à laquelle on opère est plus élevée.

7° En même temps qu'ils éprouvent un changement de température par le fait de leur mélange, les liquides éprouvent aussi un changement de volume. Tantôt il y a dilatation, comme dans le cas de l'alcool mêlé au sulfate de carbone, ou du sulfate de carbone mêlé au chloroforme; tantôt il y a contraction, comme dans le cas du sulfure de carbone mêlé à l'éther, ou de l'éther mêlé à l'alcool.

8° Il n'existe pas de relation apparente entre les changements de volume et les changements de température. Le même effet thermométrique peut être observé dans des mélanges qui donnent lieu aux changements de volume les plus opposés. Il suffit de comparer, sous ce rapport, les deux mélanges que forme l'alcool avec le sulfure de carbone et avec l'éther. Tous deux sont accompagnés d'un abaissement de température très-notable; le premier, cependant, donne lieu à une augmentation de volume, tandis que le second donne lieu à une contraction.

Etudes sur la maladie des animaux d'espèces ovine et bovine, connue sous le nom de sang de rate. — M. ISIDORE PIERRE communique sous ce titre un mémoire dont voici un extrait :

La maladie vulgairement désignée sous le nom de *sang de rate*, connue encore sous beaucoup d'autres noms, peut être considérée comme un des fléaux les plus désastreux pour les pays soumis à ses ravages.

C'est un fait d'observation que le sang des animaux atteints du mal est plus riche en globules et en albumine qu'à l'état normal et plus pauvre en éléments aqueux; en un mot, la maladie paraît être le résultat d'une proportion trop forte dans le sang des principes organiques désignés sous les noms de *globule*, de *fibrine* et d'*albumine*, et enfin d'un trop plein de sang dans la circulation.

Je ne puis entrer ici dans l'examen des altérations ou des modifications que le sang peut éprouver dans de telles conditions. Je suis obligé de m'en tenir au simple exposé de faits d'observation pratique, et à la comparaison de ces faits avec ceux que fournit l'analyse des aliments qui figurent dans le régime ordinaire des animaux dont il s'agit.

Disons d'abord que la maladie est généralement inconnue dans les pays frais, que la végétation y soit maigre et chétive ou qu'elle y soit vigoureuse. C'est surtout dans les saisons et dans les années sèches qu'elle sévit avec le plus d'intensité.

Elle est moins fréquente, ou peut même disparaître, dans les saisons et dans les années humides.

Les animaux mal nourris y sont beaucoup moins exposés que les autres; dans le même pays et dans un même troupeau, ce sont généralement les bêtes en meilleur état qui sont les premières atteintes.

De ce que le sang des animaux qui succombent est plus riche en globules, en albumine, en fibrine; de ce qu'il est, en un mot, plus plastique; de ce qu'on y trouvera un plus ou moins grand nombre de ces êtres microscopiques appelés *bactéries* ou *bactéridies*; de ce que cette plus grande plasticité ou ce développement anormal d'animalcules peut occasionner la mort des animaux chez lesquels ces phénomènes se produisent; tout cela ne peut encore nous édifier, tout au plus, que sur une cause prochaine de la mort. Mais pourquoi cette plus grande plasticité du sang se manifeste-t-elle plutôt dans certains pays que dans d'autres, pourquoi ce développement de bactéridies ne s'observe-t-il pas partout au même degré, et pourquoi là plutôt qu'ailleurs, c'est ce qu'il serait bien important de connaître, au point de vue de l'agriculture pratique.

Je n'oserais me flatter de posséder tous les éléments d'une réponse catégorique à l'une ou à l'autre de ces deux questions, mais les études répétées auxquelles je me suis livré sur les fourrages depuis plus de quinze ans m'ont conduit à résumer ainsi mes convictions : C'est dans le régime alimentaire qu'il faut chercher les premières causes du mal; c'est en modifiant judicieusement ce régime qu'on aura les meilleures chances de combattre le mal avec succès.

Je vais essayer de faire comprendre ma pensée sur le premier point, me réservant d'examiner le second dans une très-prochaine communication.

1° Dans les pays sujets au sang de rate, les plantes d'espèce donnée, parvenues à un état déterminé de développement, sont moins aqueuses qu'ailleurs; elles sont, en outre, à poids égal et au même degré de siccité, plus riches en principes alibiles, particulièrement en principes azotés; elles doivent donc être capables de produire un sang plus riche en principes plastiques.

2° La flore du plateau sec de la Beauce est très-riche en légumineuses; or j'ai constaté, par des analyses nombreuses, que les légumineuses sont, toutes choses comparables d'ailleurs, plus riches en principes azotés nutritifs et en principes minéraux que la plupart des autres plantes fourragères.

3° Dans les légumineuses, telles qu'elles sont consommées comme fourrage, le poids des organes foliacés est une partie aliquote considérable du poids total des plantes prises dans leur entier; et ces plantes, dans les plaines sèches de la Beauce, ne parviennent qu'à une assez faible hauteur. Or, dans ces plantes peu développées en hauteur, la proportion qui existe entre le poids des organes foliacés et le poids des autres parties est notablement plus élevée que dans

les plantes de même espèce ayant acquis un développement considérable en hauteur.

4° Les animaux qui se nourrissent des premières à discrétion consomment donc une proportion relativement plus considérable d'organes foliacés, c'est-à-dire des parties les plus riches en substances minérales, en oxyde de fer, et surtout en principes organiques azotés.

Aussi est-il d'observation usuelle que rien n'est dangereux, en Beauce, comme le pâturage des prairies artificielles feuillues à demi desséchées sur pied, données à discrétion, et qu'on observe une recrudescence de mortalité après et pendant les périodes de chaleur et de sécheresse qui arrêtent le développement de la végétation.

En résumé : par suite de la nature et des qualités spéciales des plantes dont elles se nourrissent, les bêtes ovines et bovines de la Beauce élaborent un sang trop plastique, trop riche en globules, en fibrine, en albumine, et trop pauvre en principes aqueux.

Ce sang, plus rouge, plus nourrissant, plus épais qu'il ne l'est habituellement à l'état normal, prédispose les animaux à des affections morbides ou à des accidents auxquels n'est pas exposé celui dont le sang, par suite de sa constitution, est doué d'une plus grande fluidité.

Il est maintenant facile d'entrevoir comment un changement dans le régime alimentaire peut, en modifiant les proportions des principes constitutifs du sang d'un animal, modifier en même temps les dispositions qu'il peut avoir à contracter telle ou telle maladie. Je demanderai prochainement à l'Académie la permission de développer ma pensée à ce dernier point de vue, et j'insisterai alors sur les transformations que pourrait subir l'agriculture beauceronne pour atténuer, si ce n'est pour éviter complétement, une des plaies les plus cruelles et les plus désastreuses dont elle ait à souffrir.

— M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet à l'Académie, pour qu'elle le renvoie à l'examen d'une commission, un mémoire qui lui a été adressé par M. Bergeret, médecin à Châlons-sur-Saône. Ce mémoire a pour titre : « Exposition d'un plan d'étude des agents externes ou atmosphériques qui sont toujours en rapport avec notre économie, et qui ont la plus grande influence sur l'ordre normal de nos phénomènes vitaux. »

MM. Velpeau, Rayer et Cloquet prendront connaissance de ce travail pour en faire l'objet d'un rapport qui sera transmis à M. le ministre.

— M. CHAMPOUILLON présente un mémoire sur *l'influence des stations dites hivernales, sur la marche des maladies chroniques des voies respiratoires.* (Voir le numéro de jeudi dernier).

Ce mémoire est réservé pour le concours de 1865, prix de médecine et de chirurgie.

— M. ANCELON adresse de Dieuze une note ayant pour titre : *De la nature de la maladie de la vigne et de l'impossibilité d'inoculer l'oïdium Tuckeri.*

Après quelques remarques générales sur la marche qu'auraient dû suivre ceux qui ont prétendu établir la réalité d'une inoculation de la maladie de la vigne à l'homme, l'auteur poursuit en ces termes :

« Pourquoi ceux qui ont mis en avant ou soutenu cette thèse, au lieu de s'aventurer comme ils l'ont fait, ne se sont-ils pas demandé tout d'abord ce que c'est que l'inoculation? Ils auraient compris, en cherchant à la bien définir, que le champignon auquel Tucker a donné son nom n'était point le principe matériel d'une maladie contagieuse, ne peut être artificiellement introduit dans l'économie : loin de représenter la maladie de la vigne, il n'en est qu'un accessoire bien secondaire. On inocule avec succès les virus variolique, morveux, rabique, carbonculeux, etc.; mais en introduisant l'oïdium à travers nos tissus normaux, on ne détermine dans l'économie vivante que des accidents plus ou moins variés, plus ou moins légers, sans aucune identité entre eux.

« Quel rôle joue donc l'*oïdium Tuckeri* dans la maladie de la vigne? Celui de tous les champignons que l'on ne rencontre que sur les matières organiques en décomposition, sur les cadavres ou sur les parties nécrosées des corps organisés et vivants; de même que c'est sur les cellules en voie de décomposition du follicule pilifère que se dépose et se développe le champignon de la teigne, de même les spores de l'oïdium, suspendues dans l'atmosphère, rencontrent sur les feuilles, les rameaux et les graines de la grappe de la vigne, les conditions nécessaires à leur existence, et y étalent leur luxuriante végétation, lorsque ces divers organes de la plante sont parsemés de taches brunes, nécrosées, par suite de la piqûre vénéneuse d'un insecte particulier.

» C'est en 1851, avec Robineau-Desvoidy, que nous eûmes l'occasion d'observer, d'étudier dans les vignes de l'Orléanais la nécrose de la plante et l'insecte qui la produit. L'insecte, pour les dimensions, pour la forme, pour la couleur, pour la rapidité des évolutions, est identiquement semblable à l'*acarus* de la gale humaine. Pour le trouver, il faut le chercher au revers des feuilles de la vigne et dans le labyrinthe de fils microscopiques qu'il a tendus d'une nervure à l'autre. Bien qu'il soit ordinairement d'un blanc mat, nous l'avons parfois trouvé jaunâtre vers le soir, alors sans doute qu'il rentre de la pâture. Depuis que nous l'avons observé, M. Gonzalès de Palalda en a fait une chenille; mais nos observations nous ont convaincu que cet arachnide, pour pondre des œufs dans des nids soyeux, comme les autres insectes de son ordre, n'est pas condamné à subir les métamorphoses des lépidoptères. Si donc on conservait la prétention d'inoculer le principe matériel de la maladie de la vigne, ce n'est plus à l'oïdium de Tucker qu'il faudrait s'adresser, mais à notre *acarus.* » (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Payen, Tulasne, Cloquet.)

— MM. LETELLIER et SPÉNEUX adressent une note qui se rattache à leur précédente communication sur une transmission prétendue de l'*oïdium Tuckeri* des végétaux à l'homme. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

M. SAUVAGEON communique un fait qui vient à l'appui d'observations récemment communiquées par M. Arentzen, *sur l'influence d'un traitement électrique pour arrêter les progrès d'une cataracte commençante.*

En 1852, la mère de l'observateur était affectée d'une double cataracte dont la marche semblait tellement rapide, que le médecin annonçait une cécité très-prochaine si on n'avait recours à l'opération.

Cette dame souffrait en outre de douleurs rhumatismales donnant lieu à des céphalalgies très-intenses pour lesquelles on eut l'idée d'employer l'électrisation au moyen de l'appareil de Gaiffe. Elle crut s'apercevoir que pendant l'électrisation sa vue était plus claire. Cet effet n'était que passager. Mais y aurait-il eu un effet plus durable? c'est ce qu'il est permis de supposer. En effet, la cécité annoncée comme imminente n'était pas encore complète dix ans plus tard, à l'époque de la mort de la malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Suite de la séance du 19 octobre 1864. — Présidence de M. RICHET.

Suite du discours de M. Léon Le Fort.

M. Le Fort pose ensuite en principe la séparation des hôpitaux généraux dépendant de l'Assistance publique et des hôpitaux d'instruction. Il est d'avis que, dans les grandes villes, il est bon de construire au centre des hôpitaux de secours contenant un petit nombre de lits et composés d'un bâtiment unique renfermant des salles de traitement externe; que des hôpitaux de 350 à 450 lits devraient être construits hors des villes pour les malades dont l'état n'exige pas des soins immédiats; enfin, qu'il faudrait créer un hôpital d'enseignement clinique.

Appliquant à Paris les données précédentes, l'orateur commence d'abord par établir qu'on pourrait construire pour les malades infirmes ou atteints d'affections chroniques des établissements analogues aux *workhouses* des Anglais. Les véritables malades, pense M. Le Fort, seraient admis dans des hôpitaux de secours établis dans chaque arrondissement, auxquels serait relié le service du bureau de bienfaisance, tandis que les hôpitaux généraux seraient placés à la circonférence de Paris; enfin, le grand hôpital d'enseignement, de 450 à 500 lits spécialement destinés à l'enseignement, serait placé dans un lieu convenable, dont la situation se rapprocherait le plus possible des conditions de la campagne.

Théoriquement et pratiquement, la question de l'emplacement des hôpitaux se rattache intimement à celle des dimensions qu'il doit avoir, de la population qu'il doit abriter. Il ne faut plus que notre siècle voie s'élever de ces hôpitaux de 1,000 à 1,200 malades, à moins qu'on ne puisse, comme à Saint-Pétersbourg, isoler à tel point les différents services que l'hôpital occupe une superficie de plusieurs kilomètres. Cette condition d'isolement peut seule justifier des hôpitaux de 500 à 600 malades, mais elle entraîne la nécessité de tels emplacements qu'on ne peut guère les trouver qu'à l'extérieur des villes, et au prix de grands sacrifices pécuniaires. L'étendue du terrain choisi doit s'accroître en effet non proportionnellement, mais suivant une progression que j'exprimerai par les chiffres 1, 3, 6, 10, 15, 21, 28, 36, ce qui donnerait comme minimum de superficie, pour un hôpital de 100 malades, 2,500 mètres; — 200, 7,500; — 300, 15,000; — 400, 20,000; — 500, 37,500; — 600, 52,500; — 700, 70,000; — 800, 100,000.

Les résultats statistiques de la mortalité après les amputations peuvent encore nous montrer que l'influence fâcheuse de l'agglomération des malades sur un même point croît avec le chiffre des lits que renferme l'hôpital. Ce n'est pas tout qu'un hôpital soit largement isolé des habitations voisines, il faut encore que les bâtiments qui le composent soient fort éloignés les uns des autres, qu'ils constituent en quelque sorte comme autant d'hôpitaux. C'est ce que n'ont pas compris ceux qui ont élevé Lariboisière, Saint-Jean à Bruxelles, ceux qui terminent en ce moment l'hôpital Rudolph à Vienne.

Cette influence de l'agglomération des malades dans un centre restreint apparaît dans tout son jour dans la statistique suivante, dont je trouve également les éléments dans le *Blue book* de 1864 et dans les statistiques antérieurement publiées de Guy's hospital et de l'infirmerie de Glasgow. Cette statistique porte sur 57 hôpitaux d'Angleterre et sur 2,528 amputations; je l'ai établie pour les amputations de la cuisse et de la jambe, suivant la quantité de lits que renferme chacun d'eux; en les divisant en quatre classes, les chiffres suivants résultent de ce rapprochement :

	MORTALITÉ POUR 100 AMPUTÉS. Cuisse.	Jambe.
Hôpitaux n'excédant pas 100 malades. . . .	25,3	17,7
— renfermant de 100 à 200 malades. .	30,7	19,2
— — 200 à 400 malades. .	37,5	22,4
— — 400 malades et au delà. .	40,0	32,1
Hôpitaux de Paris, 1861.	74	70

Cette influence, déjà si visible, apparaîtra encore davantage si nous rendons notre comparaison plus exacte encore en ne prenant pour exemple que des amputations faites pour causes pathologiques, moins variables dans leur gravité que les causes traumatiques. L'amputation de la cuisse pour cause pathologique a donné dans les hôpitaux d'Angleterre déjà cités les résultats suivants :

	Mortalité pour 100.
Hôpitaux n'excédant pas 100 malades. . . .	6,6
— renfermant de 100 à 200.	20,2
— — 200 à 400.	24,0
— — 400 malades et au delà. .	35,9

On ne saurait ici invoquer cette fin de non-recevoir si exagérée, si souvent reproduite, basée sur la différence des races, sur l'infériorité physique et morale de la race française sur la race anglaise, triste argument qu'invoquent trop souvent les adversaires de nos recherches statistiques, car la comparaison ne porte cette fois que sur des établissements placés en Angleterre, et les différences individuelles s'effaceraient du reste devant le chiffre des hôpitaux (57) et le nombre des amputations (2,528).

Je n'insiste pas plus sur les avantages et les inconvénients des petits et des grands hôpitaux, sur leurs dimensions et sur le chiffre de leur population; car si un architecte, un ingénieur, un administrateur ne voient dans toutes ces questions qu'une certaine quantité de mètres cubes d'air à donner ou à souffler à chaque malade, il y a longtemps que vous, Messieurs, qui savez ce que c'est qu'un malade et un hôpital, vous avez condamné les grands hôpitaux.

Il me reste à examiner maintenant quelle doit être la situation topographique des hôpitaux; je serai bref sur ce point, car le problème se représente avec des conditions spéciales pour chaque hôpital en particulier, pour chaque ville, pour chaque pays. Cependant on peut dire qu'il faut autant que possible placer l'hôpital dans un lieu découvert, vers le haut des collines plutôt que dans les plaines, dans les plaines plutôt que dans les vallées. On peut se rapprocher des fleuves quand leur eau est limpide, leur cours rapide, surtout quand on peut placer l'hôpital sur une colline voisine de leurs bords; on doit au contraire s'éloigner des rivières où l'eau peu profonde, peu rapide, est fréquemment chargée de détritus organiques en voie de décomposition. Il faut rechercher les terrains granitiques, siliceux ou calcaires, éviter les terrains marécageux, bas ou humides, les terrains d'alluvion, et surtout les îles, lorsque celles-ci ne sont pas toutefois assez larges pour constituer un petit continent. Il faut abriter l'hôpital des vents du nord, l'exposer à la bienfaisante influence du sud, chercher pour lui l'aération, mais le mettre à l'abri des courants d'air violents.

Ce que je viens de dire peut déjà vous faire pressentir quelle est mon opinion quant à la valeur hygiénique de l'emplacement choisi pour le futur Hôtel-Dieu. Il réunit à peu près toutes les conditions mauvaises. Le sol est un terrain humide et bas, qui n'a dû son exhaussement qu'à l'accumulation des débris et des usines de plusieurs siècles, où se sont infiltrées les déjections de toutes les générations parisiennes, où s'infiltrent les eaux de la Seine. Vous avez pu voir ce qui existe en jetant un coup d'œil sur les travaux faits pour creuser les fondations d'une nouvelle caserne, et vous avez pu constater en même temps à quelle profondeur et au prix de quelles dépenses il faut aller chercher la base solide d'un puissant édifice.

La Cité est au fond de cette vallée dans laquelle coule à cet endroit la Seine; largement ouverte du côté du nord, la partie désignée pour l'Hôtel-Dieu est au contraire soustraite à la chaude et bienfaisante influence du sud, au loin par la montagne Sainte-Geneviève, et c'est matériellement cette fois que Notre-Dame la couvrira de son ombre; cette disposition rend fâcheux le voisinage trop immédiat du fleuve qui la circonscrit et qui la baigne chaque soir d'une atmosphère humide.

Mais si l'emplacement choisi n'a pas une aération suffisante malgré les larges rues dont l'entoure le projet, il sera en revanche exposé aux bourrasques et plongé, comme la Cité, dans les courants d'air violents qui sillonnent les fleuves encaissés dans des vallées ou couverts sur leurs bords de deux rangées de maisons et d'édifices élevés.

L'emplacement choisi fût-il bon au point de vue de l'hygiène, il serait encore détestable au point de vue de l'économie hospitalière. Ce qui fait la supériorité des études médicales, mais ce qui fait aussi leur difficulté, c'est qu'elles comprennent les sujets qui sembleraient au premier abord devoir leur être toujours étrangers; la question du prix de revient des hôpitaux appartient à l'hygiène hospitalière, comme l'ont très-bien compris tous ceux qui se sont occupés de la question. J'ai montré il y a deux ans à quel prix modique revenait en Angleterre un lit d'hôpital : 1,500 fr. à Glasgow, 4,000 fr. à Londres. Je serai bref aujourd'hui sur ce point; mais je ne puis taire ce principe, qui certainement est le vôtre : Que le premier devoir de toute administration hospitalière est de soulager avec une somme fixée le plus grand nombre d'infortunes possible. Serait-ce suivre ce principe que de construire un hôpital où chaque lit reviendrait au moins à 30,000 fr., coûterait, en dehors du prix de l'entretien et de la nourriture des malades, 1,500 fr. de loyer annuel?

L'ombre de Notre-Dame qu'on invoque est une raison toute de sentiment qui peut avoir sa valeur pour beaucoup d'institutions, mais qui ne saurait être invoquée dans le domaine tout matériel des choses de l'hygiène.

Le Bureau central, très-utile par les consultations, où l'on donne des conseils, mais surtout des appareils aux malades atteints de hernies, de varices, d'affections utérines, de déviation de la taille et des membres, est, au point de vue de la répartition des malades, d'une utilité au moins contestable, aujourd'hui que l'électricité peut mettre tous nos hôpitaux en communication directe les uns avec les autres.

L'espace choisi par l'administration municipale ne pourrait, sans compromettre gravement leur vie, renfermer plus de 400 malades, et le quartier de la Cité n'a guère besoin d'un grand hôpital, puisque, suivant toute apparence, la vieille Cité de Paris, concentrant dans son enceinte vide de ses citoyens tout ce qui représente les derniers progrès de la civilisation moderne, ne renfermera bientôt plus que la préfecture de police, le Palais de justice, une église, le tribunal de commerce, des prisons, la Morgue et quelques casernes.

La partie de Paris qui l'avoisine n'aurait guère besoin que d'un hôpital de secours, et l'emplacement occupé actuellement par les bâtiments de l'Hôtel-Dieu consacrés au service des femmes me paraît pouvoir être utilement employé à cet usage : quoique à peu de distance de l'endroit choisi par l'administration, ses conditions hygiéniques, sans être tout à fait à l'abri de la critique, sont toutes différentes et suffisamment bonnes. Un bâtiment unique, séparé de la Seine par des jardins, grâce à la suppression d'une rue devenue inutile, pourrait être construit presque sur l'emplacement actuel et renfermer 100 malades.

Il resterait, il est vrai, à créer un nouvel Hôtel-Dieu. Hôpital général, je voudrais le voir placé au dehors de Paris, près des bords de la Seine, dans les environs du bois de Vincennes ou de l'ancien parc de Bercy; hôpital d'instruction, je voudrais voir reprendre pour lui, *mais par l'Etat*, le projet de déplacement et de reconstruction de la Faculté de médecine, et je ne puis m'empêcher de regretter qu'on ait employé à d'autres usages l'emplacement de l'île Louviers. Là, sur les bords de la Seine, dont l'eau, encore pure de souillures, coule claire et rapide; exposé de toute part et sans obstacles aux salutaires rayons du soleil, sur un sol sec et salubre, à l'abri des courants d'air violents qui règnent peu sur un terrain découvert, ayant en face de lui les vastes jardins du Muséum, suffisamment éloigné des habitations par le grenier d'abondance et les terrains de la Bastille, on eût pu placer avec peu de frais un grand hôpital, soit général, soit d'instruction, dans des conditions presque aussi bonnes qu'à l'extérieur de Paris.

En terminant, M. Le Fort déclare que le projet actuel de reconstruction de l'Hôtel-Dieu présente de sérieux inconvénients.

Allocution de M. Giraldès.

Je ne veux établir aucun parallèle entre l'organisation nosocomiale et d'assistance publique des divers pays; je veux m'adresser directement au problème à résoudre : la construction de l'Hôtel-Dieu. Cette question, profondément débattue au siècle dernier, a été le point de départ des travaux remarquables de Bailly et de Tenon. J'emprunterai à ces maîtres et aux travaux de sir Joseph Pringle, Iberti, Duchanoy, les objections qui me paraissent pouvoir être faites au plan proposé par l'administration. Connaissant très-imparfaitement les détails du plan, je ne peux m'adresser qu'aux points généraux.

Un plan d'hôpital n'est pas chose aisée. On ne le fait pas comme

on fait une épure d'architecture. Pour concevoir et réaliser un plan acceptable, il faut des connaissances étendues en physique et en hygiène; il faut de plus être parfaitement renseigné sur les servitudes de ces établissements. Cette entente manque généralement, et lorsqu'on trouve les architectes en défaut quand il s'agit de construire un amphithéâtre pour des opérations, on peut bien dire qu'ils ne sont pas préparés pour faire un plan d'hôpital.

Dans une entreprise aussi complexe, on se conduit souvent comme s'il s'agissait de faire le plan d'un grand hôtel, et on élimine trop facilement un des termes les plus importants de l'équation à résoudre, le *malade*. On oublie encore des points tellement élémentaires, que, ainsi que l'a dit avec beaucoup de raison M. Trélat, ils sont presque une banalité. Or, ces trois points élémentaires dans le plan de l'Hôtel-Dieu donnent prise à de sérieuses objections. Ces trois points sont : la *position*, la *configuration*, la *capacité* de l'édifice.

La position. Outre la nature du sol, l'orientation d'un hôpital demande une sérieuse attention. La position d'un hôpital doit être telle que, dans toute saison, il soit le plus possible baigné par le soleil et balayé par le vent et la pluie. Iberti insistait beaucoup en 1788 sur cette condition. L'importance, la nécessité d'une bonne aération trouvent une pleine confirmation dans les faits bien connus et souvent cités des blessés de 1814, placés avec grand avantage dans les abattoirs de Paris. Mais longtemps avant, en 1744, sir Joseph Pringle, et en 1758, Brockeleby, avaient signalé la nécessité d'une bonne et complète ventilation. Pringle considérait le mauvais air des salles d'un hôpital comme une cause de maladie et de mort. Il donnait le conseil, lors des épidémies, de placer les malades dans les églises, dans les maisons en démolition.

Brockeleby, en 1758, partage les mêmes idées. Se trouvant dans l'impossibilité de se procurer des maisons pour ses malades, il proposa d'élever des cabanes près de la forêt, couvertes de chaume, assez spacieuses pour loger 120 malades, et quoique le temps fût vif et froid, les malades guérirent plus vite que ceux qui étaient dans les hôpitaux et même dans les châteaux.

L'emplacement du nouvel hôpital, exposé au nord, couvert d'un côté par Notre-Dame et par des constructions d'un autre genre, se trouvera du côté de l'ouest abrité par le Tribunal de commerce, le Palais de justice et la grande caserne de gendarmerie. Il sera donc situé dans un point que le soleil déserte souvent, dans une ombre constante, exactement dans la même position où se trouvent les maisons du quai que le vulgaire appelle quai des Morfondus. Il échappe donc à cette condition importante et élémentaire d'être exposé au soleil, et par suite à une aération convenable. Ajoutez encore que les fondations placeront leurs assises peut-être sur un ancien cimetière.

Les diverses dispositions d'un hôpital sont en rapport avec le chiffre de la population qu'il doit contenir; ainsi, si on veut élever dans un espace donné un bâtiment pour contenir le plus de monde possible, on est obligé d'avoir recours à des artifices d'architecture, multiplier les ailes, accumuler étage sur étage, et donner à l'édifice une configuration qui, par la nature de ses dispositions, empêche la libre circulation de l'air et l'accès facile des rayons solaires.

Les divers plans adoptés dans la construction des hôpitaux sont : un simple rectangle, comme l'ancien hôpital Saint-Antoine; une disposition angulaire ou en équerre, comme l'infirmerie de Bristol, l'hôpital de Charing-Cross; la forme d'un double T, l'hôpital Saint-Georges; un carré, l'hôpital de la Charité; celle de corps de bâtiment ou de pavillons isolés, l'hôpital de Plymouth et Saint-Bartholomews de Londres.

Cette forme de pavillons isolés, ainsi que cela a été proposé dans le rapport de l'Académie, disposera les pavillons les uns derrière les autres, comme les pelotons d'un bataillon, forme adoptée à l'hôpital de Bordeaux, de Saint-Jean de Bruxelles et de Lariboisière. Enfin, il y a un autre plan conçu et exécuté par Bunel, les pavillons rayonnant autour d'une demi-circonférence et réunis par une galerie, réminiscence du plan de Petit; puis encore les pavillons alternes ou à échelons, comme à Blackburn.

Toutes ces dispositions ont été conçues dans le but d'isoler les malades, d'éviter l'encombrement des très-grandes salles, enfin de permettre à l'air et à la lumière un accès facile.

La forme des pavillons alternes ou en demi-cercle réalise beaucoup mieux cette double condition, mais elle exige une superficie de terrain trop grande. L'administration semble s'arrêter à celle de ces combinaisons qui répond le moins à cette donnée principale d'hygiène nosocomiale : avoir de l'air et du soleil. Voulant faire un grand hôpital, elle a été fatalement amenée à adopter cette disposition de pavillons placés les uns derrière les autres, en voulant élever dans un espace aussi insuffisant un hôpital pour sept ou huit cents lits. L'emplacement destiné au nouvel Hôtel-Dieu mesure 22,000 mètres, dont 15,000 seront affectés aux constructions de l'hôpital.

Dans cet espace, huit pavillons doivent être élevés, séparés chacun par un préau ou intervalle de 25 mètres de large sur 34 de long. Cet espace est insuffisant. Or, comme la largeur des préaux n'égale pas le double de la hauteur des bâtiments, il en résulte que ces préaux ne verront jamais le soleil. Ajoutez encore que le premier pavillon, placé près de la rivière, servira d'écran aux autres, qui se couvriront mutuellement comme une colonne de troupes, et empêcheront toute aération. La ligne, l'axe des pavillons tournés du côté est et ouest, servira pour ainsi dire de brise-lame, et l'air canalisé dans les étroits préaux y établira des courants trop rapides et nuisibles aux malades. D'ailleurs, l'axe des salles des divers pavillons, au lieu de se trouver sur le plan du méridien, est placé en sens contraire, disposition nuisible à une bonne aération. La disposition de pavillons se couvrant mutuellement comme des capucins de cartes, suivant l'heureuse expression de notre collègue M. Trélat, interceptant l'air et le soleil, me paraît une forme très-vicieuse. Dans un espace aussi restreint, la forme rectangulaire, c'est-à-dire deux grands rectangles parallèles, à grande distance, mais réunis par une galerie transversale de communication ne dépassant pas le premier étage, me paraît être la forme qui réaliserait le mieux ces *desiderata* d'un hôpital bien aéré et bien exposé.

4° La capacité d'un hôpital demande une sérieuse attention. Le chiffre de la population qu'on veut y loger domine complétement la forme à donner à l'édifice. A l'époque où on voulait faire des hôpitaux pour 1500 et 2,000 malades, on avait imaginé ces combinaisons complexes dont les plans de l'architecte Poret, d'Antoine Petit et d'Iberti nous fournissent des exemples. Comme il s'agissait de réunir beaucoup de malades et d'éviter autant que possible la mauvaise ventilation, on était fatalement forcé d'avoir recours à ces combinaisons multiples. Mais il est généralement reconnu aujourd'hui qu'on doit éviter ces grandes agglomérations.

(La suite au prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 19 octobre 1864, M. Theullier, médecin-major de 1re classe à la gendarmerie de la Seine, a été nommé médecin principal de 2e classe, en remplacement de M. Ehrmann, promu à la 1re classe.

— Par décret en date du 26 octobre 1864, M. Jovart, vétérinaire en 2e, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Dans la séance de rentrée de la Faculté de médecine, qui aura lieu demain jeudi, à une heure, M. le professeur Baillon prononcera l'éloge de Moquin-Tandon.

On annonce aussi une allocution de M. le doyen Tardieu.

— M. Merchie, médecin en chef de l'armée belge, vient d'être nommé inspecteur général du service de santé militaire, en remplacement de M. Vleminckx, nommé membre de la chambre des représentants.

M. Defuisseaux remplace M. Merchie à l'hôpital militaire de Bruxelles comme médecin de garnison.

— A l'occasion d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Gerpinnes (Hainaut), une médaille d'or a été décernée à M. le docteur Bruaux, de Gerpinnes.

— M. Rayer, dans son allocution à l'assemblée des membres de l'Association générale, a annoncé l'élaboration d'un nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine.

— M. Ricord a adressé au président de l'Association générale des médecins de France une somme de 500 fr., destinée à la caisse des pensions viagères.

— Un de nos plus anciens et de nos plus zélés collaborateurs M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), vaincu par les fatigues de a pratique, et après trente-deux années du plus rude service, se voit contraint de sortir de la vie active.

Neveu, frère, oncle et cousin de médecins, notre honorable confrère était un conseiller prompt, facile et sûr; ses rapports de confraternité avaient toujours été dignes et bienveillants.

On nous pardonnera de saluer la retraite prématurée d'un de nos plus honorables confrères : les regrets des populations auxquelles il s'était consacré sont la plus douce récompense d'une vie trop laborieuse.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Roux (de Marseille), chevalier de la Légion d'honneur, commandeur de la Couronne du Chêne et du Nichan, etc. Cet honorable confrère, qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale le 25 octobre dernier, était âgé de soixante-quatorze ans.

Fondateur et président perpétuel du comité médical des Bouches-du-Rhône, il laisse d'unanimes regrets dans le corps de santé de la ville de Marseille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cherbonneau (de Beauvoir-sur-Niort); Golfier, doyen des médecins de Saint-Brieuc; Vincent (de Clairvaux); Rademaekers, médecin des hôpitaux d'Anvers; Morgan, inspecteur général des hôpitaux, mort à Londres dans sa quatre-vingtième année, et Lajous (de Quint).

— La science médicale et vétérinaire vient de faire une grande perte en la personne de M. Verheyen, directeur de l'Ecole vétérinaire de l'Etat, à Cureghem (Belgique).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Etude critique sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, par Ulysse TRÉLAT, chirurgien en chef de la Maternité, professeur agrégé de la Faculté de médecine, etc. Brochure grand in-8°. Prix : 1 fr., *franco*. Paris, 1864, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Soupd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 NOVEMBRE 1864.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ.

La séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine de Paris a eu lieu hier jeudi sous la présidence de M. le doyen Tardieu. M. Duruy, ministre de l'instruction publique, honorait cette séance de sa présence. Des cris de Vive M. Duruy! ont accueilli l'entrée du ministre. Le discours d'usage a été prononcé par le plus jeune des professeurs, M. Baillon, à qui revenait de droit l'honneur de louer son maître et prédécesseur Moquin-Tandon. Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs le texte complet de cet éloge, accueilli avec une juste faveur dans son ensemble, vivement applaudi dans plusieurs de ses parties, mais dont les détails scientifiques, un peu trop spéciaux peut-être pour avoir pu être convenablement goûtés à l'audition par le jeune auditoire, seront mieux appréciés à la lecture.

Une innovation heureuse, dont nous félicitons sincèrement M. le doyen, a été introduite cette année dans le programme habituellement un peu monotone et froid de ces solennités. Quand nous disons une innovation, c'est une imitation que nous devrions dire, et c'est ainsi, du reste, que M. Tardieu l'a qualifiée lui-même. C'est, en effet, à l'imitation d'un usage depuis longtemps adopté dans les Facultés de médecine de Montpellier et de Strasbourg, que le doyen a ouvert la séance par une sorte de compte rendu de la dernière année scolaire et un exposé du mouvement et de la situation actuelle du personnel de la Faculté, — ce qui lui a donné l'occasion de payer un tribut de regrets aux morts, de rendre un hommage de respect à ceux pour qui l'heure de la retraite a sonné, et de saluer la bienvenue des derniers élus. Les élèves ont eu naturellement la plus large part dans cette allocution. Ils ont eu aussi leur lot de légitimes félicitations, tempérées toutefois, ou plutôt relevées par une dose convenable d'avis, de conseils et d'encouragements qui ne leur seront pas moins utiles.

Nous avions souvent regretté que les séances d'inauguration de l'année scolaire fussent trop servilement calquées sur les séances publiques des Académies, dont l'Éloge traditionnel et la proclamation des prix font à peu près tous les frais. Il nous paraissait convenable et utile que la Faculté, par l'organe de son doyen ou de tout autre de ses membres, entrât en communication plus directe avec les élèves, pour qui sont faites, en définitive, ces solennités, et qu'elle leur fît entendre, autrement que par des allusions ou par les exemples tirés de la vie glorieuse de leurs maîtres, qu'il ne sera pas donné à tous de pouvoir imiter, les salutaires encouragements si nécessaires pendant le cours de longues et sérieuses études, et les conseils du savoir, de l'expérience et de la dignité, qui leur seront si utiles plus tard dans l'exercice d'une des plus belles mais des plus difficiles professions. C'est là ce que s'est proposé de faire à l'avenir M. Tardieu, à l'exemple de ses collègues des autres Facultés, et ce qu'il a inauguré hier avec un plein succès dans notre École.

Nous avons vu avec un vif sentiment de plaisir cette allocution accueillie par les élèves avec une respectueuse déférence et une sympathie visible.

Après la proclamation des prix, M. Duruy s'est levé et a prononcé une allocution où l'autorité du ministre se dissimulait sous une bienveillance toute paternelle. Quelques-unes des observations de M. Duruy ont frappé trop juste sans doute pour ne pas soulever les ombrageuses susceptibilités d'une minorité turbulente. Nous ne doutons pas que la grande majorité des élèves n'accepte ces paroles, dites plus encore par l'homme de cœur que par le ministre.

Ne terminons pas sans constater le succès d'applaudissements qu'ont obtenu les lauréats de la part de leurs camarades et l'ovation qu'ils ont faite à plusieurs de leurs maîtres dont les noms jouissent parmi eux d'une popularité justement acquise. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DE RENTRÉE DU 3 NOVEMBRE 1864.

M. LE DOYEN TARDIEU ouvre la séance par une allocution que nous publierons dans le prochain numéro.

— La parole est à M. le professeur Baillon, pour la lecture de l'éloge de Moquin-Tandon.

Éloge de Moquin-Tandon.

Messieurs,

Il y a des entreprises qu'on prendrait à bon droit pour des témérités, si l'on ne savait qu'elles sont commandées par le plus irrécusable des devoirs. Et comme les coups imprévus de la mort ne frappent guère sans dérision amère, ce n'est ni la première ni la dernière fois sans doute que cette École confie le soin d'exprimer ses regrets, ses douleurs et ses jugements même au plus inexpérimenté et presque au dernier venu d'entre les siens. Que s'il se sent faiblir, s'estimant trop peu mûri pour un honneur si grand et si périlleux, elle lui dit : « Inspirez-vous des exemples et des modèles que vous ont donnés chaque année tant de collègues éminents, hier encore vos maîtres, et dont la parole autorisée aurait pu payer aujourd'hui plus dignement notre dette. Rappelez-vous que ce sont eux, plus que vous-même, qui dans ce jour se souviennent, racontent et pleurent. Sachez bien que nous ne vous demandons rien que la vérité et la justice; que nos gloires n'ont pas besoin d'être louées quand même, et que celui dont vous allez parler eût dédaigné, étant des nôtres, ces éloges de commande qui ressemblent presque à un outrage. Si donc vous ne trouvez pas en vous-même la force nécessaire à l'accomplissement de notre mandat, puisez-la dans la grandeur du sujet et dans l'utilité de la tâche qui vous est confiée. »

Il n'est personne, en effet, dans cette studieuse assemblée, qui ne se doive sentir touché des suprêmes hommages rendus chaque année à ceux que nous avons perdus. Depuis ce jeune lauréat, espoir de notre avenir, jusqu'au maître qui songe, en lui décernant sa couronne, qu'autrefois lui aussi il entra tout ému dans ces luttes; depuis ce néophyte, qui fait en hésitant ses premiers pas dans le dédale des études médicales, jusqu'aux plus hautes illustrations du talent et de la science, qui lui viennent ici montrer, par leur vivant exemple, comment, le travail aidant, il peut à son tour devenir l'orgueil de son pays et de son siècle; aucun ne se rencontrera aujourd'hui à qui il ne soit doux ou profitable d'entendre redire comment un homme de labeur, condamné dans sa première jeunesse à la vie sans gloire du négoce, exerçant d'abord les fonctions de simple copiste, et plus tard de caissier dans la maison paternelle, renonce de bonne heure aux chances d'avenir lucratif et de jouissances matérielles que lui promet une carrière sans éclat, entre résolûment dans la voie de l'étude, y déploie toutes les ressources de l'esprit et toutes les aptitudes du courage; s'y montre successivement savant habile, littérateur distingué, professeur hors ligne ; s'élève rapidement au faîte des grandeurs scientifiques, et peut à juste titre, à la fin d'une existence bien remplie, se déclarer lui-même un homme véritablement heureux. Tel fut Christian-Horace-Bénédict-Alfred Moquin-Tandon (1), dont cette Faculté consacre aujourd'hui le souvenir.

M. Moquin-Tandon ne parut que fort tard parmi nous. Lorsque M. Fortoul, devenu ministre de l'instruction publique, l'engagea à venir faire valoir ses droits à la succession d'Achille Richard, il avait près de cinquante ans, et l'on ne croyait pas, il ne croyait pas sans doute lui-même, qu'il dût jamais s'éloigner de Toulouse où de nombreux travaux littéraires et scientifiques avaient porté haut sa réputation, et où semblaient devoir l'attacher pour toujours le souvenir de ses premiers succès, les liens de sa famille, la sympathie de tous ses concitoyens. Le midi de la France était en effet le pays qui convenait le mieux à ses travaux, à ses goûts et à ses habitudes. Dans une de ses plus touchantes productions littéraires (2), il s'est lui-même comparé à un arbre délicat transporté, à son grand dommage, dans les climats rigoureux du Nord : « Pauvre jujubier, dit-il, il se fait vieux, il n'est plus sous son ciel bleu, entre le Lez et la Mosson. Il est allé loin, bien loin. On l'a même transplanté deux fois. Un arbre transplanté ne peut avoir ni bonne tête ni bon fruit. Pauvre jujubier ! il a fini par prendre racine dans un jardin de Paris; méchant terrain pour la santé; méchant soleil pour ses jujubes. » Comparez en effet ces régions, où le pauvre arbuste paraît tant souffrir de la bise, avec cette riche province qui s'étend de Montpellier, où naquit notre poëte, jusqu'à Toulouse, où brilla de tant d'éclat l'âge mûr de M. Moquin-Tandon. De la plaine dorée par le soleil, où fleurissent les mûriers et les oliviers, on s'élève doucement aux coteaux où se colore le pampre et la grappe, mère de nos plus généreuses liqueurs. Plus haut, la lande ou le désert, couronné de loin par le mont Ventoux et par les pics neigeux des Alpes ou des Pyrénées. A côté, c'est la mer, plus bleue que les autres mers, vers laquelle serpentent des fleuves indisciplinés ou des ruisseaux enchantés ; contrées dont Pétrarque a dit « qu'il demeura, en les voyant, immobile et comme stupéfait..... » et que « l'âme s'y trouve au large et s'y peut élancer jusqu'aux nues. » Dans ce paysage, dont il dit encore que « rien au monde ne saurait lui être semblable, « accumulez les magnifiques débris du passé, couvrez le sol de ces vieux monuments romains ou gothiques qui racontent toute une période de notre histoire et de celle de l'empire d'Occident. Sous ce ciel qui, comme celui de l'Italie, a inspiré les savants, les poëtes et les artistes, faites vivre ces races privilégiées chez lesquelles le type romain s'allie ici aux contours grecs, et là aux formes sarrazines : traits accentués, regard étincelant, esprit subtil, babil sonore, parole qui court, imagination qui vole: Tel est le sol qu'a si amèrement regretté M. Moquin-Tandon; c'est que ce pays était réellement sien par le caractère et le génie, et c'est ici que l'on peut bien dire : Que la terre ce fut l'homme lui-même.

C'est le 6 novembre 1822 que le jeune Moquin-Tandon prit sa première inscription à la Faculté de médecine de Montpellier. En même temps qu'il y suivait les leçons de Delpech, de Lallemand et de Dugès, il jetait un ardent regard de curiosité sur cette célèbre école de botanique où soufflait encore l'esprit des Gouan et des Magnol, où l'empreinte des pas de Pyr. de Candolle n'était pas encore effacée. Delile, et surtout Michel Dunal, y popularisaient par leur enseignement les doctrines du célèbre botaniste genevois, pour qui la France eût pu devenir une patrie d'adoption, et que pendant les Cent-Jours Montpellier n'avait pas su retenir, pour n'avoir pu lui épargner les dégoûts et les iniquités des passions politiques.

Avec quel instinct merveilleux Dunal comprit de quel secours pouvait être pour sa science favorite cette jeune recrue de dix-huit ans, aux aptitudes les plus variées, abordant avec une égale facilité, et comme sans effort, les préceptes de la pratique médicale, les arcanes de la vieille littérature romane et le champ tout entier des sciences biologiques et naturelles. Aussi, comme autrefois le jeune Octave, Moquin-Tandon fut « adopté, encouragé et exalté, » jusqu'au jour (1) où il put faire digne entrée dans le monde scientifique, avec ses deux thèses inaugurales, qui sont en même temps, sans doute, ses deux ouvrages les plus importants : l'une sur les *Dédoublements ou multiplications d'organes dans les végétaux;* l'autre sur la *Famille des hirudinées.*

C'est dans sa *Monographie* des hirudinées que, sous l'inspiration de Dunal, M. Moquin-Tandon a formulé pour la première fois sa théorie de prédilection, dite des *zoonites,* théorie applicable aux animaux qui ne sont ni associés ou composés (comme l'entendaient les anciens zoologistes), ni simples, unitaires ou isolés; mais constitués par une série d'articles placés bout à bout, segments dans lesquels les organes de quelque importance se répètent dans un ordre parfaitement régulier. Cette théorie n'est, à vrai dire, que l'extension à tous les appareils de l'animal annelé, de la disposition segmentaire attribuée de toute antiquité aux organes superficiels, armature extérieure, tégument, système musculaire sous-cutané. Quant à cette répétition constante dans chaque segment de tous les organes, même les plus profondément situés ; quant à leur agencement toujours symétrique, tous les zoologistes modernes n'ont pas adopté jusqu'au bout et avec toutes ses conséquences la théorie des zoonites. M. Moquin-Tandon, qui savait s'arrêter à temps, a lui-même pensé que Dugès avait poursuivi trop loin l'application de cette théorie dans ses études sur la conformité organique dans l'échelle animale. Mais ce qu'il y avait de positif pour M. Moquin-Tandon, c'est que dans les hirudinées, et en particulier dans la sangsue médicinale, chaque groupe de cinq anneaux successifs constitue un être qu'on peut théoriquement et par la pensée isoler des segments voisins, et qui possède sa fraction propre de système nerveux, d'appareil circulatoire, de tube digestif, d'organes mucipares et reproducteurs, de faisceaux musculaires et même de macules tégumentaires. Chaque zoonite est alors un organisme particulier qui cependant n'est pas un animal distinct, et qui ne vit normalement qu'alors qu'il est uni bout à bout aux organismes semblables qui le précèdent et le suivent. De là surtout des conséquences ingénieuses au point de vue de la physiologie et d'expériences fines et délicates, dans lesquelles excellait dès lors M. Moquin-Tandon.

Il aimait à les raconter dans ses leçons, montrant comment une sangsue coupée en travers continue de sucer le sang de l'animal auquel elle est attachée, et comment le sang s'écoule par la section transversale ; comment une portion limitée du corps de la sangsue, attaquée par une liqueur corrosive, perd seule sa vitalité; comment une zoonite moyenne de sangsue peut être tuée sans que les parties antérieure et postérieure cessent d'exister ; comment même des tronçons isolés d'un même ver peuvent vivre pendant longtemps quoiqu'ils ne reçoivent point de nourriture. Tout cela, exposé avec ce grand talent de mimique animée et cet heureux choix d'expressions colorées qui lui appartenaient, frappait vivement l'esprit de ses jeunes auditeurs et leur faisait facilement concevoir et admettre la théorie des zoonites.

On n'a pas été juste envers M. Moquin-Tandon, quand on lui a reproché de n'avoir fait qu'un mot nouveau pour désigner des choses connues de tous ses prédécesseurs. Combien d'intéressants faits de détail n'étaient pas soupçonnés, sur la voie desquels le mit le besoin même de justifier autant que possible sa théorie! Mais il était le premier à savoir qu'elle n'était pas le dernier mot de la science, et qu'au delà d'un certain nombre de types choisis dans le groupe immense des annelés, elle perdait beaucoup de ce caractère positif qu'il faut parfois exagérer pour faciliter les premiers pas d'une idée à peine naissante.

Qui pourrait raisonnablement supposer qu'un esprit si vif et si droit, rompu au maniement de toutes les questions relatives à la clas-

(1) Né à Montpellier le 7 mai 1804; mort à Paris le 15 avril 1863.
(2) *Les Jujubes de Montpellier.*

(1) Décembre 1826.

sification et au groupement des êtres organisés, n'eût pas mille fois senti que, dans cette grande lutte dont parle quelque part Gœthe, de l'homme fini contre la nature infinie, l'intelligence de l'homme, avec toutes ses ressources, se trouve cependant mille fois terrassée et comme anéantie. Il y a des sommets sans doute auxquels peut s'élever l'esprit humain, et d'où il peut se faire qu'il embrasse des horizons étendus où presque tout est lumière.

Les sciences sont précisément la force qui recule tous les jours ces horizons. Mais au delà, quel que soit l'espace éclairé, il n'y a plus que des bas-fonds où tout demeure pour nous obscurité, incertitude et confusion. Notre savant collègue en convenait bien lui-même, alors que, dans un de ses derniers ouvrages, ses *Eléments de zoologie médicale*, il présentait cette classification, qui lui est entièrement propre, d'un règne animal divisé en trois sous-règnes : les animaux agrégés, les animaux zoonités, les animaux isolés. L'exemple des ascidies, inséparables les unes des autres par toute leur organisation, et tantôt simples, tantôt composées, suivant les espèces, lui était aussi bien connu qu'à tout autre et le désespérait fort ; il ne s'en cachait pas. Il savait bien que cette classification n'était pas plus absolue que toutes les autres ; mais il avait conscience aussi qu'en l'employant, il pouvait rendre service à la jeunesse studieuse qui l'écoutait, en éclairant pour elle quelques-uns de ces sommets d'où la science a chassé l'incertitude ; et il n'était pas homme à lui dissimuler même les points obscurs et douteux de son système.

La seconde thèse de M. Moquin-Tandon était relative aux *Dédoublements des organes végétaux*. Cette question, qu'il a popularisée, n'était réduite, avant lui, qu'à des notions assez vagues, et seulement inscrite en germe dans la *Théorie élémentaire* de de Candolle. Réduite à sa plus simple expression, la doctrine des dédoublements consiste en ceci : que, là où le plan symétrique d'une fleur ne suppose l'existence théorique que d'un seul organe, l'observation directe en fait voir une couple ou un faisceau. A ne considérer, par exemple, que l'androcée, ainsi que l'a fait presque exclusivement M. Moquin-Tandon dans son travail, sans doute parce que les dédoublements lui parurent plus fréquents là qu'ailleurs, il peut souvent arriver qu'une fleur possède deux fois autant d'étamines que de pétales. Alors, ou il n'y a pas de dédoublement, et une moitié des étamines se trouve en face des pétales, tandis que l'autre moitié répond à leurs intervalles ; ou bien le dédoublement existe, et deux étamines tenant la place d'une seule se trouvent en face d'un pétale ou dans l'intervalle de deux pétales voisins, suivant que l'agencement staminal est soumis à la loi d'opposition ou à la loi d'alternance. Ailleurs encore ce n'est pas une paire, c'est un nombre plus ou moins considérable d'étamines libres ou unies entre elles dans une étendue variable, qui occupent la place d'un seul organe mâle. C'est en somme une étamine unique qui peut se partager, comme tout autre appendice, en un certain nombre de languettes plus ou moins profondes. Et l'organogénie florale, entre les mains de ce botaniste enlevé trop tôt à la science, qui dans ces dernières années en a formulé les lois dans un admirable ouvrage (je parle de Payer), l'organogénie a démontré que, dans un grand nombre de cas, ces étamines partagées sont les analogues des lobes d'une feuille découpée ou composée.

M. Moquin-Tandon a eu la modestie de raconter comment ce qu'il appelle le hasard l'avait amené au dédoublement, sans qu'il connût d'abord la généralité de la loi. Hasards bien mérités et qui n'arrivent guère, que nous sachions, qu'à ceux qui les cherchent sans relâche ! L'analyse d'une crucifère méditerranéenne (1) lui fit voir, en avant et en arrière de la fleur, une étamine à sommet bifurqué et portant deux anthères là où la plupart des plantes de la même famille présentent deux étamines placées côte à côte et sans adhérence entre elles. C'était un fait isolé ; mais Dunal avait observé un grand nombre d'exemples analogues. Il en avait conçu une loi qu'il avait déjà baptisée et qu'il comptait faire connaître dans un ouvrage intitulé : *Essai sur les vacciniées*, et qui n'a jamais été publié. Il autorisa M. Moquin-Tandon à puiser dans son travail inédit, l'encourageant à ne pas laisser échapper un semblable sujet de thèse et à l'accroître autant que possible du résultat de nouvelles recherches. De là sortit ce travail où sont méthodiquement passés en revue les dédoublements simples et composés, complets et incomplets ; leur influence sur la symétrie florale ; la manière dont ils se combinent avec les avortements et les adhérences des parties. Le succès de cette théorie fut dès le début considérable ; elle cadrait avec les idées de Pyr. de Candolle, qui la patrona ; elle séduisit par son tour ingénieux A. de Saint-Hilaire, qui l'adopta pleinement. D'autres même en abusèrent et la poussèrent jusqu'à l'exagération. De là des attaques vives, trop vives sans doute, qui surtout vinrent de l'étranger. M. Moquin-Tandon, alors comme toujours, dédaigna ces attaques ; il avait sur ce point des idées fort arrêtées, et ne voulait pas s'engager dans ces discussions dont la science souffre toujours et dont elle profite rarement. « Je me félicite, a-t-il écrit, de n'avoir jamais engagé de polémique avec personne et de n'avoir répondu à aucune des attaques, indirectes ou directes, aigres-douces ou virulentes, dont j'ai été l'objet. » Il eut d'ailleurs la consolation de voir un bon nombre des faits avancés dans sa thèse des *Dédoublements*, confirmés, comme on l'a vu, par les travaux de Payer. Il en abandonna, sur la fin de sa carrière et de gaieté de cœur, un certain nombre d'autres qui ne reposaient que sur des déductions théoriques, et que l'observation directe n'avait pas justifiés. Il avait des idées trop sages sur la valeur absolue de toutes les lois humaines pour ne pas accomplir sans regret ce petit sacrifice ; et il connaissait un bon nombre de ces exceptions dont on dit qu'elles confirment les règles, mais qui quelquefois se multiplient au point de les infirmer.

En somme, M. Moquin-Tandon s'était déjà, en 1826, c'est-à-dire à l'âge de 22 ans, fait un beau nom dans le monde scientifique ; ce qui ne l'empêchait pas de couronner avec succès ses études médicales par une thèse sur la *Phthisie laryngée syphilitique*, que Lallemand a considérée comme « une étude neuve et digne d'attention. » M. Moquin-Tandon n'abandonna pas dès lors complétement les études médicales, car nous le voyons en 1832 chargé du rapport relatif à l'autopsie cadavérique du professeur Delpech. Il joua donc un certain rôle dans ce drame dont il se plaisait à rappeler les émouvantes péripéties.

Il y avait alors à Paris un homme qui remplissait l'Europe de sa gloire, et qui cependant ne dédaignait pas de s'enquérir des premiers travaux des plus obscurs débutants, pour les soutenir d'un de ces mots encourageants qui décident souvent de toute une destinée. Tel était envers les jeunes travailleurs l'illustre Etienne Geoffroy Saint-Hilaire ; tel il fut envers M. Moquin-Tandon qu'il attira à Paris en 1834, l'accueillant comme un jeune ami, le séduisant par sa bonté familière, le charmant par la finesse de son esprit, l'exaltant par la profondeur de ses pensées philosophiques, et lui donnant surtout un des grands bonheurs de sa vie, l'amitié de son fils Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, homme dont le nom seul est un éloge.

A cette affection profonde qui lia désormais le jeune savant aux deux Geoffroy Saint-Hilaire, nous devons la publication du plus répandu des livres de M. Moquin-Tandon, ses *Eléments de tératologie végétale*. Isidore Geoffroy avait réuni en corps de doctrine tout ce qu'on savait d'important des monstruosités animales. Son père dit à M. Moquin-Tandon : « Il faut que vous fassiez une Tératologie végétale. » Ce vœu fut promptement exaucé, et en 1841 parurent les *Eléments* dont Auguste de Saint Hilaire a porté le jugement suivant : « Pendant les deux derniers siècles, on a cité dans les recueils scientifiques une foule de faits anormaux, mais on n'avait pas su les lier entre eux ; c'est ce que fait aujourd'hui M. Moquin-Tandon : il s'attache à prouver que les anomalies végétales peuvent être ramenées à des principes communs, et montre que les lois qui régissent ces anomalies ne sont autres que celles de l'organographie. »

L'ouvrage obtint rapidement la grande renommée qu'il méritait par la clarté et l'ordre admirables qui y règnent. L'école philosophique y vit un précieux renfort, qu'elle accueillit avec enthousiasme. Quant aux botanistes, ils étaient alors encore tout éblouis de l'éclatante lumière tirée par Gœthe de quelques faits tératologiques admirablement interprétés. A. de Saint-Hilaire voulut insérer dans sa *Morphologie végétale* un chapitre des *Anomalies*, pour lequel il demanda un résumé de son livre à M. Moquin-Tandon lui-même. Il convient de dire que ce dernier se montrait dès lors plus prudent et plus réservé que ses admirateurs. Il semblait lui répugner d'admettre un parallèle trop étroit entre la tératologie animale et la tératologie végétale. Comme il savait bien que la plupart des végétaux ne sont les analogues que des animaux qu'il appela depuis multiples ou agrégés, tels que les polypiers, il a été jusqu'à écrire que « c'est une bêtise gigantesque que de comparer une plante à un homme, et, par conséquent, une anomalie végétale à une anomalie humaine. » Son bon sens ordinaire lui faisait ici saper une portion de l'édifice élevé de ses propres mains ; mais, quelque tort qu'il se fît, il aimait évidemment mieux ne laisser parler que son bon sens.

Son livre restera certainement comme un assemblage curieux de la plupart des faits tératologiques connus à son époque. Ces faits existent, la science devait les constater et les enregistrer. Quelques-uns d'entre eux, comme ceux qui tombèrent sous la main de Gœthe, ont pu servir à expliquer quelques traits de l'organisation normale. Mais, outre qu'il faut être un Gœthe pour ne s'y point tromper, outre aussi que beaucoup de faits monstrueux n'expliquent à peu près rien, il y en a assurément d'autres qui, pour ainsi dire, expliquent trop de choses. Il n'y a guère de théorie sur l'organisation végétale qui n'ait à sa disposition quelque anomalie à invoquer comme un argument sans réplique ; et, bien plus, on a vu et on verra les doctrines les plus opposées s'autoriser avec un égal avantage d'un même fait monstrueux, pour s'adjuger gain de cause. On célèbre, en un mot, la victoire dans les deux camps ; et le fait tératologique devient la maîtresse position qui se trouve entre les deux armées et dont chacune d'elles s'empare tour à tour, pour de là foudroyer ses adversaires. Rien n'empêche, il est vrai, que la monstruosité observée ne résulte, par exemple, d'un arrêt de développement, laissant subsister jusqu'au bout une structure passagère ou un organe de transition. Elle pourra bien alors expliquer le mode de formation et l'évolution de cet organe, tout comme pourrait le faire l'étude directe des phases complètes de cette évolution. Mais si cette monstruosité était en quelque sorte absolue, ne représentant rien de vrai à aucun âge, elle deviendrait un piége d'autant plus dangereux. Celui-là saura seul l'éviter, qui recourra directement à l'observation successive des développements. C'est donc par cette étude qu'il faut commencer, et c'est d'elle qu'il faut nous relever, non des caprices de la nature. Chercher avant tout et toujours dans les anomalies végétales l'explication de l'organisation normale, c'est demander une interprétation de la loi aux malfaiteurs et aux criminels, qui sont des monstruosités dans nos sociétés organisées. Ils s'empresseront de donner du Code une interprétation favorable à leurs méfaits. Il se pourrait, à la rigueur, que sur quelques points ils ne fussent pas en opposition avec le sens commun et la justice : c'est qu'ils n'auront pas prévu qu'un jour ou l'autre cette saine interprétation doit les condamner, ou qu'il s'agit d'un genre de délits qui ne leur est pas habituel. Oui, le malfaiteur cherchera à faire passer pour normale et légale l'action qui perturbe en réalité l'ordre moral. Et de même, il y a çà et là des anomalies végétales qui ne sont qu'une exagération de l'état normal, et qui rendent ce dernier plus saisissable. Mais n'est-il pas évident qu'il faut connaître d'abord cet état normal pour être assuré que les anomalies ne font que l'accentuer davantage, sans l'altérer et le dévier ? Et ne vaut-il pas mieux alors étudier cet état normal *a priori*, comme il est préférable d'aller demander d'abord l'interprétation de la loi à des juristes éclairés et impartiaux ?

C'est surtout dans la science descriptive que M. Moquin-Tandon excellait. Il a laissé plusieurs monographies qui peuvent à bon droit être regardées comme des modèles. La plus considérable est celle des *chenopodées*, dont il s'occupait déjà vers 1830. Comme la plupart des familles apétales de A. L. de Jussieu, celle-ci avait été jusque-là fort négligée. Toutes ces plantes à fleurs sans éclat, souvent imparfaites, à organes peu visibles, à types souvent dégénérés, étaient redoutées des botanistes, comme étant d'une étude difficile et peu attrayante. La plupart des phytographes ne voyaient pas alors que cette étude révèle souvent mille secrets de l'organisation plus parfaite des plantes à fleurs complètes, placées en tête d'une série dont l'*apétalie* ne occupe que les échelons inférieurs.

Quant aux chénopodées, elles constituent un groupe tellement naturel qu'il s'agit presque d'un grand genre à classer et que les coupes y sont difficiles à établir. M. Moquin-Tandon n'y parvint qu'en analysant de près les fleurs et les fruits. Bien loin de dédaigner ces genres à petites fleurs verdâtres qu'il appelait « les crapauds du règne végétal, » il en fit l'étude de toute sa vie. Depuis son premier mémoire sur l'ensemble de la famille jusqu'à la description de quelques espèces nouvelles rédigée dans ses dernières années ; depuis la discussion du nom même que doit porter cette famille jusqu'au bilan complet de ses espèces connues que Pyr. de Candolle lui demanda pour son *Prodromus regni vegetabilis*, M. Moquin-Tandon a sans cesse revu, augmenté, corrigé et perfectionné l'étude des chénopodées, de leur organisation et de leurs caractères génériques et spécifiques. Il était, dans ces travaux de détail, homme de patience inébranlable et d'érudition consommée. Ces mêmes qualités se retrouvent dans la révision qu'il fit, pour le *Prodromus*, d'autres familles voisines, les amarantacées, les phytolaccées et les basellées ; cette dernière famille est de sa création. Il apporta les mêmes soins à ses nombreux travaux de zoologie descriptive : l'*Enumération des espèces d'hirudinées*, son *Ornithologie des îles Canaries*, son *Histoire naturelle des mollusques terrestres et fluviatiles de la France*. Aux qualités qui distinguent chez lui le naturaliste descripteur, on reconnaît l'élève et le collaborateur d'Auguste de Saint-Hilaire.

C'est encore à Dunal que M. Moquin-Tandon dut de connaître M. A. de Saint-Hilaire, l'un des plus éminents et des plus laborieux botanistes de son temps. On se demande souvent, en lisant ses écrits, comment cet homme de savoir et de cœur, qui a donné tant d'années aux voyages scientifiques hérissés de fatigues et de périls, et qui tant d'années a souffert de la plus cruelle maladie, a pu cependant voir tant de choses et les voir si bien avec les faibles moyens d'investigation dont il disposait. Son esprit ingénieux fut aisément séduit par les idées de Dunal et par les recherches de M. Moquin-Tandon. Dans son séjour forcé à Montpellier où l'enchaînaient ses souffrances, il élabora en commun avec son jeune élève une portion de sa *Flore du Brésil méridional*, des mémoires sur les *Polygées* (1828-1830), les *Capparidées* (1830) ; il l'inscrivit au nombre des amis auxquels sont dédiés ses *Leçons de morphologie végétale*. M. Moquin-Tandon fut, en un mot, comme tous les élèves de M. Auguste de Saint-Hilaire, accueilli par cet homme excellent moins en disciple qu'en fils chéri et choyé. Il lui a dignement payé sa dette de reconnaissance en lui prodiguant dans la maladie ses soins et ses consolations et en traçant de lui ce portrait : « Auguste de Saint-Hilaire avait beaucoup de politesse et d'affabilité. Il aimait la science pour la science et savait la faire aimer. Les étudiants lui étaient sincèrement attachés, et tous ses élèves ont gardé de ses leçons, de ses conseils et de sa personne le plus reconnaissant et le plus tendre souvenir. C'était au fond un homme très-juste et très-honnête. Nous avons souvent admiré sa modestie, sa douceur, sa résignation, et surtout son indulgence. Nous insistons sur cette dernière qualité. »

C'est à l'homme qu'il a si bien apprécié que M. Moquin-Tandon fut jugé digne de succéder, le 20 février 1854, au sein de l'Académie des sciences. Au moment où elle perdit Achille Richard, notre Faculté s'enorgueillissait de voir représenter à l'Institut les différentes branches de l'enseignement médical par cinq hommes que le monde entier nous envie. La médecine proprement dite et la chirurgie y trouvaient pour interprètes deux de nos professeurs les plus écoutés : l'un (1) que l'âge n'a pu rendre aujourd'hui plus vénérable que ne le faisaient alors le cœur et le savoir ; l'autre (2) dont la verdeur de corps et d'esprit semble s'accroître avec les années (applaudissements unanimes et redoublés) ; maîtres dont les disciples sont si nombreux dans la France et dans le monde qu'on ne saurait plus compter la foule de leurs amis et de leurs admirateurs.

Quant aux sciences physiques et naturelles appliquées à la médecine, quels noms plus glorieux eussent-elles pu revendiquer que ceux des Dumas, des Duméril et des Achille Richard ? La chaîne, un instant rompue par la mort de ce dernier, se trouva donc heureusement renouée par l'élection de M. Moquin-Tandon. La parole de notre collègue en reçut dans cette enceinte toute l'autorité qui avait appartenu à l'enseignement de son prédécesseur, et son activité pour le travail n'en fut point ralentie. C'est en 1857 que l'Académie de médecine lui ouvrit les portes de sa section d'histoire naturelle.

Voilà à quelle haute fortune scientifique le travail conduisit en quelques années notre collègue. Les joies de l'esprit et du cœur, la félicité du foyer domestique ne lui firent pas non plus défaut. Au sein d'une famille d'élite, il a trouvé, dans des fils qui voudront se montrer dignes de lui, des continuateurs des œuvres qu'il laisse inachevées. Quant à ses relations dans le monde, elles furent celles que peuvent donner, avec une grande situation, un caractère enjoué, une parfaite aisance de manières, un esprit séduisant, une conversation pleine d'entraînement et de naturel, une physionomie ouverte, mais qu'il savait à l'occasion rendre impénétrable ; beaucoup de bonhomie avec une pointe de malice et de gaieté méridionale, et plus de littérature qu'on n'en pardonne d'ordinaire aux hommes de science. C'était une bonne fortune pour les salons que sa fine causerie, où l'atticisme se relevait parfois des saillies du rire gaulois ou provençal. Comment son imagination n'eût-elle pas entraîné ses auditeurs, puisqu'elle l'entraînait parfois lui-même ? On peut dire d'elle qu'elle eût créé des univers. Un tel homme devait être poëte ; il le fut, mais il eut d'abord bien peur de le paraître. Il n'osait guère au début braver ce préjugé qui s'attaque dans notre pays au titre d'homme universel et d'intelligence encyclopédique. Il sentait bien que beaucoup lui reprocheraient de n'avoir été ni assez botaniste ni assez zoologiste, pour avoir trop voulu être à la fois l'un et l'autre.

« Il est convenu, disait-il familièrement, qu'un herbivore ne peut être qu'herbivore. » Comment cependant demeurer sourd aux vibrations intérieures de la fibre poétique, et cela dans la cité palladienne, où les derniers chantres du gai savoir se disputent encore les violettes et les roses de Clémence Isaure ? Plutôt que d'affronter en personne un si grand péril, il en chargea un enfant de son imagination, le nommé *André Frédol* ou *Frédoli*, dont quelqu'un détachera peut-être un jour la piquante histoire de celle du docte et grave professeur de la Faculté de Toulouse. Ce Frédol apparut tout d'abord comme un homme de beaucoup d'esprit, ancien évêque de Maguelone et auteur d'un manuscrit roman, trouvé dans les ruines de son église, avec le titre de *Carya Magalonensis*. Ce n'était en réalité qu'un petit fabliau, pastiche de ceux du quatorzième siècle, mais où tout était si bien imité des finesses de l'idiome provençal, des habitudes, des mœurs, des croyances, des pratiques religieuses et des formes administratives du temps, que les plus habiles s'y trompèrent, dit-on, et prirent l'imitation pour une chronique réellement ancienne. Ils ne furent détrompés que quelques années plus tard par la publication d'une seconde édition, où l'on connut que ces traits si fins, si vrais, si délicats, étaient de cette même plume qui a écrit l'*Histoire d'une souris*, les *Pâquerettes de Montpellier*, le *Papier timbré*, l'*Usage*

(1) Le *vella pseudo-cytisus*.

(1) M. Andral. — (2) M. Velpeau.

du café, et tant d'autres pièces charmantes; une série de *Notices* sur les vieux poëtes romans pour la *Biographie universelle* de Michaud; des analyses des poésies de Jasmin; une édition remarquable des *Lois d'Amour* de Guillaume Molinier. C'est à ce même Frédol, qui fit un grand chemin dans le monde littéraire, malgré l'ambiguïté de sa naissance, que M. Moquin-Tandon a laissé la paternité de son dernier livre, le *Monde de la mer*, œuvre littéraire et scientifique qu'une main pieuse achève en ce moment. C'est encore Frédol qui, sous le nom de notre collègue, figure au Capitole sur la liste des Mainteneurs des Jeux floraux; et c'est lui dont les salons entendaient le rire ouvert et gracieux, alors que M. Moquin-Tandon oubliait pour eux un peu de sa gravité professorale.

D'aussi aimables dons devaient lui faire beaucoup d'amis. Il n'eu qu'à choisir sans doute, et le nom même de ceux qu'il choisit prouve assez en sa faveur. Sans parler des deux Geoffroy Saint-Hilaire, de Dunal et d'Auguste de Saint-Hilaire, on connaît assez son dévouement et son admiration pour les utiles travaux d'un de ses collègues de l'Institut (1), qui veut faire rendre à la mer tout ce qu'elle peut donner, et dont il considérait les tentatives comme une œuvre de civilisation puissante et d'économie sociale, redisant souvent que « la culture des fruits de la mer est une branche d'industrie extrêmement féconde que tous les gouvernements devraient encourager. » Ses *Éléments de botanique médicale* sont dédiés à un autre de ses amis (2), un géomètre illustre, dont on ne saurait dire s'il honore plus notre pays par la grandeur du talent que par la dignité du caractère. Deux ministres éminents, zélateurs des sciences, l'un (3) moins fier de tous ses titres que de son siége d'académicien, l'autre (4) qui sert sa patrie en la dotant de plantes utiles et d'animaux nouveaux, aussi bien qu'en dirigeant sa fortune au milieu des écueils de la politique, ont loué M. Moquin-Tandon avec l'enthousiasme de l'amitié, alors qu'il est tombé à leurs côtés, comme sur la brèche. La Société d'acclimatation s'est associée tout entière à ces éloges, qu'elle eût épargnés de son vivant à la modestie de son vice-président et du continuateur dévoué de l'œuvre d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. Il fut ici un professeur écouté et applaudi. L'enseignement était son fait. Dès le premier cours de zoologie comparée qu'il professa à Marseille en 1829, et dans les chaires de la Faculté des sciences et du Jardin des plantes qu'il occupa à Toulouse pendant vingt ans, il fit bien voir que rien ne lui manquait des qualités qui font l'orateur et le vulgarisateur consommé : élocution facile, langage incisif, parole vibrante, exposition claire et précise, et par-dessus tout l'action, et encore l'action. Il vit encore dans cette enceinte. La leçon commence, et déjà sa physionomie s'anime. Sa voix varie à propos d'intonation, suivant la nature du sujet qu'il débite. Sa formule est souvent saccadée, aphoristique, comme ailleurs son style lui-même. On sent qu'il veut profondément graver le fait dans la mémoire de l'auditeur. Aussi le même trait se répète plusieurs fois sous des formes diverses; la phrase à peine lancée se retourne avec prestesse pour aller trouver le chemin de l'esprit. Homme de goût d'ailleurs, le maître ne tient guère compte ici, lorsqu'il faut frapper fort, du *ne quid nimis* des anciens. Les saillies piquantes et le rire léger interviennent à propos dans la démonstration pour abréger la longueur de cette heure qui tient le jeune auditeur fixé à son banc. Tout d'un coup, le maître bondit jusqu'au tableau. Sa main, armée de la craie, y trace en quelques lignes habiles un contour animé, et l'œil voit se dessiner en traits rapides et sûrs ce que l'esprit peut-être n'avait entrevu que confusément. La fin de la leçon approche, et tout rentre dans l'ordre; on revient à la méthode calme et froide. Tout est résumé en quelques mots dans un tableau didactique régulier. Au sortir de cet amphithéâtre, M. Moquin-Tandon n'oublie pas qu'il n'a rempli qu'une portion de sa tâche et de ses devoirs. La préparation et la rédaction de ses cours, l'ordre, le travail, l'effroi du temps perdu, telles sont les règles de tous ses moments. On eût pu croire qu'il parlait de lui-même lorsqu'il disait, il n'y a que trois ans, du vénérable M. Duméril : « C'était le plus exact des professeurs. Il avait à un haut degré le sentiment de l'ordre; il distribuait si bien ses heures de travail et classait si heureusement ses livres, ses extraits et ses observations, qu'il pouvait suffire aux ouvrages les plus étendus et aux occupations les plus diverses. »

Un aussi grand amour pour l'ordre matériel est souvent l'indice d'une grande passion d'équité et de justice. M. Moquin-Tandon avouait ingénûment qu'il en était possédé. Il se flattait fort (5) « de bien vivre avec tout le monde, et à force de concessions, se tenant à l'écart des coteries, ne se passionnant ni pour l'un ni pour l'autre, de gagner toutes les sympathies, et de s'être fait une réputation de douceur et de bonté. » Il ne se connaissait qu'un ennemi, dans cet esprit si vif qu'irritait l'injustice. Mais l'expérience avait appris à M. Moquin-Tandon que l'esprit, étincelle qui éclaire et réchauffe, peut facilement devenir une flamme qui dévore ce qu'elle a touché. Il savait alors appeler à l'aide son indulgente bonhomie pour panser des blessures involontaires et bientôt pardonnées. Mais on le trouvait, et à bon droit, intraitable en présence de cette manie alors régnante en France de confier les emplois à ceux justement que leurs études et leurs travaux semblaient destinés à des fonctions complétement opposées. « Si j'avais continué, disait-il (6), mes travaux sur la langue romane, on m'offrirait une clinique médicale, et si j'avais du goût pour la pratique médicale, on me proposerait une direction de chemin de fer. » Il s'élevait encore contre ce népotisme et ce favoritisme effrénés dont il parlait qu'il eut sous les yeux quelques exemples, et il n'avait point assez de sarcasmes pour ceux qui de gaieté de cœur détruisent la science pierre à pierre, pour payer en faveurs imprudentes les basses flatteries de la nullité. Avec quelle audace d'esprit et quelle hardiesse de paroles il stigmatisait ces manœuvres! Il en avait bien le droit, lui qui, serviable aux autres, ne demanda jamais rien pour les siens, et ne voulut laisser à ses fils pour toute recommandation que leur travail et son exemple. C'est que, comme Auguste de Saint-Hilaire, il aima lui-même réellement « la science pour la science. » Aussi quelle ne fut pas sa douleur, dans un pays où les Adanson, les Tournefort et les Jussieu représentent la gloire scientifique la moins contestée, de voir la science botanique elle-même amoindrie, les chaires supprimées, l'enseignement des Jussieu maladroitement aboli, et des études autrefois si prospères décliner chez nous à mesure qu'elles grandissaient davantage à l'étranger! Ni la haute position de l'auteur de ce coup irréparable, ni ce qu'il devait lui-même à son amitié, ne purent étouffer sa voix. Il condamna hautement les mesures que ses conseils n'avaient pu empêcher, et réclama un des premiers les honneurs expiatoires dus à la mémoire des Jussieu. Il ne savait pas que de nouveaux malheurs allaient fondre sur cette science qui a rendu notre pays si célèbre, et qu'il en serait la première victime. Il vit peu de temps après disparaître cette vieille demeure des Chartreux, ces serres où toutes celles de l'Europe ont trouvé des modèles de culture, et ces allées de notre Jardin botanique où rayonnait naguère l'enseignement des Richard. On lui promettait, en effet, qu'une nouvelle école sortirait bientôt plus belle de ces ruines. Mais il souffrait cruellement de voir la réalisation de ces promesses constamment ajournées, et la patience lui manquait. Ses collections et ses livres, ces vieux amis du savant, se trouvaient dispersés. Il ne savait plus se reconnaître dans un pareil désordre; le chagrin et le dépit commençaient à trouver prise sur son excellente constitution. Quelques troubles du côté de la circulation, et un caractère parfois plus sombre inspiraient quelque inquiétude à ses amis. Lui toutefois se réfugiait ardemment dans le travail. Il donnait à cette Ecole, en manière de testament scientifique, ses deux *Traités de zoologie* et de *Botanique médicales*, substance et résumé de son enseignement. Ses travaux à la Société d'acclimatation, la préparation de sa *Flore de Corse*, de nombreuses recherches pour ce *Monde de la mer* auquel il mettait la dernière main, tout cela tenait en haleine cet esprit qui semblait ne redouter que l'inaction. Ses forces cependant trahissaient son courage, car en avril 1863 il dut renoncer à reprendre ses leçons. Mais il comptait bien que ce temps d'arrêt ne serait pas long; l'illusion, comme le découragement, est si facile à ces âmes ardentes! Lorsque son suppléant alla lui demander ses instructions, afin que l'enseignement souffrit aussi peu que possible de son absence passagère, il lui exprima avec ses conseils l'espoir qu'il pourrait bientôt se remettre au travail et faire encore de grandes choses. Il se flattait d'ailleurs que notre pays revendiquerait bientôt ses gloires les plus légitimes. La France allait comprendre qu'il y a des passés qui obligent, que les sciences sont l'avenir fécond des sociétés tout entières, et qu'une nation, pas plus qu'un homme, ne saurait s'abdiquer elle-même. Ces flammes de l'imagination du Midi, qui ne s'étaient jamais éteintes, se ravivèrent en lui et illuminèrent son regard. Cinq jours après, il n'était plus, emporté presque subitement par une attaque foudroyante de ce mal dont il avait déjà plusieurs fois senti les atteintes.

De l'adulation qui lui fut odieuse pendant sa vie, il ne voulut pas après sa mort. Il craignit que sur sa tombe on ne prononçât de ces paroles qui ne sauraient être que des louanges, car il y a cruauté et presque indélicatesse à ne point flatter quand même les grandes douleurs de ce moment d'angoisses. Il voulait que l'opinion reposée lui fût seulement équitable et ne lui rendît que ce qui lui était dû. Cette justice est ici dans tous les cœurs, et chacun sent ici que l'Ecole a perdu en lui un professeur éminent; la science, un vulgarisateur des plus habiles, un esprit des plus féconds et des plus ingénieux. Nul mieux que lui ne sut saisir, remuer, retourner sur toutes ses faces et pousser en avant une question à peine posée par ses devanciers. Il n'a pas abordé un sujet qu'il ne l'agrandît et ne le complétât. Aussi bien, il n'y a à chaque époque qu'un seul, ou qu'un très-petit nombre de ces hommes qui donnent le pas à toute une génération; tout le reste fait cortége. Eh bien, M. Moquin-Tandon brille aux premiers rangs de ce cortége, dans l'école fameuse des de Candolle, des Auguste de Saint-Hilaire et des Dunal. Nul doute qu'avec ses aptitudes diverses, son travail facile et son esprit étincelant, il n'eût été primesautier dans les sciences, et que, dans un autre milieu, on ne l'eût trouvé plus lui-même et, pour ainsi dire, plus original, si l'esprit d'autorité, mortel au progrès scientifique, ne l'eût retenu enchaîné au sein des doctrines dont sa jeunesse avait été nourrie, en lui inspirant un certain dédain pour ce qu'il appelait « le libéralisme scientifique. » Il a d'ailleurs reconnu lui-même, avec une noble franchise, qu'il devait à Dunal ses deux théories capitales des *Zoonites* et des *Dédoublements*. Mais, à la façon dont il a fécondé ces doctrines, qui ne reconnaîtrait qu'il en est, à vrai dire, une seconde fois le père, et qu'il apparaît comme un de ces artistes merveilleux qui jettent, sur la pierre massive posée par d'autres mains, une tunique délicate d'arabesques, de ciselures et de pierreries?

Mais c'est surtout dans cette Ecole, dans cette famille, où, parmi tant d'appelés, ceux-là seuls se verront élus qu'aura consacrés un travail opiniâtre, c'est ici que M. Moquin-Tandon devient un admirable modèle à proposer comme ayant été, pour lui-même, et par la seule force de l'étude, l'artisan d'une vie heureuse et honorée. Qu'on se rappelle que, parti de rien, il a conquis en peu d'années les positions scientifiques les plus enviées, et surtout qu'il eut l'honneur d'enseigner dans cette enceinte. Quant à son bonheur, ce ne fut pas celui que donnent l'assouvissement des instincts matériels, l'or amassé ou les trophées de la guerre; ce fut le bonheur du savant, du naturaliste qui sent tous les jours grandir son âme par la contemplation de l'univers. Cette âme se déploie en victorieuse sur le monde, qu'elle étend par mille vérités découvertes ou entrevues dans son infini. Plus l'infini lui oppose d'obstacles, et plus elle en surmonte par la constance de sa volonté. De son triomphe sur la matière naissent des voluptés profondes et sans remords. Et comme « comprendre, c'est égaler, » l'homme qui se rapproche de la sorte chaque jour de l'infini s'exalte d'une fierté que sa propre conscience sait être légitime. C'est ainsi qu'il a créé son propre bonheur, glorifié par la conscience de tous les pays et de tous les temps.

M. LE PROFESSEUR GRISOLLE proclame les prix, récompenses et encouragements décernés au nom de la Faculté.

Voici le programme des prix décernés et des prix proposés pour l'année prochaine :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Chaque année, au mois d'août, tous les élèves de l'Ecole pratique sont admis à prendre part au concours des prix.

Les épreuves de ce concours consistent en une question écrite, la même pour tous les compétiteurs, et en une série de questions orales roulant sur toutes les branches de l'enseignement de la Faculté.

Les prix comprennent : un premier grand prix, deux autres premiers prix et trois seconds prix. Des mentions honorables peuvent être accordées d'après le nombre des concurrents.

Le premier grand prix donne droit à la remise des frais des quatre dernières inscriptions, et à la gratuité complète des examens, certificats d'aptitude, thèse et diplôme; plus, à une médaille d'or de la valeur de 300 fr., et à des livres pour une valeur de 100 fr.

Les deux autres premiers prix donnent droit à la remise des frais d'examen, de certificat d'aptitude, de thèse et de diplôme; plus, à une médaille d'argent et des livres pour une valeur de 200 fr.

Chaque second prix donne droit à la remise des frais de diplôme, à une médaille d'argent et à des livres pour une valeur de 150 fr.

Concours de 1864. — Membres de la commission : MM. Tardieu, Gavarret, Laugier, N. Guillot, Baillon.

Premier grand prix : M. Damaschino.

1er *second prix* : M. Lemoine (Armand-Victor).

2e *second prix* : M. Bernadet (Charles-Théophile).

PRIX CORVISART.

Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 fr.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année dans l'une des cliniques internes.

Du 1er au 15 septembre de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné;

2° La réponse à la question proposée.

Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux, et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

Concours de 1864. — Membres de la commission : MM. Grisolle, Rostan, Trousseau, N. Guillot, Monneret.

Aucun mémoire n'ayant été adressé pour ce concours, la question proposée est remise au concours pour l'année 1864-1865.

« Etablir, d'après des observations recueillies dans les cliniques » médicales de la Faculté, des considérations diagnostiques et théra- » peutiques sur les maladies aiguës des organes respiratoires. »

PRIX MONTYON.

Le prix Montyon, qui consiste en une médaille d'or de la valeur de 400 francs, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au bureau de la Faculté avant le 1er août, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Concours de 1864. — Membres de la commission : MM. Cruveilhier, Piorry, Bouchardat, Gosselin, Pajot.

Aucun ouvrage n'a été présenté pour ce concours.

PRIX BARBIER.

D'après les dispositions de M. Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Concours de 1864. — Membres de la commission : MM. Velpeau, Malgaigne, Denonvilliers, Regnauld, Robin.

La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix.

PRIX CHATAUVILLARD.

Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse veuve de Chatauvillard, née Sabatier, de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Concours de 1864. — Le montant du prix pour cette première année seulement est de 1,466 francs. — Membres de la commission : MM. Bouillaud, Grisolle, N. Guillot, Monneret, Depaul.

Récompense de 500 francs accordée à M. le Dr Axenfeld (Alexandre), auteur de la *Monographie des névroses*, insérée dans les *Éléments de pathologie médicale* de Requin.

Encouragements de 333 francs accordés à M. Fritz (Guillaume), auteur d'un travail *sur les complications spinales de la fièvre typhoïde* (dissertation inaugurale); et à M. Martineau (Louis), auteur d'un *Mémoire sur la maladie d'Addison* (dissertation inaugurale).

THÈSES RÉCOMPENSÉES.

A la fin de chaque année scolaire, la Faculté adresse à M. le ministre de l'instruction publique un rapport sur la valeur des thèses soutenues pendant l'année, et lui signale celles qui offrent le plus de mérite.

Année 1863-1864. — *Thèses récompensées*. — Membres de la commission : MM. Tardieu, Cruveilhier, Trousseau, Nélaton, Wurtz, Depaul et Baillon.

Le nombre et la valeur des thèses signalées cette année à M. le ministre ont décidé la Faculté à solliciter de Son Excellence, qui a bien voulu les accorder, des récompenses avec médaille d'argent et de bronze, et mentions honorables réparties ainsi qu'il suit :

Médailles d'argent : MM. Gréhant (Louis-François-Nestor), Du mécanisme de la respiration. — Jones (William-Henry), Des vices de conformation du bassin. — Laborde (Jean-Baptiste), De la paralysie essentielle dans l'enfance. — Ollivier (Auguste-Adrien), Essai sur les albuminuries produites par l'élimination des substances toxiques. — Robin-Massé (Gustave-Arthur), Des polypes naso-pharyngiens.

Médailles de bronze : Cayrade (Jules-Adolphe), De l'action réflexe. — Chédevergne (Antoine-Samuel), De la fièvre typhoïde. — De Barrel de Pontevès (Joseph-Emile), Des nerfs vaso-moteurs. — De Gaulejac (Jean), Du pansement des plaies par l'alcool.

Mentions honorables. — MM. Destouches (Théodore-Gabriel), Du

(1) M. Coste.
(2) M. Chasles.
(3) M. le maréchal Vaillant.
(4) M. Drouin de Lhuys.
(5) Lettre à M. Clos.
(6) Lettre citée par M. Michon.

quinquina. — Dubuc (Louis-Alfred), Des syphilides malignes. — Germe (Léon-Joseph), De l'albuminurie. — Guillaume (Adrien), Du laryngoscope. — Herrera (Raphaël), Des kystes de l'ovaire. — Hottot (Ernest-Louis), De l'aconitine. — Marcowitz (Alexandre), Des épanchements pleurétiques. — Monteros (José), Des fistules urinaires. — Vautherin (François-Auguste), De la graine du croton tiglium.

LEGS DU BARON DE TRÉMONT.

M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 fr. en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté.

Les candidats qui voudront s'inscrire recevront au secrétariat de la Faculté les renseignements sur la nature des pièces à fournir.

La somme de 1,000 fr. a été partagée cette année par portions égales entre deux élèves qui se trouvent dans les conditions du legs.

M. LE MINISTRE DURUY adresse aux élèves une allocution par laquelle il les félicite de leurs progrès, et les encourage à se rendre de plus en plus dignes du titre qui doit couronner leurs études.

M. le ministre rappelle aux élèves qu'ils ont entre leurs mains, grâce aux maîtres éminents qui les dirigent, le pouvoir et les moyens de soutenir dignement la gloire de la médecine française. On vante beaucoup aujourd'hui, dit Son Excellence, les mérites des écoles anglaises et allemandes, renommées les unes pour l'habileté de leurs opérateurs, les autres pour l'éclat de leurs théories. Que les élèves de nos écoles se rapprochent davantage de leurs maîtres, qu'ils suivent plus exactement les cours qui se font dans cet amphithéâtre, sans négliger l'enseignement clinique des hôpitaux, et ils se mettront à même de conserver leurs avantages traditionnels sur les écoles étrangères.

Il est un point, a ajouté le ministre, sur lequel je ne puis m'empêcher de faire une observation. Les étudiants allemands, si respectueux pour leurs maîtres, s'étonneraient peut-être de voir ici d'éminents professeurs, courbés sous le poids des années et de la gloire, rester tête nue, malgré les exigences de l'hygiène, en face de jeunes gens qui restent couverts. (On remarque, en effet, que quelques-uns des élèves, qui se tiennent debout derrière les derniers bancs de l'amphithéâtre, sont couverts.)

De toutes les professions libérales, la médecine, par les rapports nombreux qu'elle établit avec toutes les classes de la société, est une de celles qui obligent le plus. Il est bon que les élèves se pénètrent bien de cette idée, que ce n'est pas tout que d'acquérir la science et la pratique de la profession, mais qu'il faut encore qu'ils en prennent les mœurs. (Applaudissements répétés.)

— La séance est levée à deux heures et demie.

KYSTE OVARIQUE. GUÉRISON SPONTANÉE.

Par M. le docteur MICHON (d'Essoyes) [Aube], ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mlle X..., âgée de trente-six ans, domestique à Loches, réglée très-jeune, s'aperçut, à l'âge de vingt ans, que son ventre prenait un développement marqué sans que sa santé fût en rien altérée et que ses règles éprouvassent de modification.

Cette augmentation de volume continua régulièrement, et la circonférence du ventre atteignit 1m,90 au niveau de l'ombilic, chiffre extraordinaire lorsque l'on considère qu'une femme, au terme de la grossesse, ne mesure en moyenne que 1m,30.

Il existait partout une matité absolue, une grande rénitence; la cavité abdominale était si remplie que les intestins étaient partout masqués, qu'on ne percevait qu'une fluctuation obscure, et que, quelque position qu'on fît prendre à la malade, la forme du ventre restait la même, c'est-à-dire celle d'une calotte sphérique. Du reste, à part la gêne causée par une aussi grosse masse, la santé était excellente, et Mlle X... n'avait pas cessé de se livrer à ses occupations habituelles.

MM. les docteurs V. Gerdy, Delaine, etc., consultés, avaient diagnostiqué l'existence d'un kyste ovarique et avaient proposé la ponction. Consulté à mon tour, je conseillai le même traitement, qui fut refusé d'une manière positive.

Le 5 octobre 1863, Mlle X... saute d'une charrette et tombe. Aussitôt elle ressent dans le bas-ventre une douleur légère qui persiste sans apporter ni trouble dans la santé générale ni gêne dans les mouvements.

Le 19, elle éprouve un besoin insolite d'uriner, et elle rend en quelques minutes (à peine une demi-heure) une quantité considérable de liquide, cinq pleins vases environ. Dans la soirée et la nuit suivante, elle emplit encore en plusieurs fois près de cinq fois son vase de nuit.

Le lendemain 20, elle urine beaucoup encore; mais elle ne saurait indiquer la quantité rejetée, parce qu'elle ne l'a pas recueillie dans son vase. Quand elle est assise, elle peut garder assez longtemps ses urines; mais quand elle se tient debout, elle est obligée d'uriner souvent. Si elle se baisse, si surtout, dans cette position, elle se presse le ventre, la quantité de liquide rejetée en une seule fois atteint son maximum.

Malgré la sortie de cette énorme quantité de liquide, elle n'éprouve que quelques douleurs vagues dans les flancs et *des troubles passagers de la vue.*

Les jours suivants, elle continue à uriner cinq ou six fois plus qu'à l'ordinaire. Le volume du ventre est considérablement diminué; la sensation de flot est très-nette; la forme du ventre varie selon la position de la malade : se tient-elle debout, il s'abaisse; est-elle assise, il repose littéralement sur les cuisses; se couche-t-elle sur un côté, il tombe de ce côté; en un mot, il obéit aux lois de la pesanteur.

Le 1er novembre, la fluctuation n'existe plus; le ventre est revenu à un volume normal (85 centimètres de circonférence).

Le liquide rejeté était pâle, limpide, inodore; sa densité était de 1010; il ne contenait pas d'albumine. Exposé à l'air pendant plus d'un mois, il n'a pas exhalé d'odeur ammoniacale.

Il est évident que la chute de Mlle X... avait déterminé une péritonite locale, que des adhérences s'étaient établies entre les parois du kyste et la vessie; que le quatorzième jour s'était détachée une eschare, qui avait produit une fistule kysto-cystique par laquelle le liquide s'était écoulé.

La guérison s'était donc produite spontanément. Se maintiendra-t-elle? Oui, si la fistule demeure permanente, et j'ai lieu de le croire, car depuis onze mois il n'y a pas eu de nouvelle collection de liquide, et la malade affirme qu'elle urine plus qu'avant l'accident du 5 octobre 1863.

Cette observation mérite attention par le résultat heureux qu'elle présente, par la rareté de la terminaison spontanée des kystes de l'ovaire, par l'absence de phénomènes aigus, par la persistance presque certaine du canal d'écoulement du liquide, ce qui semble jusqu'à présent empêcher toute récidive.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du roi des Belges, en date du 23 septembre 1864, M. le docteur Willemin, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, a été nommé officier de l'ordre de Léopold.

— Par arrêté du roi des Belges, en date du 14 septembre 1864 :

M. le médecin de garnison Binard est nommé médecin principal. Il conserve la direction du service sanitaire de l'hôpital de Mons.

M. le médecin de régiment Robert, du 1er d'artillerie, est nommé médecin de garnison à l'hôpital de Bruges.

M. le médecin adjoint Godefroid est nommé médecin de bataillon de 2e classe.

M. Ruelle, élève médecin soldé de l'hôpital de Malines, est nommé médecin adjoint, et reste attaché au même hôpital.

MM. Reynaert, de l'hôpital de Louvain, et Van Rybrouck, de l'hôpital de Gand, sont nommés élèves médecins soldés.

— Par arrêté du roi des Belges, en date du 16 septembre 1864 :

MM. Devuyst et Derasse, candidats en science avec distinction, sont nommés élèves-médecins non soldés et attachés aux hôpitaux de Gand et de Bruxelles.

— Par arrêté du roi des Belges, en date du 17 septembre 1864 :

M. Barella, médecin de bataillon de 2e classe, est promu à la 1re classe de son grade.

— Par arrêté du roi des Belges, en date du 22 septembre 1864 :

M. Ferryn, candidat en sciences, est nommé élève médecin non soldé.

— Un arrêté du roi des Belges fixe à 6,000 fr. la pension accordée à l'inspecteur général Vleminckx, pour plus de cinquante-cinq ans d'âge, plus de quarante années de service, et plus de dix ans d'activité dans son grade.

— M. le docteur Poirier vient d'être nommé médecin de la Maison d'arrêt cellulaire de Termonde (Belgique).

— La Société d'hydrologie médicale de Paris reprendra ses séances le 14 novembre prochain.

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, présidée par M. le docteur Dieudonné, a publié la protestation suivante :

« La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, justement émue et profondément affligée de voir depuis plusieurs jours figurer dans les journaux politiques l'annonce d'associations mutuelles dont le but est de s'assurer un service médical et pharmaceutique *au rabais*, proteste de toutes ses forces contre la création de ces associations, qu'elle considère comme aussi contraires à l'honneur et à la dignité de la profession médicale qu'à l'intérêt des malades, et déclare maintenir pleine et entière la décision qui a été formulée dans les termes suivants, le 1er septembre 1845 :

« La Société considère comme hautement blâmable tout homme de l'art qui mettrait son titre à la disposition d'association de prévoyance ayant pour objet une spéculation mercantile. »

De l'ovariotomie, par KOEBERLÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. In-8° de 88 pages. Prix : 1 fr. Chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 NOVEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a fait les honneurs de sa séance à deux de nos savants confrères appelés à Paris comme délégués pour l'assemblée générale de l'Association des médecins de France, M. le docteur Bardinet, de Limoges, et M. le docteur Seux, de Marseille.

M. Bardinet, qui à pareille époque, l'année dernière, lisait l'intéressant mémoire sur l'ictère épidémique des femmes enceintes, objet d'un rapport de M. Blot dans la dernière séance, a entretenu l'Académie aujourd'hui d'une série de faits très-curieux que le hasard a groupés sous son observation et qui montrent la possibilité d'une persistance assez prolongée de la vie sans respiration chez les enfants nouveau-nés. La physiologie, l'hygiène et la médecine légale auront également à tenir compte de ces faits, dont M. Bardinet a exposé toutes les particularités avec tant de précision et un si rigoureux esprit d'observation, que rien ne manque à leur authenticité.

M. Seux a présenté à l'Académie un résumé historique et statistique des cas de fièvre typhoïde qu'il a observés pendant le cours de ces dernières années dans les hôpitaux de Marseille. En disant ce qu'il a vu et en en déduisant quelques propositions relatives aux diverses influences de l'âge, des saisons, du régime et des divers modes de traitement sur la marche et les caractères de la maladie, M. Seux a eu la très-grande sagesse de faire remarquer qu'il écrivait sous l'air de Marseille et qu'il n'entendait donner à ses propositions qu'une valeur relative aux conditions dans lesquelles il a observé. C'est là, en effet, un exemple très-sage. La science gagnerait à ce qu'il fût plus souvent suivi.

L'Académie a entendu, après ces deux communications, la lecture d'une partie du rapport annuel sur les épidémies. La séance a été terminée par un comité secret. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DE RENTRÉE DU 3 NOVEMBRE 1864.

Compte rendu des travaux de la Faculté de médecine de Paris,

Par M. le doyen A. TARDIEU.

Messieurs,

Si profondément touché, si pénétré que j'aie été et que je sois encore de votre accueil sympathique, quelque appui que j'aie trouvé dans la bienveillance unanime, dans le loyal concours de mes éminents collègues, quelque gratitude que m'inspire la haute confiance dont m'ont honoré M. le ministre de l'instruction publique et son digne lieutenant, M. le recteur de l'Académie de Paris, je ne saurais me faire illusion. L'honneur de diriger cette grande Ecole et de présider aujourd'hui cette fête annuelle de la Faculté de médecine ne m'est acquis ni par l'éclat du nom ni par l'ancienneté des services. Et, pour le justifier, je n'ai le droit de compter que sur mon dévouement sans borne aux grands intérêts qui me sont confiés et sur mon ardent désir d'être pour vous, chers élèves, en toute occasion, dans vos travaux, dans vos défaillances, dans vos erreurs mêmes, le guide, le soutien, le défenseur le plus sûr et le plus affectueux.

Je ne prends donc la parole dans cette solennité que pour rendre publiquement compte des travaux de la Faculté pendant l'année qui vient de s'écouler, persuadé que vous y verrez la meilleure preuve des efforts que nous avons faits pour maintenir, pour élever s'il est possible, le niveau des études et entretenir le feu sacré de la science dans la première Ecole médicale de notre pays. J'ai le devoir d'ajouter que le rétablissement des assemblées périodiques et régulières de la Faculté, dû aux intentions libérales du chef actuel de l'Université, et la part active qu'une interprétation plus large et plus juste des règlements m'a permis de rendre à mes collègues dans les affaires de scolarité et d'enseignement, m'ont été d'un puissant secours et ont allégé en plus d'une circonstance un fardeau trop lourd pour mes forces.

Dans cet exposé, je ne veux parler que de vous à vous-mêmes. Je me propose d'introduire chez nous une coutume dès longtemps suivie à Montpellier et à Strasbourg, et d'imiter les modèles que m'offrent mes vénérés collègues dans ces deux Facultés. Il est bon pour tout le monde de se reporter parfois en arrière, de se replacer devant l'œuvre accomplie et de se recueillir en cherchant dans le passé des leçons dont l'avenir profitera, ou des encouragements pour achever la carrière. Le repos que vous venez de prendre vous prépare à cette méditation salutaire; et peut-être aussi, je l'espère, à plus d'indulgence pour l'aridité de cette revue rétrospective.

La Faculté de médecine de Paris a compté, pour l'année 1863-1864, environ 2,000 élèves en cours d'études (1).

Il faut ajouter à ce chiffre un peu plus de 100 étrangers qui suivent les cours de la Faculté sans inscriptions régulières.

Il n'est pas sans intérêt de résumer le mouvement des inscriptions à chaque trimestre et de le comparer avec celui de l'année précédente. Le tableau suivant fournit cette double donnée.

	1862-1863.				1863-1864.		
	Docteurs.	Offic. de santé.	Total.		Docteurs.	Offic. de santé.	Total.
Novembre..	1,153	66	1,219	—	1,102	51	1,153
Janvier......	1,063	41	1,104	—	991	34	1,025
Avril........	966	40	1,006	—	972	41	1,013
Juillet......	939	39	978	—	933	41	974
Totaux...	4,121	186	4,307	—	3,998	167	4,165

Une diminution de 142 s'est produite dans le nombre des inscriptions prises cette année. Il en existe une également dans celui des premières inscriptions, c'est-à-dire dans le nombre des élèves nouveaux, qui de 357, en 1863, s'est abaissé à 327 en 1864, différence peu sensible sans doute, mais qui se produit toujours dans le sens d'une décroissance persistante du nombre des membres du corps médical. (Applaudissements.)

La mort n'épargne pas les médecins, et si nous n'avons, chose rare, à déplorer la perte d'aucun des professeurs de la Faculté, un de nos jeunes agrégés les plus distingués nous a été enlevé, M. Marcé, mort dans des circonstances aussi douloureuses qu'inattendues, et qui, nommé, après un brillant concours, le premier de sa promotion, avait déjà donné à la science et à l'enseignement de sérieuses promesses.

L'un de nos plus chers collègues, éloigné depuis longtemps de la Faculté par le triste état de sa santé, a cru devoir se retirer définitivement. M. Rostan emporte avec lui les regrets de la Faculté tout entière, les vôtres surtout, Messieurs. Peu d'enseignements ont été plus utiles et plus applaudis que le sien. De nombreuses générations ont dû à son zèle infatigable, à la lucidité de ses démonstrations cliniques, à la facilité pénétrante de sa parole, leur première initiation aux attachants mystères et aux difficultés de la pratique médicale. (Applaudissements répétés.)

La retraite de M. Rostan a donné lieu à plusieurs permutations qui ne peuvent manquer d'être profitables à l'enseignement, et dont vous ne tarderez pas à reconnaître les heureux effets.

M. le professeur Grisolle, dont le jugement droit et sûr et le rare talent d'observation sont si particulièrement appropriés aux études cliniques, fera revivre à l'Hôtel-Dieu la forte et saine tradition des Chomel et des Rostan. Déjà vous avez pu juger par l'appel qu'il a adressé aux plus zélés d'entre vous, du dévouement avec lequel il se consacrera à votre instruction et à vos progrès.

M. Grisolle laissait vacante la chaire de thérapeutique. Par une heureuse fortune, M. Trousseau, qui nous menaçait de nous quitter pour ne pas laisser ses forces s'user dans le labeur incessant de l'enseignement clinique, a consenti à remonter dans cette chaire qu'il avait, on peut bien le dire, fondée, et qu'ont animé pendant près de quinze années ses leçons si brillantes et si fécondes, que vous allez retrouver, j'en suis certain, avec autant de bonheur que vos devanciers.

M. Natalis Guillot, à son tour, quitte l'enseignement théorique pour l'enseignement pratique, dans lequel il apportera cette ardeur d'investigation et de recherches qui est l'esprit même de la science moderne, et qui le possède à un si haut degré.

Enfin l'année qui vient de s'écouler a inauguré, vous savez avec quel succès, l'enseignement de deux professeurs nouveaux : M. Baillon, appelé, le 22 novembre dernier, à recueillir l'héritage de Moquin-Tandon dans la chaire d'histoire naturelle médicale, et M. Pajot, nommé le 22 décembre professeur d'accouchements, en remplacement de Moreau.

Pour M. Baillon, je suis dispensé de louer aujourd'hui son esprit fin, sa parole élégante, le rang élevé qu'il a su déjà conquérir dans la science. Vous allez l'entendre, et tout ce que je pourrais dire à sa louange ne vaudrait pas le discours éloquent que vous écouterez avec le respect dû à la chère mémoire de Moquin-Tandon.

Quant à notre nouveau professeur d'accouchements, qu'ajouterais-je? Ces voûtes retentissent encore des applaudissements mérités que soulevaient à chacune de ses leçons cette chaleur communicative, cette verve intarissable, cette habileté de démonstration, qui donnent à son enseignement tant d'éclat, tant d'attrait, et, disons-le, une si incontestable utilité. (Triple salve d'applaudissements.)

Je ne veux pas cesser de vous parler de vos maîtres sans saluer celui dont une haute distinction est venue couronner la noble carrière. Le nom de M. Bouillaud vivra autant que notre science ellemême, et vous me permettrez, à moi qu'il a bien voulu, lorsque je débutais à peine, associer aux travaux de son enseignement, vous me permettrez bien de me réjouir publiquement avec vous de la justice qui lui est enfin rendue, et d'en remercier le ministre à qui nous la devons (1). (Applaudissements.)

Messieurs, tout est à refaire au point de vue matériel dans la constitution actuelle de la Faculté. L'enseignement pratique ne pourra être réellement organisé que lorsque nous disposerons de la place indispensable à une installation convenable. Mais il nous est permis d'espérer : les études sont faites pour un agrandissement de notre Ecole; les plans sont dressés, et si vous n'en devez pas voir tous la réalisation, vous qui pour la plupart quitterez bientôt, et sans retour peut-être, votre vieille nourrice, pour les derniers venus du moins, et pour nous qui vieillissons avec elle en voyant passer devant nous vos générations pressées, il nous sera peut-être donné d'assister à son rajeunissement, et de pouvoir un jour, dans une enceinte plus commode et plus digne de l'illustre assemblée que nous y convions chaque année, célébrer les splendeurs du temple, où le culte agrandi de la science se développera dans tout son luxe.

En attendant, il convient de nous attacher à conserver, à améliorer ce que nous possédons. A ce titre, nous nous féliciterons de la restauration du Jardin botanique de la Faculté. Après quatre années d'abandon, cette Ecole commence à renaître; les cadres méthodiques sont tracés, les classifications préparées, et des plantations récentes sont venues compléter autant que cela était possible, eu égard à l'exiguïté de nos ressources, ce premier établissement de notre école botanique. Les études, qui avaient subi de ce côté un si fâcheux abaissement, ne tarderont pas à redevenir florissantes, grâce aux richesses naturelles que nous pourrons mettre à votre disposition.

Dans un tout autre ordre de connaissances, un nouveau mode d'enseignement pratique a été institué, dont le succès rapide a démontré les avantages et l'opportunité. Le cours complémentaire des maladies des yeux, bien que confié au talent et au zèle éprouvé de M. Follin, n'avait pu recevoir tous les développements désirables. Transporté au centre même de l'administration de l'Assistance publique, qui nous a libéralement cédé la consultation gratuite depuis longtemps établie pour ces affections si variées, il vous offre aujourd'hui une source nouvelle d'expérience et de démonstration clinique. Votre empressement a montré que vous en compreniez l'importance, et a par avance consacré la haute récompense que la Faculté tout entière a été heureuse de voir décerner à M. Follin (2). [Applaudissements.]

Les travaux anatomiques qui tiennent une si grande place dans l'éducation des médecins ne cessent pas de progresser. L'augmentation continue, qui s'était manifestée depuis quelques années déjà dans le nombre des élèves qui ont fréquenté notre Ecole de dissection, ne s'est pas ralentie. Que votre zèle ne s'arrête pas dans cette voie. La Faculté de Paris, fière à bon droit de son Ecole anatomique, ne négligera rien pour en accroître encore la prospérité.

Je ne peux passer en revue chacune des branches de vos études; mais je peux et je dois, si délicate que soit cette partie de ma tâche, en rechercher avec vous les résultats en interrogeant vos feuilles d'examens. Je vous ai promis d'être votre conseiller et votre ami, c'est vous dire que je ne vous flatterai jamais.

Ecoutez donc la vérité :

Le nombre des actes qui n'avait été, en 1863, que de 2,341, s'est élevé en 1864 à 2,677. Il serait par trop fastidieux de vous en donner le détail (3) : ce qui vous intéresse, d'ailleurs, ce sont les notes obtenues, les succès ou les revers.

(1) *Statistique des élèves en cours d'étude et des inscriptions.*

Elèves ayant pris régulièrement leur inscription à chaque trimestre.	1,041
Elèves en train de subir les examens probatoires. . .	500 environ.
Elèves dont les études sont momentanément interrompues pour différentes causes.	500 —
	2,041

(1) M. le professeur Bouillaud a reçu le cordon de commandeur de l'ordre impérial de la Légion d'honneur à la promotion du 15 août 1864.

(2) M. Follin a été nommé le 15 août dernier chevalier de la Légion d'honneur.

(3) STATISTIQUE DES EXAMENS ET ACTES PROBATOIRES EN 1862-1863-1864.

Examens de fin d'année.

	Extrêm.	Très-sat.	Bien.	Satisfait.	Passables.	Ajournés	Total
En 1862-1863.	9	34	107	244	290	194	878
En 1863-1864.	1	37	144	266	285	196	929

Examens de doctorat.

Nature de l'examen.	Extrêm.	Très.	Bien.	Satisf.	Passab.	Ajourn.	Totaux.
1° Anatomie et physiologie.	2	23	58	99	96	79	352
2° Pathologie médicale et chirurgicale.	2	18	56	95	88	62	321
3° Physique, chimie, histoire naturelle.	1	12	39	75	97	43	267
4° Thérapeutique, hygiène et dermologie.	3	9	55	99	78	32	270
5° Clinique médicale et chirurgicale ; accouchement.	5	20	53	93	59	21	251
	13	82	256	455	418	237	1,461

Pour ceux-ci, je le sais, vous vous réfugierez derrière la sévérité de vos juges. Mais, au fond de vous-mêmes, vous savez bien à quoi vous en tenir; et si aujourd'hui vous êtes parfois tentés de nous plaindre de notre prétendue sévérité, demain, lorsque vous serez docteurs, le sentiment de la dignité professionnelle vous dictera peut-être un reproche contraire, et vous nous accuserez d'un excès d'indulgence.

Mais pour un instant soyez juges vous-mêmes. Pouvez-vous vous contenter d'une moyenne générale de 1 ajournement sur 6 examens? Et eu égard à la note obtenue, si je vous dis que les candidats se partagent en trois catégories, que la note est médiocre pour un tiers environ, suffisante seulement pour un autre tiers, et que le dernier tiers se partage les trois meilleures notes, avec cette particularité, toutefois, que la note supérieure, extrêmement satisfait, reste absolument exceptionnelle : 13 sur 1461! pouvez-vous, je vous le demande, accepter un tel résultat comme le niveau définitif des études dans notre Faculté? Prenez-y garde : l'ignorance, pour un médecin, est de l'improbité, et nous devons au pays, vous lui devez tous, des médecins instruits autant que des médecins honnêtes.

J'arrive aux thèses et je m'en réjouis, car je trouverai des éloges à vous donner. Il y a eu, en 1863-1864, 228 thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris, 37 de plus que l'année précédente. Cette épreuve capitale, qui couronne la scolarité et qui est si propre à donner une juste idée, non-seulement de la valeur du récipiendaire, mais encore des doctrines de l'Ecole, tend certainement à reprendre un peu de l'importance qu'elle n'aurait jamais dû perdre. Les sujets choisis l'ont été, en général, avec discernement, quelquefois avec une heureuse originalité. Les notes obtenues témoignent de ce progrès (1). Aussi la Faculté a-t-elle éprouvé un réel embarras lorsqu'elle a eu à signaler les thèses les plus remarquables, et à choisir celles dont vous allez entendre proclamer les auteurs, et qui ont mérité des récompenses. Une chose digne de remarque, c'est la variété des sujets traités dans ces vingt thèses, qui forment en quelque sorte la fleur de notre année scolaire. L'anatomie, la physiologie, la physique, la chimie, la pharmacologie, la médecine et la chirurgie y sont presque également représentées, et nous avons le droit de nous féliciter en constatant que les thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris ont atteint cette année un niveau très-élevé, et que dans un grand nombre d'entre elles nos jeunes docteurs ont fait preuve d'un véritable mérite.

Un seul concours a eu lieu, en 1854, à la Faculté, pour deux places de prosecteur et trois places d'aide d'anatomie. Il a été, comme toujours, l'occasion d'une lutte brillante; et ceux qui sont sortis vainqueurs : MM. Dubreuil et Cruveilhier, prosecteurs; MM. Le Dentu, Polaillon et Gilette, aides, continueront, nous en sommes garants, l'excellente tradition de notre Ecole anatomique. (Applaudissements.)

Cette séance solennelle, après l'hommage public que nous rendons à ceux que nous avons perdus, appartient à nos lauréats. La Faculté a toujours attaché une grande importance à ce privilége, qu'elle doit à l'Etat et à des fondations particulières, de récompenser chaque année quelques-uns de ses élèves les plus distingués et d'encourager par les prix donnés aux travailleurs le progrès des sciences médicales. Elle se réjouit de voir s'étendre le cercle de ces récompenses et de pouvoir ainsi les offrir à des mérites plus nombreux et plus variés. Il m'a paru que tous ceux qui m'écoutent, que les concurrents et les lauréats eux-mêmes me pardonneraient de retarder la proclamation des vainqueurs de cette année, pour donner un aperçu de la lutte.

Faire connaître, en les résumant, les motifs sur lesquels la Faculté a fondé ses décisions, c'est ajouter à la valeur des prix obtenus, ou à l'occasion tirer d'un échec plus d'un enseignement utile pour l'avenir.

Trois de nos prix annuels, ceux que nous devons à Montyon, à Corvisart et au baron Barbier, ne seront pas décernés cette année. Pour ce dernier, un seul mémoire avait été soumis à l'examen de la Faculté; pour les deux autres, aucun travail n'a été présenté au concours. Ceux-ci, au reste, sont soumis à des conditions différentes. Le prix Montyon, en effet, destiné au meilleur travail sur les maladies régnantes, peut très-légitimement rester sans objet quand aucune constitution épidémique ne s'est montrée dans le cours de l'année. Il n'en est pas ainsi du prix Corvisart, qui s'adresse aux élèves des cliniques et porte sur une question spéciale proposée par la Faculté. Celle de cette année, sur le traitement des maladies aiguës de la poitrine, n'était certes pas faite pour éloigner les concurrents. Et il y aura lieu d'examiner, la Faculté s'en est déjà préoccupée, si pour le prix Corvisart, comme pour le prix Barbier, les conditions ne doivent pas être utilement modifiées; et s'il n'est pas possible d'en mettre les dispositions réglementaires mieux en rapport avec les nécessités de la science qu'ils sont destinés à encourager, et plus en harmonie avec les intentions des illustres et généreux testateurs à qui la Faculté les doit.

Le legs Trémont, inspiré par les sentiments de la prévoyance la plus éclairée, apporte chaque année un réel soulagement à ces misères vaillantes que la jeunesse de nos écoles pourrait montrer avec orgueil, mais que la délicatesse du donateur a voulu couvrir d'un voile. Certes la somme que représente ce legs est bien au-dessous des besoins; mais, par cela même, la Faculté a à cœur d'en faire le meilleur et le plus équitable emploi. Cette année elle l'a partagée entre deux étudiants que recommandaient leur zèle soutenu pour le travail et leur pauvreté dignement supportée.

Le prix Chatauvillard, qui perpétuera dans notre Ecole le pieux souvenir de la fille de Sabatier, la belle-sœur d'Adelon, est décerné cette année pour la première fois. Malgré sa nouveauté, il a déjà excité assez d'intérêt dans le monde médical pour que neuf ouvrages aient été présentés au concours. Et comme les conditions qu'il impose n'excluent aucune des branches des sciences médicales, ces travaux présentent une grande variété en même temps qu'une réelle importance. Les thèses de doctorat, il est bon d'en faire la remarque, n'en sont pas exclues, et cette année même, comme pour prendre possession de ce droit, deux dissertations inaugurales obtiennent une part sur le prix Chatauvillard. Elles sont, il est vrai, l'œuvre de deux jeunes médecins déjà lauréats des hôpitaux, dont le talent se révèle dans ces thèses déjà pleines d'intérêt et d'originalité.

L'une est consacrée à l'étude de faits cliniques peu connus, quoiqu'on les rencontre dans la plus commune de nos maladies aiguës : *Les complications spinales de la fièvre typhoïde*. Avec un grand talent d'observation et une remarquable exactitude, l'auteur a rassemblé et groupé les cas où la moelle épinière paraît être le foyer de phénomènes spéciaux, de troubles de la sensibilité, d'affections paralytiques ou convulsives survenant à des périodes variables de la fièvre typhoïde. Sans doute il reste encore à trouver le lien commun, la loi pathogénique de ces faits complexes et souvent obscurs, mais le travail que la Faculté récompense a le mérite de les faire sortir de l'ombre et d'appeler sur eux l'attention des observateurs.

La seconde est une histoire plus complète qu'aucune de celles qui avaient été précédemment tracées de cette affection mystérieuse qui n'a pas encore de place dans la nosologie et à laquelle on ne peut encore donner d'autre nom que celui de *Maladie d'Addison*. Le tableau saisissant qu'en a donné notre lauréat, la critique judicieuse qu'il a faite des diverses théories à l'aide desquelles on a essayé d'en expliquer la nature, les observations nouvelles et complètes qu'il a ajoutées à celles que la science possédait déjà, hâteront certainement le moment où cette bizarre coloration bronzée de la peau pourra être, dans ses formes diverses, rattachée, comme affection symptomatique ou comme maladie essentielle, aux causes diverses qui peuvent la produire. Mieux connue dans ses éléments, elle laissera plus de prise aux moyens rationnels dont notre art dispose.

La première place dans le concours ouvert pour le prix Chatauvillard a été obtenue par un de nos agrégés les plus ardents au travail, les plus habitués au succès. La Faculté est heureuse d'avoir une couronne à donner à l'un de ces jeunes savants dont l'abnégation égale le talent, qui lui appartient déjà, mais qu'elle a le droit et le devoir d'encourager encore, parce qu'elle fonde sur eux toutes ses espérances d'avenir. Le travail qu'a distingué la Faculté est une véritable monographie des névroses qui fait partie du grand ouvrage de *Pathologie médicale* qu'avait entrepris et qu'a laissé inachevé le regrettable professeur Requin. Il était difficile qu'il trouvât sur ce point un plus habile continuateur. Cette histoire des névroses, contenue dans les limites d'un traité didactique, est tracée avec une si exacte connaissance des plus récentes conquêtes de la science, avec une si remarquable précision, qu'elle donne l'idée la plus claire d'une des parties les plus obscures de la médecine, et ne laisse voir aucune lacune dans un sujet aussi complexe et aussi étendu. L'importance de la pathologie du système nerveux est indiquée dès le début en des termes que je me plais à citer : « La physiologie nous apprend que, contenant plus de force qu'aucun autre sous moins de matière, doué dans l'organisme d'une sorte d'ubiquité qui l'associe à l'activité intime de toutes les parties, constitué par une série de centres et d'irradiations physiquement et fonctionnellement continus, le système nerveux est dans les animaux supérieurs le *substratum* immédiat de la vie et comme la vie même matérialisée. » Mais c'est dans la description de toutes les maladies, de toutes les affections dont ce vaste système organique peut être le siége, c'est dans la finesse d'analyse avec laquelle sont étudiés les symptômes, dans la sûreté de critique avec laquelle sont interprétés les faits nouveaux, dans la mesure avec laquelle les données physiologiques sont appliquées à l'étude des phénomènes morbides, qu'éclate le mérite singulier d'une œuvre qui honore à la fois l'Ecole de Paris et l'un de ses plus chers disciples, bientôt l'un de ses maîtres.

J'arrive aux prix de l'Ecole pratique, qui sont à proprement parler les prix de la Faculté. Il y a soixante-six ans que pour la première fois, en 1798, l'Ecole de santé les distribuait solennellement. Elle avait emprunté à l'ancienne Ecole de chirurgie l'heureuse idée de cette Ecole pratique, destinée à offrir à un certain nombre d'élèves choisis des moyens d'instruction pratique perfectionnés, à constater leurs progrès par une série d'épreuves graduées, et à récompenser leur zèle par des prix d'une importance considérable. Depuis ce jour bien des changements se sont opérés; l'institution de l'Ecole pratique a résisté. Elle a résisté à des causes très-diverses de ruine; elle a résisté à sa propre décadence, qu'il serait inutile de nier, qu'il serait imprudent de méconnaître. C'est qu'il y a en elle des éléments vivaces qu'il est facile de ressusciter, et une pépinière féconde qu'il s'agit seulement d'entretenir. La sollicitude de la Faculté s'est émue, et un projet de complète réorganisation adopté par elle n'attend plus qu'une haute sanction pour réaliser, en faveur de ceux d'entre vous à qui le concours donnera accès dans l'Ecole pratique reconstituée, le bienfait d'une éducation médicale complète et supérieure qui manque encore à notre pays.

Mais, il est juste de le proclamer, ce n'est pas dans les concours des prix que l'Ecole pratique a perdu de son ancien éclat. Si le nombre des concurrents a diminué, la lutte n'a été ni moins sérieuse ni moins vive. Des élèves d'élite, cette année comme les années précédentes, sont venus dans une série d'épreuves publiques faire preuve de connaissances solides dans toutes les branches de notre enseignement médical. Un peu inégal dans ses diverses parties, le concours a atteint un niveau assez élevé, notamment en anatomie, en physiologie, en médecine légale et en accouchements; et le grand prix de l'Ecole pratique, conquis par une supériorité soutenue et par des qualités tout à fait hors ligne, les deux seconds prix accordés à des efforts persévérants et souvent heureux, témoignent de la valeur très-réelle du concours de 1864.

J'ai terminé, Messieurs, ce tableau à peine ébauché de notre dernière campagne. Une nouvelle année commence. Elle nous amène de jeunes recrues pleines d'ardeur, mais aussi d'inexpérience; elle verra sortir des rangs ceux pour qui vont commencer, dans la plus noble mais aussi dans la plus pénible carrière, les dures épreuves de la vie de médecin; aux uns comme aux autres nos conseils, notre appui, notre dévouement, sont assurés. Pour tous enfin, nous vos maîtres, nous n'avons qu'une ambition et qu'un désir, c'est d'allumer et d'entretenir parmi les élèves de la Faculté de médecine de Paris cette passion des fortes études et cette émulation qui, en rehaussant le niveau de la science médicale, doit profiter au pays tout entier.

(La fin de ce discours, souvent interrompu par des applaudissements, est accueillie par les applaudissements et les bravos unanimes de l'assemblée.)

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Statistique des affections diverses traitées dans le service de chirurgie pendant l'année scolaire 1863-1864 (1).

(Recueillie par M. Chédevergne, interne du service.)

II. *Deuxième série.* — 161 malades opérés; 1,770 opérations.

Parmi les affections oculaires ou péri-oculaires qui nécessitèrent une opération figurent :

2 plaies profondes de l'œil;

2 staphylomes de la cornée;

1 atrésie pupillaire; 1 glaucome;

28 cataractes.

2 strabismes convergents doubles; 2 ectropions.

L'iridectomie fut pratiquée pour le glaucome, pour l'atrésie de la pupille, pour un staphylome partiel de la cornée, et pour les deux plaies profondes de l'œil, dont l'une, ancienne, avait laissé à sa suite une cicatrice blanchâtre sur la cornée, et l'autre, récente, était accompagnée de douleurs vives à l'intérieur du globe oculaire. Dans ce dernier cas, la section de l'iris amena du soulagement; dans les autres, ses effets sur la vision furent peu appréciables; mais elle ne produisit pas de complications, si ce n'est une fois (atrésie pupillaire) où une mince fausse membrane vint obturer la nouvelle pupille.

Sur les 25 malades affectés de la cataracte, 22 furent opérés d'un seul œil, 3 des deux yeux; il y eut en tout par conséquent 28 opérations :

1° 2 discisions de la capsule cristaline; guérison.

2° Un iridésis, avec un résultat satisfaisant, chez une jeune fille.

3° 20 kératotomies supérieures; 18 guérisons, 2 insuccès.

4° 3 extractions linéaires; 3 guérisons.

Cependant dans un cas la vision resta très-imparfaite, parce qu'il existait des corps flottants dans l'humeur vitrée, comme cela avait d'ailleurs été prévu avant l'opération; mais il n'y eut dans ce cas, pas plus que dans les autres, aucun accident.

5° 2 extractions linéaires après iridectomie avec la curette de Schuff; 1 guérison, 1 insuccès.

Cet insuccès ne doit point être mis sur le compte de l'extraction, car à la place d'une extraction du cristallin on eut un véritable abaissement par le fait de la curette, qui repoussa le cristallin au lieu de l'amener au dehors; le malade ainsi opéré vit quelques jours, mais il survint rapidement une irido-choroïdite.

Outre ces deux iridectomies constituant un premier temps de l'extraction de la cataracte, deux autres furent encore pratiquées, comme opération préalable de l'extraction, sur les deux yeux d'un cataracté dont les pupilles ne se dilataient pas sous l'influence du sulfate d'atropine, quoique le diaphragme de l'œil ne parût être le siége d'aucune affection. Elles furent suivies d'une double iritis, qui fit ajourner pour longtemps le traitement de la cataracte.

Pour 1 staphylome considérable de la cornée, on exécuta l'ablation de la tumeur, et ensuite une suture transversale entre les deux lèvres de la solution de continuité (procédé de Critchett); à la suite, inflammation vive; guérison.

Pour 2 strabismes doubles convergents très-prononcés avec affaiblissement de la vision, strabotomie des droits internes. Guérison complete.

Pour 2 ectropions de la paupière supérieure, autoplastie au moyen d'un lambeau frontal d'une part, autoplastie par glissement de l'autre. 1 guérison, 1 amélioration.

Deux autoplasties furent encore pratiquées, l'une pour la restauration ou plutôt la reconstruction d'un nez qui avait presque complétement disparu et laissait à découvert et béante la cavité des fosses nasales, l'autre pour oblitérer une fistule du larynx qui avait persisté après un coup de couteau porté au cou (tentative de suicide). 2 guérisons.

1 bec-de-lièvre dit gueule de loup, opéré par le procédé de Mirault. Guérison.

Fistules : 2 fistules lacrymales, cautérisation par la pâte de Canquoin. 2 guérisons.

1 fistule pré-sternale et 1 du cou (suite de kystes ouverts). Excisions. 2 guérisons.

4 fistules à l'anus : incision et excision. 4 guérisons.

1 fistule urinaire du périnée après une contusion suivie de gangrène : suture, cautérisation en voie de guérison.

1 fistule urinaire résultant d'infiltration urineuse et d'abcès (rétrécissement du canal de l'urèthre chez un homme). Débridements, guerison.

2 fistules vésico-vaginales très-étendues opérées par la méthode de Sims. 2 guérisons.

---

(1) Voir le numéro du 3 novembre.

Résumé total des ajournements.	1 sur 6,2
Pour le 1er examen.	1 — 4,5
le 2e —	1 — 5,1
le 3e —	1 — 6
le 4e —	1 — 8,4
le 5e —	1 — 10

Examens d'officiers de santé.

	Extrêm.	Très.	Bien.	Satisfait.	Passab.	Ajourn.	Total.
En 1862-1863. .	»	1	5	17	17	7	57
En 1863 1864. .	»	3	6	10	22	17	58

Examens de sages-femmes.

		Reçues.	Ajourn.	Total.
1863-1864 (65 élèves en cours d'étude).	1re classe.	62	10	72
— —	2e classe.	4	»	4
		66	10	76

(1) Thèses soutenues.	Extrêmement satisfait.	Très-satisfait.	Bien satisfait.	Satisfait.	Passablem.	Ajourn.	Total.
En 1862-1863.	17	50	63	45	15	1	191
En 1863-1864.	31	46	71	63	15	2	238

Nécroses : 2 du tibia. Ablation avec la gouge des portions d'os mortifiées. 2 guérisons.

Extraction de 1 séquestre du fémur, 1 du maxillaire inférieur, 1 du bord alvéolaire. 3 guérisons.

1 nécrose de la tête humérale ; résection. Il persista longtemps des fistules qui finirent par se tarir.

4 nécroses de doigts, suite de panaris profonds. 4 amputations (désarticulations), 4 guérisons.

3 amputations de jambe nécessitées : 1° par une fracture compliquée ; 2° par une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne et du pied ; 3° par un cancer du calcanéum. 2 guérisons, 1 mort par tuberculisation (tumeur blanche).

1 amputation de Chopart pour une carie d'une partie des os du pied. Pas d'accident, mais cicatrisation extrêmement lente du lambeau.

Pour 1 ostéo-myélite du tibia, trépanation, guérison.

Nécrose du fémur par suite de la présence d'une balle dans la cuisse. Extraction de la balle, guérison.

3 résections nerveuses simultanées pour une névralgie de plusieurs branches du trifacial (sous-orbitaire, mentonnier, buccal). Guérison pendant quelques mois, récidive atténuée.

Un anévrysme rétro pelvien de l'ischiatique, reproduit après la ligature de l'ischiatique (il y a seize ans) ; injection de perchlorure de fer dans le sac ; guérison datant de huit mois.

Une plaie de l'artère radiale : ligature ; guérison.

3 tumeurs érectiles artérielles : pour la première, située dans la région occipitale, injection de perchlorure de fer ; guérison.

Pour la deuxième, siégeant à la lèvre inférieure, ligature de la tumeur par le procédé de Récamier ; guérison.

Pour la troisième, siégeant dans la joue, un peu au-dessus de la commissure des lèvres, alimentée par trois artérioles principales ; ligature de deux de ces artères ; amélioration, puis guérison définitive par deux injections de perchlorure de fer.

Une tumeur érectile veineuse de la région parotidienne ; guérison par la vaccination.

Deux tumeurs ganglionnaires.

1 tumeur ganglionnaire fibro-plastique de l'aine ; extirpation, guérison.

1 tumeur ganglionnaire hypertrophique de la région parotidienne ; extirpation ; érysipèle ; guérison.

Un enchondrome de la parotide ; ablation, guérison.

Un kéloïde du front ; excision, guérison.

Sept polypes : 2 polypes naso-pharyngiens traités par la méthode électrolytique : 1 guéri, 1 en voie de guérison.

1 polype du vagin ; extirpation, guérison.

1 polype de l'utérus ; ablation, guérison.

2 polypes du conduit auditif externe ; arrachement, 2 guérisons.

Trois kystes : 1 kyste du jarret ; ablation, guérison.

2 kystes volumineux du sein ; extirpation ; plaie de 15 à 20 centimètres ; guérison.

Huit cancroïdes : 4 de la lèvre inférieure ; opération, guérison ; réunion immédiate.

2 du nez ; opération, guérison.

1 du cou ; ablation, guérison.

1 du clitoris ; excision, guérison.

Dix-sept cancers : 1 de l'œil chez un enfant ; extirpation, guérison.

1 cancer du bras ; ablation (plaie circulaire de 12 centimètres de diamètre, occupant les trois quarts de la circonférence du membre), guérison.

1 cancer de la verge ; amputation de la verge, guérison.

1 cancer du rectum, remontant très-haut ; oblitération de l'extrémité inférieure du gros intestin ; absence de selles ; opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre : mort par péritonite.

13 cancers du sein opérés, dont 1 chez un homme, dont un autre récidivait ; dont 3 avec ulcération et ganglions de l'aisselle ; dont 3 autres avec ganglions axillaires :

2 morts, l'une par généralisation du cancer (cancer du foie), l'autre par infection purulente.

11 guérisons : 10 rapides, une après érysipèle.

Tous ces cancers étaient volumineux, sauf celui qui existait chez l'homme. Dans les cas où il y avait engorgement ganglionnaire surtout, la plaie résultant de l'amputation du sein et de l'ablation des ganglions était très-considérable. Elle a varié de 12 à 21 centimètres dans son diamètre transversal. On n'a que rarement pu rapprocher complétement les lèvres de la plaie.

Quatre adénoïdes du sein. Ablation. 4 guérisons.

Tumeurs fibreuses. — 2 du maxillaire inférieur, développées, l'une dans la moitié droite, l'autre dans la moitié gauche du maxillaire ; du volume de la tête d'un fœtus à terme (45 centimètres de circonférence). Ablation de la moitié du maxillaire avec conservation de l'extrémité supérieure de la branche montante dans un cas. Suture entortillée. Réunion par première intention sur une étendue considérable. Guérison.

Une tumeur fibreuse de la fesse. Extirpation. Erysipèle de la région lombaire de trois jours de durée seulement, puis érysipèle de la face. Guérison.

Six lipomes. — 1 de la paroi abdominale, fibro-graisseux, volumineux, du poids de 5 livres. Ablation. Guérison.

1 du dos. Ablation. Réunion par première intention. Guérison.

1 des lombes. Lipome érectile. Extirpation. Guérison.

1 de la cuisse. Ablation. Guérison.

2 du bras. Enormes, de 7 et 8 livres, dont 1 ulcéré. Ablation. Réunion immédiale complète dans un cas, incomplète dans l'autre.

Hernie. — Une hernie étranglée opérée. Mort.

Anus contre nature. — Application de la pince entérotome de Dupuytren. Mort par infection purulente.

4 fissures à l'anus. Dilatation. 4 guérisons.

Calculs vésicaux. — Deux cas. Dans l'un, taille prérectale. Guérison rapide. Dans l'autre, plusieurs séances de lithotritie. Guérison.

Sept hydrocèles de la tunique vaginale. 7 injections iodées. 7 guérisons.

Kystes de l'ovaire. — 12 femmes ont été ponctionnées pour des kystes uniloculaires de l'ovaire. Chez 9 d'entre elles la ponction fut suivie d'une injection iodée, autorisée par la nature du liquide. Deux malades subirent aussi, cette année : l'une 4 injections, l'autre 3 ; donc 14 injections iodées en tout.

Aucun de ces kystes n'a été radicalement guéri, sauf un seul qui contenait un liquide semblable à de l'eau de roche ; encore ne peut-on l'affirmer, car la femme qui le portait n'a été vue que deux mois et demi après l'opération. La tumeur n'avait pas alors reparu. Une seule injection avait suffi pour amener un pareil résultat, mais on ne doit pas se prononcer d'une façon définitive sur les suites possibles. Tous ont été améliorés, comme nous avons pu nous en assurer en examinant les malades à différents intervalles. Il n'est pas survenu un seul accident.

Les opérées ne se sont jamais plaintes, dans les premières vingt-quatre heures, que d'une sensation particulière du côté du pharynx.

Les kystes uniloculaires de l'ovaire, au point de vue du traitement qu'on leur oppose, sont divisés en deux variétés, d'après la nature du liquide contenu :

1° Kystes à liquide séreux ;

2° Kystes à liquide filant.

Les premiers seuls sont susceptibles d'être avantageusement traités par l'iode. La présence du liquide poisseux est une contre-indication à son emploi. On se contente alors de ponctionner les tumeurs de cette dernière espèce, quand les fonctions respiratoires et digestives souffrent de leur volume trop considérable. Une fois pourtant la nature de la sérosité parut douteuse, et l'injection ordinaire fut faite ; il se passa un phénomène qui nous explique jusqu'à un certain point l'inaction de l'iode en pareille circonstance. Le kyste avait été bien vidé, mais il reste toujours quelque peu de liquide. L'iode sortit en grumeaux enveloppés d'une couche de matières grasses poisseuses. En effet, dans ce genre de kystes, la paroi interne se trouve revêtue d'une sorte de vernis imperméable qui la défend contre toute atteinte du médicament. Celui-ci est annihilé, — le résultat est nul ; — c'est probablement la raison des constants insuccès.

Quatre amygdales hypertrophiées ; ablation, guérison.

Une énorme tumeur fibro-plastique du mollet, pénétrant entre le tibia et le peroné ; ablation ; plaie s'étendant du jarret au tendon d'Achille ; guérison.

Un double pied bot opéré par la section du tendon d'Achille, guéri.

Trois ongles incarnés opérés, guéris.

Une exostose sous-unguéale opérée, guérie.

Un écrasement de plusieurs doigts par une machine ; 3 désarticulations ; guérison.

Arrachement d'une phalange du pouce dans un engrenage ; régularisation de la plaie, guérison.

Une tumeur fibro-plastique du doigt indicateur ; ablation de la tumeur, guérison.

En résumé, si nous mettons de côté 37 affections qui ne devaient pas se rencontrer à la Clinique, et dont 5 se sont terminées par la mort, il nous reste 528 maladies traitées, dont 24 ont eu pour terme la mort.

Sur ces 24 morts, 18 arrivèrent par le fait d'affections contre lesquelles la médecine opératoire ne pouvait rien :

Un abcès (nécrose du fémur) ; une nécrose du tibia ; une carie vertébrale (avec abcès rétro-pharyngien) ; un mal de Pott ; un polype naso-pharyngien (le sujet qui en était atteint mourut trois jours après son entrée) ; un enchondrome du thorax (mort par pneumonie) ; 3 cancers inopérables (de l'utérus, de l'os iliaque, des ganglions lombaires) ; 2 érysipèles gangréneux ; 3 fractures du crâne ; une fracture de jambe compliquée ; une fistule stercorale (phthisie pulmonaire).

Il nous reste 6 cas de mort à la suite des opérations :

2 par infection purulente (après l'ablation d'un cancer du sein, et l'application de la pince entérotome de Dupuytren dans un anus contre nature) ; 1 après l'opération de la hernie étranglée ; 1 par péritonite (anus artificiel) ; 1 chez un amputé (tuberculisation) ; 1 par généralisation du cancer chez une femme opérée d'un cancer du sein.

Pendant cette année, presque tous les malades ayant des affections dont le siége et la nature ne s'opposaient pas à son emploi, furent pansés à l'alcool. Des six opérés morts, 3 ne l'avaient point été (l'anus contre nature, l'anus artificiel et la hernie étranglée). Les trois autres, au contraire, avaient suivi régulièrement le traitement par l'eau-de-vie camphrée ; ce sont les deux amputées du sein, dont une succomba à la pyohémie, et l'amputé de jambe.

Les complications des plaies furent très-rares. Il n'y eut que trois cas d'érysipèle, tous trois bénins.

Ainsi les malades pansés à l'alcool ne présentèrent que trois érysipèles sans gravité, et une infection purulente.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 novembre 1864. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce et des travaux publics transmet :

Un rapport d'épidémie, par M. le docteur Barthélemy, médecin cantonal à Vigy. (Commission des épidémies.)

— M. TARDIEU, doyen de la Faculté de médecine, annonce à l'Académie que la séance de rentrée de la Faculté aura lieu jeudi 3 novembre, à une heure, et qu'un certain nombre de places seront réservées aux membres de l'Académie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Deleau, sur le traitement de la surdi-mutité et l'éducation des sourds-muets par la parole.

2° Une lettre de M. le docteur Herrgott, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, avec une brochure intitulée : *Étude historique sur la fistule vésico-vaginale.*

3° Une note sur trois des stations thermales des Pyrénées (Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes et Cauterets), par M. le Dr Blanchard, membre correspondant. (Commission des eaux minérales.)

4° Le *Compte rendu* d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi au camp de Châlons, depuis le mois d'octobre 1863 jusqu'au mois de mai 1864, par M. le docteur Cabasse, médecin-major. (Commission des épidémies.)

— M. MICHEL LÉVY présente, au nom de M. le docteur Maurice Perrin, un travail imprimé ayant pour titre : *Influence des boissons alcooliques à doses modérées sur la nutrition.*

— M. LARREY présente, au nom de M. Cortese, un travail sur les imperfections et les infirmités résultant des maladies contractées en campagne.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Verheyen, correspondant, à Bruxelles, pour la section de médecine vétérinaire.

— M. le président informe ensuite l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie pour la suite des rapports sur les prix.

— M. DEPAUL donne lecture d'un projet de lettre au ministre en réponse à une réclamation de M. le docteur Lebel, de Fontevrault, relative à la distribution de médailles aux médecins vaccinateurs, pour l'année 1862. Le projet de lettre consiste à dire que M. Lebel n'ayant envoyé aucune communication sur la vaccine pendant l'année 1862, il ne pouvait avoir aucun droit à un encouragement.

Le projet est adopté.

LECTURES.

Vie sans respiration chez certains nouveau-nés. — M. BARDINET (de Limoges) lit un mémoire ayant pour titre : *De la vie sans respiration chez certains enfants nouveau-nés.*

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° La vie peut avoir lieu sans respiration et pendant un temps plus ou moins long chez certains enfants nouveau-nés. Sa durée dans un cas a été de quinze heures.

2° Cette vie paraît plus particulièrement l'apanage des enfants nés avant terme. Les trois cas dans lesquels je l'ai observée appartiennent du moins à cette catégorie.

3° L'action d'une température élevée paraît en favoriser le développement, s'il est permis d'en juger par les trois cas que je rapporte, qui tous les trois se sont produits pendant le mois d'août.

4° La vie paraît alors entretenue par la circulation, qui trouve dans la persistance du canal artériel et du trou de Botal, comme pendant la vie intra-utérine, des facilités particulières.

5° Les enfants chez lesquels elle existe peuvent présenter à la suite de violences des ecchymoses et des caillots semblables à ceux qu'on rencontre après l'établissement de la respiration.

6° La possibilité des morts apparentes chez les nouveau-nés, si bien signalée par les accoucheurs, doit toujours être un objet de sérieuses préoccupations.

7° Un nouveau-né peut rester inhumé plusieurs heures sans succomber.

8° L'entretien de la vie dans ce cas n'est pas le résultat d'une respiration pulmonaire réduite, mais s'exécutant suivant son mode normal ; elle paraît tenir de la persistance momentanée du trou de Botal et du canal artériel. Il n'y a donc pas à conclure pour des cas analogues du nouveau-né à l'adulte. (Commissaires : MM. Tardieu, Depaul et Devergie.)

Fièvre typhoïde. — M. SEUX, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, lit un travail intitulé *De la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Marseille.*

L'auteur examine successivement les points suivants : âge, acclimatement, profession, sexe, contagion, saisons, symptômes, régime et traitement.

Sous le rapport de l'âge, M. Seux a vu la fièvre typhoïde sur des sujets âgés de plus de cinquante-cinq ans, et elle lui a paru plus commune dans l'enfance qu'on ne l'admet généralement.

Il considère la fièvre typhoïde comme contagieuse.

Les époques de l'année où elle lui a paru le plus fréquente sont la fin de l'été et l'automne.

Enfin M. Seux s'élève contre la méthode de l'alimentation prématurée, qui lui a donné de mauvais résultats, du moins sous le climat de Marseille. (Commissaires : MM. Louis, Beau et Briquet.)

Épidémies. — M. DE KERGARADEC, au nom de la commission des épidémies, commence la lecture du rapport annuel sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1863.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 octobre 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Journal de médecine de Bordeaux.* — Les

numéros de septembre et d'octobre du *Bulletin médical du nord de la France.*

— M. Depaul fait hommage à la Société du rapport présenté à S. Exc. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics par l'Académie impériale de médecine sur les *vaccinations pratiquées en France pendant 1862.* — Le sujet de ce travail et le nom de l'auteur donnent la mesure de l'importance de ce travail.

— M. Leroy (d'Etiolles) fils fait hommage à la Société de la seconde partie de son *Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires.*

— M. Foucher communique, de la part de M. le docteur Ivonneau (de Blois), une observation intitulée : *Résection de l'humérus fracturé comminutivement ; extraction complète de son extrémité huméro-cubitale ; commencement de reconstitution osseuse appréciable douze mois après l'opération.*

M. Foucher est chargé de rendre compte de cette observation.

— M. Jarjavay écrit au président de la Société pour lui demander l'échange de son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. M. Jarjavay étant dans les conditions prescrites par le règlement, sa demande sera l'objet d'un prochain vote.

Hygiène hospitalière. — M. TRÉLAT communique une lettre de M. Martinenq, ancien chirurgien de 1re classe de la marine. La Société décide qu'un extrait de cette lettre sera publié.

« ... La proposition que vous venez de faire à la Société de chirurgie de mettre à l'ordre du jour l'étude des conditions de salubrité d'un hôpital m'a décidé à ne pas tarder davantage à vous faire connaître mes idées sur cette question importante entre toutes.

» La Société a raison, il y a urgence à traiter cette question. L'occasion est belle, et si on la laisse échapper, c'est fini, le mal fait le sera pour toujours.

» L'hygiène est une science vraie ou illusoire. Si elle est vraie, *la seule* des conditions de salubrité d'un hôpital est un air pur, *très-pur.* Cette condition obtenue, toutes les autres ne sont certainement pas inutiles, mais elles ne doivent être remplies que pour ne pas nuire à la principale. Faites que la pureté de l'air au milieu duquel vous bâtissez un hôpital *soit absolue,* et vous pourrez à la rigueur vous passer des autres. Observez scrupuleusement ces dernières et plongez un hôpital dans un air impur, ce sera à peu près comme si vous n'aviez rien fait pour la salubrité. Ce sera du temps et de l'argent perdus et incessamment renouvelés et perdus.

» Lorsque l'hygiène n'existait pas, on a pu bâtir des hôpitaux dans l'intérieur des villes. Depuis son avénement, cette manière de faire est la plus fâcheuse et la plus inconcevable absurdité qu'on puisse commettre.

» Les questions à traiter à ce propos se résument, ce me semble, en celles-ci :

» Faut-il un air *très-pur* à un hôpital ?

La réponse ne saurait être douteuse : *Oui,* et d'autant plus pur qu'il est plus grand.

» L'air de Paris, l'air d'une réunion de près de 2 millions d'individus, est-il pur ?

» Qui osera dire oui ?

» Pourquoi donc bâtit-on des hôpitaux dans Paris ?

» Quel est le Parisien qui peut dire : Je respire un air qui n'a pas déjà été respiré par une... que dis-je, par cent autres personnes ?

» Que veut-on que soit l'air d'un hôpital placé dans une *atmosphère pestilentielle semblable?* (Le mot n'est pas de moi, mais de M. Pidoux.)

» Tout édifice construit pour être le centre d'un encombrement quelconque, devrait être placé loin des villes. Les chemins de fer permettent aujourd'hui ce qui eût été impossible jadis, sans nuire à l'économie, au service nosocomial et au devoir humanitaire à remplir ; non-seulement ils le permettent, mais ils rendent tout cela facile, économique, agréable et certain.

» Je crois remplir un devoir en vous écrivant ce que je pense ; ma conviction est profonde ; j'ose donc espérer que vous voudrez bien accepter mes observations et croire, etc. »

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

Fin du discours de M. Giraldès.

Le nouvel Hôtel-Dieu ne dispose que d'une superficie de construction égale à 15,000 mètres, et comme l'administration municipale voulait un grand hôpital, l'administration des hôpitaux a été malheureusement conduite à accepter la forme des pavillons multiples placés les uns derrière les autres. L'auteur du plan a été amené à disposer les salles d'une manière vicieuse.

Une salle de malades n'est pas un dortoir. Elle exige une capacité plus grande, des dispositions différentes. Le percement doit être soigneusement étudié et combiné de façon qu'il puisse favoriser la ventilation et fournir une aération complète des salles. Si on examine l'espacement nécessaire à chaque lit et les diverses servitudes, on est obligé de convenir que pour échapper aux reproches énergiquement formulés par Pringle, Pouteau et Blisard, et éviter les inconvénients si judicieusement indiqués par Duchanoy, on est forcé d'abandonner le chiffre de sept ou huit cents lits, et on est conduit à adopter le chiffre de trois cent cinquante à quatre cents, comme permettant de mieux réaliser toutes les conditions hygiéniques indispensables à un bon hôpital. Pourquoi cette limite, minime en apparence? Depuis Pringle, il est démontré que l'air des salles d'hôpital est un élément très-nuisible aux malades, un élément toxique. L'air des salles constitue un milieu particulier, désigné par Roberton sous le nom d'atmosphère d'hôpital, et que je crois, pour en mieux faire apprécier les inconvénients, appeler *malaria nosocomiale.*

Pour se débarrasser de ce miasme, de cette *malaria*, on procède exactement comme si on voulait ventiler une salle de théâtre. Le chiffre d'acide carbonique fourni par l'expiration d'un homme adulte, dans un temps donné, est pris comme étalon, comme point de départ. On calcule ensuite combien il faut d'air pour ramener l'excès d'acide carbonique de l'atmosphère de la salle au chiffre normal; et après avoir trouvé 1500 ou 2,000 pieds cubes par heure et par malade, on ajoute généreusement 400 ou 500 pieds cubes en plus, on affirme que la ventilation est parfaite, on se donne un brevet de satisfaction et on croit avoir tout fait. Malheureusement les choses ne sont pas aussi simples. Ce n'est pas l'acide carbonique qui constitue l'élément le plus dangereux de cette atmosphère. L'air d'une salle de fiévreux, de varioleux, d'une salle de chirurgie, renferme, outre l'excès d'acide carbonique, des matières animales exhalées et très-putrescibles, des sporules végétaux, des globules purulents, des débris d'épithélium, des sulfures d'ammonium, de l'ammoniaque et autres produits des sécrétions morbides, le tout constituant un air essentiellement toxique, susceptible d'altérer profondément les liquides de l'économie et de produire les accidents graves qu'on observe tous les jours. Dans une chambre dans laquelle avaient couché douze individus, le professeur Mapother a trouvé l'air trois fois plus vicié que celui d'une salle de dissection contenant neuf cadavres. Je vous laisse à supposer quelle sera la composition de l'air puisé dans une salle de fiévreux.

La nécessité d'une ventilation tendant à faire disparaître cet élément morbide est donc plus que démontrée. Depuis que la Maternité de Dublin a été régulièrement ventilée, la mortalité des nouveau-nés a diminué de beaucoup. Dans les vingt-cinq premières années de sa fondation, sur 17,650 enfants, 2,944 sont morts, et dans les vingt-cinq années qui ont suivi les mesures de ventilation adoptées, sur 57,072, 550 seulement ont succombé, c'est-à-dire 1 sur 104. M. Paget disait, il y a deux ans, qu'en fait de prophylaxie contre la pyoémie et les érysipèles, l'air, et de l'air frais et constamment renouvelé, était le seul efficace.

Les salles de l'Hôtel-Dieu doivent contenir 26 lits, plus une salle de 2 lits, une autre de 6 lits; ensemble, 34 lits. Les petites salles sont placées à l'extrémité des salles principales; autant d'écrans pour empêcher la libre circulation de l'air, autant d'angles créés, autant d'obstacles opposés à une aération complète.

Pour compliquer les choses, on a ajouté un service d'accouchements : quatre salles de 10 lits chacune. Cette mesure est une faute au premier chef. C'est ajouter un danger à un autre danger; c'est accumuler à plaisir des foyers d'infection.

Dans le but d'arriver à la ventilation des salles, ventilation qu'on paraît confondre avec aération, on aura recours à des appareils ventilateurs.

L'administration accorde trop de confiance à ces systèmes de propulsion de l'air, déjà employés ailleurs; elle paraît ne point se douter que l'air frais introduit par les portes et les fenêtres, par la ventilation naturelle, présente des conditions différentes et meilleures que celui qui est fourni par des engins propulseurs, et, dans le plan actuel, on néglige un peu trop les moyens naturels aidés d'appareils turbines, à bon marché, employés avec grand succès dans les maisons centrales de correction, pour donner une préférence marquée aux premiers.

Pour couronner l'œuvre, on a établi dans les combles des salles dites de réserve pour être utilisées dans certaines éventualités, ou même en cas d'épidémie. Cette conception n'est pas heureuse. Ces salles de réserve contribuent à donner à l'édifice plus de volume, et elles ajoutent un élément de nature à diminuer la salubrité de l'hôpital.

L'administration désire faire de l'Hôtel-Dieu un hôpital modèle. Le plan actuel manque complétement le but. Un hôpital modèle doit avoir des salles de convalescents et des salles de rechange; ces dernières, placées dans les mêmes conditions que les autres, ne doivent pas être des en cas, mais servir systématiquement à fonctionner alternativement. Un hôpital modèle ne doit pas dépasser 500 lits, 350 en activité, et 150 soumis pendant une année, après avoir fonctionné, à une aération continue, pour venir, après un temps donné, prendre la place des autres.

Pour me résumer, je dirai :

1° La forme de pavillons superposés adoptée dans le plan est mauvaise; ces pavillons sont trop serrés, mal éclairés, mal aérés.

2° La position de l'hôpital, exposé au nord, est mauvaise, l'axe des pavillons se trouvant non dans le plan du méridien, mais perpendiculaire à ce plan.

3° La capacité de l'hôpital, 600 à 800 lits, est trop grande.

4° Enfin, j'ajouterai qu'au point de vue esthétique ces quatre pavillons, se profilant sur la principale voie qui conduit du parvis à l'hôtel de ville, n'offrent rien de gracieux ni d'artistique.

Le concours pour une place de chirurgien du Bureau central a été terminé dimanche par la nomination de M. Liégeois.

— Par suite de la non-acceptation de M. Verneuil, M. Demarquay a été désigné comme juge suppléant pour le concours des prix de l'iuternat.

Le Directeur, Dr E. Le Soupd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 NOVEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La chirurgie a fait presque exclusivement les frais de cette séance. Présentation d'un instrument très-ingénieux imaginé par M. Maisonneuve et exécuté sur ses indications par MM. Robert et Collin, pour l'extraction des détritus des calculs vésicaux; dépôt sur le bureau, au nom de M. le professeur Furnari (de Palerme), d'une note relative à une série de recherches sur le meilleur mode de blépharoplastie par la fusion temporaire des paupières, avec la relation et les dessins explicatifs d'un cas de blépharoplastie exécutée d'après cette méthode; lecture d'un mémoire sur l'immobilisation directe des fragments dans les fractures compliquées, par M. le docteur Bérenger-Féraud, l'un de nos chirurgiens les plus distingués de la marine; et enfin discussion ou plutôt dissertation sur les diverses méthodes proposées pour la ponction de la vessie, à propos de l'opération exécutée par M. Voillemier; tel est en effet le contingent chirurgical assez respectable pour une séance écourtée par un comité secret,

Nous publierons dans un des prochains numéros la relation de la remarquable opération pratiquée par M. Furnari, ainsi que les quelques considérations pleines d'intérêt qui l'accompagnent, particulièrement en ce qui concerne la méthode de la fusion temporaire des paupières comme moyen d'assurer le succès de la blépharoplastie.

Le mémoire de M. Bérenger-Féraud a également trait à une nouvelle méthode opératoire destinée à introduire un progrès important dans le traitement de certaines fractures dans lesquelles il est impossible par les moyens ordinaires de maintenir les fragments immobiles. C'est là un de ces beaux sujets de recherches expérimentales tels que les académies aiment à les encourager; nous ne saurions trop engager, pour notre part, M. Bérenger-Féraud à poursuivre ses utiles recherches.

Nous ne dirons rien de la petite dissertation de M. Velpeau au sujet de la méthode de ponction vésicale proposée par M. Voillemier, si ce n'est qu'il n'y a qu'à souscrire à une appréciation aussi nette et aussi juste. — Dr Brochin.

DE LA VALEUR MÉDICO-LÉGALE

des aveux et des écrits des aliénés,

à l'occasion de l'affaire TRUMPY.

L'opinion publique s'est beaucoup émue dans ces derniers jours du concours très-rare de circonstances qui amenait devant une cour d'assises une femme dont l'état mental était partiellement compromis. On avait lu à l'audience deux lettres écrites par la prévenue, et ces lettres, conçues dans un style imagé, exalté et attendrissant, renfermaient des aveux accablants et laissaient planer sur un prétendu complice de graves soupçons. Les déclarations écrites étaient niées devant le jury, et elles étaient imputées au délire. Une difficulté inattendue, insolite se présentait: les uns pensaient que la révélation du crime devait être l'expression de la vérité; qu'elle était sortie de la conscience sous l'influence de la douleur et du remords, et qu'elle avait été ensuite désavouée dans la crainte d'une lourde et infamante pénalité; les autres, — et ils étaient en très-faible minorité, — trouvaient, au contraire, dans la correspondance de l'inculpée, des signes d'oblitération intellectuelle.

Dans le cours du procès, il a été question des hallucinations de la prévenue, et il a été avéré que ces accidents étaient compatibles jusqu'à un certain point avec le plein exercice de la raison et avec l'intégrité du libre arbitre. Il y aurait beaucoup à dire sur le retentissement possible des illusions et des hallucinations des sens sur l'étendue de la liberté morale. Mais passons outre. Ce que l'on n'a pas dit, mais ce que la plupart des médecins ont pensé, c'est que l'inculpée pouvait être atteinte de l'état mental particulier qui accompagne l'hystérie. Ses lettres portent le cachet de cette névrose. Or, rien ne saurait être comparé à la mobilité, à la versatilité des conceptions morbides ou des actes délirants des hystériques.

« Lorsque l'hystérie, avons-nous dit ailleurs, vient compliquer un état mental en voie de compromission, de grandes difficultés peuvent surgir. Les malades, bien que bizarres, restent dans la société, mais elles s'y font remarquer par leur attitude. Semant çà et là des calomnies, jetant la discorde et la haine dans les familles, dénonçant les actes et quelquefois s'accusant elles-mêmes, elles parviennent à tromper leurs avocats, à mettre en défaut la perspicacité des médecins-experts et à en imposer à la justice (1). »

Ne dirait-on pas, en vérité, que ce paragraphe a été écrit pour les besoins de la cause?

Dans l'affaire Trümpy, la prévenue avait écrit ce qui suit : « Ainsi que je vous l'ai déjà dit une fois, et comme je vous le dis encore aujourd'hui, le cœur navré, j'ai bien des choses sur la conscience qui me tourmentent et qui ne me laissent aucun repos..... Je suis une mauvaise femme sans caractère. J'ai plus de crimes et de délits sur la conscience qu'il ne me serait possible d'en expier. Je suis devenue une menteuse, une voleuse, une adultère et l'assassin de mon mari..... Les vices m'ont fait oublier mes devoirs d'épouse, de femme, de maîtresse de maison. Mon exemple a induit au mal mon époux, mon enfant et mes domestiques. »

Pour nous, ce style et ces accusations appartiennent en propre à l'exaltation hystérique, et nous avons cité dans notre ouvrage des lettres et des faits analogues. Une malade, par exemple, observée par M. Morel à l'asile de Maréville, adresse à son mari les lignes que voici : « Je suis un monstre sorti de l'enfer, une hypocrite; je n'ai jamais aimé personne que moi-même, et pour combler la mesure, aujourd'hui je tue mon père, ma mère, et mon frère est aussi malade..... Ta femme mérite la mort, tu peux être son juge; les lois humaines permettent de donner la mort à qui la donne. Prends le chemin de fer; à ton arrivée, j'aurai l'air guérie; nous achèterons chez le pharmacien quelque chose qui me fasse mourir dans mon lit; en sept ou huit jours notre honneur sera sauvé. Tu peux me croire quand je te dis que je mérite la mort; je suis la créature la plus ignoble qui existe sur la terre. « C'est là évidemment un spécimen très-curieux de la correspondance exagérée, exaltée, insensée d'une hystérique pour qui la mort s'était momentanément dépouillée de son aspect terrible.

Le jury de Berne a rendu son verdict, et la dame Trümpy a été mise en liberté et indemnisée selon les formes ordinaires de la procédure locale. Nous ne nous serions point permis d'élever la voix pendant les longs débats du procès, mais maintenant que la justice a prononcé, un libre cours peut être donné sans inconvénient aux commentaires médico-légaux. Or, nous voulons profiter de cette occasion pour rechercher quelle signification peut avoir la correspondance des aliénés en général, et pour exposer ensuite la valeur des dénonciations, des aveux et des dépositions de ces malades. Peut-être, si de pareilles circonstances judiciaires devaient se reproduire quelque part, les esprits seraient-ils mieux préparés à une éventualité aussi émouvante.

I. *Correspondances et écrits.* — Les écrits des aliénés sont des pièces qui sont loin de manquer de valeur et qu'il importe de lire et d'examiner. Les aberrations de l'esprit et les convictions délirantes se réfléchissent en quelque sorte dans ces documents : le monomaniaque, par exemple, énumère avec emphase toutes les particularités qui peuvent, de près ou de loin, se rapporter à ses idées fixes; il donne volontiers à ses phrases une tournure, une accentuation et une ponctuation insolites; il souligne beaucoup de mots, multiplie les synonymes, prodigue les épithètes, invente de nouvelles expressions, se sert au besoin de locutions empruntées au latin, aux langues étrangères, au dialecte de l'atelier, au patois du village ou à l'argot de la prison. Le corps de l'écriture reste à peu près normal, et il n'accuse simplement que la rapidité.

Le mélancolique obsédé par des idées de persécution exhale dans ses lettres la douleur qui l'oppresse, et il retrace, dans des redites nombreuses, les intrigues ourdies contre lui, les guet-apens dont il a été victime; il dresse la liste de ses ennemis et va même jusqu'à les catégoriser, selon qu'ils en veulent, d'après lui, à son honneur, à sa fortune ou à sa vie. Il écrit à M. le préfet de police, lui confie ses inquiétudes, lui fait part des périls qu'il court, lui désigne les hommes qui le suivent dans la rue et qui l'insultent en passant, et il demande à ce magistrat l'autorisation de porter constamment une canne à épée ou un révolver.

Le malade est-il déjà dans un établissement spécial, il adresse à M. le procureur impérial une longue série de plaintes : on le bat, on le torture, on veut l'empoisonner, et on l'a privé de sa liberté uniquement pour s'emparer de son argent, abuser de sa femme ou violer ses filles. Il proteste avec la plus exubérante amertume contre autant d'infamies, exige sa sortie immédiate et menace le magistrat de le dénoncer à l'Empereur et de le faire révoquer, si justice ne lui est pas rendue sur l'heure.

Le mélancolique est-il en proie à un délire religieux et craint-il d'être damné, il écrit à son confesseur, avoue ses fautes imaginaires dans les termes les plus déchirants, demande que les pénitences les plus sévères lui soient imposées, sollicite des prières et des messes, bien qu'il continue à regarder son pardon comme impossible, puis il promet de s'imposer mille privations et forme les vœux les plus extravagants : lorsque le malheureux malade vous présente sa lettre, elle est tout humide et souvent indéchiffrable, tant les larmes ont altéré le papier, pâli l'encre et défiguré les caractères.

Chez le maniaque, les pensées se pressent en foule, se poussent pêle mêle; les phrases s'échappent sans liaisons, sans suite, et l'on peut suivre le malade passant dans la même lettre avec la plus grande rapidité du ton le plus affectueux, le plus tendre, au style le plus injurieux, le plus menaçant. Les divagations qui remplissent ses écrits témoignent suffisamment de la difficulté avec laquelle les idées se lient les unes aux autres.

C'est principalement au début de la paralysie générale que les aliénés aiment à écrire. Si leur délire — ce qui arrive dans les quatre cinquièmes des cas — est gai, expansif et peuplé d'idées de richesse et de grandeur, ils préparent des suppliques destinées aux ambassadeurs, aux ministres et à l'Empereur, exposent des projets de réforme, entassent chiffres sur chiffres, s'arrogent des titres et qualités qu'ils sont loin de posséder, ou bien ils parlent en maîtres, donnent impérativement les ordres les plus saugrenus aux préfets, aux chefs des hautes administrations et aux agents consulaires; ils élaborent des arrêtés et signent des décrets. Leur résidence sera désormais aux Tuileries ou à Saint-Cloud, ils combleront le genre humain des félicités les plus inattendues, tout le monde sera heureux et content, chacun sera riche, l'âge d'or commence.

Dans cette période initiale de la paralysie générale, et dans cette forme particulière du délire, les idées ambitieuses revêtent mille nuances diverses : un malade s'improvise poëte tout à coup, et il couvre de prétendus vers toute une rame de papier; un autre écrit son histoire et celle des membres de sa famille; celui-ci prépare une pièce de théâtre, celui-là un roman. Mais le rêve qui leur est commun à tous quatre, c'est que leurs élucubrations sont des œuvres de génie; qu'ils les vendront aux éditeurs le plus en renom, moyennant cinquante, cent mille francs, un million; que la fortune leur a enfin souri; qu'ils seront membres de l'Académie française et décorés de tous les ordres; qu'on leur élèvera des statues et qu'une gloire impérissable les attend.

Certains paralytiques écrivent un grand nombre de lettres d'invitation et convoquent toutes les personnes dont ils ont retenu les noms à des dîners, à des soirées, à des bals ou à des fêtes de campagne. D'autres écrivent aux notaires et aux agents de change, et demandent à acheter les plus belles propriétés actuellement en vente, ou toutes les actions disponibles de telle valeur cotée à la Bourse; d'autres, voulant spéculer sur les vins, les bois, les cuirs, les laines ou les grains, transmettent les commandes les plus absurdes; d'autres enfin prononcent la déchéance de telle religion, réforment toutes les idées reçues, formulent des dogmes et élèvent la prétention d'imposer aux consciences des croyances nouvelles.

Un phénomène commun à tous ces malades, c'est leur immense activité. Si l'on ne maîtrisait cette incroyable propension à écrire, ils tiendraient constamment la plume.

Non seulement le médecin doit faire son profit des fausses conceptions exprimées dans la correspondance et les écrits des aliénés, mais il est de son devoir encore d'examiner minutieusement le corps de l'écriture, de le comparer à l'écriture normale du sujet, de tenir compte de la direction et de la régularité des lignes, du style, de l'orthographe et de l'intégrité des mots. On a dit que l'écriture était la vivante image de l'esprit, et quelques observateurs de la plus perspicace clairvoyance ont prétendu deviner le caractère et les dispositions morales d'un individu d'après l'inspection de quelques lignes tracées par lui. M. Trélat père a rapporté que l'on donna un jour à une personne adonnée à ce genre de recherches l'écriture d'une des

(1) *La Folie devant les tribunaux*, p. 335 et suiv.

femmes les plus respectées, les plus honorées de son époque, et que l'on répondit, après l'avoir examinée, que c'était l'écriture d'un vieux curé. Ce qu'il y a de certain, et Marcé l'a démontré de la façon la plus péremptoire, c'est qu'au point de vue graphique, les écrits offrent chez les aliénés des variations caractéristiques et qui ont une importance peut-être aussi grande que celle qui ressort des vices de la prononciation.

(La fin au prochain numéro.) Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL COCHIN. — M. Woillez.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires (1).

Tumeurs des ganglions bronchiques; diagnostic, pronostic et traitement.

Immédiatement se présente l'idée d'un obstacle à la pénétration de l'air dans les poumons. Malgré les efforts respiratoires incessants et quelquefois considérables de notre malade, il y a une absence à peu près complète du bruit respiratoire des deux côtés de la poitrine; la voix ne bourdonne pas dans les poumons; on l'entend très-faiblement, comme si elle était éloignée, ce qui est en rapport avec la faiblesse marquée des vibrations thoraciques perçues par l'application de la main quand la malade parle; ces vibrations sont à peine sensibles.

Il y a donc obstacle à la pénétration libre de l'air dans les poumons. Je dis pénétration libre, parce qu'il est évident qu'il s'introduit une petite quantité d'air dans les cavités aériennes; sans cela une asphyxie rapide aurait lieu. Mais où siége cet obstacle? Sa localisation anatomique est nécessaire à connaître, car elle peut conduire à déterminer plus facilement la nature de la lésion matérielle.

Si je vous fais remarquer que le silence presque absolu du bruit respiratoire occupe les deux poumons tout entiers, vous devez en conclure que l'obstacle existe au niveau des gros conduits respiratoires. Et comme la respiration s'entend par l'auscultation avec son caractère soufflant ordinaire dans le larynx, et que ce caractère soufflant se perçoit aussi dans la trachée au niveau des deux premières pièces du sternum; comme de plus la voix a son timbre normal au niveau du larynx, vous concevrez facilement que l'obstacle à la pénétration de l'air dans les poumons doit exister non dans le larynx et la trachée, mais vers la bifurcation des bronches, ou au niveau des deux bronches principales.

Pour préciser davantage le siége de l'obstacle, on doit se demander s'il existe à l'intérieur ou à l'extérieur des conduits aériens. Je ne connais qu'une espèce de lésion, à part les corps étrangers, qui sont hors de cause ici, qui pourrait occuper l'intérieur de la trachée vers la bifurcation des bronches. Ce sont les rétrécissements cicatriciels consécutifs à des ulcérations syphilitiques. Ces rétrécissements, qui ont été étudiés par MM. Moissenet, Vigla et Bourdon (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, t. IV et V), donnent bien lieu à une dyspnée avec accès de suffocation, mais il est clair que cette lésion n'existe pas chez notre malade, qui n'a été atteinte précédemment d'aucun accident de syphilis.

L'obstacle siége donc à l'extérieur de la trachée, vers la bifurcation des bronches. La cause de cet obstacle ne peut être dès lors qu'une tumeur. En effet, une tumeur rend parfaitement compte des phénomènes observés chez notre malade: de la dyspnée habituelle et lentement croissante depuis quatre ans, des accès de suffocation, de la généralisation de la faiblesse du bruit respiratoire, du retentissement incomplet de la voix thoracique, et enfin de l'insuffisance des vibrations de la poitrine.

J'admets donc l'existence d'une tumeur ou de plusieurs tumeurs au voisinage de la bifurcation des bronches.

Ce genre de lésion une fois admis, il faut déterminer à quelle espèce de tumeur nous pouvons rapporter les accidents observés. Remarquez à ce propos que chaque cavité splanchnique est dans des conditions bien différentes pour le diagnostic des tumeurs qu'on peut y rencontrer. Dans la cavité crânienne, les symptômes fonctionnels peuvent seuls éclairer le praticien. A la poitrine, outre les phénomènes fonctionnels, il peut s'aider de l'exploration physique par l'inspection, la percussion, l'auscultation et très-rarement par la palpation, en raison de la résistance des côtes. A l'abdomen, on a les mêmes ressources d'investigation, mais l'emploi de la palpation y acquiert une valeur toute particulière; seulement la diversité des organes y est un grave embarras à la détermination du siége anatomique des tumeurs qu'y s'y développent.

Quoi qu'il en soit, les tumeurs qui peuvent occuper le voisinage de la bifurcation des bronches siégent dans le médiastin. Voyons donc ce que nous apprend la clinique sur cette question.

Ces tumeurs, quelle que soit leur nature, agissent en comprimant les organes très-divers qui occupent le médiastin. Cette compression peut s'exercer: sur la trachée, sur les bronches, sur les poumons, sur la veine-cave supérieure, sur les vaisseaux pulmonaires, sur les nerfs pneumo-gastriques ou les récurrents, enfin sur l'œsophage.

Ces compressions ont été signalées depuis longtemps dans des observations particulières comme conséquence de la tuberculisation des ganglions bronchiques. De plus cette question avait été étudiée à certains points de vue par Leblond (Thèse, 1824), Becker, de Berlin (Thèse, 1826), par Laënnec, Tonnelé, Bertin, M. Andral, et en Angleterre par H. Ley, Carswel et Clarck. Mais c'est à MM. Barthez et Rilliet que l'on doit le premier travail important sur les lésions et les symptômes des tubercules bronchiques (*Arch. génér. de méd.*, 1840-1842).

Ils constatent ainsi les effets compressifs des ganglions bronchiques tuberculeux:

De la compression de la veine-cave supérieure résultent *la dilatation des veines du cou, l'œdème de la face, sa coloration violacée*, et quelquefois *l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne;*

De la compression des vaisseaux pulmonaires: *l'hémoptysie* et *l'œdème du poumon;*

De la compression du nerf pneumo-gastrique: *l'altération du timbre de la toux et de la voix*, des *quintes de toux* spasmodiques simulant celles de la coqueluche, et des accès d'asthme insolites;

De la compression des conduits aériens: des *râles sonores* intenses très-persistants, une *respiration obscure* que MM. Barthez et Rilliet rattachent aussi en partie à l'œdème pulmonaire, et enfin des *bruits caverneux* (souffle et râle) pouvant être perçus malgré l'absence de lésions tuberculeuses dans les poumons. Ils expliquent ces derniers bruits anormaux par la transmission des vibrations sonores se produisant dans la trachée, vibrations renforcées par la compacité des ganglions bronchiques tuberculeux qui sont bons conducteurs des sons. Enfin ils insistent sur la loi d'intermittence remarquable à laquelle sont soumis ces différents phénomènes.

Je reviendrai tout à l'heure sur quelques-uns de ces signes, dont j'expliquerai la production d'une autre manière que les auteurs de l'excellent travail que je viens de rappeler. Auparavant, je dois vous expliquer pourquoi je vous énumère longuement, à propos d'un malade adulte, des signes qui ont été constatés chez des enfants. C'est que M. Fonssagrives, dans un important mémoire sur l'engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte (*Arch. de méd.*, 1861), a précisément utilisé les signes indiqués par MM. Barthez et Rilliet pour diagnostiquer cet engorgement chez l'adulte.

On avait bien publié déjà des faits d'engorgement des ganglions bronchiques, mais seulement au point de vue anatomique. Tels sont ceux de MM. Andral, Marchal (de Calvi), Richet, Duriau et Glèze; mais la question du diagnostic n'y était qu'effleurée. C'est à M. Fonssagrives que revient l'honneur d'avoir démontré que ce diagnostic est possible et désormais assez facile à l'âge adulte.

Le Mémoire de notre savant confrère fut communiqué à la Société médicale des hôpitaux, et comme je fus chargé de faire un rapport sur ce travail (*Union médicale*, 1861), j'ajoutai plusieurs faits, dont deux inédits, à ceux du Mémoire. Ces faits nouveaux me conduisirent à admettre que la tuberculisation n'est pas la seule lésion que l'on rencontre comme cause d'hypertrophie des ganglions bronchiques, et qu'il en est trois autres importantes:

1° L'hypertrophie mélanique, non encore signalée, et dont j'ai rappelé une observation, en montrant qu'un fait semblable se trouvait dans le Mémoire de M. Fonssagrives;

2° L'hypertrophie du tissu des mêmes ganglions bronchiques se liant à l'hypertrophie ganglionnaire généralisée qui caractérise la maladie signalée par Virchow sous la dénomination de leucocythémie lymphatique, dénomination défectueuse, comme je l'ai montré ailleurs (*Dictionnaire de diagnostic*, article Leucémie), attendu qu'il n'y a pas toujours exagération du nombre des globules blancs dans le sang;

3° Les ganglions bronchiques peuvent être cancéreux.

Dans toutes ces conditions, on trouve les signes qui ont été donnés comme caractères cliniques de l'engorgement des ganglions bronchiques.

Suivant M. Fonssagrives, qui s'appuie sur un nombre suffisant de faits, les malades éprouvent une dyspnée graduellement croissante, une toux habituellement sèche, quelquefois suivie d'expectoration spumeuse se faisant par crises; une douleur parfois très vive à la partie supérieure de la poitrine, surtout du côté le plus affecté, ou bien une gêne douloureuse.

Vous voyez que justement ce sont là les phénomènes fonctionnels que présente notre malade; la douleur, sur laquelle a insisté le professeur de Brest comme sur un excellent signe, est ici des plus remarquables. Quant aux signes physiques, M. Fonssagrives a constaté que la poitrine rendait à la percussion un son normal ou exagéré; il est devenu exagéré en arrière, des deux côtés, chez notre femme de la salle Saint-Philippe. Il a insisté aussi sur l'existence de gros râles ronflants sensibles à l'auscultation et même à la palpation, ou entendus quelquefois à distance, et il considère ce signe comme pathognomonique. Ce signe fait défaut, il est vrai, chez notre malade; mais cela n'a rien d'étonnant, puisque M. Fonssagrives ne l'a rencontré que six fois sur neuf.

Ce qui prédomine dans notre fait, c'est la faiblesse très-étendue du bruit respiratoire. Dans ceux du savant professeur de Brest, ce signe n'avait pas la même importance; aussi a-t-il été porté à le considérer comme formulé plutôt théoriquement qu'au point de vue clinique. Mais j'ai rappelé dans mon rapport un fait dû à MM. Barthez et Roger, dans lequel la faiblesse du bruit respiratoire conduisit à admettre l'engorgement tuberculeux des ganglions bronchiques; et j'ai cité une observation inédite analogue quant à ce signe prédominant. Elle avait la plus grande analogie avec celle que nous avons sous les yeux.

Il s'agissait d'un homme d'un âge mûr, admis dans la division de M. Louis à l'Hôtel-Dieu, et qui succomba aux progrès d'une dyspnée croissante avec accès de suffocation de plus en plus répétés. Pendant la vie, on constatait l'absence de tout autre signe d'affection intra-thoracique qu'une faiblesse générale extrême du bruit respiratoire, avec râles sonores disséminés. L'autopsie montra les poumons exempts de tubercules, tandis que l'origine des bronches était manifestement comprimée par des ganglions bronchiques hypertrophiés par une infiltration de matière noire pigmentaire, sans traces de matière tuberculeuse.

(1) Voir le numéro du 27 octobre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 novembre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de M. le docteur Pénissat sur les eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), et de MM. les médecins en chef des établissements militaires d'Amélie-les-Bains et de Bourbon-l'Archambault. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Un travail intitulé *Considérations générales sur la rage*, par M. le docteur Pons, de Bez, près le Vigan. (Commission de la rage.)

2° Une note de M. le docteur Baldou sur le traitement de la coqueluche par les gaz provenant de l'épuration du gaz d'éclairage. (Commission nommée; M. Roger, rapporteur.)

3° Une lettre de M. le docteur Seux, de Marseille, qui sollicite le titre de correspondant national. (Renvoyé à la future commission d'élection.)

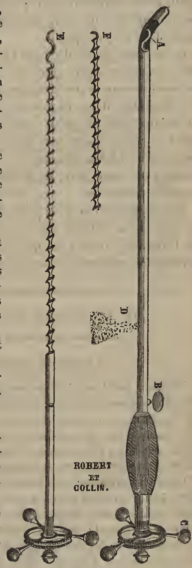
4° M. le professeur Bouisson, de Montpellier, annonce à l'Académie que les statues de Lapeyronie et de Barthez doivent être inaugurées à Montpellier le 15 de ce mois, à l'occasion de la rentrée solennelle des Facultés, et il exprime l'espoir que l'Académie voudra bien s'associer à l'hommage que la ville de Montpellier va rendre à ces deux hommes illustres.

M. le Président pense qu'il serait convenable, en effet, que l'Académie fût représentée à cette cérémonie par un ou plusieurs de ses membres. Le bureau y avisera.

— M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Duchaussoy, agrégé de la Faculté, une notice nécrologique sur Godard.

— M. Béclard présente, au nom de M. le docteur Furnari, professeur de clinique ophthalmologique à l'Université de Palerme, la relation d'une opération de blépharoplastie qu'il a pratiquée d'après la méthode de la fusion temporaire des paupières, pour un volumineux épithélioma qui avait détruit les deux paupières de l'œil gauche, ainsi qu'une partie de la peau de la tempe et de la joue, etc. Nous publierons cette note dans un prochain numéro. (Commissaires: MM. Malgaigne et Gosselin.)

— M. Béclard présente au nom de M. le docteur Maisonneuve un nouvel instrument, le *lithéxère*, destiné à extraire de la vessie les sables et graviers provenant des pierres broyées par les instruments lithotriteurs.



Partant de ce principe, qu'on n'avait point encore utilisé dans l'art chirurgical, M. Maisonneuve a fait construire par nos habiles fabricants MM. Robert et Collin un instrument creux en forme de sonde, et disposé de manière à pouvoir pénétrer dans la vessie.

Sur la concavité du bec de cette sonde, se trouve une large ouverture dans laquelle les graviers peuvent facilement s'introduire; dans ce tube tourne une vis en tire-bouchon dont le mouvement continu entraîne tous les fragments ou graviers placés dans le bas-fond de la vessie, les broie comme des grains de café et rejette leurs détritus au dehors.

Voici la description de cet instrument:

A Extrémité de la vis par laquelle s'engage le détritus.

B Tube dans lequel est placée la vis.

D Détritus sortant de l'instrument après avoir été entraîné par un mouvement de rotation continue imprimé à la vis.

E Hélice n'ayant pas de centre à son extrémité vésicale, pour que de plus gros fragments s'y engagent.

F Vis ayant son centre dans toute sa longueur.

G Volant servant à imprimer le mouvement de rotation continue.

M. Béclard fait manœuvrer l'instrument sous les yeux de l'Académie. (Renvoyé à l'examen de MM. Jobert et Ségalas.)

— M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. P. M. Roux, de Marseille, correspondant de l'Académie.

LECTURES.

Eaux potables. — M. Robinet, avant de faire la communication qui l'amène à la tribune, fait hommage à l'Académie d'un travail imprimé de M. A. Bobierre, de Nantes, intitulé *Recherches sur les eaux pluviales*. Ces recherches, plus spécialement entreprises au point de vue agricole, ont conduit à des résultats utiles pour l'hygiène, l'exa-

men chimique de l'eau pluviale recueillie en forte proportion permettant d'arriver aisément à constater une viciation atmosphérique que l'analyse directe de l'air ne pourrait démontrer qu'avec difficulté.

M. Robinet communique ensuite les résultats de nouvelles recherches qu'il a faites sur les eaux. Il examine successivement dans ce travail les rapports entre la température atmosphérique et le titre hydrotimétrique de l'eau, entre la hauteur de l'eau dans la Seine et la quantité de pluie tombée à Paris pendant l'année météorologique de 1861-1862, entre la température de l'air, celle de l'eau et le titre hydrotimétrique pour l'eau du canal de l'Ourcq, et enfin les rapports du nombre des jours d'eau pure avec le titre hydrotimétrique de l'eau pour la Seine.

Immobilisation directe des fragments dans les fractures compliquées. — M. le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, chirurgien de 1re classe de la marine, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De l'immobilisation directe des fragments dans les fractures compliquées.*

L'immobilité des fragments osseux préalablement réunis par une coaptation parfaite est la condition qui domine le traitement des fractures, et depuis l'origine de l'art cette immobilité est la préoccupation constante de tous les chirurgiens qui ont eu à soigner des membres brisés.

Le grand nombre des appareils imaginés pour obtenir cette immobilité, leurs formes si variables, ont poussé ceux qui se sont occupés de la thérapeutique des cassures osseuses à les ranger sous différentes catégories, et des classifications plus ou moins heureuses ont été proposées. Quel que soit le mode de groupement que l'on adopte, il est d'abord une grande division que l'on peut admettre dans tous les cas; en effet, les appareils à fractures, malgré leur grande variété, peuvent se ranger sous deux catégories : 1° moyens agissant directement et immédiatement sur l'os fracturé ; 2° moyens agissant directement et médiatement par l'intermédiaire des parties molles qui entourent toujours les diverses portions du squelette.

Dans la deuxième catégorie entrent tous les appareils ordinaires, dont nous trouvons la longue énumération dans les traités spéciaux de chirurgie. Dans la première, au contraire, se rangent à peine quelques instruments, quelques pratiques dont la description tient si peu de place que les auteurs oublient le plus souvent d'en parler.

Ces moyens d'immobilisation directe ont été présentés jusqu'à ce jour sans esprit de classification et seulement comme des exceptions curieuses dans la manière de faire consacrée par l'habitude. Il faut convenir, cependant, qu'ils ont un intérêt incontestable quand on approfondit leur portée. Ils méritent très-bien, par conséquent, d'être tirés de l'obscurité dans laquelle ils sont restés jusqu'à présent.

J'ai étudié dans ses détails cette première catégorie d'appareils à fracture; des faits peu nombreux encore, mais cependant déjà concluants, plaident pour la faire accueillir favorablement. Ses indications sont bien définies, son champ d'application est clairement délimité, et on peut raisonnablement penser que la question est mûre aujourd'hui pour un examen qui influera sans doute sur son avenir.

On doit entendre par immobilisation directe des fragments cette opération qui consiste à embrasser ou traverser avec un lien suffisamment résistant les fragments d'un os fracturé afin de les tenir en contact immédiat solide, et déterminer ou au moins favoriser cette fixité indispensable à l'évolution de leur travail de réparation.

Les moyens d'immobilisation directe des fragments dans les fractures sont au nombre de six :

1° L'enlacement des dents dans les fractures des mâchoires;
2° Les griffes de M. Malgaigne pour les fractures de la rotule ;
3° Les pointes métalliques ;
4° L'enclavement des fragments ;
5° La suture osseuse ;
6° La ligature osseuse.

J'ai cru nécessaire de réunir tous les moyens d'immobilisation directe des fragments dans un même faisceau, pour bien catégoriser et faire comprendre la méthode que je veux étudier, mais je dois dire aussi que quelques-uns d'entre eux, l'enlacement des dents, les griffes, ont une place à part, s'adressant spécialement à des os particuliers, maxillaires, rotule, et ne sauraient se prêter aux considérations générales que l'on peut faire sur les autres, plus spécialement applicables aux fractures des grands os des membres.

L'enlacement des dents dans les fractures de la mâchoire remonte, on le sait, au temps d'Hippocrate, et a été souvent employé dans l'histoire de la chirurgie. Les griffes et les pointes métalliques sont dues à M. Malgaigne. L'enclavement des fragments, soit qu'on le pratique comme le fit Roux, soit qu'on fasse la mortaise dont parle Laloy, est une méthode de nécessité et tout à fait accidentelle. Restent donc la suture et la ligature des fragments, qui présentent un intérêt de premier ordre.

La suture consiste dans la perforation des fragments de l'os et le passage à travers les trous que l'on vient de faire d'un fil organique ou métallique que l'on serre par un nœud. Les auteurs confondent souvent cette suture avec le séton de Physick, de Seerig, de Sommé, avec la ligature de Sicre et Lapujade, opérations très-différentes cependant. Kearny Rodgers a fait avec succès, en 1825, cette suture des fragments dans une pseudarthrose; Valentine Mott, en 1831, Cheeseman, en 1838, l'ont aussi employée avec bonheur. M. Flaubert (de Rouen) y a eu recours deux fois en 1838, et a obtenu la première fois un demi-succès; la seconde, un succès remarquable, quoiqu'il opérât sur une fracture compliquée récente. M. Velpeau, Dieffenbach, en 1848, M. Laugier en 1855, nous ont donné des faits de succès par cette méthode.

La ligature osseuse, qui a été, bien plus souvent que la suture, confondue avec diverses opérations, est l'enroulement autour des fragments préalablement réunis par la coaptation d'un fil organique ou métallique, qui les maintient comme le lien circulaire maintient les bouts d'un bâton cassé. Cette opération doit nous venir des Arabes, quoiqu'on ne trouve aucune mention de son idée dans Rhazès, Ali-Abbas Albucazis. J'en ai positivement entendu parler par les chirurgiens musulmans (tebibs) de l'Algérie. La seule mention que l'on trouve d'elle dans le siècle dernier est consignée dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de* 1775, p. 172. Elle montre que Sicré et Lapujade (de Toulouse) y ont eu recours.

De nos jours, M. Long (de Toulon), M. Malgaigne, M. Pichorel (du Havre), Baudens, y ont eu recours avec succès, et je rapporte six observations, dont cinq ont été suivies de guérison. De mon côté j'ai fait des expériences sur les animaux, et j'ai réussi deux fois à conserver par cette opération les fonctions de l'aile chez les oiseaux (cigogne, goëland).

L'opération de la ligature osseuse n'a rien de compliqué, on le comprend; j'en donne le *modus faciendi* dans mon Mémoire. Je discute aussi la nature du fil à employer et j'arrive à cette conclusion, que les fils métalliques sont les plus convenables, et que les fils de plomb en particulier sont ceux qui me paraissent les meilleurs.

Je discute l'objection de la présence d'un corps étranger dans le foyer du traumatisme, et je montre qu'on ne saurait comparer les fils métalliques aux balles des fractures par armes à feu ; si on peut les comparer à quelque chose, c'est à l'action topique des tubes à drainage, dont l'innocuité est suffisamment démontrée aujourd'hui.

Après avoir décrit les six méthodes d'immobilisation directe des fragments, j'étudie leur valeur comparative, et j'arrive, après avoir fait l'exclusion dont j'ai parlé précédemment, à montrer que la suture et la ligature sont les moyens les meilleurs, et que la ligature est en outre préférable à la suture sous le triple rapport : 1° de la facilité de l'opération; 2° de l'aggression que subit l'os; 3° de la solidité de la coaptation.

Enfin, je me crois autorisé, par l'étude détaillée de la question, à poser les conclusions suivantes :

1° L'immobilisation directe des fragments nécessitant l'ouverture du foyer du traumatisme n'est applicable que dans les fractures compliquées de plaie ;

2° Constituant une opération plus ou moins compliquée suivant le procédé employé, mais toujours plus grave que l'application d'un simple bandage, elle n'est indiquée que lorsque les moyens d'immobilisation indirecte sont insuffisants ;

3° Ayant été appliquée avec succès aux fractures récentes comme aux fractures anciennes, elle peut être également mise en œuvre au moment du premier pansement au plus tard, tant cependant que le foyer de la fracture communique avec l'air ;

4° Dans les fractures compliquées de plaie dont les fragments chevauchent et ont de la tendance au déplacement, malgré les efforts de coaptation, l'immobilisation directe est le moyen par excellence pour obtenir le cal sans raccourcissement.

5° Dans les pseudarthroses traitées par la résection comme dans la plupart des opérations de résection de la diaphyse des os longs, l'immobilisation directe se présente comme le complément utile de la section des fragments, et augmente considérablement les chances de consolidation sans déplacement ;

6° L'immobilisation directe peut se combiner avec les opérations sous-périostées et leur prêter un appui efficace.

Ces propositions découlent de ce que j'ai dit jusqu'ici, et dans un prochain mémoire, en parlant en détail des conditions d'application de l'immobilisation directe dans les grands os des membres, les côtes, la clavicule, le maxillaire inférieur, je compléterai mon étude. (Commissaires, MM. Michon et Gosselin.)

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Ségalas sur la méthode de ponction de la vessie de M. Voillemier.

La parole est à M. Velpeau.

M. VELPEAU. Lorsque M. Ségalas a lu son rapport, il m'est venu à l'esprit quelques remarques qu'il me sera peut être difficile de me rappeler en ce moment. Je ne sais plus trop si M. Ségalas a accepté cette méthode comme préférable aux autres. Quoi qu'il en soit, comme il s'agit d'un procédé imaginé par un chirurgien très-capable et très-expérimenté, il doit y avoir évidemment quelque chose de bon. Si je conserve à cet égard quelques doutes, c'est qu'il n'est pas facile de se faire une opinion bien arrêtée sur la valeur d'opérations qui sont si rarement pratiquées. Comment est-il possible d'arriver à quelque chose de clair quand il est rare qu'un chirurgien très-occupé ait au plus deux ou trois fois dans sa vie l'occasion de faire la ponction de la vessie ? J'examinerai cependant comparativement les procédés les plus connus et celui qu'a proposé M. Voillemier.

Il est aisé de s'assurer que la ponction par le rectum, la plus facile de toutes, est une mauvaise opération. Il n'est pas besoin de faits nombreux pour cela ; il suffit de se rappeler la disposition des parties et les graves inconvénients qui résultent de la communication établie entre le rectum et la vessie.

La ponction de la vessie par la région hypogastrique est plus facile encore quand la vessie est fortement distendue ; mais pour peu qu'on réfléchisse à ses conséquences, elles sont bien plus graves encore. Il faut traverser plusieurs couches de tissus très-différents, la peau, les aponévroses, les muscles, le tissu cellulaire, etc. Dans ce long trajet, la canule peut facilement abandonner la vessie et s'engager dans le tissu cellulaire, d'où des infiltrations urineuses et des accidents consécutifs des plus redoutables.

Autre difficulté. Pour que la vessie quand la sonde y est plongée, il faut que les urines remontent contre leur poids. Je sais que cette objection n'a pas toute l'importance qu'on pourrait lui donner *à priori*. Dans le décubitus, en effet, le bas-fond de la vessie n'est pas situé beaucoup plus bas que la verge, et d'ailleurs la sonde agit à la manière d'un siphon. Le danger n'est donc peut-être pas aussi grand qu'on serait porté tout d'abord à le penser, mais il l'est encore assez pour qu'on ait dû chercher à l'éviter par d'autres procédés.

C'est ce qui a fait imaginer la ponction par le périnée et le cathétérisme forcé, que j'ai vu pratiquer dans le temps par mon regretté maître Roux. Roux a été très-blâmé à ce sujet ; le résultat, en effet, ne lui a pas fait très-grand honneur. Cependant je persiste à penser qu'il n'est pas aussi mauvais qu'on l'a dit. C'est, en définitive, le chemin à peu près naturel.

Il y a encore la ponction à travers la symphyse du pubis, proposée par Brunner ; mais cette méthode est restée inappliquée, et je déclare que, pour ma part, je ne serais nullement tenté de l'essayer.

Reste la méthode de M. Voillemier. J'avoue qu'elle me paraît assez séduisante. C'est une tentative que je ne blâme pas : je la trouve ingénieuse ; mais je ne voudrais pas que l'on se figurât qu'elle est moins dangereuse que les autres, que la ponction hypogastrique, par exemple. Il y a à craindre aussi, comme dans celle-ci, les conséquences du retrait de la vessie, qui peut donner lieu aux infiltrations d'urine dans le tissu cellulaire. De sorte que je ne saurais dire, en résumé, ni que la méthode de M. Voillemier vaut mieux que les autres, ni qu'elle ne vaut rien. Il est évident qu'on ne peut établir à cet égard aucune règle fixe, et que le choix à faire entre ces diverses méthodes est subordonné aux diverses conditions que peut présenter chaque cas en particulier.

M. SÉGALAS. Je n'ai qu'un mot à répondre à M. Velpeau, c'est qu'il vient de reproduire, mieux sans doute et avec plus d'autorité que je n'ai pu le faire moi-même, les doutes et les réserves que j'ai exprimés dans mon rapport. Je différerai peut-être sur un seul point avec lui ; c'est à l'égard du cathétérisme forcé, que j'ai vu pratiquer aussi sans succès par Roux, et qui m'a paru une opération très-dangereuse. Je n'ai, du reste, sur ce point, aucune expérience personnelle à invoquer, ne m'étant jamais trouvé dans la nécessité de ponctionner la vessie.

M. VELPEAU. Je félicite M. Ségalas s'il s'est jamais trouvé dans le cas de faire la ponction de la vessie ; cela fait honneur à son habileté. Quant à moi, je n'ai pas été aussi heureux, et je me suis plusieurs fois vu dans la nécessité de recourir à ce parti extrême. Il ne faut pas croire qu'on puisse toujours l'éviter. J'ai eu récemment dans mon service un malade chez lequel il a été impossible de faire pénétrer une sonde. Il a fini par succomber, et à l'autopsie nous avons pu reconnaître les dispositions particulières qui rendaient le cathétérisme absolument impossible. La sonde s'engageait dans une lacune dilatée et qui constituait un véritable canal sans issue.

Pour ce qui est du cathétérisme forcé, bien que j'aie été témoin d'un insuccès, comme notre collègue, je persiste à croire cependant qu'il est des circonstances où, à défaut d'autre méthode applicable, on pourrait y recourir. Il ne faudrait pas la condamner comme une pratique absolument mauvaise parce qu'une fois elle n'a pas réussi. Je crois qu'il pourrait être réservé, par exemple, pour les cas de rétention produite par une maladie de la prostate. C'est en vue de ces cas particuliers qu'il me paraît utile d'établir des distinctions et de ne repousser aucune méthode.

M. SÉGALAS donne lecture des conclusions de son rapport, qui ne soulèvent d'ailleurs aucune objection, et qui sont adoptées sans opposition.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret

---

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Suite de la séance du 26 octobre 1864. — Présidence de M. RICHET.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. MARJOLIN lit un discours où il commence d'abord par remercier M. Trélat de son initiative, et de ses justes remarques en face des décisions nouvelles prises pour la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Il constate que le projet a quelque chose de contraire aux lois les plus élémentaires de l'hygiène et de l'utilité publique.

Examinant ensuite quelle est la nature de l'emplacement choisi par le projet administratif, il déclare qu'il eût été meilleur de placer le nouvel hôpital sur le quai du Marché-Neuf, où il se serait ainsi trouvé exposé au midi, et où le prix du terrain est assurément moins coûteux que celui des terrains du quai Napoléon.

D'un autre côté, l'orateur insiste pour que le terrain accordé soit plus vaste, et que l'on y puisse développer tout ce que l'art moderne peut accumuler pour la facile aération et les mille détails si utiles dans la construction des hôpitaux. Il pense, du reste, qu'aucun plan ne sera définitivement adopté avant que les médecins des hôpitaux en aient eu communication.

L'orateur insiste ensuite sur la nécessité de créer un hôpital ne renfermant que 400 lits au plus, nécessité qui a été démontrée, dit-il, par les nombreuses preuves invoquées par MM. Trélat, Lefort et Giraldès.

Il se joint à M. Trélat pour montrer que l'annexion du Bureau central à l'Hôtel-Dieu n'est pas nécessaire, que les consultations que l'on y donne vont en décroissant, et que les consultations des hôpitaux excentriques sont plus recherchées ; que sous ce rapport donc il y a plus à attendre des services de consultations réguliers qui ont lieu dans les hôpitaux excentriques.

Ici l'orateur entre dans des considérations sur les consultations des hôpitaux des enfants et de l'hôpital Sainte-Eugénie en particulier, et sur l'insuffisance de ces hôpitaux.

M. Marjolin termine en exprimant le regret de l'insuffisance de lits dont on reconnaît chaque jour l'étendue, et parle des améliorations qu'il faut faire dans les hôpitaux de France tant à cet égard qu'à plusieurs autres.

Au demeurant, dit-il, je crois que nous sommes tous d'accord sur les améliorations à introduire dans les hôpitaux ; seulement, comme cela se termine toujours par une question de finances, il est bon qu'une fois enfin on soit bien édifié et sur les nombreuses lacunes à remplir et sur l'insuffisance des ressources de l'administration ; il faut, si nous voulons guérir ses plaies, agir comme avec nos malades, les mettre au grand jour et les examiner avec soin.

On dit et on répète sans cesse dans le monde qu'elle a des biens immenses ; erreur, elle est si peu riche que sans la fermeté de M. Davenne, qui s'opposa sagement à la conversion de ses immeubles en rentes, elle serait aujourd'hui hors d'état d'entreprendre la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Cette mesure était d'autant plus préjudiciable qu'en laissant planer un doute sur la bonne gestion des biens des hôpitaux, elle la privait pour l'avenir de nombreuses donations.

Ainsi donc l'administration est loin d'être aussi riche qu'on le pense, et de plus elle se trouve incessamment obligée de pourvoir aux besoins d'une population toujours croissante et aux exigences nombreuses que réclame l'amélioration des anciens hôpitaux. Pourra-t-elle jamais arriver seule, sans aide, à satisfaire à tout ? Non, cela est impossible ; tâchons donc de lui faire obtenir les secours qui lui sont indispensables en exposant nettement sa situation. Dans le cours de la discussion, vous avez tous insisté sur les *desiderata* que présentent les services d'adultes, permettez-moi de vous dire quelques mots des services d'enfants.

Messieurs, il y a dix ans, si quelqu'un, en parlant des hôpitaux de Paris, avait dit que c'était la seule ville d'Europe dans laquelle il y eût un service d'enfants aussi bien distribué, il ne se serait pas trompé ; mais si, se bornant, comme on le fait trop souvent, à cette appréciation superficielle, il eût dit : C'est parfait, il eût commis une erreur, car il restait encore bien des malheureux à soulager.

Eh bien, à cette même époque, il s'est trouvé une personne assez bien inspirée pour faire connaître à l'Empereur et à l'Impératrice la véritable situation des enfants pauvres ; par un décret impérial l'hôpital Sainte-Eugénie fut ouvert, et dès la première année, dans cet hôpital

nouveau complétement inconnu, 2,564 enfants furent reçus. Dix ans se sont écoulés depuis cet heureux événement, et dans cette période, sans parler des secours donnés au traitement externe, plus de 28,000 enfants sont entrés dans cette maison. Il faudrait être d'une ingratitudo révoltante pour taire un pareil bienfait, et quand on voit tout ce qu'en un instant une volonté souveraine peut faire de bien lorsque la vérité lui est exposée, je dis que ce serait manquer à notre mission, aujourd'hui que la reconstruction de l'Hôtel-Dieu est à l'ordre du jour, en lui cachant la véritable situation de nos hôpitaux, car elle seule peut couronner l'œuvre magnifique qu'elle a si bien commencée, par la réforme la plus éclairée et la plus complète de notre système hospitalier. Il faut donc, comme je vous l'ai dit, mettre à nu nos plaies, et la plus grande, c'est l'insuffisance des lits. Ainsi, malgré plus de 1,400 lits d'enfants répartis entre les hôpitaux de Paris, Berck, Forges, et la Roche-Guyon, nous avons encore aujourd'hui à Sainte-Eugénie 371 enfants inscrits pour être admis. Tous, il est vrai, sont loin d'être également malades; dans ce nombre beaucoup n'ont que des affections légères, qui guériront au traitement externe; je sais même que quelquefois ces enfants sont inscrits dans les deux hôpitaux; mais il y en a aussi un certain nombre qui ont des affections très-graves et dont la position ne fera qu'empirer par suite des soins insuffisants qu'ils reçoivent dans leurs familles.

Si maintenant nous vous disons qu'en vertu des règlements l'admission n'est permise qu'à l'âge de deux ans révolus, vous serez bien obligés de convenir que le nombre des lits est insuffisant. Je sais bien qu'après quelques accidents ces admissions d'urgence au-dessous de cet âge sont tolérées; je me plais également à reconnaître que dans quelques cas exceptionnels M. le directeur général a bien voulu, à ma demande, faire fléchir la règle; mais, je le répète, ceci est une exception.

L'administration a-t-elle des asiles consacrés aux enfants dont les maladies sont incurables? Non; et vous allez voir ce qui résulte de cette lacune : c'est que des lits se trouvent quelquefois occupés pendant des années entières par des malheureux qui ont besoin de pansements journaliers et qui ne guériront jamais, le mouvement des admissions se trouve ainsi paralysé. Messieurs, dans son remarquable travail sur les hôpitaux, M. Husson a dit avec beaucoup de justesse qu'il est difficile de traiter certaines questions hospitalières sans se laisser entraîner, sans se laisser émouvoir. Quel est, en effet, celui d'entre vous qui pourrait voir tranquillement de pauvres femmes revenir vingt fois implorer un lit pour un enfant atteint de mal de Pott ou de coxalgie suppurée? Quel est celui d'entre vous qui ne voudrait pas chercher à calmer ces malheureuses aigries par la misère, égarées par la douleur? Rester spectateurs muets de ces tristes scènes, alors que nous pourrions être utiles en disant simplement ce qui est, ce serait, je vous le répète, manquer à la mission que nous avons reçue, celle de faire le bien.

Après cette revue des lacunes que les hôpitaux présentent à l'égard des enfants, M. Marjolin appelle l'attention sur l'hôpital des Enfants assistés, où la maladie fait de nombreux ravages, qui mérite d'occuper les esprits lorsqu'il s'agit d'apporter une amélioration à nos soins hospitaliers.

(Ce discours a été accueilli avec de nombreuses marques d'approbation.)

M. GIRALDÈS. M. Marjolin a dit dans son disconrs qne les malades âgés de moins de deux ans n'étaient pas admis dans les hôpitaux d'enfants. Réglementairement il en est ainsi; mais à l'hôpital des Enfants la tolérance administrative permet souvent les admissions au-dessous de deux ans. J'ai dans mon service plusieurs enfants reçus à l'hôpital dans ces conditions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté de médecine de Paris ouvrira ses cours d'hiver le vendredi 4 novembre 1864. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
	MM.		
Physique médicale	Gavarret	Lundi, mercredi, vendr.	A 11 h. 1/2.
Pathologie et thérap. gén.	Andral, remplacé par M. Axenfeld, agr.	Lundi, mercredi, vendr.	A 3 h.
Anatomie	Jarjavay	Lundi, mercredi, vendr.	A 4 h.
Chimie médicale	Wurtz	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 3/4
Opérations et appareils.	Malgaigne, remplacé par M. Duchaussoy, agrégé	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathologie médicale	Monneret	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Pathologie chirurgicale.	Denonvilliers	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Histologie	Robin	Mardi, jeudi, samedi.	A 5 h.
Clinique médicale	Bouillaud; Natalis Guillot; Piorry; Grisolle	Charité.	Tous les jours le matin, de 8 à 10 h.
Clinique chirurgicale	Jobert (de Lamballe).	Hôtel-Dieu.	
	Laugier; Velpeau	Charité.	
Clinique d'accouchement.	Nélaton; Depaul	Hôp. des Cliniques.	

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES.

Maladies des enfants	H. Roger	à l'hôp. des Enf. merc.	8 h. 1/2.
— mentales et nerveuses	Lasègue	à la Faculté, les jeud.	7 h. 1/2 soir.
		à la Salpêtrière, dim.	8 h. 1/2 mat.
— des voies urin.	Voillemier	à St-Louis, vendredis.	8 h. 1/2.
Ophthalmologie	Follin	Bureau cent. lund. ven.	2 heures.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE.

Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.

Le lundi 5 décembre 1864, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour quatre places d'élèves internes.

Le lundi 19 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour sept places d'élèves externes.

Épreuves du premier concours. — 1° Anatomie (préparation et démonstration), physiologie (épreuve orale). — 2° Pathologie chirurgicale (épreuve écrite). — 3° Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie. — 4° Manuel de bandages et petite chirurgie.

Épreuves du deuxième concours. — 1° Anatomie (ostéologie, myologie), épreuve orale. — 2° Pathologie chirurgicale élémentaire (épreuve écrite). — 3° Bandages et petite chirurgie.

Les élèves nommés resteront en exercice du 1er janvier 1865 au 31 décembre 1867.

Les élèves internes sont logés et nourris dans l'établissement, et jouissent d'un traitement de 400 fr. par an.

Les élèves externes jouissent d'un traitement de 300 fr. par an; quand ils sont de garde, ils sont nourris dans l'établissement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 5 octobre dernier, M. Ducroquet, médecin-major de 1re classe du 1er régiment de voltigeurs de la garde impériale, a été admis à la pension de retraite.

— La Faculté vient de faire sa présentation pour la chaire de pathologie interne.

Elle a présenté :

En première ligne, M. Béhier.

En seconde ligne, M. Beau.

En troisième ligne, M. Hérard.

— La séance solennelle de rentrée de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes a eu lieu le 3 novembre.

Les récompenses suivantes ont été accordées aux étudiants en médecine et en pharmacie :

CONCOURS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Etudiants de 1re année. — Prix : M. Marcé. — Accessit (livres) M. Jan Kerguistel.

Etudiants de 2e année. — Prix : M. David.

Etudiants de 3e année. — 1er prix : M. Monfort (prosecteur). — 2e prix : M. Raingeard (aide d'anatomie).

CONCOURS DE CLINIQUE.

1er prix : M. Barthélemy. — 2e prix : M. Guihal. — 1er accessit (livres) : M. Monfort, déjà nommé. — 2e accessit (livres) : M. Dupont.

CONCOURS DES ÉTUDIANTS EN PHARMACIE.

1er prix *ex æquo* : MM. Nédebe et Houdoux.

— A la suite du concours ouvert le 17 août, ont été nommés élèves internes des hôpitaux de Nantes : MM. Lapeyre, Teillais, David, Provost et Eonnet. — Elèves externes : MM. Marcé, Jan Kerguistel, Richard, Malberbe et Danffry.

— Les questions écrites au concours du prix des internes sont, pour la première division : *Rapports du foie, valeur séméiologique de l'ictère*; pour la seconde division : *Le ligament large, hématocèle péri-utérine.*

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rougon, chevalier de la Légion d'honneur, aide-major sous le premier Empire. Cet honorable confrère, qui exerçait la médecine depuis cinquante ans dans la ville de Brignoles, a succombé le 27 octobre dernier.

— M. le professeur Velpeau reprendra ses conférences cliniques vendredi prochain 11 novembre.

— M. le docteur Liebreich commencera ses conférences cliniques sur les maladies des yeux, jeudi 10 novembre, à midi et demi, et les continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure, rue Saint-André-des-Arts, n° 27.

— M. le docteur Triquet reprendra ses leçons cliniques le vendredi 11 novembre, à onze heures du matin, à son dispensaire, impasse Larrey, n° 4.

Visites des malades à dix heures.

Les élèves seront exercés au diagnostic; explorations pratiques, application des verres grossissants.

— M. le docteur Mallez commencera son cours public de patbologie de l'appareil urinaire, le mardi 15 novembre, à huit beures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, pour le continuer les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur, Dr B. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique.

Nous avons signalé dans le dernier compte rendu des maladies régnantes l'existence d'un assez grand nombre de rhumatismes articulaires aigus, dont quelques-uns présentaient des complications plus ou moins graves.

Les complications et les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique, pour être généralement moins graves, n'en offrent pas moins d'intérêt. M. Cornil, pendant un assez long séjour à l'hospice de la Salpêtrière, où il a eu de fréquentes occasions d'observer des cas de rhumatisme chronique, a fait une étude particulière de ces coïncidences pathologiques. Voici les principaux résultats de ses recherches cliniques sur ce sujet, qu'il a consignés dans un travail lu à la Société de biologie, et inséré depuis dans la *Gazette médicale de Paris*.

Le relevé de M. Cornil porte sur 64 observations, dont 9 suivies de nécropsies. Les coïncidences qu'il a constatées sont des maladies de la peau, des yeux, des organes de la circulation, de la respiration et de la digestion, des organes urinaires, du système nerveux, et des complications ultimes, telles que gangrène, eschare, abcès.

Sur ce chiffre de 64 malades, M. Cornil n'a trouvé que 3 cas de maladies de peau persistantes chroniques, 2 cas d'*acné rosacé* de la face et 1 cas d'*eczéma nummulaire* qui répond à la description qu'en a donnée M. Bazin, et que ce médecin rapporte à l'arthritis. Trois malades ont présenté l'érysipèle à répétition; l'une d'elles, en particulier, avait eu pendant longtemps un érysipèle à la face tous les mois, à l'époque de la menstruation.

Les inflammations oculaires ont été observées chez trois malades. L'une d'elles a présenté quatre fois des ophthalmies dont la dernière était une iritis avec kérato-conjonctivite précédée et accompagnée de névralgie faciale. Ce fait d'iritis et un cas analogue observé par M. Charcot dans sa clientèle, et dans lequel plusieurs accès d'iritis avaient alterné très-manifestement avec des affections articulaires, peuvent être rapprochés des faits cités par Scudamore dans la goutte, par Bennet et Watson dans le rhumatisme articulaire aigu, et par Fuller dans le rhumatisme noueux.

Sur les 9 observations suivies d'autopsie, M. Cornil a trouvé 4 fois une péricardite, 2 fois aiguë et récente, 2 fois ancienne et donnant lieu à des adhérences généralisées avec oblitération complète du péricarde dans 1 cas, partielle dans l'autre.

Cette coïncidence de la péricardite, qui donne au rhumatisme chronique une ressemblance de plus avec le rhumatisme articulaire aigu, a été observée plusieurs fois par M. Charcot et par M. Romberg.

Dans deux des observations recueillies par M. Cornil, la péricardite était postérieure à l'invasion du rhumatisme noueux, ce qui répond d'avance à l'objection qu'on pourrait faire, que la péricardite aurait appartenu au rhumatisme articulaire aigu qui, dans quelques cas, précède le rhumatisme chronique. Dans l'une de ces observations, on trouve un exemple de péricardite et de pleurésie aiguë survenues dans une recrudescence aiguë d'un rhumatisme chronique datant de dix-sept ans. Dans ces deux cas, la péricardite était de date récente.

Outre ces lésions, M. Cornil signale du côté du cœur l'hypertrophie du ventricule gauche et la dégénération graisseuse des muscles du cœur. Cette altération des fibres musculaires était sous la dépendance de la péricardite, et par son étendue, par l'obstacle apporté aux mouvements de l'organe, elle a contribué pour une large part, dans l'opinion de M. Cornil, aux symptômes qui ont précédé la mort.

Les maladies du poumon qui ont été notées dans 8 autopsies sont: l'emphysème du poumon, 2 fois; la pneumonie chronique, 1 fois; la tuberculisation pulmonaire, 2 fois.

On n'a trouvé dans les autopsies aucune lésion notable de l'estomac ni des intestins. Mais presque toutes les rhumatisantes ont présenté pendant la vie des phénomènes de dyspepsie qui avaient déjà été signalés par MM. Requin et Charcot; dyspepsie qui est l'une des causes les plus puissantes, sinon la cause initiale, de la cachexie qui survient à une période avancée du rhumatisme chronique.

MM. Charcot et Cornil ont examiné les urines de toutes les rhumatisantes qui ont séjourné à l'infirmerie; ils ont le plus souvent trouvé des désordres pathologiques dans les organes urinaires. Ainsi, dans les 9 autopsies, ils ont noté: la cystite chronique du col de la vessie, 3 fois; la cystite généralisée, 1 fois; l'atrophie de la substance corticale du rein avec distension des calices et du bassinet, 3 fois; un infractus fibrineux ancien, 1 fois; la néphrite albumineuse, 2 fois.

Chez les malades, au nombre de 28, dont les urines ont été examinées, on a noté: l'albumine en grande quantité avec cylindres hyalins, 3 fois; les urines purulentes, 1 fois.

Il est infiniment probable, suivant M. Cornil, que, pour une bonne part, les lésions des voies urinaires observées dans le rhumatisme chronique reconnaissent pour cause initiale la cystite et ses suites, la dilatation des bassinets et des calices, la pyélo-néphrite, et que la cystite elle-même, ou plutôt les inflammations catarrhales répétées et devenues chroniques de la vessie sont dues à l'immobilité, au décubitus dorsal ou à la position assise continuelle et à la difficulté de la miction. Cela est du moins certain pour la cystite, qui amène la distension et l'épaississement des calices et du bassinet, l'atrophie de la substance corticale du rein avec production de dépressions atrophiques ou de kystes à la surface des reins. Mais, ajoute-t-il, on ne peut pas avec la même certitude rapporter à la cystite la production de la néphrite albumineuse. Dans les cinq observations d'albuminurie persistante qui ont été relevées, les urines étaient en effet transparentes, limpides, avec un très-léger dépôt et un énéorème peu abondant. Leur couleur était à peine teinte de jaune, la quantité rendue était au-dessous de la moyenne; elles précipitaient très abondamment par la chaleur et par l'acide nitrique employés séparément. Une seule goutte d'acide nitrique produisait un précipité qui tombait au fond du verre. Le précipité obtenu par la chaleur ne se dissolvait pas par l'addition d'acide nitrique. Ce sont bien là, en effet, tous les caractères distinctifs de l'albuminurie chronique. Il faut ajouter que les caractères fournis par l'examen microscopique dans les deux autopsies de rhumatisantes albuminuriques qui ont été faites, ont montré qu'on avait eu affaire à la néphrite albumineuse avec granulations (deuxième degré de Bright, troisième et quatrième degré de M. Rayer). On est donc fondé à en induire que dans les trois autres cas où il s'agit de femmes encore vivantes la même lésion existe.

Deux malades sont mortes, l'une à la suite d'une hémorrhagie de la couche optique, et l'autre, âgée de quatre-vingts ans, avec des anévrysmes capillaires des vaisseaux de l'encéphale et la production de lacunes dans le cerveau.

Dans les faits dont il vient d'être question, la mort a été causée par la maladie de Bright deux fois, par une hémorrhagie cérébrale une fois, par la tuberculisation pulmonaire une fois, et par une pneumonie chronique une fois; en tout cinq. Dans les quatre autres, la mort a été causée par un phlegmon étendu du tissu cellulaire sous-cutané de la jambe dans un cas, par des eschares du sacrum avec décollement de la peau et fusées purulentes communiquant avec l'articulation de la hanche, par une gangrène de la bouche. Ces lésions, qui ne se rattachent évidemment que d'une manière indirecte au rhumatisme, sont dues, ainsi que M. Cornil en fait la remarque, au mauvais état de la nutrition de ces malades, presque toutes dyspeptiques et affaiblies par un long séjour au lit.

En résumé, les observations réunies dans ce travail tendent à démontrer, ainsi que M. Cornil s'est proposé de l'établir:

1° Que les maladies du cœur, spécialement la péricardite aiguë ou chronique, peuvent se rencontrer dans le rhumatisme articulaire chronique, et que si elles ont été méconnues jusqu'à présent, cela tient uniquement à la difficulté de leur diagnostic pendant la vie;

2° Que les maladies des organes excréteurs de l'urine, la cystite, la pyélo-néphrite et l'atrophie consécutive du parenchyme rénal, sont assez fréquentes dans le cours de cette maladie;

3° Que dans certains cas on peut trouver comme coïncidence une néphrite albumineuse chronique;

4° Que du côté des voies digestives survient presque toujours, à une période avancée de la maladie, une dyspepsie caractérisée par l'inappétence, les vomissements et la diarrhée;

5° Que ces diverses complications causent une cachexie particulière qui favorise la production des eschares gangréneuses et des suppurations étendues, accidents qui entraînent la mort des malades lorsqu'ils ont échappé aux autres causes de mort.

Accidents produits par le laudanum de Sydenham.

Notre confrère M. le docteur Jules de Soyre nous communique les faits suivants, qu'il est utile d'enregistrer pour l'histoire des effets physiologiques et toxiques du laudanum.

Le 3 octobre, M. J. de Soyre est appelé en toute hâte, à neuf heures du soir, auprès d'une cliente qui, dans une explication un peu vive avec son mari, avait reçu de lui un soufflet. Dans son indignation et son désespoir, elle saisit un flacon de laudanum et en but une gorgée.

A son arrivée, notre confrère trouva la malade couchée dans son lit; sa camisole portait des traces de laudanum. Sur la cheminée se trouvait un flacon brisé de la contenance de 60 gr., qui baignait dans le laudanum répandu tout autour. Cette jeune femme était profondément narcotisée. Cependant, en lui secouant le bras, on put obtenir quelques lentes réponses. Elle se plaignait de l'estomac et de la tête; elle était froide, surtout vers les extrémités; le pouls était lent et très-petit. M. de Soyre employa immédiatement l'infusion de café pour véhicule d'une première dose de 5 centigrammes d'émétique. On appliqua des sinapismes aux jambes, un large cataplasme sur le ventre et des serviettes chaudes renouvelées constamment sur la poitrine.

Après un intervalle de cinq minutes, la malade prit une nouvelle dose de 5 centigrammes d'émétique; alors les vomissements survinrent et ils furent entretenus en lui faisant boire abondamment du café. Lorsque les vomissements furent calmés, M. de Soyre donna 30 grammes d'huile de ricin dans du café, et il facilita l'effet du purgatif en administrant le café et en donnant des lavements simples.

On continua ce traitement jusqu'à deux heures du matin, en tenant la malade éveillée. Son état s'étant amélioré, on la laissa dormir.

Le lendemain, malgré la grande quantité de café employée et qui peut être évaluée à quatre litres, la malade était encore sous l'influence de l'opium. Elle avait de la pesanteur de tête et une grande propension au sommeil.

Les jours suivants, sa santé se rétablit complétement.

— Quelques jours après, une autre cliente, qui d'ordinaire obtenait du soulagement de violentes coliques par l'usage de lavements laudanisés, se trompa dans un moment de crise et versa soixante gouttes de laudanum au lieu de douze dans son lavement. Les douleurs s'étaient calmées vers minuit, mais à deux heures du matin, survinrent des vomissements et de la pesanteur de tête, que la malade combattit à l'aide de thé concentré et pris en abondance.

— Voici une dernière observation qui concerne personnellement notre confrère:

« Le 16 août, dit-il, je souffrais d'une pleurodynie, qui me rendait le sommeil impossible. A deux heures du matin j'étais encore éveillé et je regrettais de ne pas avoir à ma disposition une pilule de 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. J'eus alors recours au laudanum de Sydenham, et j'en comptai huit gouttes, représentant 2 centigrammes d'extrait d'opium. Malgré ce soin, j'attendis encore une demi-heure le sommeil. Enfin, n'obtenant aucun résultat, je pris encore quatre gouttes de laudanum, qui, ajoutées aux huit autres, représentaient ensemble 3 centigrammes d'extrait d'opium.

» A peine avais-je pris cette dernière dose que ma respiration devint ample et facile; les douleurs des parois pectorales avaient complétement disparu. J'étais exempt de toutes souffrances. Je ne dormais pas et je n'en avais nulle envie. Mes idées devinrent heureuses; j'éprouvais une satisfaction et un bien-être indicibles tant mon état était calme. Par la palpation je sentais mon corps; je pouvais parler, et dans cette ivresse charmante de l'opium, je me promettais de renouveler souvent la même expérience.

» Cet état dura jusqu'à cinq heures du matin. Alors survint un sommeil lourd et profond au sortir duquel je me sentais moins souffrant que la veille. Mais cette journée devait être la contre-partie du délicieux bien-être que j'avais éprouvé. J'avais de la pesanteur de tête, et plusieurs fois dans la journée je fus brusquement surpris par des accès de narcotisme. Ma tête devenait lourde et tombait par saccades sur ma poitrine; une saveur salée et électrique partant de la pointe de la langue me rendait la bouche pâteuse, et, soit paresse, soit résistance, toute réponse à ce qu'on me disait me devenait impossible. Ces accès de narcotisme durant quatre ou cinq minutes et ils se renouvelèrent sept ou huit fois dans la journée. Il y avait des intervalles où je me remettais en rapports ordinaires avec le monde extérieur.

» Par cette expérience toute personnelle, je compris que l'i-

vresse de l'opium pouvait promptement amener le complet abrutissement de ceux qui s'y livrent. »

Aiguille ayant séjourné trois ans dans le pied.

On rapporte dans les auteurs un certain nombre d'exemples de corps étrangers qui ont séjourné avec innocuité dans nos tissus et au sein de nos organes pendant plusieurs années. Un fait semblable vient de se présenter à l'hôpital de la Charité, à la consultation de M. le professeur Velpeau.

Une jeune fille arriva en priant qu'on lui retire une aiguille qu'elle s'était enfoncée dans la plante du pied. Cet accident, dit-elle, lui est arrivé il y a trois ans.

Elle raconte qu'à cette époque elle était venue déjà à la consultation, mais que son pied présentant un peu de rougeur et de gonflement, on lui avait conseillé d'appliquer quelques cataplasmes, en remettant l'exploration au surlendemain. Elle ne jugea pas à propos de revenir, et la piqûre se cicatrisa sans accident.

Toutefois le corps étranger était resté dans le tissu cellulaire. La jeune fille ne se plaignait que d'une légère sensation de piqûre lorsqu'elle marchait, et surtout lorsque le pied portait sur le sol par son bord externe.

Dans ces derniers temps, la gêne étant devenue plus grande et ayant même dégénéré en une véritable douleur, la malade se décida à revenir à la consultation.

Le pied n'offrait aucun gonflement, aucun signe d'inflammation. En examinant la partie douloureuse, on voyait au niveau du bord externe du pied gauche, en arrière du petit orteil, un point bleuâtre se dessinant par transparence à travers l'épiderme.

Une petite incision faite en cet endroit permet de retirer facilement, à l'aide d'une pince, un fragment d'aiguille long de 2 centimètres. Il y avait élu domicile depuis trois ans.

DE LA VALEUR MÉDICO-LÉGALE

des aveux et des écrits des aliénés,

à l'occasion de l'affaire Trumpy (1).

II. *Dénonciations, aveux, dépositions.* — Les témoins judiciaires sont en quelque sorte fortuits : c'est le hasard qui les désigne. On est donc forcé de les admettre tels qu'ils se présentent. L'individu atteint d'aliénation mentale confirmée est nécessairement incapable de déposer en justice, mais les faibles d'esprit et quelques déments peu avancés peuvent très-bien être entendus à titre de renseignement, et déposer sur les faits simples qu'ils ont observés. Seulement il serait convenable que la loi les traitât en mineurs, et qu'on ne leur déférât point le serment. Comment punirait-on, en effet, les infractions à ce serment?

Une ordonnance de 1670 a décidé que les enfants pourraient être reçus à déposer dans les informations, « sauf, en jugeant, d'avoir par les juges tel égard que de raison à la nécessité et solidité de leurs témoignages. » Cette disposition s'était précédemment établie dans la jurisprudence, car en 1628 on appliqua la question à un individu accusé d'avoir jeté sa femme dans un puits lorsqu'elle tirait de l'eau, bien qu'il ne fût chargé que par deux de ses petits enfants. Il nous a suffi d'exhumer ce précédent pour faire ressortir combien les habitudes judiciaires actuelles ont rompu avec le passé.

En 1823, des aliénés renfermés à Bicêtre furent appelés à donner des renseignements dans un procès criminel relatif à un incendie qui avait eu lieu dans cette maison. On ne leur fit point prêter serment. « Quelle confiance, dit Georget, peut-on accorder aux assertions de ces malades? Beaucoup peuvent très-bien rendre compte de ce qu'ils observent; mais il faut bien connaître leur genre de folie pour y ajouter foi, pour être sûr qu'ils ne mêlent pas leurs illusions au récit des faits. Lorsqu'il s'agit de choses importantes, on ne doit même pas se fier entièrement au rapport de ces aliénés à demi raisonnables; il faut s'éclairer d'autres témoignages. Quant aux aliénés tout à fait déraisonnables, on ne peut aucunement se fier à leurs récits; ils sont sujets à prendre des chimères pour des réalités. Ils peuvent sans doute donner quelquefois des renseignements justes; mais le plus souvent ce qui est vrai est mêlé à ce qui est faux, et on ne peut faire que de vagues conjectures sur leur dire. En résumé, je crois que dans un procès criminel la déposition d'un aliéné ne doit avoir à peu près aucune valeur. »

Georget est évidemment allé trop loin. Sans doute le témoignage d'un grand nombre de malades est confus et doit être regardé comme suspect; mais les monomanes sont certainement susceptibles de donner, en dehors de leurs conceptions délirantes habituelles, des éclaircissements précis et véridiques : ils sont dans certains cas susceptibles de guider la justice, de lui révéler d'importantes circonstances. Le témoignage des monomanes ne devra cependant être accepté que sous toutes réserves, et il ne devra jamais être suffisant pour faire condamner un prévenu. A ce sujet, l'observation suivante présente un grand intérêt :

Aux environs de Troyes existe un domaine assez considérable, connu sous le nom de Petit Château de Saint-Pouange. C'est là que depuis vingt-cinq ans environ le sieur G..., ancien imprimeur, habitait en 1846, dans une solitude absolue. Son manoir, véritable fort détaché, est protégé par une triple enceinte de haies, de fossés et de barrières. Sur la porte d'entrée, on lisait avec surprise cette inscription : *Franc fief de droit naturel*; et si quelque voyageur se présentait pour visiter cette habitation, soudain le pont-levis se levait, et une voix forte faisait entendre ces mots : « Arrête, citoyen, respecte mon domaine. Qui es-tu? que demandes-tu? » Cette voix était celle du sieur G..., vieillard de soixante-seize ans, qu'une exaltation singulière d'idées sur tout ce qui touchait la religion, la politique, la justice et les rapports sociaux avaient rendu maniaque. Fidèle adorateur du soleil, auquel il allait faire ses adorations trois fois par jour devant un autel de gazon élevé de ses propres mains au milieu de sa propriété, il entrait en fureur lorsque la cloche du village appelait les fidèles à la messe. Le vent soufflait-il avec violence, c'était un vent que le prêtre du village lui envoyait pour lui être nuisible. Il ne mangeait jamais de viande, et avait en horreur tous vêtements tissés avec la toison d'un animal. A ses côtés pendait un sabre prêt à frapper des ennemis imaginaires, et ....

Le 23 août 1843, G... fut assailli dans sa forteresse par quatre malfaiteurs, qui, après l'avoir garrotté, lui volèrent son argent. Des agents de l'autorité s'étant présentés chez lui pour demander des renseignements, G... ne voulut pas les laisser pénétrer dans son habitation, déclarant qu'il ne ferait connaître que par la voie d'un journal ce qui lui était arrivé. Il écrivit, en effet, au journal de l'Aube une lettre circonstanciée qui fut lue à l'audience. — Les accusés furent tous condamnés.

La déposition écrite de G... a contribué pour beaucoup à la condamnation des malfaiteurs.

On observe dans les maisons d'aliénés la classe des délirants par persécution, qui s'imaginent être les victimes innocentes des machinations dirigées contre eux, tantôt par leur famille ou par des amis, tantôt par des inconnus et par la police même, dans le but de les compromettre, de les déshonorer. On rencontre également la catégorie des infortunés qui s'accusent d'être les auteurs de la mort de leurs maris, de leurs femmes, de leurs enfants. Les hypochondriaques, les scrupuleux en religion, font dans le monde ou dans les établissements spéciaux le tourment des médecins et des prêtres. Ceux-ci finissent bientôt par voir qu'ils ont affaire à de malheureux malades; ils se hâtent de les renvoyer à leurs directeurs naturels, les médecins.

A l'appui de ces accusations formulées par des aliénés et dirigées contre eux-mêmes, citons quelques faits :

Une jeune femme vint un jour s'accuser à un magistrat d'être l'auteur de la mort de son enfant. Il s'agissait d'une pauvre créature rachitique, âgée de sept à huit ans, dont elle-même, mère dénaturée comme elle s'appelait, avait hâté la mort par ses mauvais traitements. Les détails étaient tellement circonstanciés que l'on comprend facilement les perplexités du juge. Mais une instruction sommaire vint bientôt le tirer d'embarras. Les faits articulés par la malheureuse mère étaient faux. Il fut attesté par le père et par d'autres parents que jamais fils malade et infirme n'avait été soigné avec plus de sollicitude par sa mère.

En avril 1845, la *Gazette des Tribunaux* a publié ce qui suit : « Au moment où l'assassin de M. Delarue, Thomas Hocker, allait expier son crime, un épisode inattendu a semblé pouvoir retarder de quelque temps ce lugubre dénoûment. Un malheureux aliéné avait offert de se parjurer en se déclarant coupable du meurtre pour lequel Hocker était mis en jugement. Selon toute apparence, une exaltation chevaleresque en faveur d'un homme que sans doute il croyait innocent, l'avait porté à cet acte de dévouement inouï.

Sans doute, lorsque l'affection mentale est bien caractérisée, il est facile de rattacher ces plaintes exagérées à leur véritable origine maladive. Mais il arrive souvent aussi qu'elles se produisent dans la période d'incubation de la folie, alors que l'on peut à peine se douter de l'existence du mal. Que de difficultés n'est-on pas alors exposé à rencontrer!

Il n'est pas très-rare de rencontrer des aliénés qui formulent non plus contre eux-mêmes, mais contre les autres, de mensongères accusations. Nous nous souvenons d'avoir soigné un jeune homme qui, à un moment peu éloigné de sa convalescence et de sa guérison, accusa un infirmier de s'être livré sur lui à d'infâmes jouissances. Le fait était absolument faux. Le jeune homme guérit, et il ne put jamais trouver d'expressions pour se justifier assez d'avoir inventé un mensonge aussi odieux.

Casper, de Berlin, a été un jour chargé d'interroger une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'imbécillité, qui prétendait avoir été attaquée et violée. « Une conversation était impossible avec elle, car elle ne comprenait rien. » Quand on l'interrogeait sur l'affaire en question, elle répondait : « Il est emprisonné, puni. » — Quand on lui demandait pourquoi? — « Il a joué avec des lapins. » Il semblait qu'un sentiment de pudeur la retenait et l'empêchait de parler du viol prétendu. Lorsqu'elle vit que je savais toute son histoire, elle finit par me raconter que X... l'avait jetée sur le lit, et elle raconta le rapprochement sexuel dans les termes les plus vagues. Il était impossible d'avoir quelque chose d'exact, car elle répétait toujours : « Il a joué avec des lapins, et il est puni. »

Casper conclut que le témoignage de cette fille ne pouvait pas être accepté au même titre « que celui d'une jeune fille de dix-huit ans se trouvant dans des conditions normales. »

Lorsque l'on se trouve en face de dénonciations graves et calomnieuses, le médecin doit d'abord tout accepter, ne s'émouvoir de rien, ne prendre parti ni pour ni contre le délateur, ajourner toute réflexion, et soumettre ensuite avec calme et sans passion les faits au contrôle le plus sévère. Lorsque la lumière s'est faite, sa conscience lui dicte ce qui lui reste à faire.

Un cas embarrassant peut se présenter : Un homme est accusé d'un crime et proteste de son innocence; il perd la raison et avoue sa culpabilité, puis il guérit et nie formellement qu'il soit l'auteur de l'acte incriminé. Que fera la justice? Dans le doute, elle imitera la clémence qu'a montrée la cour d'assises du Bas-Rhin dans les circonstances que voici :

Ignace W... est accusé d'avoir tué un garde forestier, probablement au moment où ce dernier dressait contre lui un procès-verbal Il n'existe contre l'accusé que des charges assez insignifiantes. Quelques semaines après son incarcération, il devient aliéné et fait spontanément des aveux formels. Il a alors des hallucinations, et ne parle que de sang versé et de guillotine. Il entend le pas des gendarmes qui viennent pour l'arrêter. « *J'ai porté le coup,* s'écrie-t-il, *j'en fais l'aveu; maintenant laissez-moi tranquille.* » Puis, l'exaspération croissant jusqu'à la fureur, il hurle, il vocifère, frappe et mord : on est obligé de lui mettre la camisole de force.

Quand cet homme revient au bout de quelque temps à la raison, il n'a pas d'expressions assez énergiques pour protester de son innocence, et pour éloigner les redoutables soupçons qui planent sur sa tête.

Ignace portait en lui une prédisposition à l'aliénation mentale; il passait dans sa commune pour avoir des manières bizarres; on lui avait même donné le surnom de *boulanger fou.*

M. le docteur Dagonet fut consulté par le défenseur. Cet honorable confrère a développé cette thèse *que les aveux faits par un accusé dans un moment de folie ne peuvent avoir aucune valeur sérieuse aux yeux de la justice.* — Ignace W... fut acquitté.

Quelques affections aiguës n'ayant aucun lien avec la pathologie mentale s'accompagnent, on le sait, très-fréquemment de délire. Or, il n'est pas rare que des paroles très-compromettantes soient prononcées dans ces moments d'éclipse passagère des facultés intellectuelles. Ces témoignages, involontairement échappés à la maladie, manquent de valeur et doivent être considérés comme non avenus. Ce serait s'engager dans une fausse voie que de vouloir, suivant les cas, leur accorder une signification quelconque.

Mais revenons au procès de Berne et disons que nous avons vu avec le plus profond regret un médecin expert sortir de sa sphère et se substituer au ministère public. En thèse générale, le médecin doit rester médecin. S'il s'improvise avocat, il perd à l'audience tout son prestige, car le juge et le défenseur se croient alors plus compétents que lui. Il doit exposer scientifiquement les faits, donner froidement et avec autorité son opinion, et en appeler au besoin à des cas analogues antérieurement observés. Il surgit parfois tant de péripéties dans le cours d'un procès, que des embarras aussi grands qu'imprévus peuvent, à un moment donné, plonger le médecin dans la plus anxieuse perplexité; mais comme il y a entre un témoin ordinaire et lui la différence qui sépare l'homme qui a des sens de celui qui possède une intelligence, il doit prendre conseil de son bon sens, de son instruction et de sa probité. Ainsi présentée, la cause de la science sera presque toujours celle de la vérité!

Dr Legrand du Saulle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 novembre 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

— M. Follin présente pour le concours du prix Duval deux exemplaires de la thèse de M. A. Dubuc, intitulée : *Des syphilides malignes précoces.* Paris, 1864.

— M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse) adresse à la Société, par l'entremise de M. Verneuil, trois moules en plâtre représentant les phases diverses d'une opération d'*uranoplastie* pratiquée pour un cas de division congénitale complète. L'observation sera communiquée dans une séance suivante, en même temps que la note récemment envoyée par M. Ollier, sur la régénération du périoste de la voûte palatine.

— M. Verneuil dépose sur le bureau un Mémoire de M. le docteur Gauthier (de Genève), intitulé : *D'une des causes principales de mortalité dans les hôpitaux à la suite des opérations chirurgicales.* Ce travail peut intervenir utilement dans la discussion actuelle; il est renvoyé à une commission composée de MM. Biot, Verneuil et Le Fort.

Hygiène des hôpitaux.

M. GIRALDÈS, à propos du procès-verbal, demande à répondre à un point du discours de M. Marjolin, relatif au dépôt des hôpitaux.

Les détails que notre collègue vous a donnés sur le dépôt sont très-intéressants, mais il a été évidemment mal renseigné. Pendant mon séjour aux Enfants assistés, je n'ai pas vu se développer ces ophthalmies purulentes, diphthéritiques, et ces vaginites de même nature dont on vous a parlé.

Sans doute ces affections se montrent au dépôt comme dans toute agglomération d'enfants; mais là comme ailleurs, et peut-être moins qu'ailleurs. On amène au dépôt des enfants au-dessous de deux ans, dont les parents sont à l'hôpital ou en prison. En hiver, ils passent la journée dans une grande salle, en été au jardin; la nuit, ils couchent dans la crèche, qui est fort bien aérée et saine. Lorsqu'ils tombent malades, ils sont dirigés sur les infirmeries, et leur affection, traitée dès le début, a grande chance de guérison. Mais il arrive souvent que les parents, qui ont en effet contre le dépôt des hôpitaux, par eux confondu avec celui de la Préfecture de police, une répulsion instinctive, veulent reprendre leurs enfants dès qu'ils apprennent leur maladie.

Or, les enfants ainsi emmenés pour être placés dans les plus mauvaises conditions, deviennent gravement malades. C'est alors qu'ils sont amenés aux consultations de l'hôpital dans le plus triste état, et que peuvent paraître légitimes les récriminations des parents contre le dépôt. C'est ainsi, sans doute, que notre excellent collègue a pu se faire l'écho de plaintes exagérées et injustes.

M. MARJOLIN. Je remercie M. Giraldès des renseignements qu'il

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

vient de nous donner et me félicite de les avoir provoqués. Si les parents sont en faute, il n'en reste pas moins acquis que des enfants entrés sains au dépôt en sortent malades. De là, prévention et même effroi de la part des familles. J'ai vu un trop grand nombre de ces faits pour ne pas en être ému, et pour ne pas regarder comme un devoir de provoquer à cet égard tous les éclaircissements, afin d'arriver à prendre les meilleures mesures.

M. GIRALDÈS. Je déclare que j'ai vu beaucoup moins d'ophthalmies purulentes aux Enfants assistés que je n'en observe aux Enfants malades. J'y ai moins vu de contamination d'enfant à enfant. L'administration a pris d'ailleurs une excellente mesure à l'hospice des Enfants trouvés, en récompensant les nourrices qui veulent se charger des enfants atteints d'ophthalmie purulente, et je suis heureux d'y avoir contribué par mes réclamations.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. BOINET lit un travail sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Ce travail était destiné à un journal quotidien ; en voici quelques extraits :

.... Depuis Tenon, on a bâti plusieurs hôpitaux, mais on n'a tenu aucun compte des préceptes importants qu'il avait si bien établis. Si on veut bien se donner la peine d'examiner les différentes constructions qui ont été faites depuis trente ans, on reconnaîtra que ce n'est point d'après des motifs de santé qu'on a choisi leur emplacement, mais plutôt d'après des convenances prises des terrains qu'on possédait, et du besoin d'agrandir des hôpitaux déjà construits pour le nombre des malades qui augmentait. A son origine, un hôpital consistait souvent en une, deux ou trois maisons données par un bienfaiteur, ainsi Necker, Cochin, Beaujon, l'Hôtel-Dieu lui-même ; et sans se préoccuper si l'emplacement réunissait toutes les conditions désirables de position, de construction et de salubrité, on y mettait des malades ; puis, pour se tenir au niveau des besoins toujours croissants de la population, on agrandissait ces maisons, devenues hôpitaux, pour profiter des terrains qui souvent entouraient ces maisons ; et qu'en résultait-il ? que d'une maison qui ne contenait qu'un certain nombre de lits et qui était salubre *parce qu'il n'y avait pas d'encombrement*, on faisait un vaste hôpital, qui devenait insalubre parce qu'il devenait un grand hôpital de 400, 500 ou 600 lits et même plus, qu'on diminuait les cours et les jardins, si même on ne les supprimait. Ainsi a-t-on fait de Beaujon, de Cochin, de Necker, de Saint-Antoine, etc., et ces hôpitaux, qui étaient dans des conditions de salubrité exceptionnelles il y a trente ans, lorsqu'ils ne contenaient que 100 à 150 lits, sont devenus, comme l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, la Charité, comme tous les grands hôpitaux en un mot, des foyers d'infection où les opérations ne réussissent plus aussi bien que par le passé, c'est-à-dire à l'époque où ces maisons contenaient moins de malades et étaient moins encombrées.

Tous ceux de nos confrères qui se sont occupés de l'hygiène de nos hôpitaux, soit à l'Académie, soit dans la presse médicale, soit dans des travaux particuliers, ont cherché à montrer pourquoi nos hôpitaux n'étaient pas salubres, et pourquoi les grandes opérations réussissaient mieux en province, en ville et même dans les hôpitaux étrangers que dans ceux de Paris.

Pour démontrer la cause de l'insalubrité de nos hôpitaux de Paris, nous ne nous donnerons pas la peine de les comparer avec ceux de Londres ou de la province, de les examiner sous le rapport de leur construction, de leur grandeur, des soins donnés aux malades, de la manière de les nourrir et de les panser, il nous suffira de comparer entre eux les hôpitaux de Paris, où toutes les conditions de soins sont les mêmes.

En effet, si on compare certains hôpitaux, et si on les étudie à différentes époques, tels qu'ils étaient, par exemple, il y a seulement trente ans et tels qu'ils sont aujourd'hui, on sera frappé de la différence qui existe dans le résultat des opérations faites à ces différentes époques, et on ne tardera pas à reconnaître la véritable cause des insuccès dans nos hôpitaux de Paris. Qu'on compare, par exemple, Necker, Cochin, Saint-Antoine, tels qu'ils étaient de 1825 à 1840, à Necker, Cochin, Saint-Antoine, tels qu'ils sont aujourd'hui, et l'on verra la différence qui existe entre ces deux époques pour le résultat des opérations. Il y a moitié de différence.

En effet, les agrandissements qu'on a fait subir à plusieurs de ces hôpitaux, à Necker, Cochin, Beaujon, Saint-Antoine, ou le grand nombre de lits qu'on a entassés dans ceux qu'on fait, comme à Lariboisière, en augmentant considérablement le nombre des malades, ont diminué d'autant les conditions de salubrité que les premiers avaient autrefois ; et l'hôpital Necker, l'hôpital Cochin et l'hôpital Saint-Antoine, depuis qu'ils sont devenus de grands hôpitaux, qu'on a diminué les cours et les jardins pour y construire de nouvelles salles, sont devenus moins salubres, et les opérations n'y réussissent pas mieux désormais que dans les autres grands hôpitaux. Cette opinion n'est point hasardée, et il est facile de la vérifier ; elle résulte d'un travail aussi long que pénible que nous avons entrepris dans le but de savoir quels étaient les hôpitaux de Paris où les opérations réussissaient le mieux. Ce travail a montré que les opérés guérissaient mieux à Necker, Cochin, Saint-Antoine, alors qu'ils n'étaient que de petits hôpitaux, qu'aujourd'hui qu'ils sont devenus de grands hôpitaux, et que la mortalité, dans ces hôpitaux, comparée année par année, était de moitié moins grande qu'à l'Hôtel-Dieu.

Dans plusieurs articles (*Gaz. méd. de Paris*, 1838, n° 34, et 1839, n° 42 ; et *Union méd.*, 1862, p. 7) que nous avons publiés à l'occasion de la démolition et de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, nous avons rappelé toutes les causes d'insalubrité des hôpitaux de Paris, déjà signalées par Tenon... En examinant l'Hôtel-Dieu depuis son origine jusqu'à l'époque actuelle, nous avons indiqué tout ce qu'avait conseillé Tenon : la création de petits hôpitaux aux barrières de Paris, la création d'hôpitaux pour les convalescents, la diminution des lits dans les grands hôpitaux et dans les salles, pour éviter l'encombrement, la suppression des hôpitaux à trois ou quatre étages, enfin la séparation des salles entre elles, non par de simples cloisons, comme à Saint-Louis, à la Charité, à la Pitié et ailleurs, mais la séparation par de larges espaces aérés et sans communication avec des corridors, comme à Lariboisière.

Que de millions ont été employés à des modifications, à des constructions de détail, gênées par de mauvais emplacements, à des réparations de toute espèce renouvelées sans cesse! La même somme eût pu servir à construire de nouveaux hôpitaux, plus en rapport avec les besoins de l'époque et avec l'état de la science. Aujourd'hui, nos hôpitaux, avec toutes leurs améliorations, avec toutes les réformes sans nombre qu'ils ont subies, ne sont pas encore des asiles convenables pour guérir les malades, et puisqu'il s'agit de construire un nouvel Hôtel-Dieu, profitons donc de l'expérience du passé et tâchons d'avoir un hôpital qui soit un modèle sous tous les rapports.

.... Il est bien établi que l'encombrement, surtout le défaut d'air et de lumière, l'humidité, les émanations fétides, sont les causes principales des accidents qui surviennent spontanément sur des plaies simples, comme sur celles qui sont accidentelles, chez des malades dont la constitution paraît vigoureuse et dont la santé a été toujours bonne. Il est donc de toute sagesse et de toute humanité de chercher à éloigner ces causes dans la construction d'un hôpital. Ce qui frappe surtout dans les hôpitaux où il y a un grand nombre de malades, c'est le caractère adynamique des affections. L'état de faiblesse et de prostration dans lequel tombent ces malades, affaiblissement qui souvent est loin d'être en rapport avec le mal local. Qui ne sait aujourd'hui qu'un hôpital, même bien exposé, soumis à une ventilation plus que suffisante, où le linge et les vivres sont en abondance, ne préserve pas les malades des accidents inhérents aux établissements qui renferment un grand nombre d'individus ?...

.... Il faut donc en conclure qu'un hôpital placé au centre d'une grande ville, sur les bords d'une rivière qui l'expose à l'humidité, aux brouillards, au milieu d'un air impur, n'ayant ni cours ni jardins et *renfermant une population trop nombreuse* relativement à l'espace sur lequel il est construit, doit être un mauvais hôpital et qu'il donnera lieu à tous les accidents que nous avons signalés.

M. Boinet passe en revue tous les arguments développés par l'administration en faveur de son projet. Il reproduit les objections déjà développées par les précédents orateurs, insalubrité de la position, insuffisance de l'espace, extrême étroitesse des cours, hauteur et nombre des étages, encombrement, dépense excessive, et il conclut en ces termes à la construction d'un Hôtel-Dieu de 250 à 300 lits sur la rive gauche de la Seine.

« Le nouvel Hôtel-Dieu, élevé du côté de la rue de la Bûcherie, dans une partie de l'espace compris entre la place Maubert et la rue Saint-Jacques, entre le boulevard Saint-Germain et le quai Montebello, qui ne serait plus un quai puisqu'il faudrait combler le petit bras de la Seine, aurait toutes les conditions hygiéniques et de commodité qu'on doit exiger ; il répondrait à tous les besoins, et réunirait tous les avantages qu'on doit se proposer dans un hôpital salubre ; n'étant plus situé sur les bords de la Seine, il ne serait exposé ni à l'humidité, ni aux brouillards, ni aux émanations du fleuve... il aurait une étendue de terrain convenable et tout l'espace qu'on pourrait désirer pour éviter l'encombrement. Déjà l'administration possède une partie du terrain, et celui qu'elle aurait à acheter dans cet endroit est d'un prix de beaucoup inférieur à celui sur lequel elle se propose de construire. »

M. Boinet insiste sur une mesure générale de réorganisation proposée par lui il y a vingt-cinq ans, et qu'il propose encore.

Il voudrait, pour satisfaire à toutes les indications de l'hygiène, pour avoir des hôpitaux vastes, aérés, pourvus de jardins, avec des salles de 15 à 20 lits, des pavillons séparés pour les opérés, il voudrait qu'on ne conservât au centre de Paris que des hôpitaux d'enseignement de 250 à 300 lits, et qu'on transportât peu à peu tous les autres vers l'enceinte de la ville, en restreignant leur capacité à 150 à 200 malades. Il faudrait alors multiplier les établissements, ce qui permettrait de les placer mieux à la portée des malades.

M. Boinet expose que cette vaste opération pourrait être effectuée graduellement avec les ressources résultant de la vente des terrains actuellement occupés par les hôpitaux.

Discours de M. Verneuil.

(Séance du 26 octobre.)

M. VERNEUIL prononce un discours dont voici la substance :

Il se joint à ses collègues pour reconnaître les imperfections de la nouvelle situation de l'Hôtel-Dieu. Après avoir rappelé que, à propos d'un compte rendu sur les hôpitaux russes, il avait constaté l'influence du voisinage des villes sur la mortalité dans les hôpitaux, M. Verneuil est très-heureux de voir les résultats fournis par les statistiques de M. Le Fort ; ils semblent très probants. Il sait que l'on doit créer à l'Hôtel-Dieu, bien que le projet nouveau ne soit pas arrêté, un service d'accouchement de 40 lits. Il rappelle à cette occasion que les épidémies de fièvre puerpérale et d'infection purulente marchent ensemble dans les hôpitaux ; qu'à l'hôpital de Lourcine, où il n'y a pas de service de chirurgie, où il entre des malades atteintes de plaies et de fractures, les fièvres puerpérales sont très-rares. Probablement, ajoute l'orateur, l'extrême propreté imposée aux malades, la précaution de faire passer les malades qui ont avorté dans une salle autre que celle où sont les femmes en couches, la dissémination de ces dernières, sont des conditions favorables à cette heureuse situation de l'hôpital de Lourcine.

On a parlé, dit l'orateur, des nécessités de l'enseignement. Il faut, dit-on, que l'hôpital destiné à remplacer l'Hôtel-Dieu soit central, pour que la Faculté y puisse établir ses cliniques et que les élèves aient à leur portée les leçons des maîtres. Certes, ce n'est pas moi qui contesterai l'importance de l'enseignement clinique, et je demanderai même aux esprits aventureux qui réclament la suppression des hôpitaux, comment ils s'y prendraient pour instruire la jeunesse et faire des médecins. Mais ce besoin n'implique nullement la nécessité de suivre le plan que nous incriminons. D'abord, la Faculté n'a pas besoin de 5 ou 600 lits : 300 lui suffiraient parfaitement. Il n'est pas plus indispensable de placer les cliniques dans la Cité, et rien n'empêche de les établir à une certaine distance du centre de la ville. Je suis peu touché, je l'avoue, des commodités du personnel médical. Les chefs de service ont en général des voitures, et les élèves, qui sont jeunes, ont des jambes robustes pour les porter jusqu'à l'endroit où ils peuvent s'instruire. Les nouveaux règlements sur le stage forcent les étudiants à fréquenter les hôpitaux excentriques ; nos externes et nos internes sont obligés de faire tous les matins une longue course, et je ne pense pas qu'on ait remarqué une infériorité quelconque dans le mérite de ceux qui exécutent cette pérégrination matinale. Reportez même vers la circonférence de la ville les cliniques bien faites, et les jeunes gens laborieux s'y presseront tout aussi bien. La position centrale n'est réellement commode que pour la masse flottante des étudiants qui vont d'un hôpital à l'autre et qui encombrent les salles sans y recueillir toujours beaucoup d'instruction.

La grande affluence des élèves est flatteuse pour le maître ; mais elle n'est favorable ni aux malades ni aux élèves eux-mêmes, qui voient et souvent apprennent d'autant moins qu'ils sont plus nombreux dans un espace donné.

La situation centrale des cliniques n'est donc rien moins qu'avantageuse, et je pourrais d'ailleurs citer des hôpitaux assez distants de la Faculté et qui sont néanmoins très-assidûment fréquentés.

M. Verneuil rappelle que l'opération césarienne, et l'ovariotomie ne peuvent être faites avec succès à Paris, dans les hôpitaux, tandis qu'elle réussissent en province ; que la résection de la hanche et du genou sont dans le même cas, et que l'insalubrité des salles d'hôpital et l'encombrement viennent arrêter souvent la main du chirurgien qui est obligé de faire les opérations.

L'orateur examine ensuite, pour quelques cas particuliers, l'influence de l'atmosphère des hôpitaux du centre, comme l'Hôtel-Dieu actuel et l'hôpital Saint-Louis.

Passant ensuite en revue les opérations délicates, telles que la cataracte par extraction et les opérations d'autoplastie, il déclare que leur résultat est souvent compromis, et que le chirurgien est porté à s'abstenir ou à faire choix d'une mauvaise méthode, à cause de l'insalubrité des hôpitaux.

Ce genre malfaisant d'insalubrité qui plane incessamment sur nos grands hôpitaux change le caractère d'un grand nombre d'opérations qui ne devraient être qu'utiles et innocentes et qui se trouvent transformées en opérations dites de complaisance, c'est-à-dire d'une légitimité douteuse. Un doigt ankylosé, un orteil surnuméraire gênent les fonctions de la main ou du pied. Les enlève-t-on, opération de complaisance. Un varicocèle énorme, des varices incommodes, une loupe disgracieuse molestent certaines personnes, qui nous demandent à être débarrassées : cède-t-on à leur désir, opérations de complaisance. De même pour une petite tumeur hypertrophique de la mamelle, pour un lipome, pour un hygroma, pour un corps étranger articulaire, etc., pour une foule d'affections chirurgicales qu'il serait opportun d'opérer de bonne heure avant qu'elles aient fait de grands progrès, mais qu'on n'ose toucher de peur d'une catastrophe.

Autre inconvénient, autre déviation pratique. L'instrument tranchant est à coup sûr l'agent par excellence de la diérèse ; il réunit toutes les qualités désirables quant à l'exécution : rapidité, sûreté, précision, élégance ; mais les plaies qu'il produit sont malheureusement plus exposées que toute autre à des complications funestes. D'où la légitimité de la guerre qu'on lui fait, d'où la substitution d'autres moyens pleins d'inconvénients et qui n'ont d'autre mérite que de conjurer un peu mieux les accidents consécutifs, mais d'où aussi des exagérations singulières, l'ablation des tumeurs, la lithotomie par les caustiques, l'abus de la ligature lente et de la ligature extemporanée, etc. Certes l'idée de faire l'amputation des membres en broyant les chairs et en brisant les os est étrange, pour ne rien dire de mieux, et justice est déjà faite de cette aberration opératoire ; mais il faut convenir qu'en présence des résultats que donnent dans nos grands hôpitaux les amputations même pour cause organique, on semble autorisé à chercher partout, même dans le champ de l'excentricité. Jamais semblables bizarreries n'auraient chance de se produire dans un hôpital à l'abri des affections septiques et infectieuses, où la réunion immédiate réussirait d'ordinaire et où la cicatrisation ne serait pas soumise à de fâcheux écarts.

Je m'arrête, bien avant d'avoir épuisé le sujet ; mais, sans avoir rien exagéré, je crois avoir prouvé surabondamment mon théorème initial, c'est-à-dire que l'art et la science, l'enseignement et la pratique de la chirurgie sont profondément modifiés, entièrement dénaturés dans un hôpital populeux et insalubre. J'ai montré le professeur de clinique toujours esclave du milieu où il enseigne et condamné à faire non pas ce que la science indique et commande, mais ce que ce milieu permet.

L'orateur est d'avis que les architectes devraient être subordonnés aux médecins dans l'institution des plans d'un hôpital. Il réfute une objection qui a été faite à l'égard de l'hôpital Lariboisière, pour la reconstruction duquel des médecins ont été écoutés. Il dit qu'on ne connaissait pas alors les dangers inhérents à l'agglomération d'un trop grand nombre de malades dans un même établissement, et qu'on croyait alors qu'une bonne ventilation suffisait à en diminuer les fâcheux effets ; que l'on a fait, enfin, avec loyauté et bonne volonté, une expérience très-soutenue qui n'a pas réussi.

Mais, ajoute M. Verneuil, puisque l'administration ne demande pas mieux que de poursuivre le progrès par tous les moyens possibles, puisqu'elle consent à s'inspirer de nos recherches et de nos conseils, qu'elle fasse une expérience fort simple que jusqu'ici elle n'a jamais tentée, qu'elle nous donne l'espace ; en supposant, contre toute prévision, que ce nouvel essai soit infructueux, dix ans suffiront pour acquérir une conviction, et si cette fois encore nous nous trompons, ensemble, nous nous remettrons à l'ouvrage et nous chercherons ailleurs.

Cette expérience d'ailleurs ne saurait être coûteuse, et sa réalisation n'offre que des difficultés médiocres. Nous dirions donc volontiers : Point d'expropriations onéreuses, point de monument splendide et inutile, seulement de l'espace. Il y a dans certains quartiers de Paris des terrains qui sont encore à bon marché ; puisqu'il nous faut beaucoup de place, choisissez celle qui ne sera pas chère. La distance ne nous fait rien ; nous irons là où vous nous mettrez, et les malades aussi. Faites-nous des pavillons à un seul étage, séparez complétement le rez-de-chaussée du premier, construisez en plâtre et en fer ; chauffez-nous suffisamment en hiver, rafraîchissez-nous en été : des poêles et des fenêtres ouvertes, c'est tout ce qu'il nous faut.

Construisez des salles petites ; mais là où vous mettiez 15 lits, mettez-en 6 seulement ; que l'hôpital ne renferme pas plus de 200 lits. Ne nous accordez rien de superflu, rien que le strict nécessaire, et voyons ensemble ; la statistique attentivement interrogée ne tardera pas à répondre.

Voilà le seul langage que nous puissions tenir. Il ne renferme ni reproche ni agression. Le bon sens et l'envie de faire le bien nous le dictent. Après cela, notre responsabilité est à couvert, et si l'on ne nous écoute pas, nous n'aurons plus qu'à faire l'ablution de Pilate.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Boudant (de Clermont) nous adresse, au sujet de la communication récente de M. le docteur Scoutetten, sur l'électricité des eaux minérales, une lettre par laquelle il réclame pour Michel Bertrand, l'ancien médecin-inspecteur des eaux du Mont-Dore, la priorité de cette découverte.

Voici le texte de cette lettre :

« Il y a cinquante-huit ans que Michel Bertrand a constaté la présence de ce fluide impondérable (l'électricité) dans l'eau minérale des grands bains du pavillon. Ses deux éditions de 1810 et 1823 sur les eaux du Mont-Dore en sont les preuves irrécusables, et, en 1817, ce célèbre hydrologue adressa sur ce sujet un Mémoire à l'Académie des sciences ; Pinel et Gay-Lussac furent nommés commissaires.

» Le rapport de ces deux académiciens ne fut point, il est vrai, confirmatif des expériences physico-médicales de l'ancien inspecteur ; la question était neuve ! Ils attribuèrent les phénomènes insolites éprouvés par les malades au moment des orages, plutôt à des courants d'air dans les cabinets de bains et aux effets du gaz acide carbonique qu'à l'influence de l'électricité des eaux.

» Bien que ces observations aient une certaine valeur, il n'en est pas moins resté des expériences faites en 1807, 1808, 1809 et 1816, par le docteur Michel Bertrand, qu'au moment des orages spécialement, les houles de l'électromètre pluvial de Cavallo sont alternativement attirées et repoussées, de même que celles de l'électromètre à cheveux.

» Le savant médecin du Mont-Dore concluait de ses expériences ce que M. Scoutetten admet aussi en principe général, que plus une eau minérale est électrique, plus ses effets sont remarquables sur l'économie ; et il ajoutait : « Ne serait-ce pas à la présence du fluide électrique qu'il faudrait rapporter quelques-unes de ces guérisons aussi promptes que surprenantes que l'on voit souvent aux eaux ? »

» Scientifiquement, il est juste de rétablir les faits et de rendre au César du Mont-Dore ce qui lui appartient. » Dr BOUDANT. »

Nous connaissions les passages du livre de Michel Bertrand rappelés dans cette lettre, lorsque nous avons exposé les faits contenus dans le travail de M. Scoutetten. Si nous n'en avons point fait mention alors, c'est, d'une part, parce que la théorie de M. Scoutetten n'est pas encore assez généralement acceptée ni assez solidement assise dans la science, pour qu'il nous parût y avoir, en ce moment du moins, un grand intérêt à soulever à son sujet une question de priorité ; et, d'autre part, parce que ces deux savants n'ont donné ni la même interprétation ni la même portée aux phénomènes qu'ils ont observés. On sait que pour M. Scoutetten la présence de l'électricité dans les eaux minérales est un fait constant, permanent, et qui constitue à ses yeux la cause principale de leur action sur l'organisme. Pour Michel Bertrand, ce phénomène n'avait lieu qu'accidentellement, à l'approche des orages ; et loin qu'il le considérât comme la condition de l'efficacité thérapeutique des eaux du Mont-Dore, ce n'était en quelque sorte qu'un accident, un état passager de perturbation des bains, qui en exagérait l'action au point de produire un malaise véritable chez les malades et d'obliger à en abréger la durée. — Les expériences faites à plusieurs reprises par Michel Bertrand lui ont donné, d'ailleurs, des résultats assez différents, assez contradictoires même, pour qu'il ait conclu lui-même des dernières (celles qu'il a faites en 1819) qu'elles semblaient complétement ruiner l'opinion de l'intervention accidentelle du fluide électrique dans les bains, que les premières lui avaient fait adopter. Aussi conclu-t-il, en définitive, en disant que le phénomène dont il s'agit tient probablement au concours de plusieurs causes....

Quoi qu'il en soit, et quel que puisse être l'avenir réservé à la nouvelle théorie de l'action des eaux minérales, il n'en restera pas moins à Michel Bertrand le mérite d'avoir, l'un des premiers, soupçonné l'intervention de l'électricité dans l'action des eaux thermales, qu'il a si bien étudiées, et d'avoir entrepris sur ce sujet une série d'expériences qui, s'il avait pu les continuer avec plus de persévérance, l'auraient probablement mis sur la voie d'une découverte intéressante, mais dont la valeur définitive est encore à établir. A ce point de vue, nous sommes heureux de pouvoir nous associer sans réserve à l'hommage rendu par notre distingué confrère de Clermont à la mémoire de Michel Bertrand. — Dr Brochin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 29 septembre 1864, M. Ducroquet père, médecin à Corbie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. Ducroquet compte près de soixante ans de pratique de la médecine ; il s'est distingué depuis près de quarante ans dans toutes les épidémies, et particulièrement dans celles de choléra de 1832, 1849 et 1854, par les soins qu'il a donnés aux indigents, par son zèle dans la vaccine, en même temps que comme administrateur et particulièrement premier-adjoint depuis trente-deux ans de la ville de Corbie.

— Par décret du 28 octobre 1864, M. Vérany, directeur du musée d'histoire naturelle de Nice, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 29 octobre 1864, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Jules Roux, directeur du service de santé de la marine à Toulon.

Au grade d'officier : M. Olivier, médecin professeur de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Amouretti, Lucas et Béguin, chirurgiens de 1re classe de la marine.

— Par décret en date du 5 novembre 1864, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Jourdeuil et Pilet, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Fickelscherer, médecin-major de 1re classe ; Martinet et Chailan, médecins-majors de 2e classe ; Naud, vétérinaire en 2e.

— Le 22 octobre dernier, s'est éteint à Poissy un homme aujourd'hui inconnu et oublié de la génération actuelle. Il était appelé à un autre avenir.

Belmas, l'un des neveux de l'évêque de Cambrai sous Napoléon Ier, débuta dans la carrière comme chirurgien militaire, et fut fait prisonnier en 1813. A son retour en France, il fut reçu interne des hôpitaux de Paris, remporta le prix de l'Ecole pratique, et se fit recevoir docteur en chirurgie. Plus tard, il disputait la place de chef des travaux anatomiques de la Faculté de Strasbourg, et obtenait de partager les fonctions de cette position avec M. Ehrmann, aujourd'hui doyen de cette Faculté.

Rentré à Paris, Belmas avait publié plusieurs travaux intéressants sur les hernies et sur un nouveau procédé de guérison radicale de cette infirmité.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Gautier, chirurgien principal de la division navale française du Pacifique. Cet honorable confrère est décédé le 24 septembre dernier à bord de la frégate amirale la *Pallas*.

— Le bureau de la Société de médecine de Rouen se trouve ainsi constitué pour l'année 1864-1865 :

Président, M. le docteur Grout : vice-président, M. le docteur B. A. Morel ; secrétaire du bureau, M. le docteur A. Laurent ; secrétaire de correspondance, M. le docteur J. Bouteiller ; trésorier-archiviste, M. le docteur Nicolle.

— M. le docteur Henri Roger, agrégé de la Faculté de médecine, commencera le cours clinique des maladies des enfants le mercredi 16 novembre, et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures ; leçons à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

— M. le docteur Guéniot, chef de clinique de la Faculté, commencera un cours sur la *dystocie* et les *opérations obstétricales*, le vendredi 17 novembre, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre no 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

— M. le docteur B. A. Morel, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Saint-Yon (Rouen), reprendra ses leçons cliniques sur les maladies mentales jeudi 10 novembre, à trois heures de l'après-midi, à l'asile de Saint-Yon.

Elles seront continuées tous les jeudis suivants, à la même heure et dans le même local.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public et gratuit sur les maladies syphilitiques le mardi 15 novembre, à sept heures du soir, et le continuera à la même heure les mardis et samedis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours public et gratuit d'histologie, le mardi 15 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre no 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le mercredi 16 novembre, à midi, M. Fort commencera un nouveau cours particulier complet d'anatomie et de physiologie dans l'amphithéâtre no 1 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jours.

Les élèves seront exercés aux dissections.

On s'inscrit tous les jours de dix heures à midi, chez M. le docteur Fort, 46, boulevard Sébastopol, rive gauche.

— Dans le numéro 130 de mardi dernier, dans la statistique du service de M. Nélaton, ligne première, lisez 177 *opérations*, et non 1,770 opérations.

Dans la première partie de cet article, publiée dans le numéro 128 du jeudi précédent, il faut lire 22 *cancers*, au lieu de 24 cancers.

Traité de l'érysipèle, par M. le docteur A. DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux. Prix : 3 fr. 50. — Paris, chez A. Delahaye, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 NOVEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une intéressante communication sur un nouveau cas de filaire oculaire ou sous-conjonctival, M. le docteur Guyon a ajouté un chapitre nouveau à l'histoire de cette singulière affection, imparfaitement connue encore, bien qu'elle paraisse remonter à une assez haute antiquité, à en juger par la mention qu'en fait Plutarque, qui n'en parle lui-même que d'après un auteur encore plus ancien. D'après M. Guyon, qui examine à cette occasion plusieurs points d'histoire naturelle relatifs à cet helminthe, le filaire sous-conjonctival ou filaire oculaire et le filaire de Médine reconnaissant tous deux la même origine et se montrant à l'état endémique dans les mêmes contrées, ne constitueraient qu'une seule et même espèce. Les motifs sur lesquels M. Guyon fonde cette identité nous paraissent donner beaucoup de poids à cette opinion.

Voici un autre fait d'helminthologie non moins intéressant et qui aurait une bien autre importance au point de vue pathogénique et pratique, en raison de la fréquence bien autrement grande des circonstances où il se produit. Ayant remarqué que dans les phlegmasies de la trachée et des bronches, ainsi que dans celles des fosses nasales et du conduit auriculaire, les malades éprouvaient souvent une démangeaison extrêmement vive dans l'organe malade, M. Pouchet s'est demandé si ce symptôme ne proviendrait pas de la présence d'animalcules microscopiques. L'observation lui a démontré qu'il en était ainsi. Il a trouvé dans les produits de l'expectoration d'un sujet atteint de catarrhe bronchique une grande abondance de bactéries et de monades. Afin de s'assurer si la présence de ces animalcules était bien la cause de la démangeaison, il a examiné les sécrétions normales, qui ne lui ont présenté aucune trace de ces animalcules. Leur apparition coïncidant avec l'altération morbide de ces sécrétions, donnerait donc à ce fait une signification et une valeur qui méritent confirmation.

Nous signalerons enfin deux notes, l'une de M. Em. Decaisne, sur les effets pernicieux du tabac à fumer sur les enfants ; et la seconde de M. Maggiorani, sur les résultats de nouvelles recherches qu'il a faites sur le rôle de la rate dans l'économie animale, particulièrement par rapport à la composition du sang. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. WOILLEZ.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires (1).

Tumeurs des ganglions bronchiques ; diagnostic, pronostic et traitement.

La conclusion à tirer de ces différents faits, c'est que la faiblesse prononcée du murmure respiratoire dans tout un côté ou dans les deux côtés de la poitrine, est un bon signe de la compression des bronches principales.

D'après ce qui précède, je dois conclure que les signes constatés chez la femme couchée au n° 7 de la salle Saint-Philippe révèlent la compression des bronches à leur origine, par une ou plusieurs tumeurs ganglionnaires. Voyons maintenant quelle peut être la nature de la lésion anatomique parmi celles que je vous ai rappelées tout à l'heure.

Chez l'enfant, il faudrait admettre immédiatement qu'il s'agit d'une tuberculisation des ganglions bronchiques. Mais il s'agit d'un adulte, et à cet âge des tumeurs très-variées peuvent occuper le médiastin.

Une des moins rares de ces tumeurs est l'anévrysme de l'aorte ascendante. Cependant, la supposition de cette lésion n'est guère possible ici; car si la distension des veines du cou semble indiquer une légère compression de la veine-cave inférieure, il n'existe aucun autre signe local que la compression des canaux aériens. Or, cette compression ne pourrait être ainsi isolée, et d'autres organes en subiraient l'influence s'il existait un anévrysme aortique. De plus, dans l'hypothèse d'un anévrysme, il faudrait croire à un anévrysme latent à l'auscultation, double condition qui ne me paraît pas admissible.

On ne saurait non plus penser à l'existence d'une tumeur cancéreuse, dont les manifestations auraient lieu en même temps dans d'autres organes, ce que l'on ne constate pas chez notre malade. Dans mon rapport à la Société des hôpitaux, dont je vous parlais tout à l'heure, j'ai rappelé une observation que M. Dehrou avait communiquée à la Société médicale d'observation en 1840, et dans laquelle il y avait un cancer de l'utérus. La mort eut lieu après une dyspnée graduelle due à l'engorgement cancéreux des ganglions bronchiques. Les signes de cette lésion, qui aurait pu être au moins soupçonnée pendant la vie si la question clinique eût alors été mieux connue, furent : une douleur derrière le sternum coïncidant avec des douleurs lancinantes au niveau du larynx et de la gorge; une dyspnée habituelle ayant forcé la malade à passer une nuit sur son séant; une toux assez fréquente, presque sèche; chaque jour quelques crachats clairs et muqueux. La percussion faisait constater au niveau du sternum une diminution de son d'un pouce et demi de hauteur et de deux à trois pouces de largeur. La respiration s'entendait partout à l'auscultation, mais son intensité n'a pas été notée. Enfin la voix était rauque et couverte, phénomène que M. Fonssagrives a rattaché à la compression des nerfs récurrents. Or à l'autopsie, M. Dehrou trouva un cancer utérin, des tumeurs de même nature dans l'abdomen constatées pendant la vie, les lésions d'une péritonite aiguë, et enfin des ganglions bronchiques cancéreux, la plupart du volume d'une noix, et qui englobaient le nerf récurrent du côté droit.

Il est évident qu'il n'y a pas non plus chez la femme de Saint-Philippe d'hypertrophie des ganglions bronchiques se rattachant à l'hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques. Aucun des ganglions sous-cutanés des différentes parties du corps, en effet, n'a subi cette lésion. Il est à remarquer que, dans cette cachexie lymphatique, c'est par l'hypertrophie des ganglions bronchiques entraînant l'asphyxie que périssent souvent les malades; mais c'est un envahissement qui se fait tardivement, lorsque la maladie est depuis longtemps très-manifeste au dehors. Comme exemples je pourrais rappeler d'abord le malade dont M. Bonfils a publié l'histoire remarquable dans le *Recueil des travaux de la Société d'observation* (t. Ier), puis l'observation d'un malade de la salle Saint-Jean, qui était également atteint d'une hypertrophie ganglionnaire généralisée et chez lequel je diagnostiquai l'an dernier l'envahissement hypertrophique des ganglions bronchiques. Ce fait, qui a été communiqué également à la Société médicale d'observation par M. Rigal, alors interne de ma division, sera sans doute publié; en attendant, il mérite de vous être succinctement rappelé.

C'était un homme qui avait des antécédents syphilitiques et qui avait vu se développer graduellement les ganglions des aines et du cou avec des signes manifestes de cachexie. Lorsqu'il fut admis à Cochin le 29 juillet, il avait depuis douze jours une respiration de plus en plus difficile, et dans cet intervalle il avait éprouvé deux accès de suffocation.

A son entrée nous constatâmes : une respiration fréquente, pénible, avec inspiration bruyante à distance, une toux assez fréquente avec expectoration muqueuse abondante ; un son un peu exagéré à la percussion de la poitrine, et une faiblesse générale du bruit respiratoire à l'auscultation. L'avant-veille de la mort, qui survint dans un accès de suffocation sept jours après l'entrée à l'hôpital, on trouva une respiration ronflante très-accusée dans les deux temps et des deux côtés de la poitrine. Le maximum du ronflement fut constaté *au niveau de la racine des bronches ;* il avait pour caractère d'être principalement granuleux et tout différent des râles ronflants ordinaires. L'expiration était en même temps beaucoup plus prolongée que l'inspiration, comme 3 est à 1.

L'autopsie démontra la justesse du diagnostic que j'avais formulé pendant la vie : plusieurs ganglions bronchiques très-volumineux comprimaient manifestement l'origine des bronches.

En dehors de ces cas d'hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques, on peut rencontrer des individus qui présentent les signes de tumeurs des ganglions bronchiques, et chez lesquels d'autres ganglions engorgés occupent le cou seulement et mettent sur la voie du diagnostic en donnant la signification des symptômes dyspnéiques observés.

Dans le Mémoire de M. Fonssagrives, on trouve une observation dans laquelle ce signe indirect existait. Moi-même j'ai vu à Saint-Antoine, il y a deux ans (salle Sainte-Cécile, n° 44), une malade qui se trouvait dans la même condition. Ce fait mérite d'autant plus votre attention que la médication a été suivie d'une amélioration très-manifeste.

C'était une femme âgée de cinquante-trois ans, domestique,

(1) Voir les numéros du 27 octobre et du 10 novembre.

SITUATION DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE
DES MÉDECINS DE FRANCE.

L'assemblée annuelle de l'Association générale est toujours pour nous l'occasion d'exposer ses progrès dans le cours de l'année écoulée et sa situation vis-à-vis de ses nombreux commettants. C'est cette tâche que nous allons remplir aujourd'hui, tâche rendue facile par l'attention qu'a le secrétaire général de nous communiquer l'extrait du compte rendu général. Voici, d'après ce compte rendu, les changements survenus depuis l'année dernière dans les sociétés locales des départements.

Quatre sociétés nouvelles se sont fondées et agrégées à l'Association générale. Ce sont les sociétés départementales du Jura et de la Haute-Garonne ; pour le département de la Corrèze, la Société de l'arrondissement de Brives, et pour le département de Seine-et-Marne, la Société de l'arrondissement de Coulommiers.

Ces agrégations portent aujourd'hui à 94 le nombre des sociétés locales, réparties dans 75 départements et deux colonies. Sur ce nombre, 38 sociétés ont vu le chiffre de leurs sociétaires augmenter ; il a diminué dans 35, et est resté stationnaire dans 21.

Les augmentations sont de	554 sociétaires.
Les diminutions de	491 »

Si l'on défalque de ce dernier chiffre 80 décès, il ressort que le bénéfice ou augmentation des sociétaires est de 443.

En somme, l'Association générale réunit aujourd'hui 6,014 membres.

L'Association possède en ce moment un capital de 337,065 fr. 41 c., représentant un excédant de 62,637 fr. 70 c. sur l'avoir de l'année dernière.

Ce capital se répartit ainsi qu'il suit entre les divers éléments de l'Association :

Caisse générale.	66,432 fr.	47 c.
Caisse de pensions viagères d'assistance. .	38,227	50
Société centrale.	29,154	17
Sociétés locales.	243,251	27
Total. . . .	377,065 fr.	41 c.

La caisse des pensions viagères a reçu de plusieurs donateurs des sommes importantes, qui s'élèvent à un total de 9,527 fr. 50 c. Les dons faits à cette caisse ont fait baisser le chiffre des dons faits à la caisse générale ; on devait s'y attendre : ce dernier chiffre est de 2,000 fr.

Les sociétés locales ont reçu aussi plusieurs dons d'une certaine importance.

En résumé, les dons et les legs faits à l'Association s'élèvent en totalité à la somme de 16,746 fr. 30 c.

Les donateurs sont : S. M. l'Empereur, Mme veuve H. de Saint-Arnauld ; MM. les docteurs Ourgaud, Brun, H. Roger, Gallard, baron Larrey, Rayer, Civiale, Brierre de Boismont, Durand-Fardel, A. Latour, Bossion, Leroy (d'Etiolles), Gros, Cazeneuve, de Pietra-Santa ; de la Corbière, Ricord, Teissier (de Lyon), Diday, de Martin (de Narbonne), Seux (de Marseille), Simonin père (de Nancy), Barrier, Cazeneuve (de Lille), Schaeff (du Bas-Rhin), Willeaume (de Metz). Il faut ajouter à ces noms la Société centrale des médecins de France et la Société de chirurgie de Paris.

Des dons faits aux Sociétés, passons aux secours alloués aux sociétaires.

Dans la première année, comme on le sait, conformément aux termes des statuts, il n'a été fait aucune distribution.

Dans la deuxième année, il a été distribué en secours exceptionnels.	3,374 fr.	65 c.
Dans la troisième, au même titre.	6,233	75
Dans la quatrième année, la caisse de secours commençant à fonctionner, il est distribué. . . .	10,394	»
Dans la cinquième année, la caisse étant en plein fonctionnement, il est alloué.	18,903	»

Voici comment a été répartie cette somme de 18,903 fr. pour l'année qui vient d'expirer :

Par la caisse générale aux Sociétés locales.	1,500 fr.
Par la Société centrale.	3,700
Par les Sociétés locales	13,703

Ce n'est pas seulement par des secours matériels que l'Association a été utile à ses membres, à leurs veuves ou à leurs enfants ; elle a plusieurs fois aussi mis son influence morale à leur service. L'année dernière, elle avait déjà un pupille ; cette année, elle en a deux.

L'association est intervenue dans plusieurs circonstances au point

d'une taille moyenne, d'une constitution robuste et ayant de l'embonpoint. Elle n'avait pas eu d'accidents scrofuleux dans sa jeunesse; elle était très-affirmative sur ce point, et prétendait n'en avoir pas observé dans sa famille. Sur neuf frères ou sœurs qu'elle avait eus, huit étaient morts sans qu'elle sût à quelle affection ils avaient succombé.

Quant à elle, jamais elle n'avait eu de maladie sérieuse, et elle affirmait avec énergie qu'elle n'avait jamais éprouvé le moindre accident syphilitique.

Cinq ans avant son admission, elle avait éprouvé, disait-elle, de fortes douleurs dans l'oreille droite; puis des glandes au cou s'étaient développées et avaient suppuré; ce qui avait laissé trois cicatrices déprimées, blanches, inégales, et un peu adhérentes aux parties profondes, telles qu'on les voyait au moment de l'admission.

A en croire la malade, de nouvelles glandes se seraient développées du côté gauche du cou trois mois avant l'entrée à l'hôpital. Leur développement avait été accompagné d'une dyspnée graduelle, prononcée surtout dans le dernier mois, et la voix s'était en même temps voilée, ce qui a motivé son entrée à l'hôpital.

A son admission, je constatai l'existence de plusieurs glandes mobiles et indolentes au côté gauche du cou; elles avaient le volume d'une noisette. Une d'elles, grosse comme une noix, aplatie, occupait le voisinage de la clavicule, derrière laquelle elle s'enfonçait en partie, près de l'insertion du muscle sterno-cléido-mastoïdien; on remarquait à sa surface une dépression cicatricielle bleuâtre provenant évidemment d'une suppuration récente. La malade faisait remonter cette suppuration à un mois. Aucun autre développement de ganglions ne se remarquait dans les autres parties du corps.

La poitrine était bien conformée, mais le sternum offrait une légère saillie arrondie à l'union de ses deux premières pièces. A ce niveau, la percussion donnait un son plus aigu que les parties voisines; ailleurs la sonorité était normale. A l'auscultation, le bruit respiratoire était plus faible que dans l'état normal, plus faible surtout dans tout le côté gauche que du côté opposé; quelques râles sifflants disséminés s'entendaient en arrière. Enfin il existait une respiration soufflante des deux côtés en arrière, au niveau de l'origine des bronches seulement.

A l'auscultation du larynx et de la trachée (à la partie supérieure du sternum), l'expiration était manifestement sifflante. Elle l'était aussi à distance; elle était même tellement bruyante pendant le sommeil que le bruit empêchait les malades voisines de dormir. Ce sifflement prenait par moments le caractère ronflant et ressemblait à une sorte de cornage.

La voix était très-voilée, mais en même temps sifflante et aiguë, sans douleur ni cuisson au niveau du larynx, dont la pression ne causait aucune sensation douloureuse.

Il y avait absence complète de fièvre. On n'observait rien de particulier au niveau du cœur, si ce n'est que le murmure respiratoire s'entendait à son niveau, et qu'il existait un peu de prolongement du premier bruit du cœur à la base comme à la pointe. L'appétit était bon ainsi que le sommeil; les digestions se faisaient bien. Depuis quelque temps, le matin, une sueur abondante humectait la peau, principalement à la face.

Je prescrivis comme moyen principal de traitement une potion avec 1 gramme d'iodure de potassium chaque jour, et pendant les quinze jours que cette femme passa à l'hôpital Saint-Antoine, elle éprouva un mieux très-sensible sous l'influence de cette médication. La dyspnée diminua notablement; la toux resta rare, mais fut assez souvent quinteuse et suivie d'une expectoration très-peu abondante, verdâtre et opaque. Le sifflement de la voix disparut ainsi que les râles sifflants à l'auscultation, et le murmure de la respiration fut moins faible généralement, tout en restant plus affaibli à gauche qu'à droite. Le souffle perçu à la racine des bronches des deux côtés était en même temps beaucoup moins accusé.

C'est dans ces conditions que la malade, se trouvant beaucoup mieux, voulut sortir de l'hôpital.

Je vous signale chez cette femme, en outre des signes qui lui étaient communs avec notre malade de Saint-Philippe, cette respiration bruyante, cette voix sifflante et aiguë malgré l'aphonie, et qui résultait manifestement de la compression des gros conduits aériens; c'était un signe précieux de tumeur du médiastin.

Chez la femme de Saint-Philippe, dont il est si longuement question, et chez laquelle nous admettons comme positive l'existence de tumeurs des ganglions bronchiques, il nous reste à décider, par voie d'exclusion raisonnée, si ces tumeurs ganglionnaires sont *tuberculeuses* ou *mélaniques*. Quoique très-limité ainsi, le diagnostic offre encore de grandes difficultés. Voyons donc d'abord si nous pouvons admettre la tuberculisation.

La meilleure preuve de la nature tuberculeuse des tumeurs des ganglions bronchiques serait, chez l'adulte, la constatation au sommet des deux poumons des signes de tubercules en évolution. Nous avons bien, depuis quelques jours, trouvé chez la femme qui fait l'objet de cette conférence quelques râles humides obscurs occupant les deux côtés de la poitrine en avant, ce qui pourrait faire croire à l'existence des tubercules dans les poumons. Mais aucun autre signe antérieur de tubercules ne s'est manifesté chez cette malade, et il est à remarquer que ces râles n'occupent pas leur siége habituel chez les tuberculeux immédiatement sous les clavicules, mais seulement à la partie moyenne de la poitrine, de la troisième à la quatrième côte de chaque côté. Je pencherais donc à ne voir ici qu'un de ces signes trompeurs de cavernes tuberculeuses qui ont été signalés par MM. Barthez et Rillet dans des cas analogues chez les enfants. L'âge de notre malade, qui a soixante-sept ans, ne fournit-il pas aussi une preuve indirecte de l'absence probable des tubercules? Je ne fais que poser la question; chez les adultes dont M. Fonssagrives a rapporté l'histoire, et qui étaient âgés de vingt-quatre à quarante-deux ans, l'engorgement tuberculeux a constitué la lésion ganglionnaire dans la plupart des cas.

Quant aux raisons qui pourraient me faire pencher pour un engorgement pigmentaire, je ne puis invoquer que l'insuffisance des signes de la tuberculisation d'une part, et d'autre part l'analogie du fait actuel avec celui que j'ai observé dans le service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu.

Mon diagnostic reste donc indécis, dans l'alternative d'un engorgement tuberculeux ou mélanique des ganglions bronchiques.

Je n'abandonnerai pas cette question de diagnostic, que je me suis efforcé de vous exposer sous toutes ses faces en joignant quelques faits nouveaux à ceux déjà publiés, sans faire quelques remarques au sujet des signes qui peuvent éclairer le diagnostic.

PRODUCTION DE BACTÉRIES ET DE VIBRIONS

dans les phlegmasies des bronches, des fosses nasales et du conduit auditif externe.

Par M. A. Fouchet.

A diverses reprises, j'avais remarqué que dans les phlegmasies de la trachée et des bronches, ainsi que dans celles des fosses nasales et du conduit auriculaire, certains malades, après une nuit absolument calme, se réveillaient en éprouvant une démangeaison extrêmement vive dans l'organe malade.

Les démangeaisons insupportables que produisent les *oxyurus vermicularis*, par leurs mouvements sur la muqueuse du rectum ou de la vulve, me firent présumer que peut-être le symptôme dont il vient d'être question provenait d'une cause analogue et était dû à la présence d'animalcules microscopiques. L'observation m'a démontré qu'il en était ainsi.

A deux reprises, sur un homme qui était affecté d'un léger catarrhe pulmonaire et qui se réveilla, après une nuit parfaitement calme, en éprouvant une vive démangeaison dans la trachée, je trouvai ses premiers crachats remplis d'une grande abondance de *bactéries* douées des plus rapides mouvements; avec ces microzoaires, on observait aussi des *monades*.

Une demi-heure après, l'expectoration ayant été abondante, les crachats n'offraient aucun de ces animaux et les démangeaisons étaient disparues.

J'ai fait la même observation sur une personne qui avait un coryza.

Enfin, sur un malade affecté d'une otite chronique externe, voici ce que j'ai observé à huit ou dix reprises :

Lorsque l'écoulement était peu abondant, toutes les fois que le malade éprouvait un sentiment de formication, un prurit prononcé dans le conduit auriculaire; si alors on en examinait la sécrétion puriforme, on y rencontrait toujours une quantité prodigieuse de bactéries douées de vifs mouvements saccadés. Avec celles-ci, souvent il existait des monades et quelques petits vibrions d'espèces indéterminables.

Lorsque l'écoulement était abondant ou avait lieu sans prurit, on n'y rencontrait aucun animalcule vivant.

Ces observations me portent à conclure que dans certaines circonstances, lorsque les sécrétions des muqueuses ou de quelques parties de la peau sont altérées par une phlegmasie, il s'y produit des bactéries, des vibrions et des monades, et que c'est probablement aux mouvements des premières, qui toujours y sont en masses serrées, qu'est dû le prurit insupportable qu'éprouvent les malades. En effet, ce phénomène n'avait pas lieu, soit quand la sécrétion n'offrait aucun de ces animalcules, soit quand elle n'en offrait que des morts.

Dans les sécrétions normales, soit des bronches, soit des fosses nasales ou du conduit auditif, on ne rencontre point les animalcules que nous venons de mentionner. Leur apparition coïncide avec l'altération morbide de ces sécrétions lorsque la température est élevée et que celles-ci restent à la surface des membranes et s'y altèrent rapidement sous l'influence des causes les plus propres à déterminer la putréfaction, telles que la chaleur, l'air et l'humidité.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 novembre 1864. — Présidence de M. Morin.

Sur un nouveau cas de filaire sous-conjonctival ou filaria oculi des auteurs observé au Gabon (côte occidentale d'Afrique). — M. Guyon communique sous ce titre la note suivante :

Le filaire dont j'ai à entretenir l'Académie se rencontre toujours entre la conjonctive et la sclérotique, de telle sorte que toujours aussi on peut le voir et suivre ses mouvements à travers la transparence de la première membrane. Abandonné à lui-même, on le voit disparaître après un certain laps de temps, souvent pour revenir et disparaître encore après un nouveau séjour, ce qui peut se répéter plusieurs fois. Quelle que soit la durée de son séjour sous la conjonctive, la seule apparition qu'il y fait suffirait pour nous autoriser à maintenir la dénomination sous laquelle nous l'avons désigné dans le temps, celle de *filaire sous-conjonctival*, alors même que cette dénomination ne serait pas nécessitée pour le distinguer d'un autre filaire rencontré dans l'intérieur de l'œil, le filaire du cristallin [*filaria lentis, filaria lenticolis, filaria oculi humani* de Nordmann (1)].

Déjà, et depuis longtemps, en 1838, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie (séance du 29 octobre) le cas de deux filaires existant sur le même sujet, l'un dans l'œil droit et l'autre dans l'œil gauche, mais qui se trouvaient parfois réunis dans le même œil. Le passage d'un œil à l'autre avait lieu avec la plus grande rapidité à travers le tissu cellulaire de la racine du nez. Ils étaient séparés, c'est-à-dire que l'un était dans l'œil droit, tandis que l'autre était dans l'œil gauche, lorsque l'opérateur fit l'extraction du dernier. Quelques heures après, de retour auprès de la malade pour extraire le ver de l'œil droit, l'opérateur le trouva passé dans l'œil gauche, d'où il en fit l'extraction par une nouvelle incision.

Le sujet était une jeune négresse de la Martinique venant de la côte d'Afrique. Les deux vers mesuraient de 3 à 4 centimètres. Ils ont été soumis à l'examen des zoologistes de l'époque.

Aujourd'hui j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie un parasite semblable provenant d'un nègre du Gabon, et dont l'extraction a été faite par un chirurgien de notre marine de l'Etat. C'est peut-être le plus grand qu'on ait encore extrait de l'œil : il mesure 15 centimètres. Cette longueur dit assez que, malgré les replis qu'il formait sous la conjonctive, il n'y était pas tout entier; qu'il n'y était que dans une partie de sa longueur, l'autre restant engagée dans les tissus d'où il s'était avancé sur le globe oculaire. Sans doute tel était à peu près celui observé en Amérique par M. le docteur Roulin.

Le filaire sous-conjonctival se voit assez fréquemment non pas seulement au Gabon, mais encore sur beaucoup d'autres points de l'Afrique occidentale, ainsi que le ver de Médine ou de Guinée. Son nom y varie selon les localités; il porte celui de *loa* au Congo et sur la côte d'Angola.

Un ancien chirurgien de marine, Guyot, donne sur le *loa* des détails étendus et pleins d'intérêt. Il rapporte le cas d'une négresse chez

(1) Rencontré par Nordmann en 1831, et peu après par Gescheidt; a été vainement cherché depuis par MM. Rayer et Davaine. Il existe aussi un filaire de la chambre antérieure de l'œil trouvé par le docteur Quatri, de Naples.

---

de vue de la protection et de la discipline. Elle a obtenu de plusieurs tribunaux et cours des jugements et arrêts qui consacrent son droit d'intervention contre l'exercice illégal de la médecine, non-seulement au point de vue du dommage matériel, mais encore au point de vue du dommage moral fait à la profession.

La situation financière de la Société centrale se résume par les chiffres suivants :

Solde en caisse le 1er janvier 1864. . .	1,645 fr.	72 c.
Sommes encaissées depuis le 1er janvier.	10,422	»
Total. . . .	12,067	72
La Société a accordé en secours. . .	3,200 fr.	
Elle a versé à la caisse de l'Association générale.	2,200	
Don à la caisse des pensions viagères d'assistance.	1,000	
Placement à la caisse des dépôts et consignations.	3,000	
L'avoir de la Société centrale, au 15 octobre, se compose de :		
Sommes versées à la caisse des dépôts et consignations avant 1864.	23,800	
Sommes versées à ladite caisse en 1864.	3,000	
Solde en caisse le 15 octobre 1864. . .	2,356	17
Total.	29,156 fr.	17 c.

La différence sur l'année précédente est, en faveur de 1864, de 4,355 fr. 35 c.

La liste du personnel de la Société, arrêtée le 8 janvier 1864, comprend 642 membres. Depuis cette époque, 35 nouveaux membres ont été admis. Par contre, la Société en a perdu 14, dont 5 par mutation et 9 par décès. Le nombre total des membres de la Société centrale au 30 octobre 1864 s'élève à 703. L'an dernier, à pareille époque, la Société comptait 658 membres; elle s'est augmentée de 45 adhérents.

Dans sa réunion du 31 octobre, l'assemblée des présidents et délégués a procédé à l'élection des membres du conseil général, dont le mandat était expiré cette année. Ont été réélus tous les membres sortants, savoir : les quatre vice-présidents, MM. Andral, Cazeneuve, Cruveilhier et Mabit; secrétaire général, M. A. Latour; vice-secrétaires, MM. Gallard et Léon Gros; conseillers, MM. Bardinet, Bernard (Claude), Bertillon, Bouillaud, Conneau, Denonvilliers, Guérin (Jules), Houzelot, Jeannel, Jobert (de Lamballe), baron Larrey, Laugier, Lévy (Michel), Lhomme, Mélier, Michon, Ricord, Sanderet, Ségalas, Tardieu, Vassel, Vernois. M. Barth a été élu en remplacement de M. Villermé, décédé. M. Barrier (du Rhône) et M. Seux (des Bouches-du-Rhône) ont été élus en remplacement de deux membres de l'ancien conseil général.

Une question avait été soumise au Conseil général, qui a jugé qu'il y avait lieu d'en faire l'objet d'un rapport à l'assemblée générale : Y a-t-il opportunité à demander aux pouvoirs publics la révision des lois qui régissent l'exercice de la médecine? — M. A. Latour, chargé de faire ce rapport, a exprimé, au nom du conseil, la pensée qu'il y a opportunité pour l'Association de s'occuper de la révision de la législation médicale en vue du projet de loi qui paraît être en ce moment à l'étude auprès des pouvoirs publics (le Conseil d'Etat et le ministère de l'instruction publique). Mais tout en croyant à l'opportunité de s'occuper des questions relatives à la révision de nos lois, dit le rapport, le Conseil général est arrivé à cette conviction que rien de sérieux et d'efficace ne peut être tenté avant que l'étude de ces questions, mise immédiatement à l'ordre du jour de toutes les Sociétés locales, ait produit une résultante de vœux qui puisse être considérée comme l'expression réelle de l'Association.

Le Conseil général, en conséquence, conformément aux conclusions de son rapporteur, invite toutes les sociétés locales à mettre immédiatement à leur ordre du jour l'étude des questions sur lesquelles elles désirent que porte la révision de la loi actuelle; il les invite à lui adresser d'ici au 1er mars prochain les résultats de leurs études et l'expression de leurs vœux. Il demande enfin à l'assemblée générale ses pleins pouvoirs pour employer les vœux de l'Association de la manière qu'il croira plus opportune et plus efficace.

Enfin l'assemblée, sur les conclusions de l'excellent rapport de M. Sanderet relatif au projet d'érection d'une statue à Laënnec, a décidé que deux commissions, l'une composée de tous les présidents des sociétés locales, l'autre choisie parmi les membres de la Société centrale, auraient à s'occuper de la réalisation de ce projet.

Par arrêté ministériel du 24 octobre, il sera publié, par les soins du ministère de l'instruction publique, un recueil (format in-4°) intitulé *Archives de la Commission scientifique du Mexique*.

laquelle existait un *loa*, qui disparut immédiatement après qu'il l'eut piqué involontairement, comme il pratiquait avec une lancette des mouchetures sur la conjonctive enflammée qui le recouvrait. Sur cinq nègres chez lesquels il en essaya l'extraction, en 1777 (avec une aiguille à suture qu'il passait sous le ver après avoir traversé la conjonctive), le ver lui échappa trois fois, en se retirant dans la profondeur de l'orbite, sans doute comme avait fait celui de la négresse précitée.

Plus récemment, en 1854, un autre chirurgien de marine, M. Lestrille, a observé au Gabon un nouveau cas de filaire sous-conjonctival. C'était sur un nègre, du nom de *Chicou*, qui était venu le prier de lui enlever quelque chose qui lui marchait dans l'œil. M. Lestrille reconnut de suite le parasite, et il en fit l'extraction avec des pinces. Une ouverture de la conjonctive avait d'abord été pratiquée avec des ciseaux courbes sur le plat.

Tous les zoologistes et tous les médecins savent que le ver dont nous parlons, comme celui de Médine ou de Guinée, si tant est qu'il en diffère, peut s'observer partout où vont des individus, indigènes et autres, qui en ont pris le germe dans les contrées où il est endémique (1). La science, jusqu'à ce jour, en a enregistré six cas pour différents points de l'Amérique.

Sur ces six cas, le parasite a été extrait quatre fois.

Comme on a dû le remarquer, le filaire sous-conjonctival ne se fait jamais jour à travers la conjonctive, comme le filaire de Médine à travers les téguments. Ce n'est pourtant pas que ce ver n'occasionne sur la membrane, soit à raison de sa taille et de son volume, soit à raison de ses mouvements, soit encore à raison de ces différentes circonstances réunies, une certaine irritation accompagnée de larmoiement; mais cette irritation, cette inflammation même, si l'on veut, n'est jamais portée au point de déterminer une solution de continuité qui permette la sortie du parasite. Quant à son extraction, elle peut se faire assez aisément, pourvu qu'on y apporte une certaine dextérité, car, comme on l'a vu, le parasite fuit l'instrument qui le touche ou cherche à le saisir. Pour la pratiquer, on incise avec une lancette, ou mieux avec des ciseaux, le pli que forme la conjonctive soulevée par une pince à disséquer; le ver est alors à nu au fond de l'incision : on l'y saisit, et on l'extrait avec une autre pince semblable, la première servant à tenir écartées les deux lèvres de l'incision.

Le filaire sous-conjonctival constitue-t-il une espèce particulière de filaire, différente de celui dit de Médine (*filaria Medinensis*), ou bien ne serait-il que celui-ci même dans le jeune âge, comme le pensent quelques zoologistes? D'autres pensent que ce serait peut-être le mâle de cette même espèce dont on ne connaît encore que la femelle. Mais ne se pourrait-il pas que la femelle pénétrât seule dans notre organisme après sa fécondation, à l'instar de la chique (*pulex penetrans*) qui, seule, y pénètre après la sienne?

En attendant que quelques recherches anatomiques, qui ne peuvent être faites que sur des sujets à l'état frais, viennent éclairer ces questions, nous ferons remarquer, comme propres à étayer l'identité des deux vers :

1° Que tous deux reconnaissent les mêmes contrées pour patrie, à savoir, l'Afrique tropicale surtout, l'Arabie, la Perse et l'Inde, et que tous deux aussi ont le tissu cellulaire pour habitat;

2° Que le filaire sous-conjonctival n'est pas particulier au tissu cellulaire de la conjonctive; qu'il n'y apparaît en quelque sorte que comme un oiseau de passage, et qu'il s'en éloigne, on peut le supposer du moins, lorsqu'il n'y trouve plus l'espace nécessaire à son développement.

Production de bactéries et de vibrions dans les phlegmasies des bronches, des fosses nasales et du conduit auditif externe.

M. F.-A. POUCHET fait sur ce sujet la communication suivante. (Voir plus haut.)

— M. MAGGIORANI adresse de Palerme une note contenant les résultats de nouvelles recherches qu'il a faites sur le rôle de la rate dans l'économie animale, surtout par rapport à la composition du sang. Sur plusieurs lapins provenant d'une même portée, mais dont les uns avaient subi l'ablation de la rate, tandis que les autres n'avaient été soumis à aucune opération, il a constaté que chez ces derniers le sang était moins abondant et d'une pesanteur spécifique moindre; qu'il contenait moins de fibrine, moins de globules rouges et une proportion de fer notablement inférieure. Il a constaté en outre que le sérum du sang des animaux ainsi mutilés contient plus d'albumine.

Cette note, qu'accompagne un mémoire plus étendu que l'auteur a publié dans un journal de Palerme (l'*Osservatore medico*), est renvoyée, avec l'imprimé, à l'examen de M. Bernard.

— M. EM. DECAISNE adresse une note ayant pour titre : *Des effets du tabac à fumer sur les enfants.*

Il y a trois ans, dit l'auteur, lorsque je m'occupais des recherches sur les altérations de la circulation provenant d'un usage excessif du tabac à fumer, recherches qui font l'objet du mémoire que j'ai soumis au jugement de l'Académie le 31 mai dernier, je fus frappé du nombre considérable d'enfants d'ouvriers qui avaient l'habitude de fumer, et je me demandai si cette habitude n'entrait pas pour quelque chose dans les cas si nombreux de chloro-anémie que je constatais chez eux chaque année. Je résolus donc de porter mes investigations sur ce point, sans me dissimuler les erreurs et les illusions auxquelles j'étais exposé.

Je savais en effet, avec Marshall-Hall et tous les hygiénistes, que les enfants qui travaillent dans les manufactures sont souvent anémiques, et que d'ailleurs les autres conditions mauvaises d'hygiène dans lesquelles ils se trouvent placés si souvent sont des causes puissantes d'altération du sang chez les jeunes sujets; aussi, à l'exception de deux, les observations qui font la base de ce mémoire ont été prises en dehors des manufactures et dans la classe aisée de la société, à Paris et à la campagne.

Ce travail, qui se rattache à celui que l'auteur avait précédemment adressé, est renvoyé à l'examen des mêmes commissaires : MM. Andral, Rayer, Bernard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 2 novembre 1864. — Présidence de M. RICHET.

M. LEGOUEST. Après avoir dit qu'il se propose, à l'exemple de Tenon, de s'appuyer sur des considérations pratiques, sans cependant trop entrer dans des questions de détail, il établit que l'étude des hôpitaux où une population constamment homogène et offrant des conditions individuelles à peu près semblables est une mine excellente à exploiter pour établir les lois de la salubrité des hôpitaux.

L'orateur veut entretenir la Société des hôpitaux du Val-de-Grâce, du Gros-Caillou et de Vincennes, qui représentent les hôpitaux urbains et suburbains.

Pour les hôpitaux du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou, dit-il, j'ai pris une période de trente-quatre ans, de 1830 à 1863 inclusivement. Pendant ce laps de temps, le Val-de-Grâce a toujours été régi par économie, c'est-à-dire directement par l'administration militaire; le Gros-Caillou a été régi par entreprise de 1830 à 1839; quant à l'hôpital de Vincennes, depuis son installation, qui date de juillet 1858, il est régi par économie.

Je crois indispensable de rappeler en quelques mots la disposition générale de ces hôpitaux et les améliorations qu'ils ont reçues.

L'hôpital du Val-de-Grâce, ancienne maison conventuelle, est un établissement fort irrégulier comme hôpital; il se compose d'un grand bâtiment quadrilatère, à peu près exactement orienté nord et sud, est et ouest, élevé de trois étages avec entre-sol, et circonscrivant une cour cloîtrée, d'une part; d'autre part, de trois bâtiments à rez-de-chaussée, un étage et combles, situés au milieu de jardins et reliés au cloître et entre eux par de longues galeries couvertes et fermées. Ces derniers bâtiments, orientés dans leur longueur nord et sud, datent de 1838.

Dans le vieux Val-de-Grâce se trouvent tous les services accessoires; les officiers malades, logés dans des salles d'un à six lits; des soldats malades (vénériens, peu de fiévreux), dans des salles dont quelques-unes basses et mal aérées ont jusqu'à 75 lits; enfin, la communauté des sœurs de Charité.

Les bâtiments neufs renferment chacun quatre salles de soldats malades de 50 lits, excepté le bâtiment C, affecté aujourd'hui, par une mesure qui sera rapportée sans doute, au casernement des infirmiers.

La superficie totale des terrains occupés par cet établissement est de 90,535 mètres carrés; la superficie occupée par les constructions est de 13,233 mètres carrés : sa contenance officielle en malades est de 927; mais il peut loger 19 officiers ou employés, dont plusieurs sont mariés, 287 infirmiers et 40 sœurs de Charité; total général : 1,280 personnes.

Il en résulte qu'à chacun de ces 1,280 habitants, malades ou valides, le Val-de-Grâce donne un espace de plus de 70 mètres carrés. Si l'on ne calcule cet espace que sur la contenance officielle de 927 malades, chacun de ceux-ci a près de 98 mètres carrés, comme à l'hôpital Saint-Louis. Mais comme le mouvement journalier des malades n'atteint jamais ou n'atteint qu'exceptionnellement la limite maximum de la contenance, le nombre de mètres affecté à chacun d'eux devient beaucoup plus considérable; ainsi, le Val-de-Grâce comptait, le 15 octobre, 371 malades, et donnait par conséquent à chacun d'eux un espace de 245 mètres carrés environ.

De plus, les vastes jardins de cet établissement, véritables réservoirs d'air, s'ouvrent largement à l'est, et, circonstance importante à noter, dominent tous les quartiers environnants.

L'hôpital militaire du Gros-Caillou est situé au coin de la rue de la Vierge et de la rue Saint-Dominique-Gros-Caillou, à cent mètres du Champ de Mars, dont il est séparé par un rideau élevé de maisons particulières, à trois cents mètres du quai d'Orsay, dans les mêmes conditions. Il occupe un quartier bas et humide, dans la vallée de la Seine, dont il ne reçoit pas les vents, garanti ou mieux privé qu'il en est par les constructions voisines.

Il se compose 1° d'un massif de petits bâtiments à un étage, assez irrégulièrement distribués, présentant trois petites cours intérieures et renfermant tous les services accessoires : les sœurs de charité, les officiers malades et les vénériens;

2° D'un bâtiment isolé au milieu d'une grande cour plantée d'arbres, orienté nord et sud; contenant un rez-de-chaussée, deux étages et des combles. Chaque étage compte deux salles de 36 lits disposés sur deux rangs : total, six salles de 36 lits ayant chacune douze fenêtres opposées les unes aux autres. Par une galerie du rez-de-chaussée, l'extrémité ouest de ce bâtiment communique avec;

3° Un bâtiment datant de 1844, exposé est et ouest, renfermant aussi trois étages et six salles, mais chacune de 22 lits seulement. Ce bâtiment ferme à l'ouest la cour disposée en jardin, et n'est séparé que par un espace de 10 mètres des maisons voisines.

La superficie totale des terrains occupés par cet établissement est de 16,300 mètres carrés; la superficie occupée par les constructions est de 5,579 mètres carrés. Sa contenance officielle en malades est de 633; en infirmiers ou employés, 236; plus 25 sœurs de charité. Ce qui donne pour chaque habitant, valide ou malade, un peu plus de 18 mètres carrés; pour chaque malade, 25m,70c carrés, c'est-à-dire près de moitié moins d'espace qu'à la nouvelle Maison de santé, où chaque malade n'a que 42 mètres. Je me hâte d'ajouter que son personnel est toujours loin d'être complet et que ses lits sont loin d'être toujours occupés. Son mouvement, le 25 octobre, était de 187 malades; chacun de ceux-ci avait alors un espace de plus de 87 mètres carrés.

Voilà pour les hôpitaux urbains.

L'hôpital de Vincennes est situé à peu près à l'entrée de cette localité, à droite de la route de Paris à Strasbourg, au delà de Saint-Mandé. Il se compose de deux longs bâtiments orientés nord et sud, distants de 80 mètres, réunis par une galerie couverte et à rez-de-chaussée, située à leur extrémité ouest, avec un corps de logis formant façade vers la route, orienté est et ouest et renfermant les services accessoires. Les bâtiments parallèles ont un rez-de-chaussée, deux étages et des combles.

Cet établissement, le seul des établissements militaires qui ait un appareil de ventilation, passe pour être le modèle-type des hôpitaux à construire : ses jardins s'ouvrent à l'est vers le bois de Vincennes; la superficie totale des terrains qui lui appartiennent est de 44,400 mètres carrés; ses constructions occupent 5,250 mètres carrés. Il peut contenir 642 malades et donne à chacun d'eux un espace de 70 mètres carrés environ; mais son mouvement journalier habituel est au-dessous de 200 malades; le 23 octobre il était de 171; chaque malade avait par conséquent un espace de près de 250 mètres carrés.

J'arrive aux faits et à leurs déductions pratiques. J'ai relevé le nombre des malades traités et le nombre des décès dans ces trois hôpitaux; pour le Val-de-Grâce et pour le Gros-Caillou, depuis 1830 jusqu'en 1863, comme je l'ai dit; pour l'hôpital de Vincennes depuis sa mise en service en juillet 1858.

Dans ces périodes tout entières, on trouve que la mortalité générale est pour le Val-de-Grâce de 4,445 pour 100, pour le Gros-Caillou de 4,880 pour 100, pour l'hôpital de Vincennes de 2,110 pour 100.

Les deux premiers établissements ont reçu, depuis un certain nombre d'années, des améliorations qui ont fait fléchir la mortalité. Dans la période comprise entre 1858 et 1863, commune aux trois hôpitaux, la proportion des décès a été pour le Val-de-Grâce de 3,276 p. 100, pour le Gros-Caillou de 2,971 pour 100. Néanmoins la différence en faveur de l'hôpital de Vincennes est encore sur le Val-de-Grâce de 1,166 pour 100, sur le Gros-Caillou de 0,861 pour 100; et il y a tout lieu de l'attribuer non-seulement à la bonne installation de cet hôpital, mais surtout à sa situation à la campagne.

J'ai dit tout à l'heure que le Val-de-Grâce avait reçu des améliorations : ces améliorations consistent dans la construction des bâtiments au milieu des jardins et dans l'abandon progressif, comme logement de malades, du bâtiment du cloître.

Les nouveaux bâtiments datent de 1838 et ont été occupés en 1840. En comparant la mortalité de 1830 à 1840 à celle des périodes décennales qui suivent, nous verrons combien cet hôpital a gagné en salubrité.

De 1830 à 1840, il a reçu, dans les vieux bâtiments exclusivement, 99,619 malades, sur lesquels il en a perdu 5,082; proportion des décès, 5,101 pour 100.

De 1841 à 1851, les vieux bâtiments ont été peu à peu vidés, sans être abandonnés; ils ont reçu les officiers, des vénériens et un certain nombre de fiévreux. Dans cette période, le Val-de-Grâce a reçu 92,837 malades; il en a perdu 3,972; proportion des décès, 4,278 pour 100.

De 1852 à 1863 il a reçu, dans les mêmes conditions, 97,823 malades; il en a perdu 3,847; proportion des décès, 3,932 pour 100.

A mesure que nous avançons vers 1863 et que nous abandonnons le vieux Val-de-Grâce, c'est-à-dire les salles de 70 lits et les bâtiments à trois étages; à mesure que nous pouvons laisser reposer les salles de malades, s'il est permis de s'exprimer ainsi, c'est-à-dire que nous pouvons les laisser alternativement vides pendant un mois, six semaines, deux, trois mois et plus, nous voyons baisser la mortalité. Dans la première période elle est de 5,101 pour 100; dans la deuxième de 4,278 pour 100; dans la dernière de 3,932 pour 100. Différence entre la première et la dernière période : 1,169 pour 100. Dans l'espace de trente-quatre ans, la mortalité du Val-de-Grâce est donc descendue de 1,169 pour 100. Peut-être trouvera-t-on que c'est peu de chose; mais chacun de nous, je n'en doute pas, s'estimerait heureux de faire partie de cette petite minorité.

Le travail que j'ai fait pour le Val-de-Grâce, je l'ai fait aussi pour le Gros-Caillou, et il m'a donné les résultats suivants :

De 1830 à 1840, l'hôpital du Gros-Caillou a reçu 79,953 malades; il en a perdu 4,864; proportion des décès, 6,083 pour 100.

De 1841 à 1851, il a reçu 68,736 malades; il en a perdu 3,143; proportion des décès 4,572 pour 100. C'est dans cette période qu'a été élevé le bâtiment neuf dont nous avons parlé (1841-1843); que les locaux affectés aux malades ayant été agrandis ont permis de laisser chômer successivement des salles jadis toujours occupées. En même temps, le nombre des malades reçus diminue notablement; il était de 79,953 dans la première période, il est de 68,736 dans la seconde : différence 11,247.

Dans la période de 1852 à 1863, pendant laquelle de grands travaux d'assainissement, larges boulevards, égout collecteur, plantation d'arbres, etc., ont été exécutés dans le quartier du Gros-Caillou, l'hôpital a reçu 55,657 malades; il en a perdu 1,800; proportion des décès, 3,234 pour 100. Le nombre des malades entrés a diminué dans une proportion plus notable encore que celle de la seconde période comparée à la première, de 13,079.

Ici, et d'une façon plus marquée qu'au Val-de-Grâce, à mesure que nous avançons vers 1863, c'est-à-dire que le mouvement des malades diminue, que ceux-ci sont plus au large, que le principe des salles de rechange peut être régulièrement appliqué, la mortalité baisse : elle était de 6,083 pour 100 dans la première période; de 4,572 pour 100 dans la deuxième; elle est dans la troisième de 3,234 pour 100; différence entre la première et la dernière période, 2,849 pour 100.

Laissant de côté les mortalités insolites des épidémies de choléra, 1832, 1849, 1853, 1854; la mortalité qui frappa en 1848 les gardes mobiles, dont nos hôpitaux furent encombrés; la mortalité qui succéda aux guerres d'Orient, 1854, 1855, 1856, et d'Italie, 1859, laquelle pesa surtout sur le Val-de-Grâce et sur l'hôpital de Vincennes, qui reçut beaucoup de malades du camp de Saint-Maur, nous voyons que la mortalité générale des hôpitaux du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou va s'affaiblissant chaque jour. Mais la diminution de la mortalité n'est pas la même dans les deux établissements : de la première à la deuxième période (1841 à 1851), elle est de 0,823 pour 100 au Val-de-Grâce, de 1,511 pour 100 au Gros-Caillou, où néanmoins la mortalité est encore plus grande qu'au Val-de-Grâce. Dans la troisième période (1852 à 1863), la mortalité baisse encore : au Val-de-Grâce, de 0,346 pour 100; au Gros-Caillou, de 1,338 pour 100; de sorte qu'elle devient moindre au Gros-Caillou qu'au Val-de-Grâce de 0,698 pour 100.

La mortalité moindre du Gros-Caillou, comparée dans cette dernière période à celle du Val-de-Grâce, s'explique très-bien; d'une part, par le petit nombre des malades, 55,657, entrés à cet hôpital, tandis que le nombre des malades reçus au Val-de-Grâce est de 97,823; d'autre part, par la qualité des malades reçus au Gros-Caillou, hommes de la garde impériale, mieux payés, mieux nourris, mieux choisis, plus faits que ceux de la ligne. Il est nécessaire de tenir compte de cette condition, lorsqu'on sait que la mortalité générale de la garde impériale est de 7,07 pour 1000, tandis que la mortalité de l'infanterie de ligne est de 9,74 pour 1,000, celle de l'infanterie légère 10,70 pour 1,000. Il n'est pas moins indispensable de rappeler que l'hôpital du Val-de-Grâce est l'établissement sur lequel on évacue, des hôpitaux de la province, tous les malades atteints d'affections internes ou d'affections chirurgicales réputées graves, chroniques, incurables ou nécessitant des opérations sérieuses. Ces circonstances sont de nature à faire considérer comme relative

(1) J'ai observé deux fois à Alger le ver de Médine : la première fois sur un Maure, de retour depuis deux à trois mois du pèlerinage de la Mecque, et la seconde sur un marin anglais venant des Indes orientales, d'où il était parti depuis cinq à six mois.

seulement la supériorité de mortalité du Val-de-Grâce sur le Gros-Caillou.

De tout ce qui précède, je pense qu'on peut tirer des conclusions qui sont loin d'être neuves, il est vrai, qui sont analogues à celles que les orateurs précédents ont formulées, mais ne sauraient être assez répétées afin qu'elles s'inculquent profondément dans les esprits et dans l'opinion publique :

1° Les hôpitaux situés en dehors des villes sont plus salubres que les hôpitaux urbains.

2° Les hôpitaux dont les bâtiments destinés aux malades sont construits sur une seule ligne et perdus au milieu de vastes jardins, comme au Val-de-Grâce, sont dans les meilleures conditions.

3° Que si ces conditions sont irréalisables, on peut y suppléer, jusqu'à un certain point, par la construction de salles de rechange, comme on l'a fait au Gros-Caillou en élevant le bâtiment neuf.

4° La mortalité dans les hôpitaux est en rapport relatif avec le nombre des malades, c'est-à-dire qu'un hôpital recevant 300 malades en perdra relativement moins qu'un hôpital en recevant 600 ; si le premier perd 2 pour 100, le second perdra plus de 4 pour 100.

J'ajouterai, pour être juste, que nos hôpitaux diffèrent notablement des hôpitaux civils ; ceux-ci sont toujours pleins, les nôtres le sont très-rarement : c'est ainsi que le mouvement maximum des malades du Val-de-Grâce en 1863 a été de 576, le mouvement minimum de 408, tandis qu'il y a place pour 927 ; et que le mouvement maximum du Gros-Caillou en 1863 a été de 296, le mouvement minimum de 177, tandis qu'il y a place pour 633 malades. Aussi la mortalité y est-elle sensiblement différente : quand nous voyons la mortalité du Val-de-Grâce, depuis 1830, être de 4,445 pour 100, celle du Gros-Caillou de 4,880 pour 100, nous voyons la mortalité des hôpitaux civils généraux, les seuls que nous puissions comparer aux nôtres, être de 10,138 pour 100 dans la même période. L'hôpital Saint-Louis seul, depuis qu'il a cessé d'être un hôpital spécial, donne une mortalité, 5,45 pour 100, analogue, mais encore supérieure à celle des nôtres ; et c'est aussi le seul hôpital civil dont l'étendue superficielle se rapproche de celle du Val-de-Grâce. Enfin je rappellerai les conditions que je signalais précédemment, à savoir : les différences considérables existant dans la qualité des malades civils et des malades militaires.

Plusieurs de nos honorables collègues ont parlé, à propos de l'hygiène des hôpitaux, des intérêts de l'enseignement professionnel ; d'autres ont abordé les questions d'économie sociale ou d'économie budgétaire. Je terminerai cette allocution, que je crains d'avoir faite trop longue, en disant que le meilleur enseignement qu'on puisse donner est d'économiser la vie des hommes, ce qui est aussi le meilleur moyen de ménager la fortune publique. J'en donne immédiatement la preuve : jadis le budget annuel des hôpitaux, au ministère de la guerre, était calculé d'après cette donnée que le vingtième de l'effectif de l'armée devait être malade et hospitalisé ; aujourd'hui le budget n'est plus calculé que sur le vingt-troisième de l'effectif, et il pourrait l'être sur le vingt-septième, sur le trentième même, si les prévisions étaient moins larges.

A notre époque, les questions d'argent dominent et semblent juger toutes les autres : moins de dépenses et moins de décès, voilà où en est arrivé le ministère de la guerre depuis 1830. Ce très-remarquable résultat a été obtenu, il est vrai, par des procédés complexes, tels que la sévérité apportée dans les opérations du recrutement, l'amélioration du régime du soldat, la délivrance plus opportune de congés de réforme ou de convalescence, etc. ; mais les progrès de notre hygiène hospitalière, il est impossible de le nier, y ont concouru dans une mesure très-importante. Espérons que cet enseignement, s'il est connu de l'administration de l'Assistance publique et de l'édilité parisienne, sera pris en considération dans les projets de reconstruction de l'Hôtel-Dieu.

M. GIRALDÈS. M. Legouest vient de nous démontrer l'excellence du précepte établi par Pillore, de Rouen, précepte que j'ai rappelé, celui de la nécessité des salles de rechange dans les hôpitaux. M. Legouest a déclaré en commençant son discours que pour lui la mortalité d'un hôpital donnait la mesure de sa salubrité. Les arguments dont il a fait usage démontrent précisément le contraire. N'êtes-vous pas frappés, en effet, de voir dans des conditions identiques la mortalité de la garde toujours moins élevée que celle de la ligne, et celle-ci moindre que celle des troupes légères ?

Dans un remarquable travail statistique, le docteur Guy a démontré que la mortalité de Saint-George's hospital, placé dans les plus belles conditions, admirablement tenu et dirigé, est à peu de chose près la même que celle de King's College. Or ce dernier hôpital est dans un quartier resserré, insalubre, masqué par le Collége des chirurgiens et bâti sur un ancien cimetière, tandis que Saint-George est au milieu des parcs immenses de Londres. Le fait sur lequel j'insiste ne m'appartient pas ; mais je ne saurais trop répéter que, si l'on veut ne pas se tromper, il faut entrer très-avant dans l'étude des conditions offertes par chaque malade en particulier, et fouiller avant de conclure dans tous les éléments de la question.

M. LEGOUEST. Je crains de m'être fait mal écouter par mon honorable collègue. J'ai dit, et je répète, que les hôpitaux militaires offraient d'excellents éléments de comparaison ; que l'on y avait affaire à une population de même sexe, de même âge, soumise aux mêmes conditions hygiéniques et réglementaires ; mais j'ai eu soin cependant, avant de comparer, d'écarter tout ce qui pouvait introduire quelque trouble dans mes éléments de comparaison. Ainsi, toutes les causes de mortalité insolite, les guerres de Crimée et d'Italie, les épidémies, puis les conditions individuelles, etc. Je crois donc pouvoir maintenir mes affirmations, et dire que lorsque l'on a ainsi tenu compte de toutes les circonstances accessoires, il faut bien, si la mortalité est plus ou moins forte, reconnaître que le milieu dans lequel on se trouve influe sur ces résultats.

M. TRÉLAT. Les faits énoncés par M. Giraldès sont parfaitement connus ; mais il en tire des conclusions erronées. Non, la mortalité d'un hôpital n'est pas le résultat exclusif de sa salubrité, mais elle en est le résultat pour une certaine part que l'on peut apprécier. Quand on étudie la mortalité d'une ville, d'un État, et qu'on voit cette mortalité subir des variations, on cherche leur cause, et il est rare qu'elle échappe. Nous appliquons ces données générales aux hôpitaux, et nous cherchons quelles causes font varier leurs résultats mortuaires ; et s'il arrive que ces variations soient constantes d'hôpital à hôpital, qu'elles portent sur la totalité des malades, sur les malades de chirurgie, sur certaines opérations semblables, et par conséquent comparables, nous sommes en droit de conclure que cet hôpital, abstraction faite de toute autre influence, est moins favorable à la guérison des malades de médecine, de chirurgie, des amputés, qu'un autre hôpital où les mêmes résultats sont meilleurs.

Assurément, pour tirer des conclusions rigoureuses, il faut comparer entre eux des faits comparables ; c'est ce que vient de faire M. Legouest, c'est ce que faisait M. Le Fort dans l'une de nos dernières séances, quand il comparait les résultats des amputations et d'amputations identiques dans les hôpitaux des villes et dans ceux de la campagne, dans les petits et les grands hôpitaux ; c'est enfin ce que je faisais moi-même quand, à propos de l'hôpital Lariboisière, je disais que le chiffre de mortalité était plus élevé dans toutes ses divisions, que les causes extérieures qu'on avait invoquées n'existaient pas, et que les mêmes opérations y étaient plus meurtrières que dans d'autres hôpitaux.

Je le répète, la salubrité d'un hôpital est l'une des causes qui modifient sa mortalité ; mais parce que cette cause n'est pas la seule, il ne faut point la nier. Les administrateurs font assez souvent cette faute de logique que nous devons combattre. Parce qu'un hôpital leur semble bien disposé, ils le déclarent salubre, et si le résultat ne répond pas à leur attente, ils invoquent toutes sortes de motifs, bons ou mauvais, et se refusent à admettre le plus évident de tous, le plus constant, celui qui tient à l'hôpital. Quant à nous, si nous prouvons que, toutes choses égales d'ailleurs, les mêmes faits donnent ici un résultat plus mauvais que là, et cela non pas pendant quelques jours ou quelques mois, mais pendant longtemps, pendant une série d'années, nous avons établi du même coup que cet hôpital-ci est inférieur à cet hôpital-là au point de vue de la salubrité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

Par décret en date du 10 novembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Delasalle et Nicolas, chirurgiens de 1re classe de la marine ; Bon, chirurgien de 2e classe de la marine.

— Par arrêté ministériel du 31 octobre :

M. Grisolle, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, est nommé premier assesseur près ladite Faculté, pour l'année classique 1864-1865 ;

M. Laugier, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, est nommé deuxième assesseur près ladite Faculté, pour l'année classique 1864-1865 ;

M. Malgaigne, professeur d'opérations et d'appareils à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer pendant le premier semestre de l'année classique 1864-1865, par M. le docteur Duchaussoy, agrégé près ladite Faculté.

— Les épreuves du concours de l'internat pour les hôpitaux de Lyon se sont terminées le 26 octobre dernier.

Ont été proclamés internes : MM. Durand, Grand-Clément, Merle, Carrier, Mocquin, Nodet, Reuillet, Drivon, Bravais, Brun, Masson, Morin et Cledou.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le jeudi 17 novembre, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Visite des malades tous les jours à sept heures et demie.

— Dans sa séance du 8 novembre dernier, la Société de médecine de Caen a renouvelé son bureau pour l'année 1864 1865.

Ont été nommés : *président*, M. le docteur Roulland ; *vice-président*, M. le docteur Delangle ; *secrétaire*, M. le docteur Eugène Postel ; *vice-secrétaire*, M. le docteur Leclerc ; *trésorier*, M. le docteur Hornez.

Le Directeur, Dr E. Le Soud.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 134. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 134. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DU L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 NOVEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

La plus grande partie de cette séance a été occupée par la lecture de rapports officiels annuels, dont il ne nous est permis de prendre connaissance qu'après l'impression. Un tour de lecture a été accordé, entre la correspondance et ces rapports, à l'un des correspondants de l'Académie, M. le docteur Gaillard (de Poitiers). Dans un mémoire substantiel, dont il n'a communiqué à l'Académie que quelques extraits seulement, vu le peu de temps qui a pu lui être accordé, M. Gaillard a exposé les résultats que lui a donnés l'application des méthodes de redressement de Bonnet (de Lyon) dans le traitement des coxalgies rhumatismales anciennes. On verra, par l'énumération seule des faits reproduits au compte rendu, que si ces résultats sont certainement très-satisfaisants et méritent, d'une manière relative au moins, la qualification de *guérison*, ils laissent encore assez à désirer cependant pour qu'on doive s'attacher, pour l'avenir, à obtenir mieux encore. — Par quel moyen, dira-t-on? — En s'étudiant sérieusement à mieux connaître dans ses périodes initiales, et à combattre énergiquement dès son principe la maladie, qui, abandonnée à ses évolutions naturelles, produira fatalement plus tard des désordres auxquels on ne pourra plus qu'incomplétement remédier.

M. J. Guérin a présenté à ce sujet quelques considérations pleines de justesse et rappelé, à l'appui, quelques exemples dont nous avons été témoin, et qui nous ont montré, en effet, soit sur plusieurs sujets, soit sur le même, la série successive et la corrélation manifeste des principaux phénomènes dont se compose l'évolution complète de certaines arthropathies, depuis la simple douleur initiale des parties molles extra-articulaires, jusqu'aux déformations permanentes les plus irréductibles (1).

— La séance a été terminée par un comité secret.

Dr Brochin.

(1) Je me rappelle notamment l'histoire d'une jeune fille, citée par M. Guérin, qui présentait d'un côté une de ces déformations irréductibles de la hanche, tandis que de l'autre côté elle éprouvait des symptômes exactement semblables à ceux qui avaient marqué le début de l'affection, douleurs nerveuses et musculaires péri-articulaires, avec commencement de contracture semi-paralytique, symptômes qui furent heureusement enrayés par l'emploi énergique et plusieurs fois répété des frictions stibiées, des purgations et l'immobilisation du membre. B.

HOPITAL BEAUJON. — M. MOUTARD-MARTIN.

Observation de pellagre.

Recueillie par M. FAURE, interne du service.

Le nommé G... (Honoré), âgé de quarante-six ans, est né aux environs de Paris; il est venu jeune dans cette ville et y a toujours habité; il n'a jamais voyagé. Il est maçon, et son salaire a toujours suffi à tous ses besoins; il n'a jamais eu à souffrir de la misère. Sa femme et sa sœur nous ont affirmé qu'il avait des habitudes régulières et qu'il n'a jamais commis d'excès.

Il avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque au printemps de 1862 il a été pris d'une faiblesse insolite des membres inférieurs et d'un tremblement des mains: nous n'avons pu obtenir de renseignements détaillés sur les accidents qu'il a éprouvés à cette époque; nous savons seulement qu'il a été obligé de prendre le lit plusieurs fois, et que sa maladie a duré trois ou quatre mois; sa santé s'est complétement rétablie dans le courant de l'été.

Au printemps de l'année suivante, il a été repris des mêmes accidents; cette fois il a dû garder le lit pendant quatre mois consécutifs: il avait perdu l'appétit, il avait même des vomissements et souvent de la diarrhée; il a eu en outre sur le dos des mains une rougeur qui a duré quinze jours ou trois semaines seulement, et qui, au dire de sa sœur, n'aurait pas été suivie de desquamation; il a eu en même temps une exagération telle de la sensibilité sur le dos des pieds, qu'il ne pouvait supporter le poids des couvertures. Sa santé s'est encore rétablie complétement dans le courant de l'été.

Les mêmes accidents se sont reproduits au mois d'avril 1864. La faiblesse des membres inférieurs est encore plus grande que l'année précédente; il se plaint de souffrir dans la région de l'estomac; il ne peut rien manger et vomit tous les aliments solides; l'éruption du dos des mains a reparu. Enfin, au commencement de juin, il a commencé à déraisonner; jamais auparavant on n'avait remarqué de trouble dans ses idées ni de changement dans son caractère.

Il entre à l'hôpital Beaujon le 8 juin. On est frappé au premier abord de l'altération de ses traits; il paraît hébété, ses yeux sont sans expression; la peau présente une teinte jaune feuille morte, elle est sèche, ridée, sans chaleur; il est considérablement amaigri; ses conjonctives présentent une teinte subictérique.

Ses réponses sont lentes, incertaines; il ne peut rendre compte de ce qu'il éprouve ni donner de renseignements sur sa maladie; il paraît agité et se remue sans cesse dans son lit; ses mouvements sont brusques, saccadés; lorsqu'il veut saisir un objet, sa main tremble; le même tremblement s'observe dans les muscles de la face; le pouls, d'une faiblesse extrême, bat 100 fois par minute.

La peau des mains présente une éruption limitée en haut par les plis du poignet et descendant jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes; la peau est épaissie, ridée, d'un rouge sale, couverte de plaques épidermiques larges et minces, se détachant facilement. On ne trouve rien de semblable sur le dos des pieds; mais la peau de cette région présente une exagération de la sensibilité.

Cette hyperesthésie est d'autant plus remarquable que partout ailleurs la sensibilité cutanée est très-obtuse.

Sa vue est troublée, il voit souvent les objets doubles.

La langue est rouge, un peu sèche, tremblotante; il n'a pas d'appétit; il se plaint d'une douleur au creux de l'estomac. Il a de la diarrhée depuis plusieurs jours.

Dès son entrée, il est soumis à un régime tonique; néanmoins son état ne fait qu'empirer: la nuit il délire et trouble le sommeil de ses voisins, on est même obligé de l'attacher; il a continuellement de la diarrhée et va sous lui. Le tremblement des mains et de la face augmente, sa langue se sèche, devient fuligineuse; son intelligence s'affaisse de plus en plus.

Le 17 juin, il tombe dans le coma et meurt trois jours après.

Autopsie trente-six heures après la mort.

Quoique la température n'ait pas été très-élevée, on trouve tous les organes dans un état de putréfaction très-avancée.

Centres nerveux. — La pie-mère et l'arachnoïde sont épaissies et vivement injectées, surtout à la base du cerveau. Les couches superficielles sont manifestement ramollies; le ramollissement est beaucoup plus prononcé sur la face inférieure du cervelet et s'étend plus profondément, surtout sur le lobe gauche, où il atteint le centre de l'organe.

La moelle est ramollie dans toute son étendue; à la région dorsale, elle est réduite en une bouillie très-claire, que le plus petit filet d'eau entraîne. Les méninges rachidiennes sont aussi injectées et épaissies.

Tube digestif. — La muqueuse de l'estomac présente une teinte rouge brun; elle est soulevée en plusieurs endroits par des gaz; elle ne paraît pas ramollie.

La muqueuse intestinale n'offre rien à noter.

Le foie est considérablement anémié et ramolli. La rate est en bouillie noire, verdâtre, d'une odeur infecte.

Le rein droit présente deux foyers apoplectiques, dont l'un est de la grosseur d'une noix.

Nous avons insisté sur les antécédents du malade, parce qu'ils ne nous présentent aucune des circonstances étiologiques ordinaires de la pellagre. Non-seulement G... n'a jamais habité les localités où règne la pellagre ni fait usage du maïs, mais encore il ne s'est jamais trouvé dans ces conditions de misère et de mauvaise alimentation qu'on a notées dans la plupart des observations de pellagre, et auxquelles on attribue une grande influence sur la production de cette maladie.

Sous tous les autres rapports, cette observation est d'accord avec les descriptions qu'on a données de la pellagre endémique. La maladie a affecté une marche périodique; elle s'est montrée trois ans de suite au printemps, disparaissant pendant l'été. Elle a débuté par un affaiblissement général; puis ont paru des

BIBLIOGRAPHIE.

De la mélancolie, par E. DUVIVIER, D.-M.-P., inspecteur des manufactures du département de la Seine, etc. (1).

Tout auteur qui écrit un livre a l'habitude de se recommander au lecteur par une préface dans laquelle il fait connaître les motifs qui l'ont poussé à prendre la plume, et il démontre que *le besoin du livre qu'il émet se faisait généralement sentir.*

M. Duvivier a manqué à ces deux précautions, et il nous fait presque un début *ex abrupto.*

Qu'est-ce que la mélancolie? — Est-elle une maladie de l'esprit? — Est-elle une maladie du corps? — C'est ainsi que notre confrère entre en matière. Dès les premières lignes, on s'aperçoit qu'il doit être animiste.

Animiste, soit. Nous ne l'en blâmons pas; M. Duvivier en a le droit; car si la liberté existe quelque part, c'est à coup sûr dans la science. On éprouve bien quelquefois de petites disgrâces, on est victime de quelques petits oublis, on se crée quelques inimitiés; mais on est libre, et c'est déjà beaucoup.

M. Duvivier a emprunté sa définition de la mélancolie à un emprunteur; il l'a demandée au *Dictionnaire* de M. Bouillet. Nous professons la plus grande estime pour M. Bouillet et son dictionnaire, approuvé par N. S. P. le Pape, mais nous aurions préféré la définition que donnait Arétée, 1750 ans avant M. Bouillet, ou bien celle d'Esquirol ou de Pinel.

La folie est-elle, comme le veut M. Jousset (Acad. des sciences, 29 août 1864), une maladie dont l'aliénation serait le symptôme caractérisé par trois éléments: hallucination, impulsion, idée délirante? C'est ce que va décider l'Institut de France, par la bouche trop souvent muette de MM. Serres, Andral et Rayer.

Nous acceptons l'opinion admise par M. Duvivier, sur la prépondérance de la psyché dans la mélancolie. Il y a longtemps déjà que matérialistes et spiritualistes se sont trouvés aux prises, et que, comme l'a démontré M. Delasiauve dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, ce conflit se trouvait sans issue, chaque adversaire étant retranché dans un camp inexpugnable.

Qu'on ne croie pas trouver dans le livre de M. Duvivier un ouvrage didactique, méthodiquement divisé en causes, symptômes, pronostic et traitement; M. Duvivier a visé plus haut; il a fait une sorte de pathologie générale de la mélancolie, qu'il a divisée en deux genres, à l'exemple de M. Michéa; l'un, borné aux facultés affectives, dans lequel il y a toujours conscience du désordre; l'autre, portant également sur les facultés affectives et sur les facultés intellectuelles.

Pour M. Duvivier il y a cinq variétés dans la mélancolie: il y a la monomanie suicide, la nostalgie, la panophobie, l'érotomanie, la mélancolie religieuse.

Notre confrère a consacré la moitié de son livre au traitement, qui est pharmaceutique, hydriatique, physique et moral. Là il a donné une libre expansion à ses idées philanthropiques.

« L'anatomie pathologique, dit-il, ne peut nous montrer une lésion, même légère et variable, dans les organes de celui qui a présenté durant sa vie les symptômes du délire ambitieux, religieux, maniaque, érotique, mélancolique. » Partant de ce principe, exact dans la majorité des cas, mais cependant pas toujours, il cherche à la fois à faire fonctionner le corps et l'intelligence. Le travail est le meilleur remède contre le spleen; « Nulle part, dit-il, Dieu ne s'est contenté d'une pensée, pour qu'elle s'évanouit bientôt dans la rêverie... Sans le travail, la vie est triste, le vice envahit le cœur, la satiété et l'ennui s'emparent de l'âme... » Mais au travail il faut unir l'affection; il faut à la sensibilité et à l'intelligence une sorte de gymnastique morale, sans laquelle l'harmonie est rompue; il faut équilibrer le système musculaire avec le système sensitif; il faut apporter continuellement à tous nos organes un surcroît de leurs éléments basiques. Ce sont ces opinions qui ont dirigé les médecins aliénistes anglais dans la création de leurs cottages, et que M. Girard de Cailleux fait entrer si sagement dans ses plans pour les nouveaux asiles du département de la Seine.

M. Duvivier termine son livre par un chapitre sur le traitement moral, qui est le complément indispensable du traitement physique. Après avoir rappelé avec l'éloquence d'un homme convaincu le rôle du médecin dans ces circonstances, il le résume en ces trois mots: Charité, justice, résignation.

Le vide est l'un des plus grands maux qui affligent l'humanité, aussi bien en politique qu'en religion, qu'en amitié. Le scepticisme est l'un des plus grands fléaux de notre siècle. « Rattachons-nous donc, s'écrie M. Duvivier, rattachons-nous avec énergie à la morale et à cette élite de cœurs généreux, d'esprits vaillants, éprouvés dans les luttes de la vie: hommes aux convictions ferventes, qui, divisés sur des points de détail, s'accordent sur l'honneur et sur la vertu, et sont au milieu de nous comme une protestation vivante contre les envahissements de cette philosophie dont les adeptes proclament qu'ils travaillent à détruire dans la jeunesse la foi en Dieu, à l'âme, à la vie future! »

Nous trouvons dans le livre de M. Duvivier du savoir, de la conviction, de la vérité, et parfois de l'éloquence. En faut-il davantage? L'auteur est partout lui-même; mais quelques excursions chez le vieux Lorry, chez Rob. Burton, chez MM. Semelaigne et Colin n'auraient pas gâté son œuvre.

Dr A. CORLIEU.

Traité élémentaire des fièvres, par le Dr CASTAN, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. in-8°. Prix: 5 fr. Paris, 1864, chez Asselin, libraire, place de l'École de Médecine; — à Montpellier, chez Coulet, libraire, Grande rue, 5.

(1) Un vol. in-12 de 250 pages. Chez Victor Masson.

troubles fonctionnels de l'appareil digestif, l'érythème pellagreux, des troubles de la sensibilité, et en dernier lieu des troubles de l'intelligence. Enfin, à l'examen nécroscopique, nous retrouvons les altérations qu'on a rencontrées le plus souvent dans la pellagre endémique, c'est-à-dire le ramollissement de la moelle, l'épaississement des méninges cérébrales et rachidiennes, et diverses altérations de l'appareil digestif et de ses annexes.

HOPITAL DE DOUERA. — M. Gargarin.

Observation de rupture de la rate.

François C..., âgé de vingt-deux ans, du département de l'Isère, est arrivé en Algérie deux mois avant son entrée à l'hôpital. Quand il est tombé malade, il était journalier aux Quatre-Chemins, hameau situé dans la Mitidja, près d'un marais.

Le malade, garçon robuste et bien musclé, est entré à l'hôpital le 9 juillet. Au moment de son entrée, C... disait être souffrant depuis quelques jours, se plaignant d'un malaise général mal défini, de sentiment de chaleur à peu près constant et de soif assez vive. Les pommettes sont un peu rouges, la peau moite, le facies exprime l'inquiétude; la langue est sèche, pointue, légèrement blanche au milieu et bordée de rouge. Le malade se présentant à l'hôpital le soir et son état ne paraissant pas grave, il ne lui est prescrit que de la tisane jusqu'à la visite du lendemain.

Le lendemain 10, en raison de la saison où nous nous trouvons et de la localité d'où vient C..., on a cru avoir affaire à une fièvre paludéenne à type non encore défini à cause des explications vagues fournies par le malade, et on a donné le sulfate de quinine. La journée est assez calme et aucun examen nouveau n'est fait ce jour-là.

Dans la nuit du 10 au 11, le malade s'est plaint de *coliques* siégeant dans l'hypochondre gauche. A quatre heures du matin, M. Bordères, interne de garde, voit le malade et prescrit une potion opiacée et un cataplasme de farine de lin pour combattre les coliques. Peu de temps après, la sœur du service trouve le malade assez calme.

A la visite du 11 au matin, C... était à peu près dans le même état qu'au moment de son entrée : pommettes colorées, peau chaude, moite; langue blanche, pointue, rouge sur les bords; pouls dépressible sans être trop rapide. On a encore prescrit le sulfate de quinine.

A huit heures, le malade s'est plaint de nouveau de douleurs dans le côté gauche et paraissait très-inquiet; face violette, cyanosée; le reste du corps pâle, recouvert d'une sueur visqueuse. La tête, la poitrine, les bras étaient chauds, les extrémités inférieures seules étaient froides. Le pouls, qui était demeuré à peu près normal jusqu'alors, est devenu petit. Ventre météorisé légèrement.

Dans cet état, le malade a conservé toute son intelligence; il avait conscience de sa fin prochaine, il le dit à la sœur et à moi. Enfin le pouls est devenu de plus en plus petit, la face plus bleue sans se refroidir cependant, et C... expire sans cris ni convulsions à dix heures et demie du matin.

Autopsie. — L'autopsie est faite le lendemain à neuf heures du matin. L'abdomen résonne à la percussion autour de l'ombilic; je l'ouvre avec précaution, et aussitôt après l'incision du péritoine, je vois arriver de la sérosité presque entièrement rouge, mêlée à des bulles de gaz très-fétide que l'on voit cheminer sous le péritoine. Je fais sortir une assez grande quantité de sang que je n'ai pu évaluer exactement, et je procède alors avec précaution à la recherche de la rate.

Au niveau de la rate et dans l'épaisseur des parois abdominales, dans l'interstice des muscles, se trouve une ecchymose. Dans la cavité abdominale, autour de la rate, existe un caillot sanguin pesant environ 300 à 400 grammes et présentant un certain degré d'organisation. C'est au milieu de ce caillot que je trouve la rate.

Je l'enlève avec précaution et je puis constater : 1° qu'elle est un peu hypertrophiée; 2° qu'elle est ramollie; 3° qu'il existe une rupture longitudinale d'environ 4 à 5 centimètres de long sur 3 millimètres de large, siégeant sur la face convexe de l'organe; elle est dirigée de haut en bas, d'avant en arrière. Le tissu de la rate fait hernie à travers la rupture et en dépasse les bords d'environ 2 millimètres. Deux autres petites ruptures de forme irrégulière, larges comme une tête de grosse épingle, siégent à 1 1/2 centimètre de l'extrémité supérieure de la première rupture. De plus, si on examine avec soin toute l'étendue de la convexité, on aperçoit comme une tendance générale à la rupture, c'est-à-dire qu'en une infinité de points la tunique propre paraît avoir cédé sous l'effort centrifuge du tissu splénique, qui n'est plus retenu que par le péritoine.

Malgré le soin que j'ai pris de recueillir presque heure par heure l'état du malade, il est des signes qui m'ont échappé, car le diagnostic n'a pas été posé dès le principe.

Quoi qu'il en soit, cette observation me paraît intéressante à cause de deux symptômes, la cyanose et l'absence de refroidissement. La cyanose ne peut s'expliquer ni par une lésion du poumon ni par une lesion du cœur, ces deux viscères n'ayant présenté rien d'anormal.

Quant à la persistance de la chaleur à la face, à la poitrine et aux mains, c'est encore un symptôme qui, comme la cyanose, ne s'est pas présenté jusqu'à présent, d'après Valleix, et les auteurs du *Compendium*.

Faut-il les rapporter à l'interruption de l'action physiologique de la rate? Mais alors ils se seraient sans doute montrés dans quelques observations antérieures. Quelle que soit la cause qui a amené ces deux symptômes, qui ne sont cités nulle part, on doit, je pense, les regarder dans ce cas comme une conséquence de la rupture, et à ce titre ils méritent quelque attention. Si on vient à les rencontrer de nouveau dans les observations ultérieures, peut-être pourront-ils éclairer le diagnostic des ruptures spontanées de la rate, si obscur dans quelques cas, comme le fait observer M. Vigla.

Maintenant, est-ce bien là une rupture spontanée, ou est-elle due à une cause traumatique? On peut répondre à cela que le malade ne s'est plaint d'aucune contusion, que le mal a eu une marche graduelle, sans douleur locale dans le principe. Il est cependant une circonstance qui pourrait faire naître des doutes sur la cause réelle de la maladie, c'est l'ecchymose trouvée dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Mais ne peut-elle pas s'être produite par simple imbibition? Cette hypothèse me paraît d'autant moins absurde qu'il n'y avait à l'extérieur aucune trace de contusion capable de déterminer cette ecchymose, contusion que le malade n'aurait probablement pas reçue sans s'en apercevoir.

Si l'on considère que dans certains cas l'intoxication paludéenne peut porter son action sur la rate exclusivement, sans manifestation de fièvre intermittente; que, comme dit Bailly, les habitants des contrées marécageuses peuvent se bien porter avec des rates pesant 10, 25 et même 30 livres (Bailly, *Recherches anat.-pathol. sur les fièvres intermittentes*, p. 420), on peut admettre presque avec certitude que le cas dont il est question est une rupture spontanée de la rate.

NOTE SUR UN CAS DE BLÉPHAROPLASTIE.

Par M. le docteur Furnari,

professeur de clinique ophthalmique à l'Université de Palerme.

(Communiquée à l'Académie de médecine, séance du 8 novembre.)

L'opération dont j'ai l'honneur de soumettre le résultat à l'Académie est relative à une série de recherches que j'ai faites depuis quelques années sur le meilleur mode de blépharoplastie par la fusion temporaire des paupières.

Proposée dès le commencement du dix-huitième siècle et inaugurée en France par M. Mirault (d'Angers) en 1862, la fusion temporaire des paupières a été, dans ces derniers temps, pratiquée avec succès par plusieurs chirurgiens de Paris. Les heureux résultats que j'ai obtenus moi-même, tant à Paris qu'en Afrique et en Sicile, m'autorisent à considérer la fusion temporaire des paupières comme préférable aux autres méthodes blépharoplastiques.

Dans cette méthode, on diminue d'autant plus les chances de rétraction cicatricielle que les attaches provisoires sont plus nombreuses; aussi, au lieu de réunir les surfaces cutanées par deux ou trois petites portions de peau qu'on soude dans de petites plaies produites artificiellement sur le lambeau correspondant, j'ai toujours pratiqué une incision assez profonde d'une commissure a l'autre et j'ai implanté dans cette solution de continuité la totalité du bord libre du lambeau réparateur; de cette manière l'œil est complétement masqué, et au lieu de deux ou trois brides isolées qui après l'opération s'allongent outre mesure et ne résistent pas aux retractions, on a une longue surface adhésive qui abrite l'œil et qui s'oppose même dans les grands lambeaux disséqués à la rétraction inodulaire. C'est ce qui est arrivé dans l'observation suivante :

Une femme des environs de Palerme portait un volumineux épithélioma, qui avait détruit la moitié externe de la paupière supérieure de l'œil gauche, ainsi qu'une partie de la peau de la tempe, la totalité de la paupière inférieure et plus de la moitié de la joue; le globe était sain et les fonctions visuelles à l'état normal; renvoyée comme incurable des salles de chirurgie de l'hôpital civil de Palerme, la malade a été reçue dans la clinique ophthalmique de la Faculté le 15 décembre 1863.

Après avoir enlevé le cancroïde, j'ai rempli ainsi l'énorme brèche qui restait après l'opération :

La paupière supérieure fut restaurée par le glissement d'un lambeau cutané pris au-dessous du sourcil et du front, et placé à l'aide de deux points de suture détachée au bord vertical de la portion saine de cette paupière; deux incisions, dont l'une partant de la commissure interne et l'autre de la région temporo-malaire externe, que le cancroïde avait respectée, se réunirent à angle aigu au bord inférieur de la mâchoire inférieure. La dissection de cet énorme lambeau, depuis sa base jusqu'à son sommet, fut considérablement gênée par des hémorrhagies qui m'obligèrent à lier plusieurs artères.

Le lambeau ainsi disséqué et ne conservant d'autre élément de vitalité que sa petite attache à la partie inférieure de la mâchoire, fut fortement tiré de bas en haut et greffé par sa base dans une incision semi-lunaire pratiquée au-dessous du sourcil; six points de suture entortillée fixerent le lambeau d'une extrémité à l'autre; les bords latéraux du triangle furent rapprochés aux parties voisines par douze points de suture entrecoupée.

Application de glace pendant quatre jours; il n'y eut ni fièvre, ni érysipèle, ni mortification partielle du tissu, et quinze jours après l'opération, les surfaces incisées et transplantées étaient complétement soudées; les douleurs atroces qui tourmentaient la malade cessèrent après l'opération, et jusqu'à présent, après un intervalle de dix mois, aucune crainte de reproduction de l'épithélioma ne s'est manifestée.

Il est évident qu'un lambeau sain et très-étendu pris dans une région éloignée et remplaçant la déperdition de substance occasionnée par l'ablation de la tumeur, a produit dans la plaie de soustraction une modification de nutrition et de structure qui a éloigné les craintes de la repullulation du cancroïde.

Dans quelques mois, je ferai une incision horizontale pour mettre à découvert le globe de l'œil et la paupière supérieure restaurée; cependant, pour éviter définitivement toute espèce de rétraction, j'aurai soin de laisser encore pendant quelque temps deux ou trois brides verticales, qui continueront à maintenir l'antagonisme entre les lambeaux.

PROPRIÉTÉS CHIMIQUES,

physiologiques et thérapeutiques de l'iodoforme.

Par M. le Dr J. Righini.

Les recherches du docteur Righini sur l'iodoforme ont montré que cette substance est préférable à toute autre préparation d'iode, puisqu'elle possède des propriétés anesthésiques aussi bien qu'antiseptiques et anti-miasmatiques.

Moretin et Humbert aussi bien que A. Maître ont prouvé que l'iodoforme, en raison de la grande quantité d'iode qu'il contient, peut être substitué aux autres préparations, à l'iode même en nature, toutes les fois que cette médication est indiquée; et ils ont montré que l'iodoforme possède cet avantage sur les autres préparations d'iode, qu'il ne produit ni irritation locale ni aucun de ces accidents désignés sous le nom commun d'iodisme, et qui forcent souvent à discontinuer l'usage de ce médicament.

I. L'iodoforme, au point de vue de ses propriétés chimiques, ressemble au chloroforme : c'est un iodure de formyle; on le prépare par l'action mutuelle de l'iode, de l'alcool, du carbonate de soude et de l'eau. Il se dépose en écailles d'un jaune vif, friables et molles, d'un goût légèrement astringent et dont l'odeur est légèrement alliacée.

Il s'épure à l'air, en petite quantité il est vrai, même à basse température, et se sublime à une température plus haute et à 120°; la vapeur est décomposée en carbone, acide hydriodique et iode.

Il est légèrement soluble dans l'eau, mais se dissout facilement dans l'alcool et l'éther.

II. On institua une série d'expériences pour déceler l'iode dans les divers liquides organiques et produits d'excrétion chez des personnes traitées par l'iodoforme. On le retrouva dans le sang d'une femme qui avait été traitée avec succès par l'emploi de ce médicament, dans une hypertrophie aiguë du corps thyroïde. On retrouva également de l'iode dans la salive et dans la sueur de plusieurs personnes qui avaient pris de l'iodoforme; on en retrouva également des traces dans le lait d'une nourrice à laquelle on avait fait prendre de l'iodoforme pour agir indirectement sur son nourrisson scrofuleux et rachitique.

On retrouva également l'iode dans les larmes, le mucus nasal, le flux menstruel, dans l'urine, la bile, les matières fécales, et même dans les eaux de l'amnios.

III. Par l'administration lente et continue de l'iodoforme à l'intérieur, on observa une hypersécrétion du foie, du poumon, et surtout des glandes salivaires et des reins. On n'observa jamais d'émaciation, mais au contraire une légère augmentation dans la graisse produite.

La langue et l'œsophage n'étaient pas irrités par l'iodoforme, et les glandes mammaires n'étaient pas devenues sensibles et douloureuses comme dans l'emploi de l'iodure de potassium et de l'iode lui-même.

IV. L'iodoforme peut être donné sans danger à des doses élevées, que l'on peut porter progressivement jusqu'à 3 grammes par jour; mais après de très-fortes doses, A. Maître observa des apparences d'iodisme. Chez les animaux inférieurs, l'iodoforme agit comme poison, mais à de très-hauttes doses. Quand il est employé à l'intérieur, l'iodoforme se combine en partie avec les substances protéiques, pour former des albuminates solubles, qui sont facilement absorbés, et en partie avec de l'amidon, parce qu'il y a dans les matières amylacées pour former de l'iodure d'amidon sous l'influence du sac gastrique, et probablement pour être expulsé non digéré avec les matieres fécales.

V. On a donné une longue liste de maladies dans lesquelles on prétend que l'iodoforme a été donné avec avantage; telles que la phthisie, la scrofule, les aménorrhées, dysménorrhées, métrorrhagies, tumeurs, impuissance, ozène, blennorrhagie et accidents ophthalmiques, exanthèmes rebelles, périostite, affection tuberculeuse de la peau et des membranes muqueuses, ulcérations profondes, etc.

On a pretendu qu'on avait également obtenu des succès en employant la solution alcoolique d'iodoforme dans la névralgie chronique, le lumbago, le rhumatisme.

On recommande aussi l'emploi de suppositoires avec du beurre de cacao et de l'iodoforme.

On a également préparé des cigarettes avec des feuilles de belladone saupoudrées d'iodoforme ou trempées dans un soluté alcoolique de cette même substance.

On en fait également, en l'associant à d'autres substances, des liniments, onguents, gargarismes. (*Dublin med. Presse.*)

NOUVEAU MOYEN DE GUÉRISON INSTANTANÉE DE LA GALE.

M. le docteur Decaisne, médecin de garnison à Anvers, vient d'adresser à l'Académie de médecine de Belgique une note relative à un moyen curatif et instantané de la gale chez l'homme.

Il propose, dit la *Presse médicale belge*, de substituer à tous les moyens curatifs employés jusqu'ici pour la guérison de la gale, l'*huile de pétrole*, qui, d'après lui, tue instantanément le sarcope, et en même temps un désinfectant des larves qui pourraient se trouver dans les vêtements et objets de couchage.

Cette communication a été renvoyée à une commission composée de MM. Thiernesse et Thiry.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 novembre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la marine transmet un exemplaire d'un livre de M. le docteur Cornilliac, chirurgien de 2e classe, intitulé *Études sur*

la fièvre jaune à la Martinique de 1669 à nos jours. (Renvoi à la commission de la fièvre jaune.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une dissertation sur quelques maladies observées dans le département des Landes, par M. Lestage, ancien chirurgien militaire.

2° Une note sur une épidémie d'angines diphthéritiques observée dans l'arrondissement de Louhans (Saône-et-Loire), par M. le docteur Pochon.

3° Un rapport sur les maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Laon en 1863, par M. le docteur Guipon.

4° Un rapport sur une épidémie de fièvre catarrhale qui a régné dans la Maison centrale de détention de Fontevrault en 1863 et 1864, par M. le docteur Fraisse. (Commission des épidémies.)

5° Une lettre de M. Piroux accompagnant l'envoi de ses ouvrages sur l'enseignement des sourds-muets. (Commission de la surdi-mutité.)

6° Une lettre de M. Maisonneuve réclamant la priorité de la méthode de fusion temporaire des paupières pour la cure de l'ectropion, au sujet de la communication récente de M. le professeur Furnari sur ce sujet. (Renvoi à M. Gosselin.)

7° L'envoi d'un exemplaire des documents sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Clermont de 1849 à 1864, par M. le docteur Nivet.

8° M. le docteur Marguliès présente à l'Académie un nouvel instrument de son invention, connu sous le nom de thoracoscope.

Cet instrument, fabriqué par M. J. Charrière, est destiné à rendre appréciable à la vue l'état morbide des organes de la poitrine.

Le thoracoscope est formé de deux plaques longitudinales superposées et étroites, sur lesquelles sont fixées deux petites brochettes A A à extrémités en ivoire, mobilisées chacune par un ressort, et qui appliquées sur la poitrine indiquent par leur mobilité à la partie supérieure C C l'état des organes.

L'instrument est maintenu par des oreillettes D D.

— M. DAVENNE fait hommage à l'Académie, pour sa bibliothèque, d'un ouvrage de M. le docteur Dumont (de Monteux) intitulé *Testament médical.*

— M. BARTH fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Pietra-Santa, d'un ouvrage intitulé : *Essai de météorologie théorique et pratique.*

— M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Morrache, un travail sur la médecine des Chinois.

— M. DEPAUL dépose sur le bureau un opuscule de M. Langlebert, une brochure intitulée *Unicisme et dualisme chancreux*. (Nouvelle théorie physiologique et rationnelle des divers modes d'action du virus syphilitique.)

M. Langlebert, qui s'occupe depuis longtemps, et avec succès, comme on le sait, des maladies vénériennes, dit M. Depaul, a résolu, suivant moi, dans ce travail, un des points de la syphiliographie le plus vivement discutés dans ces derniers temps.

— M. BÉCLARD présente un instrument de M. le docteur George, désigné sous le nom de nouveau pulvérisateur à éther de pétrole pour le refroidissement des téguments dans les opérations chirurgicales. (Renvoyé à l'examen de M. Gosselin).

— M. BÉCLARD fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la nouvelle édition (quatrième) du *Traité d'anatomie générale* de Béclard son père ; augmenté d'un *Traité d'histologie* fait par lui-même.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie.

LECTURE.

Coxalgie. — M. GAILLARD (de Poitiers), correspondant de l'Académie, donne lecture de l'extrait d'un mémoire sur les diverses espèces de coxalgie et leur traitement.

Le but que s'est proposé M. Gaillard a été de faire l'étude clinique des ingénieuses méthodes de Bonnet (de Lyon). Il a examiné un grand nombre de malades et pratiqué onze fois le redressement immédiat. Ce sont ces onze faits qui font le sujet de ses réflexions.

M. Gaillard distingue d'abord deux familles de coxalgies, les scrofuleuses et les rhumatismales, dont il indique les caractères diagnostiques différentiels. C'est l'anesthésie qui lui a fourni les éléments les plus sûrs de diagnostic. C'est à la famille des coxalgies rhumatismales seulement qu'a été appliquée la méthode de Bonnet, en y faisant toutefois quelques modifications. Les observations, au nombre de treize, peuvent se résumer ainsi : 6 cas de coxalgies guéries par le redressement seul; 2 cas où la guérison a été obtenue par le redressement et la section musculaire; 1 cas de traitement interrompu, retour de la maladie; 1 cas de tentative de redressement sans aucun résultat; 2 cas où la mort est survenue pendant le traitement, dans l'un par péritonite, dans l'autre par fièvre typhoïde; enfin 1 cas de torticolis aigu guéri par le redressement seul.

Tous ces malades étaient dans des conditions analogues, jeunes ou adolescents, atteints depuis longtemps d'arthrite chronique avec rétractions musculaires, positions vicieuses, douleurs, tous sans abcès ni fistules, mais actuellement impotents. Pour tous, l'opération du redressement a été sans danger; les sections musculaires pratiquées largement n'ont eu aucune suite fâcheuse. Le résultat final chez neuf d'entre eux a été presque identique : ankylose généralement complète de l'articulation coxo-fémorale, flexion très-légère de la cuisse sur le bassin, un peu d'ensellement, légère adduction, amoindrissement du membre, raccourcissement entraînant une claudication plus ou moins grande; mais les malades, jusque-là impotents, se tiennent debout sur les deux jambes; ils sont lestes, actifs, et courent sans canne ni béquille.

M. J. GUÉRIN demande la parole au sujet de cette lecture. M. Gaillard, dit-il, a soulevé dans le travail dont il vient de nous donner lecture une grande question de thérapeutique chirurgicale, le redressement des difformités coxalgiques. Cette question soulève à son tour plusieurs points subsidiaires, ce que j'appellerai des sous-questions Dans l'étude qu'il a faite de cet important sujet, autant qu'il m'a été possible de l'entendre, il m'a paru que M. Gaillard avait négligé un point essentiel, le point de départ de la maladie. Il a très-bien distingué les coxalgies en scrofuleuses, rhumatismales; il a donné les caractères en quelque sorte extérieurs de la maladie réalisée. Mais il eût été bien plus important de nous faire connaître les caractères de la maladie à sa première période, c'est-à-dire à sa période de formation, et de remonter aux circonstances étiologiques, car c'est surtout la considération des causes de la maladie et des conditions de son développement qui conduit aux indications des moyens de traitement. J'ai entendu que M. Gaillard a mentionné l'action musculaire. C'est déjà là un des éléments qui jouent un rôle capital dans la formation des difformités coxalgiques, et il est bien plus utile à considérer dans la première période que dans les périodes suivantes. Mais il faut remonter plus haut encore et chercher à aller au delà de l'action musculaire. Je crois avoir constaté, le premier, qu'il y a au début de la maladie une lésion nerveuse qui précède la lésion musculaire et qui domine l'ensemble des phénomènes morbides qui doivent se développer par la suite. Eh bien, c'est à cette époque, c'est contre ce premier élément de la maladie qu'il faut diriger les premiers moyens de traitement. C'est à l'action musculaire qui déterminera plus tard les déformations qu'il faut s'attaquer tout d'abord, si l'on ne veut pas se trouver plus tard en présence de difformités beaucoup plus difficiles à combattre.

Cela est si vrai, que dans un grand nombre de cas j'ai obtenu, pendant cette première période de développement de la maladie, la garantie qu'il ne surviendrait pas de déformation ultérieure, en combattant la contracture musculaire et en maintenant les membres dans l'extension permanente. On peut voir plusieurs exemples du succès de cette méthode dans le rapport à l'administration des hôpitaux, sur le service orthopédique de l'hôpital des Enfants. Un de ces faits, dont M. Brochin ici présent a été témoin avec moi, était particulièrement remarquable au point de vue du diagnostic ; on voyait d'un côté une coxalgie complète et de l'autre rien que la lésion musculaire qui en constitue le premier degré.

Il y a un autre élément dans les coxalgies dont on ne se préoccupe pas généralement, — j'ignore si M. Gaillard en a tenu compte, — je veux parler de la déviation consécutive du bassin; le bassin subit dans ce cas un double mouvement de rotation et d'élévation, qui donne lieu à un raccourcissement apparent du membre beaucoup plus considérable que le raccourcissement réel.

M. GAILLARD. J'ai parfaitement tenu compte de cette déviation consécutive du bassin dont parle M. Guérin. Aussi j'ai toujours eu soin, en examinant les malades, de les placer dans une position horizontale, de manière à rétablir le bassin dans ses rapports normaux.

M. J. GUÉRIN. Je ne parle pas des déviations temporaires du bassin qui disparaissent par les manœuvres que vient d'indiquer M. Gaillard, mais des déviations fixes, permanentes, qui font qu'il y a si peu de prise et de si grandes difficultés pour le redressement du membre. Du reste, je lirai avec un grand intérêt le mémoire de M. Gaillard, dont l'extrait que nous venons d'entendre ne peut donner qu'une idée insuffisante.

RAPPORTS.

M. DE KERGARADEC continue la lecture du rapport annuel sur les épidémies.

— M. BOUCHARDAT commence la lecture du rapport annuel sur les eaux minérales.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE.

A M. le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

MONSIEUR,

Il y a déjà un an que M. Ladureau (de Lille), dans une lettre insérée dans votre journal, s'est exprimé ainsi : « Quel que soit le sort réservé à la syphilisation curative, il me paraît difficile d'y trouver un appui pour la dualité du chancre ou du virus chancreux, et je voudrais bien savoir si ses partisans sont aussi convaincus de l'inanité de l'unitéisme que nos adversaires. »

Cette question n'ayant trouvé aucune réponse, je dois conclure que les syphiliographes français n'ont pas pris connaissance de certains faits constatés par les partisans de la syphilisation et par d'autres expérimentateurs, et cependant quelques-uns de ces faits ne sont pas sans intérêt pour la question de la dualité du virus chancreux.

Je ne mettrai pas votre patience à l'épreuve en énumérant toutes les expériences et toutes les observations dans leurs détails. Je me bornerai à vous rendre compte des résultats, en vous indiquant où l'on peut trouver les publications des faits.

En 1861, j'ai publié une série d'expériences faites à l'hôpital de Christiania pour prouver l'auto-inoculabilité du chancre infectant et des tubercules muqueux (voir *Norsk Magazin f. Lægevidenskab*, XV, 1861). Il résulte de ces expériences qu'avec certaines précautions on peut inoculer le chancre infectant, et souvent aussi les tubercules muqueux, au sujet qui en est le porteur.

M. W. Boeck, dans ses *Recherches sur la syphilis* (Christiania, 1862, page 65), a cité ces faits comme une des preuves de l'unité du virus.

Ensuite, dans un *Aperçu des différentes méthodes de traitement employées à l'hôpital de Christiania contre la syphilis constitutionnelle* (Christiania, 1863), j'ai repété que la matière des chancres infectants était inoculable au porteur ou à d'autres individus syphilitiques, et que dans les dernières années la matière employée pour la syphilisation a été prise exclusivement de chancres infectants.

Dans la même année, j'ai publié une *Dissertation sur le virus syphilitique* (couronnée par l'université de Christiania et imprimée dans *Norsk Magazin f. Lægevidenskab*, XVII et XVIII). Dans cette dissertation se trouve une nouvelle série d'expériences et d'observations cliniques qui prouve, comme il me semble, d'une manière incontestable l'origine commune du virus des deux espèces de chancre. Je ne citerai ici que deux faits qui sont assez concluants :

1° La matière des pustules qui s'étaient développées sur des individus syphilitiques à la suite des inoculations avec la matière des chancres infectants, a été inoculée à une femme vierge de la syphilis. Le résultat a été un chancre mou, qui dans un an et demi ne fut encore suivi d'aucun symptôme constitutionnel. Après ce temps, la malade (femme publique) a contracté un chancre aux organes génitaux, suivi de roséole, de tubercules muqueux, etc., preuve certaine que son premier chancre n'était pas infectant, quoiqu'il fût dérivé d'ulcères infectants.

2° Sur deux malades porteurs de chancres indurés, sécrétant seulement une matière transparente peu abondante et sans aucun signe de suppuration, j'ai fait des inoculations avec cette matière, en les répétant plusieurs fois de trois en trois jours. Pendant trois semaines, ces inoculations ne donnèrent aucun signe de réaction. Après ce temps, elles commencèrent à se développer en papules solides, qui prenaient peu à peu l'aspect des chancres infectants. En attendant, j'avais produit dans les chancres originaux un état de suppuration par l'application de la poudre de sabine, à ce point qu'ils sécrétaient une matière jaune, épaisse et assez abondante. Avec cette matière, qui se renouvelait chaque jour malgré l'application de l'eau, j'ai de nouveau fait des inoculations répétées aux mêmes individus. Le résultat était pour chaque inoculation une pustule caractéristique se développant pendant deux ou trois jours et se transformant en un chancre mou, qui à son tour était inoculable dans plusieurs générations. Les symptômes constitutionnels se montraient chez les deux individus au temps ordinaire, c'est-à-dire sept à huit semaines après l'apparition du chancre original.

Les conclusions auxquelles j'ai été amené par mes expériences comme par l'observation clinique, peuvent être résumées ainsi :

1° Un chancre infectant, communiqué à une personne saine par un acte naturel, le coït, le baiser, etc., produira généralement un chancre infectant à son tour.

2° La matière transparente du chancre infectant, qui ne contient pas de corpuscules de pus, donne généralement un résultat négatif quand elle est inoculée à un individu syphilitique. Quelquefois cependant, avant l'apparition des symptômes constitutionnels chez l'individu inoculé, elle produit un chancre non suppurant à longue incubation.

3° Quand la matière du chancre infectant devient purulente par suite d'une irritation artificielle ou spontanément, elle acquiert toutes les propriétés de la matière du chancre mou, et produit la pustule caractéristique sans incubation sur des sujets sains ou syphilitiques.

4° Cette matière, inoculée à un sujet vierge de la syphilis, peut produire un vrai chancre mou, non infectant.

5° On est d'autant plus sûr de ne produire qu'un ulcère non infectant sur un individu sain, quand la matière inoculée, quoique dérivée d'un chancre infectant, a passé par un organisme syphilitique, parce que généralement c'est la matière purulente, non infectante seule, qui produit un résultat positif chez les syphilitiques; mais il est probable que cette condition n'est pas absolument nécessaire, surtout quand la suppuration du chancre est très abondante.

6° Chaque chancre induré, infectant, qui est dans un état de suppuration est donc un vrai chancre mixte vis-à-vis des résultats de son inoculation. Son existence ne tient pas généralement à une infection double ou répétée, chose bien rare quand elle n'est pas provoquée artificiellement, mais à une irritation quelconque, spontanée ou artificielle.

7° Quelques-uns des accidents secondaires, au moins les tubercules muqueux, ont les mêmes propriétés que le chancre infectant.

8° Le chancre mou, produit ou non par l'inoculation artificielle du chancre infectant, se propage généralement comme chancre mou dans plusieurs générations.

9° Il est probable que ce chancre non infectant, dans certaines conditions encore peu connues aujourd'hui, peut être régénéré et devenir infectant.

10° Il existe un état où l'organisme est réfractaire à l'influence locale du virus syphilitique, à ce point que toute inoculation de l'une ou de l'autre espèce de ce virus devient infructueuse. On peut provoquer cet état par des inoculations répétées méthodiquement pendant un certain laps de temps (la syphilisation), où il est le résultat d'une maladie aiguë ou d'un affaiblissement général.

11° L'état réfractaire produit par la syphilisation se perd peu à peu, mais probablement plus vite que l'immunité qui existe dans l'organisme syphilitique pour une nouvelle inoculation suivie de symptômes constitutionnels. L'immunité produite par des maladies aiguës cesse avec la cause qui l'a produite.

Voilà les conclusions de mes recherches. Elles sont presque toutes d'accord avec les opinions de mon maître M. Boeck, qui avait tiré ses conclusions par d'autres voies. D'ailleurs, d'autres auteurs viennent déjà confirmer mes propositions.

Comme vous le savez, votre compatriote distingué, M. Melchior Robert, qu'une mort déplorable a déjà enlevé à la science, avait en 1861 signalé l'auto-inoculabilité du chancre infectant, justement sous les mêmes conditions que j'ai démontrées plus haut. Ses expériences étaient faites en même temps que les miennes, mais indépendantes de celles-ci, et avec les mêmes résultats.

M. Köbner (de Breslau), presque en même temps, a réussi à inoculer les tubercules muqueux suppurants à des individus syphilitiques. (Voir *Klinische und experimentelle Mittheilungen*, Erlangen, 1864.)

Enfin, M. Toppelius, de Helsingfors (Finlande) a publié une série d'expériences faites sous la direction de M. le professeur Hjelt. (*Studier i syphilidologin af J. N. Toppelius;* Helsingfors, 1863.) Les résultats de ces expériences sont presque analogues aux miens.

J'ai pris la liberté de vous adresser cette lettre sur une question qui agite encore les esprits, espérant que vous aurez la bonté de l'insérer dans votre journal, si elle vous semble digne d'être présentée à vos lecteurs.

Veuillez, etc. L. BIDENKAP.

Christiania, le 12 octobre 1864.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

pendant l'année scolaire 1863-1864.

1. Considérations sur quelques cas de fractures compliquées d'accidents graves, guéries sans amputation ; par M. Félix Baraudon.

2. Essai sur l'accouchement prématuré artificiel, considéré plus

particulièrement au point de vue de ses indications et de ses procédés opératoires ; par M. Jean-Jacques Carence.

3. Notes sur l'art médico-chirurgical chez les Chinois ; par M. Michel Toye.

4. Etude comparative des fongus testiculaires simple, tuberculeux et syphilitique ; par M. Félix Allard.

5. Paralysies des muscles de l'œil en particulier. — Aperçu sur le strabisme ; par M. L. A. Desmarres.

6. Considérations sur la délivrance ; par M. François Eyriès.

7. Considérations sur le carreau ; par M. Alphonse Tremolet.

8. Relation médicale de l'épidémie de fièvre jaune qui a régné à Cayenne en 1855 et 1856 ; par M. J.-B.-Félix Kerhuel.

9. De la circoncision au point de vue historique et médical ; par M. Ernest Abram.

10. Des tumeurs en général, considérées au point de vue du diagnostic ; par M. L. Damien Lombard-Prévot.

11. Quelques mots sur l'hygiène des femmes enceintes ; par M. Pascal Herbel.

12. Considérations sur le virus-vaccin, de son origine probable ; par M. Armand Vialles.

13. De l'opération de la cataracte et des accidents qui peuvent la compliquer ; par M. Isidore Theroud.

14. Quelques considérations sur les maladies observées pendant une campagne dans les mers de Chine 1859-1863 ; par M. François-Henry Sabatier.

15. De la teigne faveuse considérée spécialement au point de vue du traitement ; par M. Augustin Hénon.

16. Etude sur l'anatomie et la pathologie de la tunique vaginale ; par M. Edouard Chambard.

17. Du cal et de ses modifications sous l'influence de l'inflammation ; par M. Victorin Ollier.

18. Rivière du Gabon et ses maladies ; par M. François Toucbard.

19. Recherches anatomo-pathologiques sur la fièvre typhoïde, précédées de considérations cliniques sur cette maladie ; par M. Jean-Benjamin Casso.

20. Etude sur l'origine, l'importation et la contagion de la fièvre jaune ; par M. Louis-Gustave Bisch.

21. De la pneumonie inflammatoire et de la pneumonie catarrhale aiguës ; par M. Hilaire-Léon Poirat.

22. Essai sur les avantages cliniques de la doctrine de Montpellier ; par M. Ferdinand-Joseph Haas.

23. Du mal de mer : ses causes, sa nature et son traitement, son action thérapeutique et morbide ; par M. Gustave-Frédéric Laurans.

24. Quelques considérations sur les fractures du crâne ; par M. Dugé de Bernonville.

25. De la curabilité de la phthisie pulmonaire ; par M. Emile Teulon.

26. Considérations sur la paralysie générale progressive des aliénés ; par M. Léon Sibille.

27. Considérations sur la première dentition et sur ses accidents ; par M. Santa-Maria.

28. De la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance ; par M. Guillaume-Maxime Ducheune (de Boulogne).

29. Quelques considérations sur l'hygiène d'une partie de la population de la Haute-Garonne ; par M. Paul Castelnau.

30. Quelques considérations sur le poste de Dagéma (Sénégal) : observations faites pendant l'année 1862 ; par M. Alfred Dorius.

31. De l'action réflexe au point de vue clinique ; par M. Henri Berthelot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Plusieurs de nos lecteurs nous ont témoigné leur étonnement de voir le nom de M. Beau porté en seconde ligne seulement sur la liste de présentation de la Faculté de médecine pour la chaire de pathologie interne. Ils se sont demandé quelle cause a pu déterminer un des corps enseignants le plus justement célèbres à éloigner un homme d'élite jugé tel en Europe, et qui eût honoré le choix de la Faculté de médecine au moins autant qu'il eût tiré honneur lui-même de sa nomination comme professeur.

Si nos renseignements sont exacts, quelques travaux de ce maître en opposition avec les enseignements de la Faculté auraient été le motif de cette décision. Nous avouons, avec tout le respect que nous devons à la Faculté, comprendre difficilement un pareil sentiment.

Tant qu'il ne sera pas démontré que toutes les opinions actuelles des professeurs sont absolument vraies, tant qu'il ne sera pas établi que les professeurs ne doivent être que de simples répétiteurs d'une science convenue et arrêtée, il sera permis de croire que pour avoir émis une ou deux idées paradoxales, l'homme qui a touché à presque toutes les grandes questions de la médecine pour y jeter la lumière par ses propres travaux ou par ceux de ses élèves, reste encore une de ces individualités puissantes qui honorent les corps savants qui leur ouvrent leurs portes. Que si l'on se préoccupe, comme on doit le faire par-dessus tout, de l'intérêt des élèves, que des idées contradictoires pourraient troubler, il sera facile de répondre que les idées contradictoires fourmillent dans la science, et que l'étranger nous en apporte chaque jour qui trouvent des défenseurs autorisés.

Et la discussion n'est-elle pas toujours ouverte, d'ailleurs, pour empêcher les erreurs de se perpétuer ? Personne ne voudrait nier que c'est parmi les élèves que les idées fausses font encore peut-être le moins vite leur chemin.

— L'Ecole supérieure de pharmacie de Paris a fait sa rentrée en séance solennelle, le mercredi 9 novembre, à une heure, sous la présidence de M. Bussy, directeur de cette Ecole.

M. Buignet, professeur de physique et secrétaire général de la Société de pharmacie, a rendu compte des travaux de cette Société pendant l'année écoulée.

M. Cap a prononcé l'éloge de Payen.

M. Ducom a présenté le rapport de la commission pour le concours relatif au prix des thèses.

M. Guibourt, professeur de matière médicale, a terminé la séance par un rapport général sur les prix de l'Ecole, qui ont été décernés dans l'ordre suivant :

Prix de première année, M. Champigny ;
— de seconde année, M. Blanquinque ;
— de troisième année, M. Berthault.
Prix Menier, M. Andouard.
Prix des thèses de la Société de pharmacie, M. Joulie.

M. Guibourt a également fait connaître le programme de la dissertation pour le prix Menier de 1865. Le sujet est : l'*Histoire naturelle des légumineuses exotiques*.

— La composition écrite pour le concours de l'externat aura lieu demain vendredi 17, à midi précis, à l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— Dans sa dernière séance, l'Académie royale de médecine de Belgique a nommé :

1° *Membres honoraires étrangers* : MM. Christison, d'Edimbourg ; Frerichs, de Breslau ; Hahn, d'Aix-la-Chapelle ; Langenbeck, de Berlin ; Pétrequin, de Lyon ; Purkinje, de Prague ; Albers, de Bonn ; Cap, de Paris ; Guépin, de Nantes ; Pannizza, de Pavie ; Scoutetten, de Metz.

2° *Membres correspondants étrangers* : Brierre de Boismont, Follin, Leroy de Méricourt, Liebreich et Marey, de Paris ; Marquès, de Lisbonne ; Ponza, d'Alexandrie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Launay, chirurgien de la marine, décédé le 2 novembre dernier à Angers.

— M. le docteur Voillemier commencera son cours de clinique sur les maladies des voies urinaires, le vendredi 18 novembre, à l'hôpital Saint-Louis.

— M. le docteur Legrand du Saulle commencera un cours public de médecine légale des aliénés, le samedi 19 novembre à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Sichel commencera un nouveau cours de clinique des maladies des yeux, à son dispensaire, rue du Jardinet, 3, le lundi 21 novembre, à deux heures, et le continuera les jeudis et lundis, à la même heure.

— M. le docteur Edouard Meyer commencera son cours public d'ophthalmologie le vendredi 18 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Les conférences cliniques sur les maladies des yeux auront lieu tous les mercredis et samedis, à midi, rue de l'Ecole-de-Médecine, 41.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies, par J. Luys, médecin des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut de France (Académie des sciences), de l'Académie de médecine et de la Faculté de médecine. Paris, 1864, 1 vol. grand in-8° de 700 pages, accompagné d'un atlas de 40 planches dessinées d'après nature. Figures noires, 35 fr. ; figures coloriées, 70 fr. — Paris, chez J. B. Baillière et fils.

La médecine à travers les siècles. Histoire et philosophie, par J. M. Guardia, docteur en médecine et docteur ès lettres, bibliothécaire adjoint de l'Académie de médecine. Un vol. in-8° de 800 pages. Prix : 10 fr. — Paris, chez J. B. Baillière et fils.

De la méthode à suivre dans l'étude et l'enseignement de la clinique (vitalisme et organicisme), par le docteur Valette, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de medecine de Lyon, etc. Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, chez A. Delahaye.

Quelques indications de l'opération césarienne, suivies de l'accouchement prématuré artificiel, par le docteur Verrier, professeur libre d'accouchements. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 50 *franco*. — Paris, chez A. Delahaye.

De l'emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif, par le professeur Pétrequin, 2e édition, augmentée. Brochure in-8°. Prix : 60 c. *franco*. — Paris, chez A Delahaye.

Leçons sur les hernies abdominales, faites à la Faculté de médecine de Paris par le professeur L. Gosselin, recueillies et publiées par Léon Labbé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Un vol. in-8°, avec figures dans le texte. Prix : 7 fr. *franco*. — Paris, 1864, chez A. Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 135. — SAMEDI 19 NOVEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 135. — SAMEDI 19 NOVEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Epidémie de rougeole.

L'histoire des épidémies, quelque circonscrites et quelque peu importantes qu'elles soient au point de vue de la gravité, offre toujours une certaine part d'intérêt et d'utilité pratique. Pendant que nous signalions ici la fréquence des rougeoles dans les hôpitaux de Paris, Lyon avait une véritable épidémie dont le foyer principal était dans l'hôpital de la Charité de cette ville. Voici les particularités principales de cette petite épidémie, que nous empruntons à un compte rendu publié par M. Chatelet dans le *Journal de médecine de Lyon*.

M. Chatelet a réuni 32 observations dans le seul service de M. le docteur Socquet, son maître. Ses collègues en ont observé également un assez grand nombre soit en chirurgie, soit chez les enfants de la crèche. Sur ces 32 observations, on trouve : 6 cas de rougeole avec laryngite, 5 avec pneumonie, 3 avec diarrhée, 2 avec bronchite; 16 ont été simples. Le nombre des guérisons a été de 29 et celui des morts de 3.

Ce chiffre de 3 morts sur 32 cas est assez élevé si on le compare au chiffre moyen de la mortalité de la rougeole dans les conditions ordinaires; mais il est relativement minime et indique d'une manière générale peu de gravité dans l'épidémie, si l'on considère l'état antérieur de la plupart des enfants qui sont admis dans les hôpitaux, à Lyon comme à Paris, enfants chétifs et débilités pour la plupart par la misère ou le defaut de soins.

On vient de voir que les complications les plus fréquentes ont été les laryngites et les pneumonies. L'âge des petits malades a paru avoir une influence sur la localisation de la phlegmasie sur le larynx ou le poumon. Tandis que les plus grands ont été atteints surtout de laryngite, la pneumonie et la bronchite ont dominé chez les plus petits.

A la crèche, où les enfants ont tous moins de deux ans, on n'a presque pas vu de laryngite.

La diarrhée est survenue quelquefois à la fin de la maladie; mais malgré la gravité habituelle de cette complication, elle n'a donné lieu à aucun cas de mort.

La rougeole n'a eu aucune action sur les maladies coexistantes.

Quelques enfants en traitement pour une autre maladie ont brusquement été pris de fièvre, de céphalalgie, quelquefois de larmoiement. Etaient-ce là des cas de rougeole sans éruption, *rubeolæ sine rubeolis*, des *ébauches* de rougeole, ou de simples indispositions passagères, indépendantes de toute influence épidémique? M. Chatelet hésite à se prononcer. Nous avons encore moins le droit de le faire; mais nous ne dissimulerons pas que nous inclinerions fortement pour la première interprétation, qui rentre dans la loi générale des épidémies.

Le traitement a été des plus simples. M. Socquet s'en est tenu, dans les cas ordinaires, à l'expectation et à l'usage de quelques sudorifiques. On a eu recours à des applications de moutarde quand l'éruption semblait longue à paraître. Pour les bronchites et les pneumonies, il a suffi d'un peu de sirop d'ipéca, de sirop de Tolu, d'eau de laurier-cerise et de petits vésicatoires.

Dans les cas de laryngite, M. Socquet a eu recours presque exclusivement à l'extrait de belladone. Au début de l'affection, la laryngite perdait de suite sa marche progressive et tendait à disparaître. Si la laryngite était intense, on obtenait assez promptement une amélioration.

Voici, à cette occasion, comment M. Socquet a cru pouvoir se rendre compte des bons effets de la belladone dans les angines et les laryngites, en remontant à son action sur les vaisseaux capillaires. On sait, dit-il, que sous l'influence de cette substance toutes les muqueuses se dessèchent momentanément en même temps qu'elles pâlissent. Or, cette seule modification entraîne après elle la soif, l'empâtement de la bouche, la difficulté dans la déglutition, l'anxiété épigastrique, la constipation, qui plus tard se change en une légère diarrhée, le ténesme rectal et vésical, l'aphonie, l'accélération et l'irrégularité de la respiration. Cette sécheresse est le résultat de la contraction des vaisseaux, qui en modifiant la circulation capillaire, modifie aussi la fonction des muqueuses; ce qui a été démontré directement par l'observation microscopique. Dès lors, ajoute M. Socquet, on conçoit comment les préparations de belladone, et des solanées vireuses en général, peuvent ou prévenir le développement d'une angine ou d'une laryngite dans la rougeole et la scarlatine, ou s'opposer à leur aggravation. M. Socquet croit pouvoir attribuer à l'habitude où il est depuis plusieurs années de traiter ces maladies par la belladone, de n'avoir observé aucune de ces angines graves qui font le désespoir des médecins. C'est peut-être pousser un peu loin la conséquence d'un fait qui peut n'être qu'une coïncidence, mais il y a là du moins un motif d'encouragement à persévérer dans cette pratique.

— La relation de cette épidémie nous remet en mémoire une circonstance très-importante de la marche et de la durée de la rougeole sur laquelle M. le docteur Bourdin a appelé notre attention, à l'occasion d'une épidémie de même genre qu'il a eu l'occasion d'observer en 1861 dans la commune de Villeneuve-le-Roy (Seine-et-Oise).

Alors, dit M. Bourdin (1), qu'après trois ou quatre jours de durée, l'éruption était effacée et que tout semblait terminé du côté de l'appareil cutané, si les petits malades étaient soumis à un refroidissement subit, la totalité des taches se reproduisaient avec une teinte violette. La peau, devenue pâle par le frisson, faisait contraste avec l'éruption subsistante, quoique invisible dans les conditions ordinaires. Si une vive chaleur survenait, les taches se ranimaient, par leur teinte prononcée, sur la pâleur générale de la peau.

M. Bourdin voit dans la négligence de ce fait, trop souvent méconnu suivant lui, et dans les imprudences commises à cette époque de la maladie, où l'exanthème existe encore intégralement, bien qu'il ait disparu en apparence, la cause ou la raison de ces graves accidents qui surviennent parfois à la suite de la rougeole; et il en déduit la nécessité d'une grande surveillance, à laquelle il attribue les heureux résultats qu'il a obtenus dans le traitement de cette épidémie.

Quand l'éruption a suivi son cours à la peau, dit-il, le malade entre ordinairement en convalescence. Mais les choses n'ont pas toujours lieu ainsi. Dans quelques circonstances, la maladie continuant sa marche, se porte sur les muqueuses, et y parcourt les mêmes phases que sur la peau. Les symptômes observés alors constituent une période nouvelle de la maladie. C'est ce qu'il a observé dans les deux tiers des cas environ dans l'épidémie de Villeneuve-le-Roy. Lorsque l'éruption cutanée s'effaçait, et que l'état du malade semblait satisfaisant, un accès de fièvre se développait comme au commencement de la maladie. Bientôt se produisait une toux sèche, parfois violente, avec quintes répétées; sous l'influence de ces efforts de toux, le sang se portait à la peau, et rendait aux taches éruptives leur teinte rosée, qui s'effaçait spontanément quelques instants après. Dans certains cas, les bronches étaient épargnées; mais la langue devenait rouge et sèche, des coliques plus ou moins vives étaient bientôt suivies d'une diarrhée quelquefois abondante. Les matières, d'une odeur aigre, étaient liquides, mélangées de glaires, quelquefois sanguinolentes.

Ces symptômes étaient de courte durée; ils persistaient trois jours dans les circonstances ordinaires. Chez quelques malades, ils se prolongeaient plus longtemps. La bronchite surtout se distinguait par une durée exceptionnelle. Le rhume et la diarrhée se sont montrés simultanément chez deux ou trois malades.

Lorsque la maladie débutait par la toux ou par la diarrhée, le travail *in cute* venait ensuite et terminait la maladie.

La marche des symptômes dans tous ces cas montrait suffisamment la liaison qui existait entre les diverses phases de la maladie, lesquelles ne formaient réellement qu'un tout, malgré la variété des formes symptomatiques.

Enfin, M. Bourdin signale également dans cette relation, comme une circonstance qu'on méconnaît trop souvent aussi, la lenteur de la convalescence à la suite de la rougeole accusée par des troubles fonctionnels variables, tels que des irrégularités d'appétit, des troubles fonctionnels légers des organes digestifs, la pâleur de la face, l'abaissement des forces, l'inégalité d'humeur, en un mot autant de manifestations de la persistance d'un état morbide qui portent la période du rétablissement réel et complet au delà du terme fixé conventionnellement dans la plupart de nos traités.

Nous avons eu, pour notre part, assez souvent l'occasion de constater l'exactitude des observations faites par notre confrère pour que nous ayons cru devoir insister sur l'utilité d'en tenir compte dans la pratique.

(1) *Rapport sur une épidémie de rougeole*, etc.; broch. in-8°, 1863.

De l'état mental des sujets affectés d'alcoolisme chronique dans les maladies aiguës intercurrentes.

Il y a quelques jours nous nous arrêtions, en parcourant les salles de l'Hôtel-Dieu, devant le lit d'un malade atteint d'une pneumonie légère et qui présentait des symptômes insolites, sans rapport direct avec le degré et l'étendue de l'inflammation pulmonaire, et en particulier du délire. Un examen attentif du malade et la connaissance de ses antécédents n'avaient pas tardé à mettre le chef du service sur la voie d'un diagnostic complet. Il y avait évidemment un état morbide préexistant caché derrière cette pneumonie. On se trouvait en présence d'une complication d'alcoolisme chronique. C'est là un fait capital en pathologie, qui pour avoir été souvent signalé déjà, n'en mérite pas moins l'attention sérieuse des praticiens, qui y trouvent tout à la fois la raison des phénomènes insolites qui frappent tout d'abord leur esprit et les sources importantes d'indications et de contre-indications thérapeutiques.

Nous nous proposions d'entrer à cet égard dans quelques développements, lorsqu'un travail important publié tout récemment sur ce sujet est venu nous en fournir tout naturellement l'occasion, en nous apportant de nouveaux documents cliniques très-intéressants. M. le docteur Auguste Voisin, ancien chef de clinique, a réuni dans un travail intitulé : *De l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique et dans l'absinthisme*, un grand nombre d'observations recueillies dans le service de M. Félix Voisin, son grand-père, à Bicêtre, et dans celui de son maître M. Bouillaud, à la Charité, lesquelles montrent les diverses formes et les divers degrés des troubles intellectuels qui caractérisent l'alcoolisme. Nous ne saurions, dans cette Revue, embrasser l'ensemble de ces faits, qui exigent des subdivisions et des catégories; mais nous emprunterons volontiers à ce travail le résumé de quelques faits relatifs à la forme du délire qui se produit chez les sujets affectés d'alcoolisme chronique, dans le cours d'une maladie aiguë intercurrente, telle que pneumonie, pleurésie, rhumatisme articulaire, etc.

M. A. Voisin a observé dans le service de M. Bouillaud, pendant la durée de son exercice comme chef de clinique, un certain nombre de malades pris de ces phénomènes cérébraux dans le cours d'une maladie aiguë, et il a constaté que chez tous, ou à peu près, le délire se présentait suivant un certain type, ainsi que dans le *delirium tremens*. Les individus sont pris subitement, dit-il, de terreur, de craintes imaginaires, d'idées de persécution, d'illusions, d'hallucinations effrayantes, d'une agitation continuelle, en même temps que de sueurs profuses, d'un redoublement de fièvre et d'un tremblement des membres des lèvres, de la langue; le regard devient inquiet, effaré; les gestes sont inconséquents, sans raison; l'individu veut se lever et se sauver en chemise, hors de la salle; la persuasion n'a aucune prise sur lui. Cet état est le plus souvent suivi de mort. Il est à noter, ajoute-t-il, qu'il se produit surtout chez les alcoolisés chroniques qui ont subi des émissions sanguines générales. M. Voisin dit avoir constaté ce dernier fait une dizaine de fois dans le service de M. Bouillaud, qui l'a reconnu, du reste, et, depuis, n'use qu'avec beaucoup de modération de la saignée chez les alcoolisés chroniques (ce n'est pas malheureux!). Quelques malades, en minorité, résistent à ces accidents redoutables au bout de dix à quinze jours; ils conservent, pendant cette période de tremblement, des sueurs, du subdelirium par moments, la nuit et le matin surtout; l'intelligence reste généralement obtuse.

Voici un exemple de l'un de ces cas de pneumonie compliquée de délire alcoolique :

Un homme de trente-cinq ans entre à la Charité, malade depuis cinq jours; il a une fièvre intense, tousse, crache du sang, et éprouve un point de côté à gauche. On apprend que cet homme a fait de nombreux excès de vin depuis sa jeunesse. A son entrée dans la salle Saint-Jean de Dieu, M. Bouillaud constate une pneumonie franche au deuxième degré de tout le poumon gauche. Il lui est fait, le premier jour, une saignée de trois palettes et demie et une application de ventouses scarifiées sur la partie gauche de la poitrine (en tout 550 grammes de sang).

Le deuxième jour, au matin, on constate une amélioration dans l'état du poumon; mais la fièvre persiste au même degré; les mains sont agitées d'un tremblement considérable. — Application de ventouses scarifiées sur la moitié gauche de la poitrine. (Pourquoi cette seconde émission sanguine, puisqu'on avait déjà constaté des signes d'alcoolisme et qu'on n'avait déjà pas tant à se louer de l'effet de la première?).

Le surlendemain, mieux comme état local, mais persistance

de la fièvre avec sueur. A onze heures du matin, le malade se lève brusquement en criant, se sauve dans la salle et s'élance vers une fenêtre. Il a l'air égaré et tremble de tous ses membres. Dans l'après midi, M. Voisin le trouve assis sur son lit, tremblant, parlant seul et demandant de l'eau-de-vie. Dans la soirée, l'excitation s'accroît; le malade vocifère, appelle à son secours; il brise les menottes et la camisole de force qu'on lui avait mises, et se sauve de son lit tout en sueur.

A une heure du matin, il tombe dans le coma et meurt dix minutes après.

Bien que la pleurésie s'accompagne moins fréquemment de délire que la pneumonie, M. A. Voisin en a cependant observé quelques cas, et entre autres le suivant, chez un malade du service de M. Bouillaud, entré pour une pleurésie aiguë avec un épanchement du côté droit. Il lui fut fait à son arrivée dans la salle une application de ventouses scarifiées (toujours!). Trois jours après, le malade, dont le visage avait un air inquiet, égaré, faisait à chaque instant des efforts pour sortir de son lit; un jour, on le rattrapa sur le palier de l'escalier, les pieds nus et en chemise; il était survenu en même temps du tremblement des mains et des sueurs.

Un mot seulement sur le traitement de cette grave complication des maladies aiguës.

On a remarqué depuis longtemps, comme tout le monde le sait, les fâcheux effets de la suppression des boissons excitantes chez les sujets adonnés habituellement avec excès aux boissons alcooliques, alors même qu'ils viennent à être pris accidentellement d'une maladie aiguë. C'est Dupuytren, croyons-nous, qui a le premier formulé l'indication de l'usage du vin à dose modérée chez les opérés ou les sujets atteints de grands traumatismes qui sont pris de délire ébrieux. Chomel, à son exemple, conseillait également l'usage du vin, même dans les périodes les plus aiguës des maladies survenues chez des buveurs. Cette pratique s'est généralisée depuis, et nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'en constater les bons effets. Mais la mesure est difficile à saisir en pareil cas, et demande une grande expérience qu'il n'est pas donné à tous d'acquérir. Toujours est-il, si l'opinion n'est peut-être pas encore complétement fixée sur la valeur de cette méthode, qu'il importe qu'elle le soit sur les mauvais effets des émissions sanguines en pareil cas.

Résultats de 66 opérations de taille à Saint-Louis (États-Unis).

Le numéro de septembre et octobre du journal *the Saint-Louis medical and surgical* contient une statistique de 66 cas de taille pratiquée aux États-Unis par M. le docteur Charles Pope, professeur de chirurgie au collége médical de Saint-Louis. Cette statistique renferme des renseignements utiles.

Ces opérations, au nombre de 66, ont été faites depuis 1843 jusqu'en 1860, au nombre de 25; et depuis 1860 jusqu'en 1864, au nombre de 41.

Sur ces 66 cas, il y a eu 4 morts, ce qui donne une moyenne de guérison représentée par le chiffre 15 sur 16.

Dans 29 cas, la taille a été pratiquée sur des enfants au-dessous de treize ans. Il y a eu 2 cas de mort, 1 sur un enfant de cinq ans, 1 sur un enfant de douze ans. Dans le premier cas, l'accident qui avait entraîné la mort était dû à une infiltration urineuse ou un phlegmon du petit bassin; dans le second cas, il s'agissait d'une pierre enchatonnée qui avait été difficilement extraite, et l'opération avait été suivie d'inflammation de la plaie, et de péritonite.

La mortalité a donc été pour la taille chez les enfants dans la proportion de 1 sur 14 1/2. On sait que les statistiques de M. Civiale ont donné la proportion plus forte de 1 sur 9 pour les résultats défavorables de la taille chez les enfants.

Deux tailles ont été faites chez des femmes et ont été suivies de succès.

Quatre sujets de plus de cinquante ans ont été également opérés avec succès.

Enfin, des 31 malades opérés restant, et qui avaient plus de treize ans et moins de cinquante ans, 29 opérations ont été suivies de guérison, et il y a eu 2 morts.

Une fois, la taille sous-pubienne avait été pratiquée sur un homme de vingt-deux ans, qui portait depuis l'âge de dix ans une pierre qui n'avait pu être extraite que par fragments, et le chirurgien avait été obligé de faire un débridement sur le côté. Le malade opéré pour ainsi dire *in extremis*, s'affaiblit et mourut (*the patient sank from the shock of operation*). Le second cas de mort chez les adultes avait été la suite d'une diarrhée rebelle et de l'épuisement du malade; celui-ci était âgé de trente-huit ans.

Si l'on compare ces résultats à ceux qui sont obtenus d'après ce que disent nos statistiques, on voit qu'au lieu de ces proportions de guérison: 7 sur 9 pour les adultes, 6 sur 9 pour les vieillards, on trouve dans la statistique américaine 29 sur 31 pour les adultes et 4 sur 4 pour les vieillards.

Examinons donc si dans le mode opératoire il y a quelque particularité qui explique cette différence.

En laissant de côté trois tailles bilatérales chez les femmes, quatre tailles bilatérales chez l'homme, une taille médiane, toutes les cinq suivies de guérison, et une taille sus-pubienne suivie de mort, il reste 57 opérations par la méthode latérale.

« Je n'ai pas l'habitude, dit M. Ch. Pope, de préparer les malades par un traitement spécial. Lorsqu'il y a quelques symptômes fébriles ou un symptôme qui gêne pour l'opération, je retarde de quelques jours; mais dans presque tous les cas qui font l'objet de ma statistique, j'ai opéré les malades le lendemain du jour où je les avais vus pour la première fois. »

La veille de l'opération, une once d'huile de ricin est administrée. Le doigt est introduit dans le rectum pour vider l'intestin, et, ajoute l'auteur, pour provoquer aussi la contraction, afin que cet intestin rétracté soit aussi loin que possible de l'urèthre au moment de l'opération. Le chirurgien américain a toujours fait la taille latéralisée par le procédé ordinaire, avec cette seule différence que dans trois cas seulement il s'est servi du lithotome caché du frère Côme. Il n'est pas discutable, dit M. Ch. Pope, que le bistouri est le plus simple et le meilleur instrument pour débrider le col de la vessie.

Sur les 57 opérations de taille latérale, deux fois il y a eu une perforation du rectum. Quoique dans un cas le chirurgien dise que l'intestin avait dû être déchiré par la pierre qui avait été difficile à extraire; il est probable que le rectum avait été touché. Une seule fois une hémorrhagie a eu lieu pendant l'opération et a été arrêtée par la ligature. Une fois il y a eu une hémorrhagie consécutive à une déchirure du rectum; c'est vers le neuvième jour qu'elle est apparue. Des pierres de 8 centimètres dans leur plus grand axe et de 3 dans leur plus petit ont pu être extraites par l'incision de la taille latérale. Une pierre rugueuse et irrégulière a été extraite avec de grandes difficultés, mais sans accidents.

Les suites de l'opération ont donné lieu une fois à l'hémorrhagie consécutive dont il a été question; une fois il y a eu rétention d'urine, qui a cédé sans qu'une sonde ait été passée dans la vessie; une fois il y a eu une fistule recto-vésicale, qui a disparu à la longue.

Des cas exceptionnels ont été observés:

Un malade, âgé de vingt-quatre ans, avait eu un calcul vésical à la suite d'une coxalgie. Un abcès par congestion s'était formé dans le petit bassin, et s'était ouvert dans la vessie. Vers l'âge de dix ans, époque à laquelle la coxalgie existait, le malade avait rendu du pus et des fragments d'os par l'urèthre. Le calcul qui a été extrait avait pour noyau un fragment d'os.

Il y a eu un cas de plaie de la vessie par arme à feu, avec séjour d'une balle dans la vessie et formation d'un calcul autour du corps étranger.

Un troisième fait remarquable est un cas de lithotomie faite avec succès pour la seconde fois sur le même individu. La première opération avait été faite à l'âge de vingt-sept ans; la seconde a eu lieu deux ans plus tard.

Outre le cas de calcul formé autour d'une balle, il y a eu un calcul formé autour d'un fragment d'instrument lithotriteur brisé dans la vessie; un autour d'une aiguille à tapisserie introduite par l'urèthre.

Enfin, la statistique de M. Pope nous montre un fait qui a été déjà plusieurs fois vérifié, c'est que la race africaine est peu disposée à la maladie calculeuse. En effet, sur les 66 cas de calculs observés, un seul a été rencontré sur un nègre.

DE LA MORT PAR INANITION

et Études expérimentales sur la nutrition chez le nouveau-né (1).

Par M. le Dr Bouchaud, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris.

Jusqu'ici peu de travaux ont été entrepris sur la grande fonction de nutrition dans la première enfance, ce qui sans doute tient à la difficulté du sujet et aux soins minutieux qu'exigent de pareilles recherches. Le premier, en 1833, Quételet démontra ce fait singulier déjà démontré par Chaussier, à savoir, que l'enfant décroît dans les premiers jours de sa naissance et ne recouvre son poids primitif que vers le septième jour. Mais là s'arrêtèrent ses observations. Ce phénomène est-il constant ou accidentel, quelles en sont les causes et les variations, quelles conséquences pratiques peut-on en déduire? Tels sont les points intéressants qui restaient à élucider.

Pour obtenir ce résultat, ainsi que pour résoudre diverses autres questions relatives à l'accroissement de l'enfant, à son mode d'alimentation et à ses principales sécrétions, M. Bouchaud a réalisé une série d'expériences délicates qui nous paraissent combler très-heureusement une lacune importante de la physiologie du nouveau-né.

Selon l'auteur, la déperdition observée dans les premiers jours ne serait pas constante, et un enfant sur douze environ commencerait à croître en poids dès les premières heures. Cette exception se produirait sous l'influence de deux causes: d'une part, la succion facile de l'enfant, et, d'autre part, une grande abondance de colostrum dans le sein maternel. Pareil résultat s'observerait encore lorsque l'enfant est confié, dès le premier jour, à une bonne nourrice.

Ce dernier fait tend manifestement à démontrer que le colostrum n'est pas pour le nouveau-né un premier aliment nécessaire, et que, toutes choses égales, un lait bien formé et pourvu de tous ses éléments lui serait peut-être préférable. Aussi l'opinion vulgaire qui attribue au colostrum une vertu laxative, est-elle considérée par M. Bouchaud comme une croyance que rien ne justifie et que ses propres expériences viennent démentir. Pour nous, sans partager une manière de voir aussi exclusive, nous pensons que l'opinion commune, relative à l'action du colostrum comparée à celle du lait, a été fort exagérée et se trouve parfois en complet désaccord avec l'observation.

(1) Brochure in-8°, 1864. Paris, Adr. Delahaye.

Chez les enfants qui décroissent après la naissance, la déperdition a généralement lieu dans les deux premiers jours, et s'élève en moyenne à 65 grammes pour le premier et à 35 grammes pour le second.

Dès le troisième jour, tout enfant qui se trouve dans des conditions normales doit accuser une marche ascendante, et le septième jour au plus tard il doit avoir recouvré le poids qu'il présentait en naissant. Si cette limite est dépassée, il importe d'en rechercher la cause; car presque constamment elle sera facile à trouver dans un état morbide ou anormal de la mère ou de l'enfant.

Cette simple donnée suffit à montrer quel parti avantageux on peut tirer d'un emploi judicieux de la balance. En déterminant les variations de poids que présente le nouveau-né aux diverses périodes de la première enfance, des pesées fréquemment renouvelées permettent, en effet, d'apprécier le degré d'activité de la nutrition ou de dévoiler un état de souffrance jusque-là peu apparent. D'autre part, ces pesées constituent un moyen de contrôle facile et efficace pour juger de la valeur d'une nourrice, surtout quand celle-ci, par suite de son éloignement, ne peut être attentivement surveillée.

Lorsque l'enfant est placé dans des conditions normales d'alimentation et d'hygiène, on sait que la nutrition s'opère chez lui d'une manière énergique pendant les premiers mois, tandis qu'elle se ralentit progressivement à mesure qu'on s'éloigne de la naissance. A cet égard, M. Bouchaud est arrivé à la formule d'une loi que nous croyons devoir reproduire; car elle concorde avec quelques expériences faites par nous-même et peut servir utilement d'échelle de comparaison pour des pesées ultérieures. L'accroissement en poids, dit l'auteur, suit pour les mois une progression arithmétique décroissante dont le premier terme est 750, le dernier 250 et la raison 50 grammes. — D'où il suit que l'enfant qui pèse en moyenne 3,250 grammes à la naissance, pèsera, à la fin du premier mois, 4,000 grammes; à la fin du deuxième mois, 4,700; à la fin du troisième, 5,350 gr., etc., et à la fin de la première année, 9 kilogrammes. Ce dernier chiffre représente, en effet, le poids moyen des enfants âgés d'un an. D'après ces données, on voit que l'augmentation de poids pour un jour est de 20 à 25 grammes pendant les premiers mois, et de 10 à 15 grammes après le cinquième.

Ces considérations sur l'accroissement physiologique de l'enfant nous conduisent naturellement à dire un mot de la mort par inanition. Dans les hôpitaux et chez beaucoup de familles pauvres des grandes villes, les mauvaises conditions hygiéniques et l'alimentation souvent très-imparfaite du nouveau-né constituent sans aucun doute une des causes les plus puissantes de l'effroyable mortalité qui pèse sur la première enfance. Aussi, la mort lente par inanition y est-elle fréquemment observée. Chose curieuse signalée par M. Bouchaud, c'est que plusieurs des malheureux enfants qui ont ainsi succombé à la Maternité n'ont cessé de décroître à partir de la naissance sans jamais recouvrer leur poids primitif.

Pareil résultat se remarque en particulier chez les enfants primitivement faibles, qui tettent mal ou qui sont nés prématurément, ou bien encore chez ceux qui, offrant un développement normal, appartiennent à des mères malintentionnées qui leur refusent secrètement le sein. L'enfant alors dépérit progressivement et sans aucune maladie apparente; il perd de son poids, de sa chaleur, sa peau devient terne, grisâtre et perd sa souplesse; le visage se ride, se flétrit, les yeux se recouvrent d'un voile muqueux, la cornée s'obscurcit et parfois semble se ramollir; les os du crâne chevauchent les uns sur les autres; les mouvements se ralentissent et perdent toute énergie; la voix s'affaiblit, change de timbre, et les cris prennent un caractère plaintif qu'il est douloureux d'entendre; enfin, arrivé au dernier terme de la maigreur, l'enfant, refroidi, ratatiné, offrant l'aspect d'un petit vieillard, succombe le neuvième, douzième, quinzième ou vingtième jour, après avoir perdu le quart ou même le tiers de son poids originel. Assez souvent, d'ailleurs, une complication plus ou moins grave, telle qu'un muguet confluent, une entérite, un érythème étendu, une inflammation de l'ombilic, etc., viennent s'ajouter au mal et précipitent la terminaison fatale.

Jusqu'ici nous avons supposé que la mort était due à une alimentation nulle ou insuffisante; mais il est une autre manière plus générale, et, à notre avis plus vraie, de considérer la mort par inanition. Cette dernière, en effet, a un domaine plus étendu; elle peut s'observer, chose presque paradoxale, au sein même de l'abondance et alors qu'une bonne alimentation est sagement distribuée à l'enfant. Il suffit, pour tel résultat, qu'une maladie, non directement mortelle par elle-même, trouble à tel point l'organisme que l'assimilation devienne insuffisante, et que dès lors la grande fonction de nutrition soit entravée ou abolie. Dans ces conditions, les phénomènes de l'inanition apparaissent promptement, s'aggravent peu à peu et constituent bientôt, par leur prédominance sur la maladie primitive, le péril le plus grave et finalement la vraie cause de la mort.

Au commencement de cette année, nous avons observé à la Clinique d'accouchement un fait de ce genre. Il s'agissait d'un enfant né quinze jours avant terme, dans un état grave de mort apparente, à la suite d'une version laborieuse. Nous ne parvînmes à le ranimer et à lui faire émettre son premier cri qu'après une heure de soins assidus. Au troisième jour des contractures se manifestèrent dans les membres, et bien que l'enfant fût alimenté d'une manière assez satisfaisante, des symptômes d'inanition commencèrent à se produire. Ceux-ci augmentèrent progressivement d'intensité et finirent par causer la

mort le quatorzième jour, sans que l'enfant, qui succomba dans le marasme, eût jamais cessé de prendre le sein ou d'avaler le lait donné à la cuiller. A l'autopsie, nous trouvâmes un épanchement de sang considérable étendu en nappe sur le cerveau et le cervelet.

Ici, comme on le voit, l'enfant était alimenté, mais il ne se nourrissait pas ; le lait était ingéré, mais non assimilé. La nutrition étant ainsi entravée, la mort arriva, non point comme dans une maladie aiguë de l'encéphale, mais avec tous les symptômes de l'inanition.

M. Bouchaud a donc eu raison de donner à son sujet une large interprétation et de ne pas borner son étude à l'inanition qui résulte d'une alimentation vicieuse. Mais nous ne saurions partager son avis, lorsque, considérant la question au point de vue médico-légal, il semble regretter que la mort provoquée par inanition ne soit pas mieux connue et plus recherchée dans un but de répression. Pour nous, au contraire, nous pensons que dans l'état actuel de la science sur ce point, il serait plus dangereux qu'utile de dévoiler ces misères pour tenter d'en punir les auteurs.

Dr GUÉNIOT,
chef de clinique de la Faculté.

DU THÉ COMME REMÈDE DANS LE COMA.

Par James A. SEWEL, professeur à l'université de Québec.

Mme B..., âgée de trente ans, était sujette depuis quelques années à des accès d'angine de poitrine, pour lesquels, il y a quelque temps, elle vint en Europe consulter divers praticiens, Simpson (d'Edimbourg), Stokes (de Dublin), etc., mais sans beaucoup d'effet. Elle avait pris de la solution sédative de Battley avec plus de succès; mais comme elle n'avait pas eu de nouvelles attaques, elle avait discontinué l'usage de ce remède depuis environ trois mois.

Il y a quelque temps, elle fut menacée d'une de ses attaques habituelles, et chercha à la prévenir en prenant la solution de Battley à la dose de 2 drachmes ; elle continua cette dose par intervalles, jusqu'à prendre 2 onces et demie du médicament dans environ huit heures.

Peu de temps après avoir pris la dernière dose, elle fut atteinte de légères convulsions et tomba presque aussitôt dans le coma. Je la vis à deux heures du matin, environ deux heures après les premières attaques convulsives, et la trouvai dans un coma profond : pupilles contractées ; respiration extrêmement lente ; pouls rapide, petit, irrégulier ; visage d'une pâleur mortelle ; elle était froide, et avait la peau couverte d'une sueur visqueuse.

Il était évident qu'elle se trouvait sous l'action narcotique puissante de la dose énorme d'opium qu'elle avait ingérée, et que la mort était imminente. Comme il s'était écoulé trois heures depuis l'ingestion de la dernière dose, je crus inutile de recourir à la pompe stomacale. L'état de la respiration contre-indiquait, du reste, l'emploi de cet instrument; le moindre obstacle apporté à la respiration déjà si difficile eût amené la mort. Comme elle ne pouvait pas avaler, on ne pouvait guère songer à lui donner de l'émétique, je fis donc mettre des sinapismes aux jambes, de la glace à la tête, et je donnai une douche froide.

Le docteur Jackson étant venu avec moi voir la malade, je proposai, en attendant l'électrisation, d'essayer d'injecter par l'anus une peinte d'infusion concentrée de thé vert, ce qui se fit à trois heures un quart du matin. Au bout d'une demi-heure, il y avait une amélioration réelle. La respiration était moins lente et moins embarrassée, le visage était légèrement coloré et les joues moins froides.

Le coma continua; mais, encouragé par l'amélioration que j'avais obtenue, je fis donner à quatre heures un nouveau lavement de thé, auquel on ajouta un peu d'eau-de-vie et de rhum.

Pendant l'heure suivante, on observa un retour graduel de la respiration à son état normal : les pupilles étaient moins contractées et la température générale du corps s'était un peu élevée.

La malade continua à aller de mieux en mieux, et vers cinq ou six heures seulement (deux heures et demie après qu'on eut donné le premier lavement), quoique la malade ne pût rien voir, cependant elle reconnaissait à leur voix les personnes qui l'entouraient, et peu de temps après nous la déclarions hors de danger.

Je considère ce cas fort intéressant relativement aux usages du thé vert comme stimulant nerveux : l'amélioration dans les symptômes généraux suivit si rapidement le traitement, malgré la dose narcotique énorme ingérée, que je me crois justifié en attribuant à l'emploi du thé la guérison de la personne dont il est question dans la présente observation.

Je sais bien que l'emploi de ce médicament dans des cas analogues n'est pas nouveau, et je me rappelle qu'une observation semblable fut publiée dans la *Lancette* il y a environ deux ans. La malade avait été traitée par le thym; mais comme tout le monde n'a pas sous la main cet alcaloïde et que l'usage du thé est partout répandu, je rappellerai, pour confirmer l'action de ce remède si simple, que je l'ai employé quatre fois avec les meilleurs résultats.

1° La première fois que j'eus l'occasion de l'employer fut il y a environ six ans : il s'agissait d'une enfant âgée de dix-huit mois à laquelle on avait fait avaler les trois quarts d'un petit verre de mauvais wiskey. Elle tomba bientôt après dans le coma, et c'est dans cet état que je la trouvai deux heures après l'accident.

Elle avait la face grippée, les extrémités froides, les pupilles dilatées, et la mort semblait imminente. Ce fut avec les plus grandes difficultés que je réussis à introduire dans l'estomac une petite cuillerée d'une forte infusion de thé. J'ordonnai qu'on lui en fit prendre toutes les vingt minutes. A mon retour, je fus informé par la mère qu'après la sixième dose l'enfant s'était parfaitement rétablie.

2° Le second cas que j'eus à observer est curieux et instructif, montrant bien toute la puissance du remède dont il s'agit.

M. S..., âgé de quarante ans, fut tout à coup pris de convulsions qui le laissèrent dans un coma profond. En mon absence, un médecin de mes amis le visita et le trouva mourant. A mon retour, environ trois heures après, j'allai voir le malade, et le trouvant insensible et dans le coma le plus absolu, quoiqu'on eût employé tous les remèdes ordinaires, je fis faire une forte infusion de thé, et j'ordonnai que jusqu'à mon retour on lui en fît prendre toutes les vingt minutes, ce qui fut fait avec la plus grande difficulté.

Je le vis deux heures plus tard, quand il eut pris six doses, et je le trouvai suffisamment rétabli pour qu'il pût me reconnaître dès que j'entrai. Le trouvant ainsi amélioré et ne connaissant pas encore toute la puissance du médicament, je commis l'erreur de faire une sorte de règle de trois, en me disant que six cuillerées à café ayant produit un pareil effet en deux heures, douze cuillerées en quatre heures devaient avoir un effet doublement puissant! Je continuai comme avant la dose susmentionnée.

Je revins environ une heure et demie après qu'il eut pris quatre doses de plus. En entrant, je trouvai mon homme, que l'on croyait mourant de coma quelques heures avant, avec de l'agitation, du délire. Il avait tout brisé et frappé autour de lui. Ces symptômes d'excitation nerveuse amenés par une aussi grande dose de ce stimulant, cessèrent bientôt, et le lendemain le malade était entièrement rétabli.

3° Dans le troisième cas que j'eus à observer, il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans que l'on trouva un beau matin, dans son lit, plongée dans un coma profond. Nous la traitâmes, feu le docteur Morin et moi, à l'aide de ventouses, frictions d'huile de croton, sinapismes, etc., sans qu'il survînt de changement appréciable dans les symptômes.

En ce moment, quoique je n'eusse pas grand espoir, je proposai de donner du thé, et trois heures après la malade était rétablie.

— Nous devons, je crois, au docteur Graves l'introduction du thé comme stimulant nerveux. Il en recommande l'emploi dans le coma des fièvres, et c'est ce qui m'a donné l'idée de prescrire l'infusion de thé dans les cas susmentionnés. Mon expérience à ce sujet est de bien fraîche date, et cependant elle m'a donné des résultats tellement satisfaisants que je n'hésite point à en recommander l'usage. (*Lancet* et *Dublin med. presse.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 novembre 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Les *Archives générales de médecine.* — Le *Montpellier médical.*

— M. le Dr E. Langlebert fait hommage à la Société de chirurgie d'un travail intitulé : *Unicisme et dualisme chancreux.*

— M. M. Perrin, membre correspondant, adresse un Mémoire imprimé : *De l'influence des boissons alcooliques prises à doses modérées sur la nutrition; recherches expérimentales.*

— M. Azam (de Bordeaux), membre correspondant, adresse un exemplaire d'un travail qu'il a lu devant l'Académie, intitulé : *De la mort subite par embolie pulmonaire, dans les contusions et les fractures.*

— **Hygiène hospitalière.** — M. TRÉLAT communique une lettre qui lui a été adressée comme secrétaire de la Société, par M. le Dr Amédée Paris, ancien médecin militaire, actuellement médecin à Angoulême.

Dans cette lettre, M. Paris professe sur l'influence de l'air et du soleil les idées qui ont été émises par tous les orateurs depuis le commencement de la discussion. Il pense qu'il n'est pas possible de donner à un hôpital de bonnes conditions atmosphériques dans le centre de Paris, et voudrait en conséquence que l'Hôtel-Dieu, construit à la campagne, fut relié au Bureau central par un chemin de fer spécial, qui servirait à transporter les malades et leurs parents, les médecins et leurs élèves.

Sans insister sur le côté excessif de ce projet, l'exécution d'un chemin de fer spécial, il est bon de remarquer combien l'idée d'utiliser les chemins de fer pour éloigner les hôpitaux gagne du terrain. Je l'ai indiquée, M. Le Fort l'a développée, la lettre de M. Martinenq n'avait d'autre but que de la défendre.

Quoiqu'elle paraisse difficilement réalisable à Paris avec nos habitudes actuelles, il ne me semble pas douteux qu'on y arrive un jour ou l'autre, lorsqu'on aura bien compris et bien interprété les doubles exigences de l'hygiène et de l'assistance hospitalière.

— MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent un nouvel instrument, le *lithéxère*, destiné à extraire de la vessie les sables et graviers provenant des pierres broyées par les instruments lithotriteurs. Cet instrument a été construit sur les indications de M. Maisonneuve, qui a rédigé la note suivante :

L'opération de la lithotritie comprend deux temps bien distincts :

1° Le broiement de la pierre, ou sa réduction en fragments assez petits pour passer par le canal de l'urèthre;

2° L'élimination de ces fragments eux-mêmes.

Dans les cas simples, alors que la pierre a pu subir une trituration parfaite et que l'émission de l'urine se fait avec une entière liberté, le dernier temps peut s'effectuer à la rigueur sans intervention de l'art.

Mais pour peu que ces conditions se modifient, que la pierre, en raison de sa dureté, se brise en fragments anguleux, ou qu'un obstacle existe à la sortie de l'urine, ce temps peut se compliquer des difficultés les plus graves, outre qu'il est l'occasion principale de ces douleurs et de ces accidents si redoutables qui se renouvellent chaque fois qu'un fragment un peu volumineux vient à s'arrêter dans le canal.

Jusqu'à présent, le génie inventif des chirurgiens n'avait imaginé pour ces circonstances que d'assez faibles palliatifs. C'étaient des sondes métalliques volumineuses, par lesquelles on essayait d'expulser les débris de la pierre au moyen d'injections, ou bien encore des pinces destinées à briser quelques fragments anguleux arrêtés dans l'urèthre.

Mais ces ressources étaient bien insuffisantes; aussi, pour éviter l'encombrement dangereux du col de la vessie ou du canal, les opérateurs se trouvaient-ils souvent réduits à ne broyer à chaque séance qu'une petite portion du calcul, et quelquefois à faire l'extraction de ces faibles débris avec l'instrument lithotriteur lui-même.

De là des longueurs interminables et des manœuvres pénibles, d'où pouvaient résulter les plus graves accidents.

Frappé de ces inconvénients, j'ai cherché parmi les moyens nombreux que nous offre la mécanique quelque combinaison qui pût résoudre le problème d'une manière plus avantageuse. Après bien des tentatives, l'idée me vint d'expérimenter pour cette solution le mécanisme si simple et si puissant de la vis. J'avais remarqué qu'en faisant mouvoir dans un tube de dimension convenable une vis à pas allongés et profonds comme ceux du tire-bouchon vulgaire, les poussières ou graviers placés à la partie inférieure du tube se trouvaient entraînés par le mouvement de la vis, et rejetés par l'orifice supérieur.

Partant de ce principe, qu'on n'avait point encore utilisé dans l'art chirurgical, je fis construire par MM. Robert et Collin un instrument creux en forme de sonde et disposé de manière à pouvoir pénétrer dans la vessie. Sur la concavité du bec de cette sonde se trouve une large ouverture dans laquelle les graviers peuvent facilement s'introduire. Dans ce tube tourne une vis en tire-bouchon dont le mouvement continu entraîne tous les fragments ou graviers placés dans le bas-fond de la vessie, les broie comme des grains de café, et rejette leurs détritus au dehors.

Des expériences nombreuses faites sur le cadavre, quelques applications aussi faites sur l'homme vivant, m'ont démontré que l'instrument nouveau, auquel je crois devoir donner le nom de *lithéxère* (de *lithos*, pierre, et *exairein*, extraire), pouvait en quelques instants, et sans la moindre douleur, débarrasser la vessie des sables et graviers provenant des pierres broyées par les instruments lithotriteurs ordinaires.

Ce résultat, qui, je dois le dire, dépasse toutes les espérances que j'avais conçues, me paraît digne de fixer l'attention des chirurgiens, en ce qu'il est de nature à modifier profondément l'opération même de la lithotritie. Du moment, en effet, que l'opérateur n'a plus à craindre les horribles douleurs et les accidents si graves qui résultaient du passage des fragments dans le trajet du canal, rien ne l'oblige de restreindre ses manœuvres; il doit même chercher, en perfectionnant les moyens de trituration, à broyer la pierre le plus rapidement possible, certain qu'il est de pouvoir toujours extraire immédiatement toutes les poussières et tous les fragments dont l'introduction dans le canal pourrait être dangereuse.

On ne verra plus, dès lors, ces séances multiples qui désespèrent le malade et finissent par épuiser son courage et ses forces. Une seule séance suffira pour les calculs au-dessous de 20 grammes; deux ou trois tout au plus pour ceux d'un volume plus considérable.

— M. CAZENAVE (de Bordeaux) fait hommage à la Société de deux opuscules intitulés :

1° *Histoire de trois lithotrities et de trois tailles bilatérales exceptionnelles;*

2° *Du tremblement des mains et des doigts, et description de machines orthopédiques.*

Il adresse un travail manuscrit intitulé *Trois observations de maladies des voies urinaires prises pour des fièvres typhoïdes, et lithotritie faite avec succès sur un sujet offrant de très-graves complications.* (Commissaires, MM. Guersant, Giraldès et Dolbeau.)

COMMUNICATION.

M. AVRARD (de la Rochelle) donne lecture d'une observation relative à un cas de luxation de l'astragale en dedans.

Ce travail est renvoyé à MM. Chassaignac, Giraldès et Broca.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. VOILLEMIER. Messieurs, la question que vous discutez peut se réduire à ces termes : l'emplacement choisi pour construire l'Hôtel-Dieu présente-t-il les conditions de salubrité désirables? N'y a-t-il pas inconvénient à mettre 800 et même 600 lits dans un espace si peu vaste? Je ne crois pas trop m'avancer en disant qu'avant même que la discussion fût engagée, l'opinion de tous les membres de cette Société était unanime, et que si des doutes eussent existé dans l'esprit de quelqu'un de nous, ils auraient été bien vite dissipés par les observations qui ont été présentées par plusieurs de nos collègues. Pourquoi donc discutons-nous? Il ne s'agit pas d'une question litigieuse, et encore moins de nous persuader les uns les autres. Nous sommes tous d'accord.

Mais peut-être voulez-vous, par cette discussion, éclairer l'administration de l'Assistance publique? Elle doit être éclairée depuis longtemps, si elle a prêté l'oreille à tout ce qu'on lui a dit depuis soixante-dix ans sur l'ancien Hôtel-Dieu et l'encombrement des malades dans cet hôpital; et elle l'est en effet. Elle apprécie nos raisons à leur juste valeur et partage nos idées. Vous l'avez vue, quand il s'agissait de reconstruire la Maison de santé, choisir un vaste terrain dans un lieu élevé et bien exposé, et construire de petites salles. A Saint-Louis, à Beaujon, elle a élevé des pavillons et consacré quelques chambres isolées aux malades. Mais alors pourquoi s'arrête-t-elle dans la voie où elle est entrée? Pourquoi? Oh! en pareille matière, je suis, avec l'administration, d'une discrétion d'autant plus grande qu'elle a l'habitude de ne pas répondre.

Mais ses raisons, je les devine derrière son majestueux silence. La plus forte, celle qui domine tout, c'est la raison d'argent. Mon Dieu, comme vous tous, je me suis pris à rêver des établissements hospitaliers modèles! Si j'étais le maître, je voudrais de petits hôpitaux de 200 lits, situés dans un lieu élevé, exposés non au midi comme il a été dit, ce qui suppose une partie de l'établissement du côté du nord, mais exposés à l'est et à l'ouest comme la plupart des châteaux royaux. Je n'aurais que des salles de 12 lits, des chambres séparées pour les individus affectés de maladies contagieuses et pour les opérés. A la tête de l'établissement serait un directeur intelligent, qui serait souvent dans les salles des malades et rarement dans son bureau. Les gens de service seraient assez payés pour qu'on pût exiger d'eux des soins pour les malades et de la propreté. A tout cela, j'aurais encore ajouté bien des choses, puisqu'il ne s'agissait que de vouloir.

Mais où trouver l'argent pour réaliser de pareils rêves? Ne prenons qu'un des points de la question : vingt hôpitaux contenant 4,000 malades n'entraîneront-ils pas, comme frais de premier établissement, d'administration, etc., etc., des dépenses bien plus considérables que huit hôpitaux contenant chacun 500 malades? Mais nier cela serait nier le premier principe sur lequel reposent les avantages de l'association. Et, alors, une autre question se présente : vaut-il mieux qu'un petit nombre de malades soient très-bien traités et que beaucoup d'autres restent sans secours, ou vaut-il mieux que les malades soient un peu moins bien et qu'on porte secours à un plus grand nombre? Dans le premier cas la mortalité des hôpitaux sera moindre, mais elle sera largement compensée par la mortalité qui frappera les malades qui n'auront pas été secourus.

Je sais que quelques esprits absolus me répondront : Faites d'abord peu et bien ; plus tard, on fera sur une plus large échelle. A ceux-là, je rappellerai ce que nous disait notre collègue M. Marjolin quand il nous montrait la maladie assise pendant des mois sur le seuil de l'hôpital Sainte-Eugénie, et plus d'une fois surprise par la mort avant que la porte se fût ouverte pour elle.

La question d'argent, voilà ce dont il faut surtout se préoccuper.

. . . .

De tout ce que je viens de dire, Messieurs, je conclus que la question est épuisée. Je ne puis qu'approuver M. Trélat d'avoir consacré son temps et son intelligence à étudier la question de l'Hôtel-Dieu ; je crois que la Société de chirurgie a bien fait d'émettre son opinion sur ce sujet, surtout si elle a pu apporter un appui à l'administration de l'Assistance publique. Mais la Société jugera peut-être qu'il est temps pour elle de retourner à ses occupations habituelles.

M. TRÉLAT. Notre collègue vient de porter la discussion sur un terrain où je ne puis et ne veux pas le suivre ; je crois que nous ne pouvons aborder utilement ici les questions d'origine et d'accroissement de la fortune hospitalière.

D'autre part, M. Voillemier me paraît confondre deux choses voisines mais distinctes : l'assistance hospitalière et la guérison des malades. Oui, l'Assistance se préoccupe, et c'est son rôle, de secourir le plus grand nombre possible d'individus, mais nous, chirurgiens et hygiénistes, nous poursuivons le but d'obtenir le plus grand nombre possible de guérisons.

La question d'argent est prédominante, je suis en cela d'accord avec M. Voillemier ; mais je répète ici ce que j'ai dit au début de la discussion : Comment peut-on dire que les grands hôpitaux sont économiques en présence du prix de revient que nous connaissons pour Lariboisière, que nous présumons pour l'Hôtel-Dieu? Nous pensons, et nous avons essayé de prouver, que de petits hôpitaux salubres seraient moins chers.

M. Voillemier a touché la question de personnel et de service intérieur, mais cela est en dehors de la discussion. Je suis, au reste, pleinement de son avis ; mais ici, tout le monde est d'accord, car l'administration est la première à reconnaître et à signaler l'insuffisance de ses serviteurs.

M. VOILLEMIER. Je n'ai fait que suivre l'exemple de nos collègues en touchant à la question des finances hospitalières. M. Trélat soutient que les petits hôpitaux sont plus économiques que les grands ; il est cependant évident pour tout le monde que l'économie est un des premiers avantages de l'association. Certes, il y a moyen de fausser les meilleurs principes lorsqu'on les applique mal ; c'est ce que l'on a fait à Lariboisière, grâce à un luxe mal entendu. Je ne veux pas, pour cela, que l'on bâtisse un Hôtel-Dieu de 800 ou même de 600 lits. Je trouve que les objections faites au projet sont toutes fondées ; mais je crois la question suffisamment débattue. D'ailleurs, l'administration a les conseils d'une commission médico-chirurgicale dont nous connaîtrons sans doute l'opinion.

M. LEFORT. La Société a discuté sur deux questions, l'hygiène hospitalière et la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Si nous croyons de notre devoir d'user de toute notre influence pour empêcher de construire un mauvais hôpital, il faut quitter les questions générales, et par des conclusions motivées exprimer notre avis relativement à l'hôpital projeté.

M. GIRALDÈS. Il suffit, pour démontrer que ce que l'on veut faire est mauvais, de nous en tenir au programme très-nettement indiqué par M. Trélat. Votez des conclusions, rien de mieux ; mais si vous ne les adressez pas à l'autorité supérieure ou même à l'autorité suprême, vous n'arriverez à rien.

M. VERNEUIL. M. Voillemier croit que notre discussion ne peut rien apprendre de nouveau à l'administration ; je ne partage pas cette opinion. Les connaissances relatives à l'hygiène hospitalière se sont largement accrues depuis le commencement du siècle, et je me permets de supposer que l'administration peut trouver ici quelque lumière. Nous avons, d'ailleurs, à dégager notre responsabilité devant la science. Il ne faut pas que l'on puisse dire dans l'avenir que la Société de chirurgie a approuvé la construction d'un mauvais hôpital parce qu'elle a gardé le silence. Comme on voudrait établir, d'un autre côté, que la commission dont font partie quelques-uns de nos collègues ici présents approuve le projet, le futur Hôtel-Dieu pourrait passer pour l'œuvre des chirurgiens du dix-neuvième siècle.

M. BROCA prononce un discours que nous publierons prochainement.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire, H. GUYON.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

pendant l'année scolaire 1863-1864.

32. Etude sur l'héméralopie observée à bord de la corvette *la Cordelière* pendant une campagne dans les mers des Indes (années 1858, 1859, 1860, 1861) ; par M. Paul Rivière.
33. Considérations sur les conditions hygiéniques des mécaniciens et des chauffeurs à bord des navires à vapeur de l'Etat ; par M. Paul Burel-Roncière.
34. Du cancer épithélial des lèvres ; par M. Alphonse-Ovide Dessus.
35. Recherches sur le diagnostic et le traitement des abcès par congestion de la fosse iliaque interne consécutifs au mal vertébral ; par M. Humbert-Joseph Goffart.
36. Essai de climatologie ; par M. Prosper de Pietra-Santa.
37. Considérations sur les appareils de fracture du fémur ; par M. F. J. Ramette.
38. Des tumeurs blanches en général ; par M. Paul-Adrien Métadier.
39. Considérations générales sur la goutte ; par M. Adolphe Cazanove.
40. Recherches chimiques et physiologiques sur les alcaloïdes du *delphinium staphisagria* ; par M. Alexandre Darbel.
41. De l'application raisonnée du procédé du genou combiné avec la pression et l'extension pour la réduction des luxations du genou ; par M. S. M. Compagnon.
42. La scarlatine observée à bord de la frégate à vapeur *l'Asmodée* ; par M. Aubert (Silvain-Adolphe).
43. Essai sur le traitement du croup ; par M. Montpellier (Auguste).
44. Des crises en médecine ; par M. Joannes Auguiot.
45. Considérations sur les pneumonies latentes ; par M. Soucaze (Jean-Marie-Jules).
46. Etude sur la colique sèche d'après des observations recueillies pendant une campagne de trois ans dans les mers de Chine et de Cochinchine (1860-1863) ; par M. Jean-Baptiste-Louis-Mondot.
47. Etude sur le béribéri, épidémie observée sur le convoi indien du trois-mâts *l'Indien* ; par M. Louis-Arthur Guy.
48. Relation d'une épidémie d'accidents intermittents observée dans les environs de Lacaune pendant l'hiver de 1864. — De leur cause, des moyens de les prévenir et de les combattre ; par M. Louis Moziman.
49. Essai sur les tumeurs cartilagineuses ou enchondromes ; par M. Antoine S. Pélécanos.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le sujet de la composition écrite pour le concours de l'externat a été : *L'intestin grêle. Anatomie pathologique de la fièvre typhoïde.*

— Les *Archives de médecine navale* nous annoncent la mort de MM. Fradin, chirurgien de 2e classe, décédé le 29 octobre, à Rochefort ; Couillaud, chirurgien de 3e classe, embarqué sur la frégate *la Sémiramis*, mort en Chine, le 22 août ; et Lefroid, pharmacien de 3e classe, décédé à Brest, le 26 octobre 1864.

— La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance jeudi 1er décembre, à trois heures un quart, à l'hôtel de ville.

Voici son ordre du jour :

1° Essais sur la dissolution des fausses membranes dans le croup par des inhalations d'eau pulvérisée contenant quelques centièmes de pepsine, par M. le docteur E. Georges ;

2° Des névralgies traumatiques, par M. le docteur Dupuy, de Frenelle ;

3° Observation de chute de l'utérus, par M. le docteur Elleaume ;

4° Communication médico-légale, par M. le docteur Legrand du Saulle.

— M. le docteur Beyran commencera son cours sur les *maladies des voies urinaires* le lundi 21 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 4 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Physiologie des vénériens, Exposé des phénomènes caractéristiques qui accompagnent et suivent les accidents vénériens, par M. le docteur Ch. ROQUETTE. Un vol. in-12 de 548 pages. Prix : 5 fr. Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

Le Directeur, Dr E. LE SOUDE.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 NOVEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Tout le monde connaît la doctrine tératologique qui explique la formation des monstres polymèles, à membres surnuméraires, par l'accolement de deux fœtus, dont l'un ne se serait développé que d'une manière incomplète et aurait été réduit à la partie surnuméraire portée par celui dont le développement s'est continué dans toutes ses parties. La production de tous ces monstres résulterait, suivant les partisans de cette doctrine, de la présence dans un même œuf de deux embryons, qui s'uniraient et se confondraient, en se serrant l'un contre l'autre, de telle manière que les parties du plus faible, étant les plus pressées, ne pourraient s'étendre ni se développer et disparaîtraient en grande partie. M. le professeur Paul Gervais, tout en acceptant cette explication pour les monstres à corps double, soit en totalité, soit en partie, n'admet point qu'il en soit ainsi pour tous les cas de polymélie, et en particulier pour ceux qui ne consistent que dans une simple polydactylie. Il invoque notamment l'exception à cette loi pour deux cas de membres surnuméraires qu'il a eu l'occasion d'observer sur des sujets appartenant à l'espèce des batraciens. Le fait seul que les têtards de batraciens sont privés de membres, lui paraît constituer un argument irréfutable contre la généralisation de la loi de fusion. Quelque séduisantes que soient en général les doctrines qui tendent à ramener tous les cas d'un groupe analogue sous une loi commune, il faut bien se résigner, en présence de certains faits particuliers, à chercher une autre explication; à moins toutefois qu'on ne veuille admettre ici le développement ultérieur de parties qui n'étaient encore qu'en puissance au moment où s'est opérée la fusion des deux êtres... Nous n'oserions pas résoudre la question.

M. le professeur Rouget (de Montpellier), qui a communiqué, il y a deux ans, à l'Académie le résultat de ses recherches anatomiques sur la terminaison des nerfs moteurs chez les vertébrés supérieurs, maintient dans une nouvelle note l'exactitude des faits qu'il a constatés, contre les critiques dont ils ont été l'objet de la part de M. Kühne; et il critique à son tour les observations de ce savant. C'est un débat dans lequel on voudra bien nous dispenser d'intervenir.

Encore un point d'histologie que nous ne pouvons qu'inscrire avec confiance, l'étude de la structure du système nerveux de la clepsine.

Nous avons hâte de descendre de la hauteur de ces questions de science pure, pour signaler une toute petite communication de M. Ramon de la Sagra, qui pourrait bien avoir une certaine importance pratique, si l'expérience venait à confirmer les assertions de ce savant sur les propriétés thérapeutiques d'une plante de l'île de Cuba, qui serait préférée dans ce pays à l'écorce de quinquina contre les fièvres intermittentes. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. WOILLEZ.

Conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires (1).

Tumeurs des ganglions bronchiques; diagnostic, pronostic et traitement.

Parmi ces signes, il en est que je ne trouve mentionnés que dans les observations inédites que j'ai fait connaître dans le rapport sur le Mémoire de M. Fonssagrives ou dans cette conférence. Ces observations sont au nombre de six, en comptant celle d'un malade de Cochin, dont je vous parlerai tout à l'heure, et qui est le troisième que j'ai observé dans cet hôpital.

(1) Voir les numéros des 27 octobre, 10 et 15 novembre.

Or, sur ces six malades, je trouve deux fois mentionnée une saillie de la partie supérieure du sternum, au niveau de l'union des deux premières pièces de cet os, saillie que l'on attribuerait à tort au développement des ganglions bronchiques.

La bifurcation des bronches, en effet, n'est pas en rapport assez immédiat avec le sternum pour que les tumeurs dues à ces ganglions engorgés puissent repousser cet os; et d'ailleurs des saillies analogues peuvent quelquefois se rencontrer sans aucune lésion sous-jacente, comme je l'ai dernièrement démontré. Mais une autre particularité plus importante a été observée chez deux sujets.

Il s'agit d'abord d'une matité de la partie supérieure du sternum, notée par M. Debrou chez la femme cancéreuse dont je vous ai rappelé l'histoire, puis chez un de mes malades, d'un son manifestement plus aigu dans la même région que dans les régions voisines. Cette acuité du son, de percussion, était ici un premier degré de la matité thoracique, comme je vous en ai montré des exemples probants chez les phthisiques.

Enfin, un troisième signe d'engorgement des ganglions bronchiques que j'ai rencontré chez deux de mes malades, et qui me paraît offrir une grande valeur, c'est la respiration ronflante que j'ai constatée en arrière, au niveau de la bifurcation des bronches; ce ronflement ainsi localisé, joint aux autres phénomènes, me paraît, lorsqu'il existe, confirmer le diagnostic; il m'a servi l'an dernier à diagnostiquer l'engorgement des ganglions bronchiques chez un homme de cet hôpital, dont l'autopsie a permis de vérifier le diagnostic porté.

Voici cette observation, intéressante à d'autres titres. Elle a été recueillie par M. Rigal. Je n'en donne ici que ce qui se rapporte au sujet qui m'occupe.

Un ouvrier brasseur, âgé de quarante-deux ans, était d'une très-bonne santé habituelle avant l'invasion de la maladie. Tous ses parents avaient une vigoureuse constitution. Lui-même n'avait jamais été malade jusqu'à l'hiver de 1860.

Lorsqu'il fut admis à l'hôpital Cochin, le 15 avril 1863, il toussait depuis trois ans sans avoir jamais craché de sang. Dans le cours de ces trois années, il était survenu un amaigrissement prononcé, une oppression croissante, des sueurs nocturnes, et dès la seconde année il y avait eu à deux reprises une exacerbation de dyspnée de trois semaines de durée, et qui avait nécessité des applications de vésicatoires volants sur la poitrine. Il en avait été très-soulagé; néanmoins l'affaiblissement et l'amaigrissement avaient fait des progrès incessants, et vers la fin de 1861 tout travail était devenu impossible. Il dut rester inoccupé pendant un an; mais sous l'influence d'un assez bon régime, les forces se rétablirent assez pour qu'il pût reprendre son travail au mois d'octobre 1862.

Jusqu'aux premiers jours de mars 1863, pendant environ cinq mois, la santé de cet homme se maintint assez bonne. Mais à cette époque, six semaines par conséquent avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de douleur dans le côté gauche de la poitrine, d'oppression et de toux plus fréquente, sans fièvre appréciable pour le malade. Il s'alita cependant, et l'oppression augmenta au point que, trois jours après s'être mis au lit, il fut obligé de garder constamment la position assise, sous peine de suffoquer. En même temps il existait par moments des accès de palpitations. Un vésicatoire appliqué à la région précordiale n'amena pas d'amélioration sensible, ce qui détermina L... à se présenter à l'hôpital Cochin, où il fut couché au n° 17 de la salle Saint-Jean.

Le lendemain, 16 avril, on constate une maigreur excessive. La face est pâle; le malade est assis dans son lit, les bras portés en avant, dans un état d'orthopnée prononcée; l'oppression et l'anxiété augmentent dès qu'il veut prendre une position un peu inclinée en arrière. La respiration est fréquente ainsi que le pouls, mais il n'y a pas de chaleur fébrile. Peu d'appétit, digestions faciles.

La percussion de la poitrine en avant, qui est douloureuse à gauche, fait constater de ce côté une matité sous-claviculaire, se confondant en bas avec une matité précordiale très-étendue transversalement. Il existe un souffle caverneux avec gargouillement sous la clavicule, et au-dessous on perçoit à l'auscultation les battements précipités et tumultueux du cœur; ces battements sont irréguliers, avec quelques intermittences; les bruits du cœur sont profonds et éloignés; la pointe bat dans le septième espace intercostal; son impulsion est faible. En arrière, il existe une diminution de son du côté gauche de la poitrine, mais non une matité absolue, avec respiration soufflante au sommet, et au-dessous respiration un peu faible, mélangée de râles humides et sonores.

Du côté droit de la poitrine, la respiration est également un peu faible, mélangée de quelques râles sibilants et ronflants en avant, où l'expiration est prolongée sous la clavicule; en arrière, il existe aussi des râles sonores, prononcés surtout au sommet.

Diagnostic. — Tubercules pulmonaires avancés; épanchement péricardiatique. On prescrit un vésicatoire à la région précordiale; une pilule d'opium; vin de Bordeaux, 150 grammes; une portion d'aliments.

Pendant les quinze jours que le malade passe à l'hôpital, son état a été en s'aggravant. L'orthopnée est devenue extrême; la faiblesse faisant également des progrès, on est obligé de faire suspendre en travers du lit une planche qui permette au malade d'y appuyer ses bras. Les signes fournis par l'exploration répétée avec soin ne varient que sur un point. Six jours après l'admission, M. Woillez constate en arrière, au niveau de la racine des bronches, des râles ronflants assez gros qui y sont localisés; il pense que ces ronflements localisés en ce point peuvent être dus à la compression des bronches principales par des ganglions tuberculeux, compression qui permettrait d'expliquer cette dyspnée continue extrême mieux que ne paraissent le faire les lésions du poumon et du péricarde.

Le malade, en proie à des menaces de suffocation continuelles, succombe le 1er mai.

L'autopsie est faite trente-six heures après la mort. Le poumon droit présente un petit nombre de tubercules disséminés, les uns à l'état de granulations transparentes, les autres opaques, les plus gros du volume d'un pois; à la base de l'organe, en arrière, existe une hépatisation rouge peu étendue, et entre le diaphragme et le poumon une collection de pus mélangé de fausses membranes (un verre environ), et enkysté dans une fausse membrane très-épaisse.

Le poumon gauche, partout très-adhérent aux parois costales, d'où il a fallu le détacher par une dissection complète, est enveloppé d'une espèce de coque fibreuse si épaisse qu'elle atteint en quelques points jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur. Au niveau de l'espace interlobaire, la plèvre est comme transformée en une lame épaisse de tissu fibreux semblable qui unit les deux lobes. Le lobe inférieur de l'organe est sain, sauf quelques granulations tuberculeuses. Le lobe supérieur est creusé de trois cavernes, dont la plus considérable, occupant la partie antérieure et supérieure du poumon, pourrait admettre au plus une petite pomme d'api, et la plus petite une amande. Elles sont tapissées par une fausse membrane épaisse de 1 millimètre au moins, limitée elle-même à la coupe par un liséré rouge très-manifeste. Plusieurs bronches viennent s'y ouvrir. En dehors de ces cavernes, on ne trouve que quelques petits tubercules solides, les uns ayant subi un commencement de transformation calcaire.

Au niveau de la bifurcation de la trachée et de la racine des poumons, on observe un grand nombre de ganglions bronchiques volumineux qui sont disposés autour des bronches et paraissent les comprimer. A gauche notamment, la bronche principale est pressée par un ganglion du volume d'une noix, et au niveau des divisions de cette bronche principale qui se rendent aux lobes supérieur et inférieur, d'autres ganglions volumineux entourent ces conduits. Ces ganglions ne contiennent pas de matière tuberculeuse, à deux exceptions près. La plupart sont infiltrés de matière pigmentaire.

Le péricarde, très-développé et ayant contracté des adhérences avec la plèvre gauche, présente une épaisseur considérable, 7 ou 8 millimètres en moyenne, 10 millimètres dans certains points. Il contient environ un demi-verre de sérosité jaunâtre avec quelques flocons albumineux. Le cœur, qui paraît très-volumineux parce que le feuillet viscéral du péricarde est épaissi par des fausses membranes, comme le feuillet pariétal, a cependant son volume normal, et ne présente aucune lésion valvulaire ou autre.

Les autres organes sont sains, à part un peu de congestion des organes abdominaux.

J'ai à revenir en terminant sur l'interprétation de quelques signes décrits par MM. Barthez et Rilliet. C'est une question de physiologie pathologique qui est loin d'être sans intérêt.

Ces excellents observateurs admettent l'œdème extra-vésiculaire du poumon et la faiblesse du bruit respiratoire qui en résulterait comme l'effet de la compression des vaisseaux pulmonaires. S'ils eussent connu les signes de la congestion pulmonaire que j'ai été conduit par l'étude clinique des faits à vous décrire (1), ils auraient admis, je pense, la congestion du poumon comme effet de la compression des veines pulmonaires, et comme cause de la faiblesse du bruit respiratoire. Ils auraient pu aussi rapporter à la congestion des vaisseaux veineux du poumon l'expiration prolongée, les râles sonores et les bruits caverneux (sans tubercules) dont cet organe était le siége, et qu'ils ont attribués exclusivement à la transmission et au renforcement par les tumeurs solides des bruits laryngés ou des bruits dus à la présence des tubercules dans les poumons.

Tous ces phénomènes, en effet, peuvent se rencontrer, comme je crois vous l'avoir démontré, dans la congestion pulmonaire, et ils pourraient bien, avec l'existence de tumeurs du médiastin, résulter de la congestion mécaniquement produite par la compression des veines pulmonaires, compression qui a été trop oubliée dans la séméiologie des tumeurs du médiastin.

Ce qui vient à l'appui de mon interprétation, c'est que MM. Barthez et Rilliet insistent sur la variabilité et l'irrégularité de ces phénomènes insolites chez le même malade. Or c'est justement ce que je vous ai toujours fait remarquer au sujet des signes de la congestion pulmonaire, signes remarquables par leur succession irrégulière et par leur fugacité.

Le diagnostic tel que je l'ai formulé, à savoir : tumeurs de

(1) Les conférences concernant la congestion pulmonaire doivent être l'objet d'une publication particulière.

ganglions bronchiques de nature tuberculeuse ou mélanique, nous force à porter un pronostic très-grave. La dyspnée, lentement croissante, aboutira à une asphyxie mortelle, que font déjà pressentir les accès de suffocation qui se sont répétés à différents intervalles. Ici, l'asphyxie est l'analogue de celle que produit la strangulation, ainsi que M. Fonssagrives l'a fait remarquer. En effet, les expériences de M. Faure ont parfaitement démontré que la constriction incomplète de la trachée est constamment suivie de mort; et il est clair que la compression agit comme une constriction incomplète.

Le traitement est ici d'une grande difficulté. Nous ne connaissons pas de moyen certain d'attaquer la diathèse sous l'influence de laquelle s'est effectué l'engorgement des ganglions bronchiques. Nous cherchons dès lors à combattre la lésion qui menace par elle-même plus prochainement la vie, en ayant recours à l'iodure de potassium. Ce moyen, qui paraît m'avoir réussi chez la femme de l'hôpital Saint-Antoine dont je vous ai parlé, semble aussi avoir produit jusqu'à présent d'heureux résultats chez la femme de la salle Saint-Philippe. La dyspnée s'est un peu modérée, et l'air pénètre un peu moins mal dans les cavités aériennes.

Il ne faut cependant pas se leurrer; la guérison n'est rien moins que probable (1).

Il n'y a pas ici de traitement chirurgical à faire. On ne saurait songer, en effet, à pratiquer la trachéotomie, qui, faite en amont de l'obstacle, serait complétement inutile, comme elle l'a déjà été dans des cas d'asphyxie due au rétrécissement cicatriciel de la trachée par suite d'ulcérations syphilitiques.

(1) Cette femme est sortie de l'hôpital Cochin en juillet seulement, dans cet état d'amélioration relative.

DU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

par les injections sous-cutanées au chlorhydrate de morphine.

Par M. le docteur G. Dujardin-Beaumetz,

ancien interne lauréat des hôpitaux.

Depuis quelque temps nous avons été à même de pouvoir constater les heureux résultats des injections sous-cutanées du chlorhydrate de morphine dans les névralgies; c'est la relation des faits que nous avons observés et les reflexions pratiques qu'ils nous ont suggérées que nous venons exposer aujourd'hui, nous appliquant ainsi à répandre une méthode féconde en applications thérapeutiques.

Voici d'abord l'analyse de ces observations:

Obs. I. — *Névralgie brachiale très-rebelle. — Injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine répétées journellement pendant plus de trois semaines. — Guérison.*

Mme X..., âgée de quarante-deux ans, n'habite Paris que depuis un an, et pendant ce laps de temps sa santé a toujours été excellente; elle avait même vu disparaître une gastralgie très-opiniâtre, et qui lui occasionnait depuis longues années de grandes douleurs.

Au mois de juin 1864, Mme X... ressentit une douleur vive dans le bras gauche, douleur qu'elle attribua à un effort qu'elle se serait donné en voulant atteindre un objet trop haut placé. La douleur est erratique; elle occupe tantôt le coude, tantôt le poignet, ou bien encore l'épaule; elle augmente pendant la nuit. Pas de gonflement, ni la moindre trace de contusion.

Etat général excellent, et malgré la gêne apportée par les douleurs dans le bras gauche, Mme X... peut encore vaquer à toutes les occupations que réclame la direction de sa maison. — Pommade chloroformée.

Un mois après, en juillet 1864, nous sommes appelé de nouveau près de Mme X...

Les douleurs du bras gauche ont pris une telle intensité, que depuis plusieurs nuits notre malade n'a pu trouver un seul instant de repos. Suivant les conseils des personnes qui l'entouraient, Mme X... a eu recours à différents remèdes: vésicatoires, emplâtre de thapsia, cataplasmes de grande consoude, etc. Tous ces moyens thérapeutiques, au lieu de calmer les douleurs, semblent au contraire les avoir augmentées.

Les douleurs ne sont plus erratiques; elles occupent un siége constant, et existent principalement sur le trajet des nerfs médian et radial; elles sont continues, et présentent cependant des exacerbations qui amènent un véritable accès très-douloureux. Pendant ces accès, la malade jette les hauts cris, saisit le membre malade et s'efforce de le maintenir dans l'immobilité la plus complète; le moindre mouvement, le moindre ébranlement même, occasionnent de profondes douleurs.

Par la pression, on peut trouver des points où la douleur présente son summum d'intensité: à l'épaule, la partie postérieure et externe de cette région (nerfs circonflexes); au coude, la partie antérieure, au niveau des plis du coude et à la partie postérieure en dedans de l'épicondyle (nerfs médian et radial); puis enfin à la région antérieure de l'avant-bras, aux extrémités inférieures du pouce, de l'indicateur et du médius.

Il y a une hyperesthésie cutanée de tout le membre malade, et une diminution assez notable du tact dans les parties malades.

La mobilité paraît affaiblie; pendant les crises douloureuses, il y a quelquefois un tremblement de tout le membre, mais surtout sensible à la main.

L'examen le plus attentif du bras gauche ne révèle aucune tumeur, aucun gonflement; rien à noter ni dans l'aisselle ni sur le trajet du plexus brachial.

La région cervicale et dorsale de la colonne vertébrale est examinée avec le plus grand soin, et ne révèle aucune altération pathologique.

L'état général est peu satisfaisant; les douleurs continuelles et l'absence de sommeil ont amené un grand affaiblissement.

Je ne ferai pas ici l'énumération jour par jour des moyens que nous crûmes devoir diriger contre cet état; qu'il me suffise de dire que les pommades, les liniments calmants, les pilules opiacées, l'électricité, l'hydrothérapie, furent mis en jeu et sans aucun résultat. Nous eûmes alors recours aux injections sous-cutanées d'atropine; j'injectai à la partie postérieure du coude 10 gouttes de la solution suivante:

Atropine.	30 centigrammes.
Eau distillée.	30 grammes.

Mais des phénomènes d'intoxication qui durèrent toute la nuit m'obligèrent à abandonner ce médicament; j'eus alors recours au chlorhydrate de morphine.

J'employai tout d'abord une solution contenant 2 milligrammes par goutte de chlorhydrate de morphine, et j'injectai avec la seringue de Pravaz 2 centigr. de sel de morphine à la partie postérieure du bras. Mme X... éprouva, quelques minutes après, une sécheresse très-notable de la bouche et de l'arrière-gorge, puis une sensation de pression au niveau des tempes, qui fit place bientôt à un état de bien-être et de demi-sommeil qui se prolongea pendant plus de cinq heures, et durant tout ce laps de temps ne ressentit plus la moindre douleur dans le bras, même dans les mouvements les plus complexes. A cette première période de repos absolu succéda un sommeil assez calme, pendant lequel cependant les douleurs du bras se faisaient un peu sentir, mais avec une intensité beaucoup moindre qu'auparavant; depuis le début de la maladie, Mme X... n'avait pas joui d'une rémission aussi prolongée et aussi notable de sa névralgie brachiale.

Le lendemain, vingt-quatre heures après la première injection, les douleurs avaient repris la même intensité; nous renouvelâmes la même opération et nous injectâmes la même dose de chlorhydrate de morphine: les mêmes résultats que ceux que nous avons notés la première fois furent observés, et, pour ne pas fatiguer le lecteur par une énumération fastidieuse, nous dirons que du 3 juillet, jour de la première injection, jusqu'au 13 août, nous fîmes à peu près journellement une injection sous-cutanée de sel de morphine. La dose ne dépassa jamais 3 centigrammes; les injections sous-cutanées varièrent de place: tantôt à l'épaule, tantôt à l'avant-bras, tantôt au bras; elles ne donnèrent lieu à aucun accident local, et ne laissèrent aucun stigmate sur le membre malade.

Mme X... supporta fort bien ce traitement, grâce aux instants de repos dont elle jouissait: son état général s'améliora; elle put reprendre un traitement hydrothérapique, et peu à peu les douleurs diminuèrent d'intensité, de telle sorte que le 13 août il restait à peine trace des phénomènes douloureux observés. Pour compléter cette guérison, j'envoyai notre malade aux bains de mer, et une lettre que je reçois de Mme X... m'annonce sa complète guérison.

Obs. II. — *Névralgie sciatique: injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine; guérison.*

M. A..., employé, âgé de trente-cinq ans, jouit habituellement d'une bonne santé; il n'a jamais eu de rhumatismes.

A la suite d'un bain froid pris après une course fatigante et une grande chaleur, M. A... éprouva une douleur vive dans toute l'étendue de la jambe droite; la marche est impossible, les mouvements augmentant beaucoup les douleurs et surtout ceux de la marche lorsque le malade pose le pied sur le sol.

La douleur est continue, et lorsque le malade en indique le siége, il trace assez bien le trajet du nerf sciatique; par la pression on constate les points douloureux suivants: le point fessier, le point poplité et le peronier. D'ailleurs, pas d'amaigrissement. Engourdissement de l'extrémité inférieure du membre malade. Vu l'acuité des douleurs, nous employons les injections de chlorhydrate de morphine. Une première injection est faite le 1er août au point le plus douloureux, c'est-à-dire au point fessier, au niveau du sommet de l'échancrure sciatique; on injecte avec la seringue de Pravaz 1 centigr. de chlorhydrate de morphine. Cinq minutes après les douleurs ont complétement disparu: calme complet.

Le 2, l'injection avait été faite à une heure, et le malade, jusqu'à dix heures du soir, n'a pas souffert un seul instant de sa jambe. Pendant la nuit, les douleurs ont repris, un peu moins fort cependant que les nuits précédentes. — Nouvelle injection cette fois de 2 centigr.; sommeil calme une heure après l'opération.

Nous fîmes ainsi tous les jours jusqu'au 10 des injections sous-cutanées de sel de morphine le long du trajet du nerf sciatique. La dose diminua progressivement, pour ne plus être que de 1/2 centigramme de chlorhydrate de morphine. A la dernière injection, l'amélioration fut graduelle, et le 10, le malade n'éprouvait plus aucune douleur dans le membre abdominal droit; un simple engourdissement était la seule trace de sa névralgie. Un mois passé à la campagne a fait disparaître ce dernier symptôme, et aujourd'hui M. A... est complétement guéri.

Obs III. — *Cancer de l'utérus. — Douleurs intolérables dans la région lombaire. — Injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. — Disparition des phénomènes douloureux.*

La femme X..., âgée de soixante-deux ans, est atteinte depuis longtemps d'un cancer de l'utérus qui au moment où je fus appelé à la soigner comme médecin du bureau de bienfaisance, avait déjà fait de grands ravages.

Des métrorrhagies abondantes et répétées, résultat d'une vaste ulcération qui détruit le col et qui tend à envahir la vessie et le rectum ont épuisé la malade et ont amené une anémie très-avancée. Mais ce qui tourmente le plus cette pauvre femme et ce qui lui occasionne les plus cruelles souffrances, ce sont des douleurs atroces qui occupent la région lombaire et qui vont se répandre dans les flancs et dans les membres inférieurs. Ces douleurs sont telles que la malade ne peut trouver un instant de repos; elles sont rémittentes et présentent des exacerbations qui lui font jeter des cris. Le moindre mouvement, le moindre changement de position produisent des crises douloureuses, ce qui rend impossibles les soins de propreté, si nécessaires pour son affection utérine, et qui empêchent surtout de s'opposer d'une manière efficace aux métrorrhagies qui épuisent la malade.

Pour combattre ces phénomènes douloureux, nous eûmes recours aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine faites à la région lombaire; la dose de morphine varia de 2 à 3 centigrammes. Ces injections eurent le meilleur résultat: elles permirent à la pauvre femme de goûter de longues heures de repos, et le traitement palliatif put reprendre son cours. Après chaque opération la malade éprouvait cette sécheresse de la bouche que nous avons déjà signalée dans la première observation, symptôme précurseur d'un sommeil calme qui durait de trois à sept heures, selon les doses de morphine injectée; puis pendant un ou deux jours, et même davantage, cette femme jouissait encore du bénéfice de l'injection sous-cutanée, les douleurs étaient moins vives et presque supportables pendant ce laps de temps.

Depuis, cette malade a succombé dans un état cachectique très-avancé avec des phénomènes urémiques analogues à ceux décrits par MM. Lassigue et Wanbrouck.

ANTIDOTE DE L'ACIDE ARSÉNIEUX.

Le Collége de santé du duché de Brunswick et Lunebourg a fait publier in *Hager's Pharmaceutische Centralhalle* pour mars 1862, la formule suivante, dans laquelle se trouvent associés les contre-poisons proposés par MM. Bunzen et Bussy.

On fait dissoudre 310 grammes de sulfate de protoxyde de fer dans 310 grammes d'eau préalablement mélangée avec 60 grammes d'acide sulfurique.

On ajoute peu à peu 60 grammes d'acide azotique; on chauffe pour chasser l'excès d'acide azotique.

A la liqueur refroidie on ajoute quantité suffisante d'eau pour obtenir 620 grammes de liquide, qu'on filtre pour conserver.

La liqueur doit être limpide, brune, un peu épaisse et acide; son poids spécifique doit être 1,40 à 1,44.

On en donne 30 grammes délayés dans 250 grammes d'eau, et on ajoute 12 grammes de magnésie calcinée. On administre le mélange trouble. 30 grammes contiennent 0,37 de peroxyde de fer hydraté, 0,675 de magnésie et 1,75 de sulfate de magnésie.

On administre 6 à 12 cuillerées par quart d'heure.

NÉVRALGIE OPINIATRE DE LA CINQUIÈME PAIRE

chez un sujet affecté d'une atrophie de l'œil, à la suite de la projection d'un éclat de capsule fulminante. — Guérison de la névralgie par l'excision partielle de la cornée.

D..., âgé de trente-trois ans, commis papetier, a perdu totalement la vision de l'œil gauche en 1845, à la suite de la projection dans ou sur l'organe d'un éclat de capsule fulminante. Treize ans après, c'est-à-dire en 1858, l'œil s'enflamme, puis s'atrophie.

Le 10 août dernier, l'œil rougit, il se manifeste des douleurs dans la région sus-orbitaire, à la tempe et sur le trajet du nerf naso-lobaire. Les douleurs sont continues et persévèrent jusqu'au 12 septembre, où D... se présente à la clinique de M. Fano. Pendant tout ce temps, il a fait des médications variées. Il a pris notamment vingt-six paquets de sulfate de quinine de 50 centigrammes chacun, des onctions belladonées et laudanisées ont été faites continuellement autour de l'orbite.

M. Fano supposant que cette névralgie opiniâtre de la cinquième paire est causée par la présence dans l'œil de quelque débris de capsule fulminante, propose au malade de pratiquer l'excision d'une large portion de la cornée, de recouvrir ensuite la région oculaire de cataplasmes émollients pour favoriser la sortie du corps étranger. Cette opération est acceptée avec empressement par le patient et exécutée le 12 septembre.

A partir de ce moment, les douleurs névralgiques ont complétement cessé; elles n'ont pas reparu une seule fois jusqu'au 19 octobre, jour où cette note a été rédigée. Les lambeaux de la cornée se sont rapprochés, de manière à donner lieu à une cicatrisation solide. Il n'est sorti de l'œil aucun corps étranger.

DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ CONTRE L'URÉMIE.

Par M. le docteur Lange (de Kœnigsberg).

Boerhaave, Cullen, P. Frank et d'autres médecins de leur époque faisaient déjà usage du tartre stibié contre les hydropisies.

L'auteur recommande de l'employer contre l'urémie, surtout quand celle-ci se présente à la suite d'exanthèmes aigus; il assure avoir ob enu par ce moyen la guérison de plus des deux tiers de ses malades.

Il administre le tartre stibié aux adultes (dans une solution de 6 grains pour 6 onces) par cuillerées à bouche de quart d'heure en quart d'heure, ou bien toutes les demi-heures.

Il résulte des observations publiées par l'auteur qu'il a obtenu positivement dans trois cas, par l'usage de ce médicament, un changement des plus favorables dans l'état du malade, suivi de guérison.

Nous rapportons brièvement deux de ces observations.

Une fille de vingt-trois ans, d'une constitution robuste, entra à l'hôpital avec la scarlatine. Elle fut prise à l'improviste de tous les symptômes de l'urémie, de convulsions violentes avec coma. Après avoir pris 20 grains de tartre stibié dans l'espace de 36 heures, les phénomènes urémiques s'amendèrent complétement. Un *morbus Bright*, avec hydropisie générale qui se déclarèrent immédiatement après, cédèrent à un traitement bien dirigé.

A la suite d'une maladie de Bright aiguë, un œdème réflexe et une ascite considérable s'étaient développés chez un enfant chétif âgé de onze ans; sur ces entrefaites, les symptômes urémiques, tels que convulsions et assoupissement, s'étant déclarés, on prescrivit au malade de prendre toutes les demi-heures une cuillerée à bouche d'une solution de tartre stibié (3 grains dans 4 onces).

Vers le soir du même jour, les convulsions avaient cessé; le malade avait eu une évacuation alvine et avait uriné fort abondamment. Le lendemain il avait recouvré complétement connaissance; on ne lui administra plus alors qu'une cuillerée toutes les deux heures; au bout de neuf jours de ce traitement, durant lesquels il avait consommé approximativement 33 grains de tartre stibié, il fut soumis à l'usage du vinaigre scillitique.

L'enfant se rétablit complétement.

Un troisième cas analogue aux précédents fut également suivi de guérison à la suite des mêmes moyens thérapeutiques; tandis que deux autres malades, chez qui le tartre stibié ne déploya aucune action favorable digne de mention, succombèrent à leur affection. (*Presse médicale belge*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 novembre 1864. — Présidence de M. MORIN.

Cas de polymélie (membres surnuméraires. — M. PAUL GERVAIS communique une note sur deux cas de polymélie observés sur un batracien et sur une raie.

La polymélie, c'est-à-dire la présence de membres surnuméraires, a principalement été signalée chez quelques espèces de mammifères et d'oiseaux, telles que l'homme, le cochon, le mouton, le bœuf, la poule et le canard; mais on n'en connaissait encore que trois exemples fournis par les batraciens, tous les trois recueillis sur la grenouille, et les poissons n'en avaient jusqu'à ce jour présenté aucun cas. M. Paul Gervais a eu dernièrement l'occasion de voir deux nouveaux exemples de cette singulière monstruosité, dont l'un présenté par le *pelobates cultripes*, de la famille des ranidés, et l'autre par la raie bouclée.

Chez le pelobates cultripes, la patte supplémentaire doublait celle de devant, du côté gauche, et elle était placée immédiatement après celle-ci. Sa forme était assez peu différente de l'état normal; mais il était cependant facile de voir qu'elle était gênée dans ses mouvements, et que dans son ensemble elle n'avait acquis qu'un développement imparfait. Sa partie digitale était surtout restée incomplète. Il a cependant été aisé d'y reconnaître, par la dissection, des vaisseaux, des nerfs, des masses musculaires et une partie squelettique, ensemble d'organes que protégeait une peau semblable, par sa conformation, à celle des autres membres et du reste du corps.

Des trois cas de polymélie des batraciens signalés antérieurement et mentionnés par Is. Geoffroy dans son *Traité de tératologie*, il en est un qui est, comme le nôtre, un cas de duplicité du membre antérieur gauche. Il rentre, aussi bien que les deux autres, dans le genre mélomèle d'Is. Geoffroy.

Ainsi que plusieurs auteurs ont proposé de le faire, Superville explique les monstres polymèles par l'accolement de deux fœtus, dont l'un ne se serait développé que d'une manière incomplète et aurait été réduit à la partie surnuméraire portée par celui dont le développement s'est continué dans toutes ses parties.

Il n'est pas douteux qu'il n'en soit ainsi pour les monstres à corps double, soit en totalité, soit en partie, que les deux sujets qui les constituent aient conservé des dimensions égales ou que l'un des deux soit resté plus petit et parasitaire; mais c'est sans certitude aucune que l'on étendrait la même explication à tous les monstres polyméliens, et je ne parle pas ici des monstres qui sont simplement atteints de polydactylie. Ce serait par trop exagérer que de voir dans ces derniers le résultat de la fusion de deux fœtus d'abord distincts.

L'opinion que les monstres polyméliens ont été primitivement doubles a été reproduite par Is. Geoffroy mais on peut lui opposer les batraciens à membres surnuméraires.

On sait, en effet, que, pendant les premiers temps de leur vie, les têtards des batraciens sont privés de membres. Il est donc impossible d'expliquer par la fusion de deux fœtus, dont l'un aurait été réduit à un seul membre implanté sur l'exemplaire resté complet, les cas de polymélie observés sur ces animaux.

Terminaison des nerfs moteurs chez les vertébrés supérieurs. — M. CH. ROUGET présente un Mémoire sur ce sujet. L'objet de ce mémoire est résumé dans le passage suivant :

« Dans la séance du 30 mai dernier, M. Cl. Bernard a présenté, au nom de M. W. Kühne, une note sur la terminaison des nerfs moteurs, de laquelle il résulterait que l'organe que j'ai fait connaître et désigné sous le nom de *plaque terminale* des nerfs moteurs ne serait pas la véritable terminaison du *cylinder axis*.

» M. Kühne, qui, de même que MM. Engelmann et Waldeyer, avait d'abord confirmé l'exactitude de mes observations, croit pouvoir conclure de ses nouvelles recherches que la plaque terminale de substance granuleuse n'est que l'enveloppe d'une autre plaque presque complétement transparente, à bords irréguliers et plissés, véritable terminaison du *cylinder axis*.

» Les observations de M. Kühne se rapportent presque exclusivement aux espèces animales qui ont été l'objet de mes premières recherches : le procédé d'examen qu'il a surtout employé, l'examen de muscles frais, vivants, encore contractiles, est celui que je recommandais dans mon travail communiqué à l'Académie en septembre 1862. Mon attention avait surtout été fixée sur les particularités que peut présenter la terminaison du *cylinder axis* dans la plaque nerveuse motrice. J'aurais donc pu, m'en référant à mes observations antérieures, contester l'exactitude des résultats annoncés par M. Kühne, et même indiquer avec quelque probabilité la cause des erreurs sur lesquelles repose la description nouvelle donnée par cet observateur.

» Je n'ai pas hésité cependant à soumettre de nouveau au contrôle de longues et minutieuses recherches les faits en litige. Arrivé au terme de ce travail de révision, je viens de nouveau affirmer l'exactitude de la description que j'ai donnée, il y a deux ans, des organes terminaux des nerfs moteurs. Je suis de plus en plus en mesure d'indiquer avec certitude la nature des apparences par lesquelles M. Kühne s'est laissé égarer, et je ne doute pas que sa description nouvelle de la plaque terminale des nerfs moteurs ne soit repoussée par tous les observateurs compétents, comme l'a été déjà sa découverte (en 1861) des prétendus *bourgeons nerveux périphériques*, qui se sont trouvés n'être en réalité rien autre chose que des noyaux de la gaîne nerveuse ou peut-être des noyaux du sarcolemme. »

M. Rouget entre ici dans des détails critiques suffisants, suivant lui, pour mettre tout observateur attentif à l'abri des illusions dont M. Kühne n'a pas su se préserver, et qui permettront, ajoute-t-il, de retrouver avec certitude la plaque nerveuse que j'ai décrite, et qui se compose uniquement de la substance finement granuleuse continue à celle du *cylinder axis* dont elle est le véritable épanouissement. (Commission nommée : MM. Andral, Bernard, Longet.)

Structure du système nerveux de la clepsine. — M. E. BAUDELOT adresse une note sur la structure du système nerveux de la clepsine, une des variétés d'hirudinées.

L'auteur a constaté que dans son ensemble la chaîne nerveuse de la clepsine paraît organisée sur le même type que chez les autres hirudinées.

Entre autres particularités, M. Baudelot constate que rien ne différencie le cerveau des autres ganglions; d'où il se considère comme fondé à regarder le cerveau comme étant le résultat du rapprochement de deux ganglions simples. Jusqu'alors, dit-il, parmi les annelés inférieurs, nul type n'a permis, je crois, de saisir d'une manière aussi évidente l'analogie de structure qui existe entre les ganglions cérébroïdes et les autres ganglions de la chaîne nerveuse, et de démontrer l'unité de composition qui règne dans toute l'étendue de la chaîne ganglionnaire.

— M. RAMON DE LA SAGRA envoie de Livry (Seine-et-Oise) des échantillons de l'écorce et du bois d'une plante dont l'infusion est employée à l'île de Cuba contre les fièvres intermittentes de préférence à l'écorce de quinquina et aux préparations de quinine.

Cette plante est la *Picramnia pentandra* de Swartz; on en trouve une description donnée par feu Richard dans la partie botanique du grand ouvrage de M. Ramon de la Sagra sur l'île de Cuba.

M. Ramon de la Sagra a fait venir de Cuba de l'écorce et du bois de cette *picramnia* en quantité suffisante pour pouvoir mettre à la disposition de MM. les membres de la section de médecine et de chirurgie tout ce qui serait jugé nécessaire pour expérimenter en France l'action de ce fébrifuge.

— M. RAMON DE LA SAGRA adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Houdin sur la possibilité d'apprendre à parler aux sourds-muets par l'étude des mouvements des lèvres de leurs interlocuteurs, des renseignements sur ce qu'il a vu pratiquer d'analogue en différents pays dans les établissements de sourds-muets qu'il a successivement visités. Il insiste principalement sur ce qu'il a constaté en 1838, à Groningue, touchant les résultats obtenus par la méthode des frères Guyot, dont l'un dirigeait alors une grande institution fondée par son père en 1770. L'Institut de Bruges lui a aussi offert le sujet d'intéressantes observations.

La note de M. Ramon de la Sagra est renvoyée, à titre de renseignements, à la commission nommée pour diverses communications relatives à l'instruction des sourds-muets.

M. FLOURENS, qui fait partie de cette commission, demande au nom de ses collègues l'adjonction de deux nouveaux membres, MM. Velpeau et Cloquet.

MM. Velpeau et Cloquet feront partie de la commission.

— M. PIROUX, à l'occasion de ces mêmes communications sur l'éducation des sourds-muets, et dans l'espoir que ses propres recherches sur ce sujet pourront contribuer à abréger le travail de la commission nommée, adresse plusieurs ouvrages qu'il a publiés depuis quelques années et qu'il prie de joindre à ceux dont il avait précédemment fait hommage à l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Suite de la séance du 9 novembre 1864.

Discours de M. Broca.

M. BROCA. Plusieurs des orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion ont manifesté le désir de connaître les opinions émises par la commission consultative qui a été chargée d'examiner les plans du futur Hôtel-Dieu. Ce désir se conçoit d'autant mieux qu'une note officielle, envoyée à l'*Opinion nationale* sous forme de *communiqué*, mentionne avec complaisance l'approbation donnée par la commission à certaines parties du projet qui lui a été soumis.

Membre de cette commission, qui compte dans son sein plusieurs de nos collègues, j'ai fait partie de la sous-commission spéciale qui a reçu la mission d'étudier les plans, et j'ai eu l'honneur d'être chargé du rapport. Maintenant que ce rapport est adopté et transmis par l'administration à la préfecture, je puis, comme membre de la Société de chirurgie, fournir quelques explications sur les conclusions que nous avons votées.

Mais auparavant je dois dire que je partage l'opinion de M. Voillemier sur la situation de l'administration de l'assistance publique. Il a dit qu'elle n'était pas libre dans ses mouvements, qu'elle n'était pas responsable du choix de l'emplacement, qu'elle avait fait tous ses efforts pour abaisser le nombre des lits, et pour satisfaire aux exigences de l'hygiène, qui lui sont parfaitement connues. Je pense que cette appréciation est exacte. L'emplacement une fois choisi par l'édilité, tout le reste s'ensuivait naturellement et presque nécessairement. On allait dépenser une somme énorme (que les uns portent à 21 millions et les autres à 30 millions) pour remplacer un hôpital de 800 malades, et si, après un pareil sacrifice d'argent, le nombre des lits avait été réduit d'un tiers, on aurait donné prise à bien des réclamations. Il fallait donc loger 800 lits dans le nouvel hôpital. Mais pour qu'un hôpital bâti sur un emplacement de 21,600 mètres carrés puisse recevoir un aussi grand nombre de malades, il faut que les bâtiments soient très-rapprochés et très-élevés. L'administration a donc été obligée de faire ses plans en conséquence, mais elle l'a fait malgré elle, et elle ne désespère pas encore d'obtenir pour ses fonds un meilleur emploi, et pour ses malades de meilleures conditions de salubrité.

Les plans qui ont été présentés à la commission étaient achevés et parachevés; tout était prévu et déterminé jusqu'au moindre détail, comme si les ouvriers avaient dû se mettre à l'œuvre dès le lendemain. On y joignait le plan de la Cité future, avec ses monuments, ses grandes voies, ses places, son hôpital, sa caserne; et ma première impression fut qu'il était bien tard pour introduire des changements dans ces projets gigantesques. Je pensais, et beaucoup de mes collègues paraissaient penser comme moi, que si nous demandions un autre emplacement, nos vœux auraient peu de chances d'être écoutés, que nous n'aurions aucune prise sur le *plan de la Cité*, et que nous devions nous borner purement et simplement à examiner le *plan de l'Hôtel-Dieu*.

Au surplus, l'emplacement choisi n'a d'autre vice radical que d'être infiniment trop coûteux. Il est humide, il est vrai; les infiltrations du fleuve l'ont détrempé et ramolli jusque dans ses couches profondes. Mais il y a remède à cela. En creusant jusqu'au niveau du lit de la Seine pour enlever les terrains de transport, puis en établissant les fondations sur pilotis et en recouvrant le sol d'une couche très-épaisse de béton, on rendra l'hôpital aussi solide et aussi sec qu'on puisse le désirer. Ce n'est qu'une affaire d'argent. Toutes les objections qui concernent les causes d'insalubrité inhérentes au sol se trouvent ainsi transformées en objections financières.

Quant aux autres objections tirées du voisinage de la rivière, de l'exposition, de l'emplacement, de l'orientation des bâtiments, elles sont entièrement théoriques et hypothétiques. Il y a plus de deux mille ans qu'on discute sur ces choses. Les modernes n'en savent pas plus long que l'auteur du *Traité des airs, des eaux et des lieux;* et tout ce que les uns considèrent comme avantageux est par d'autres considéré comme nuisible. Le voisinage d'un fleuve répand de l'humidité dans l'air : voilà un inconvénient; mais le courant de l'eau met en mouvement les couches inférieures de l'atmosphère et constitue un procédé naturel d'aération : voilà l'avantage. Quel est, de ces deux éléments, celui qui doit faire pencher la balance? On l'ignore. Même incertitude sur la question des vents. Le vent du nord est froid en hiver, mais il est frais en été; celui du sud est étouffant en été, mais il réchauffe pendant l'hiver; ceux de l'ouest et de l'est ont aussi leurs avantages et leurs inconvénients. Le choix est donc embarrassant.

Et d'ailleurs, malgré quelques accidents de terrain, Paris est dans une plaine. La montagne Sainte-Geneviève et les buttes Montmartre sont des écrans illusoires, et soit qu'on place l'hôpital dans la Cité, soit qu'on le transporte à quelques centaines de mètres, il sera ouvert à tous les vents du ciel. Que dirai-je maintenant de l'orientation des bâtiments? L'orientation *royale* à l'est et à l'ouest a beaucoup de partisans, entre autres M. Voillemier; mais l'orientation au nord et au sud a aussi les siens, sans compter les orientations obliques, qui ne valent peut-être ni plus ni moins que les autres. Tout cela est inconnu; chacun pèse à sa façon le pour et le contre; on se fait une opinion; mais que dit la science rigoureuse? Elle se tait.

L'expérience, qui est la science, n'a démontré jusqu'ici que deux choses. En premier lieu, il faut éviter l'encombrement; en second lieu, il faut rejeter comme défectueuses toutes les dispositions qui font obstacle à l'aération et à l'insolation. Voilà deux points sur lesquels tous les témoignages, toutes les opinions sont unanimes. La commission, écartant les vues théoriques et hypothétiques, et les questions encore en litige, s'est attachée exclusivement à faire triompher ces deux principes.

Dès lors, elle n'a eu aucune objection décisive à faire contre l'emplacement de la Cité. Cet emplacement n'est ni meilleur ni pire qu'un autre, abstraction faite de la question des millions, sur laquelle nous n'étions pas consultés. Il ne deviendra mauvais que si l'on y entasse un trop grand nombre de malades; il sera détestable, quoi qu'on fasse, si l'on y installe 800 lits; il sera bon si l'on n'y en place que 500. La commission a déclaré formellement que le chiffre de 600 lits ne devait en aucun cas être dépassé; cela ne veut pas dire qu'elle approuve ce chiffre; elle a fixé une limite extrême, et la plupart de ses membres, je suis du nombre, doutent qu'il soit possible de satisfaire aux conditions indispensables de l'aération et de l'insolation, si l'on persiste à dépasser le chiffre de 500. Mais cette question a été réservée jusqu'au jour où de nouveaux plans lui seront présentés.

Voilà pour l'emplacement. Ce point une fois écarté, la commission se trouvait en présence d'un plan où il y avait du bon et du mauvais : elle a loué l'un et rejeté l'autre. Elle a pleinement approuvé la disposition des services généraux, et l'aménagement des salles, où chaque malade aura pour sa part 63 mètres cubes d'air; elle a approuvé également l'idée d'utiliser les sous-sols pour relier tous les services par un chemin de fer, et d'y installer plusieurs services, tels que les bains généraux, les cuisines, les réfectoires des infirmiers, les magasins, etc., en diminuant ainsi d'une manière notable l'étendue de l'espace couvert de constructions. Dans le projet qui lui était présenté, on avait annexé à chaque salle de 26 lits une salle de 6 lits, deux salles d'un seul lit, un office, un lavabo, un parloir spacieux, une trémie à travers laquelle les linges sales et les pièces de pansement pouvaient être immédiatement précipités dans le sous-sol, un monte-charge assez grand pour recevoir un homme assis ou couché, et pour faire participer les malades et les convalescents du premier et du second étage à tous les avantages dont jouissent ceux du rez-de-chaussée, etc. La commission a applaudi à ces innovations heureuses. Puis, avec la même impartialité qu'elle avait mise à louer ce qui était bon, elle a critiqué et repoussé ce qui était mauvais.

Le mauvais, c'était la disposition des bâtiments en pavillons parallèles trop hauts et trop rapprochés, placés les uns au-devant des autres comme des écrans successifs et reliés par des bâtiments longitudinaux de même hauteur; c'étaient ces préaux latéraux fermés sur trois de leurs côtés; c'était surtout cette cour centrale, fermée de toutes parts, large seulement de 25 mètres et limitée par des constructions hautes de 26 mètres, véritable sépulcre, inaccessible à tous les vents et presque inaccessible au soleil. La commission a repoussé de toutes ses forces ces dispositions tout à fait incompatibles avec l'aération et l'insolation de l'hôpital; elle a rejeté non-seulement la cour centrale, mais encore le système tout entier des pavillons parallèles, qu'elle a déclaré défectueux en soi et défectueux surtout, dans le cas actuel, en égard au peu de développement transversal de l'emplacement de l'Hôtel-Dieu.

Voilà ce qu'a fait la commission, et elle a déjà obtenu une chose importante : conformément à la dernière conclusion du rapport, le préfet de la Seine a invité l'administration de l'Assistance à lui présenter d'autres plans. Tout permet de croire par conséquent que la cour centrale est condamnée, que le système des pavillons parallèles sera abandonné, et comme on se propose de maintenir les améliorations que nous avons signalées, améliorations qui exigent beaucoup d'espace, il me paraît fort probable qu'on sera conduit, par la force même des choses, à faire descendre bien au-dessous de 600 le nombre des malades de l'hôpital.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Lille, le 19 novembre 1864.

Monsieur et honoré confrère,

Permettez-moi d'user de votre estimable journal pour remercier M. L. Bidenkap, de Christiania, d'avoir si bien répondu à la question que j'ai posée l'année passée aux syphilisateurs.

Ce n'est donc pas, comme un honorable adversaire me l'avait affirmé, le chancre mou qui sert exclusivement à une prétendue syphilisation ?

Le chancre infectant est donc réellement auto-inoculable en maintes circonstances que l'on peut même provoquer, et s'il produit un chancre mou sur un syphilisé, ce qui est tout naturel puisque l'infecté ne peut se procurer une infection qu'il possède déjà, il n'est pas moins susceptible de produire aussi un chancre non infectant sur un individu vierge dans certaines conditions de son développement. Il n'est pas besoin de varier la graine pour cela et moins encore d'hybridité.

Le chancre non infectant enfin peut lui-même devenir infectant avec ou sans le concours du terrain.

C'est bien là ce que je soutiens depuis deux ans que je suis entré dans le débat sans me laisser émouvoir par le prétendu chancre mixte, qui ne l'est que par la diversité des produits du virus syphilitique, chancre mixte auquel il manquera toujours l'épreuve de la confrontation pour passer du champ de l'hypothèse dans le domaine des faits.

Ainsi tombe la dualité d'origine du chancre, et ce n'est pas sans raison que M. W. Boëck a cité les faits de sa pratique *comme une preuve de l'unité du virus.*

Veuillez agréer, etc.

LADUREAU,
médecin-major de 1re classe.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

1. Considérations sur les marais et leur influence sur l'homme, par M. Manceau.
2. Des kystes de l'ovaire et de leur traitement, par M. Munet.
3. Du *delirium tremens*, par M. Frouslin.
4. De l'asthme et particulièrement de l'asthme goutteux, par M. Garcia.
5. Des corps fibreux de l'utérus au point de vue de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, par M. Etcheverry.
6. Considérations générales sur les dyspepsies : des formes flatulente et acide en particulier, par M. Moreau.
7. Qu'est-ce que l'albuminurie, ou de son analogie avec les sécrétions séreuses, séro-plastiques, et des hémorrhagies qui se font soit à la surface, soit dans l'épaisseur des tissus, par M. Germe.
8. Des injections iodées dans les hydarthroses, par M. Bodin.
9. Etude d'hygiène : des liquides employés dans l'éclairage artificiel, par M. Duchesne.
10. D'une cause rare de dystocie produite par le développemeut anormal des reins du fœtus, par M. Trandafiresco.
11. Sur les causes des fièvres intermittentes, par M. Bouillet.
12. Quelques considérations pratiques sur les cas de rétrécissement du bassin observés à la clinique d'accouchement de Paris en 1857, 1858, 1859, par M. Jones.
13. De la mort subite dans la pleurésie, par M. Negrié.
14. De la polydypsie, par M. Dangaron.
15. Etude sur les fractures des os du métacarpe, par M. Pichon.
16. Histoire médicale du poste militaire du Rach. Tr. du 1er mars 1860 au 15 avril 1863, par M. Col.
17. De la conduite de l'accoucheur dans les cas d'hémorrhagie utérine reconnaissant pour cause une insertion vicieuse du placenta, par M. Dumas.
18. A propos de l'allaitement, par M. Nicolle.
19. Etude sur la variole de la première enfance, par M. Robin.
20. Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants, par M. Claisse.
21. Du parallélisme parfait entre le développement du squelette et celui de certaines exostoses, par M. Soulier.
22. Considérations relatives à l'étiologie et au traitement de la dyssenterie des pays chauds, par M. Nielly.
23. Des désordres produits chez l'homme par les larves de la *lucilia homini-vorax*, par M. Volcy Audouit.
24. Essai sur la laryngoscopie et la rhinoscopie, par M. Guillaume.
25. De l'emploi du perchlorure de fer dans quelques cas, par M. Allorye.
26. Quelques remarques sur la migraine, par M. Soudry.
27. De la dégénérescence graisseuse dans l'empoisonnement aigu par le phosphore, par M. Fabre.
28. Essai de physiologie médicale, par M. Vacher.
29. Des tumeurs fibreuses de l'utérus compliquant la grossesse, par M. Dubar.
30. De la congestion ovarienne, par M. Poitevin.
31. De l'ozone, par M. Bona.
32. Nature et étiologie du crétinisme, par M. Bernard Guénot.
33. Des oblitérations et rétrécissements congéniaux de l'artère pulmonaire, par M. d'Heilly.
34. Du pemphigus, par M. Pillurd.
35. Des luxations de l'astragale, par M. Déro.
36. Des altérations de l'épiderme, par M. Pouchet.
37. De la parotidite aiguë, par M. Malfilatry.
38. Du tænia, par M. Maûr.
39. Du mal perforant du pied, par M. Debrol.
40. Essai sur l'histoire des ferments, de leur rapprochement avec les miasmes et les virus, par M. de Jannel de Vauréal.
41. Des rétrécissements du calibre de la trachée-artère, par M. Baudré.
42. Des ulcérations de la langue dans la coqueluche, par M. Charles.
43. Recherches sur les causes de la polysarcie, par M. Dubourg.
44. De la nature des affections considérées cliniquement comme cancéreuses, par M. Moricourt.
45. Considérations sur l'anatomie et la physiologie des veines spermatiques et sur un mode de traitement du varicocèle, par M. Périer.
46. De l'ictère grave pendant l'état puerpéral, par M. Petit.
47. Essai sur la folie alcoolique aiguë, par M. Lagurone.
48. Des causes de la dyssenterie, par M. Posada.
49. Indication et contre-indication de l'accouchement prématuré artificiel, par M. Baille.
50. Du refus de manger chez les aliénés, par M. Desportes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 15 novembre 1864, M. le Dr Béhier a été nommé professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Natalis Guillot, appelé à d'autres fonctions.

— Par décret en date du 15 novembre 1864, sont nommés membres du Conseil municipal, les membres du corps médical dont les noms suivent :

IIIe arrondissement. — M. Ségalas, officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine.

Ve arrondissement. — M. Flourens, grand officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, professeur au Muséum.

VIe arrondissement. — M. Tardieu, officier de la Légion d'honneur, doyen de la Faculté de médecine.

VIIe arrondissement. — M. Dumas, grand'croix de la Légion d'honneur, sénateur, membre de l'Académie des sciences.

XVIIIe arrondissement. — M. le baron Michel de Trétaigne, commandeur de la Légion d'honneur, maire du XVIIIe arrondissement, ancien médecin principal des armées, doyen d'âge des maires de Paris.

— Par décret en date du 10 novembre 1864, ont été nommés médecins aides-majors de deuxième classe, les médecins stagiaires dont les noms suivent :

MM. 1 Chauvel; 2 Dieu; 3 Bablon; 4 Donnezan (Paul); 5 Richon; 6 Guerder; 7 Mire; 8 Maurin; 9 Michel; 10 Vencélius; 11 Renauld; 12 Bouchez; 13 Paloque; 14 Laurens; 15 Héberlé; 16 Bonnardot; 17 Singaraud; 18 Pirotais; 19 Dajas; 20 Moussu; 21 Beauchamp; 22 Utz; 23 Georgeon; 24 Péchaud; 25 Judas; 26 Pinchard; 27 Foch; 28 Jeunehomme; 29 Gouyneau; 30 d'Hennezel; 31 Beylot; 32 Hahn; 33 Danis; 34 Galzain; 35 Meynier; 36 Davezac; 37 Thierry; 38 de Jollin; 39 Augarde; 40 Protain; 41 Blavot; 42 Dumont; 43 Robert; 44 Dufour; 45 Caillard; 46 Donnezan (Charles); 47 Coqueugniot.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fousset, de Cœuvres (Aisne), et de M. Renault, pharmacien aide-major de première classe.

— M. le docteur Hiffelsheim recommencera son cours public d'électricité médicale vendredi prochain 25 novembre, à huit heures du soir. Le professeur exposera la théorie des divers appareils employés en médecine, et de leur emploi dans les maladies dans lesquelles ils sont indiqués.

Les mercredis et les vendredis suivants, à la même heure, amphithéâtre no 3 de l'École pratique de la Faculté.

— M. le docteur Clerc, médecin de Saint-Lazare, commencera un cours public sur les maladies vénériennes mardi 22 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre no 2 de l'École pratique, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

De l'instinct et de l'intelligence des animaux, par M. L. MÉRET, in-8° de 64 pages. Prix : 2 fr. Paris, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 NOVEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Une lecture de M. le docteur Commenge, sur le traitement de la coqueluche par les substances volatiles provenant de l'épuration du gaz, a occupé la plus grande partie de cette séance. On se rappelle que dans un premier mémoire, lu il y a six semaines environ, M. Commenge a fait connaître les résultats qu'il a constatés à l'usine de Saint-Mandé, pendant une période de quatre mois. Il concluait dans ce premier travail : que le traitement de la coqueluche par la respiration des substances volatiles provenant de l'épuration du gaz donne les meilleurs résultats; que chez la grande majorité des malades, la guérison est l'effet ordinaire de ce traitement, même dans les cas où ont échoué les médications réputées les plus efficaces; que la guérison se produit sous l'influence de ce traitement à toutes les périodes de la maladie, et quel que soit l'âge des malades; que lorsque la guérison ne se produit pas, on observe presque toujours une grande amélioration dans la plupart des symptômes; enfin, qu'il n'y a pas de danger pour les enfants à les soumettre à ces inhalations. Ces conclusions, on se le rappelle aussi, n'ont pas trouvé tout d'abord un grand assentiment.

Si elles n'ont pas été précisément contestées en elles-mêmes, elles ont du moins suscité le doute chez les uns, la contradiction chez quelques autres, et nous-même nous avons cru devoir ne les accepter qu'avec de grandes réserves. M. Commenge, qui depuis a continué ses observations avec une louable persévérance, est venu aujourd'hui, en ajoutant à ses premiers résultats de nouveaux faits confirmatifs, les défendre contre les objections et les défiances dont ils ont été l'objet, et par l'exposition de la méthode qu'il a suivie et des principes qui l'ont guidé pour apprécier la valeur de ce nouveau mode de traitement de la coqueluche.

On trouvera dans le compte rendu de la séance un exposé des nouveaux résultats constatés par M. Commenge, et qui, joints aux précédents, ne laissent pas de constituer une somme de faits assez imposante et avec laquelle il faudra compter.

Après cette communication, M. Depaul est monté à la tribune, — nous pourrions presque dire d'assaut, — pour commencer la lecture du rapport annuel sur les vaccinations, malgré une décision du conseil, qui en avait proposé l'ajournement. Le conseil, un peu effrayé, paraît-il, des hardiesses du rapporteur, qui n'a pas craint de soulever et de discuter une question brûlante, dans un rapport destiné à être mis sous les yeux du ministre, avait jugé à propos de soumettre la question à un nouvel examen préalable de la commission. M. Depaul, fort de son droit de rapporteur responsable vis-à-vis de l'Académie, libre en définitive d'adopter ou de rejeter son rapport, en a appelé de la décision du conseil à la souveraineté de l'assemblée, qui lui a répondu par un vote affirmatif. L'Académie entendra donc, et elle a commencé à entendre, séance tenante, l'exposé des faits de transmission de la syphilis par la vaccine, qui ont ému l'opinion depuis quelques années et porté le trouble dans une doctrine célèbre. — Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. TRIQUET.

Résumé statistique des différents cas des maladies de l'oreille qui ont été traités à la clinique du docteur Triquet de 1860 à 1864 (octobre).

Dans cette période de quatre années, 895 malades ont été traités à la clinique des maladies de l'oreille; le nombre des malades qui sont venus y demander quelques conseils est certainement plus considérable; mais je n'ai pas voulu faire figurer dans ce résumé ceux qu'on ne voit qu'une ou deux fois et qui ne reviennent plus, aussitôt qu'ils ont obtenu une consultation ou une très-légère amélioration. Ce genre de malades, que j'appelle *voyageurs*, est très-commun dans nos dispensaires.

Le chiffre de 895 indique donc bien positivement le nombre des malades qui ont suivi un traitement régulier, assez long, jusqu'à ce que la guérison ou une notable amélioration ait été obtenue. Disons tout de suite que les affections de l'oreille étant le plus souvent des maladies chroniques, invétérées et diathésiques, le traitement en est toujours relativement long, même quand il est suivi avec persévérance. Les résultats, il le faut avouer, sont loin d'être toujours brillants, et je suis bien convaincu que c'est là un des motifs les plus sérieux qui éloignent les jeunes médecins de ces travaux pénibles et d'une étude souvent fort ingrate et sans compensation. Mais laissons de côté ces réflexions stériles et abordons notre sujet :

Sur ces 895 malades traités à notre clinique dans l'espace de quatre années, il y avait 562 hommes et 232 femmes ou jeunes filles; 537 étaient âgés de 2 à 30 ans, et 368 de 30 à 60 ans et au delà.

I. *Maladies du pavillon.* — 5 tumeurs érectiles chez des enfants, 4 tumeurs fibreuses chez des adultes, une tumeur fibro-plastique chez un sujet de quarante-cinq ans; 3 des tumeurs érectiles ont été traitées avec succès par la vaccination de la tumeur; 2 par la cautérisation avec la pâte de Vienne chez des enfants vaccinés; les 4 tumeurs fibreuses ont été extirpées, mais nous avons respecté la tumeur fibro-plastique comme étant l'expression symptomatique d'un état diathésique prononcé; le malade en avait 7 autres en divers points du corps (1), et n'en eût-il eu qu'une seule, nous ne l'eussions pas opérée, car le cancer n'est jamais une affection locale.

II. *Otites.* — 108 otites catarrhales : 70 sujets de 2 à 30 ans, 38 de 30 à 60 ans. 80 hommes, 28 femmes ou jeunes filles. Dans 40 cas, le conduit auditif externe seul était malade (*otite externe.*) Dans 68 cas, l'otite de nature catarrhale occupait la caisse. Dans 3 cas, il y eut une complication de phlegmon mastoïdien.

Le froid est noté dans toutes les observations comme étant la cause déterminante de l'otite. Les symptômes ont été très-évidents dans tous les cas et identiques à la description que j'en ai donnée ailleurs (2). Quant au traitement dans les cas de moyenne gravité, les fumigations à l'extérieur et le calomel à l'intérieur ont seuls été employés pour l'otite externe.

Pour les otites internes, le traitement a été plus compliqué : ainsi, dans 8 cas, la ponction de la membrane du tympan a été pratiquée avec succès pour donner issue à une collection muco-purulente de l'oreille moyenne. Dans trois cas, l'apophyse mastoïde a été ouverte afin d'évacuer le pus qui s'y était accumulé (3). Le cathétérisme des trompes d'Eustachi a été pratiqué dans chacun de ces 68 cas une ou plusieurs fois, selon les indications, comme moyen de diagnostic d'abord, et en second lieu comme moyen de thérapeutique pour injecter dans les caisses malades des vapeurs et liquides médicamenteux de diverse nature.

Ces 108 malades réunis nous donnent 90 guérisons et seulement 18 améliorations chez des sujets venus tardivement, dans la période chronique, après un, deux, trois mois de remèdes inutiles, et quand de graves altérations s'étaient déjà produites dans l'appareil de l'ouïe.

Sur ces 68 malades atteints d'otite interne, la trompe a été trouvée rétrécie à des degrés variés 60 fois : 8 fois complétement oblitérée par la tuméfaction inflammatoire aiguë de la membrane muqueuse de l'oreille moyenne.

Dans ces 8 cas, une ponction fut pratiquée à la cloison tympanique pour éviter la rupture, et dans les autres cas, l'introduction de la sonde à certains intervalles et avec une grande modération a suffi pour rendre à la trompe l'intégrité de son calibre et à l'oreille ses fonctions délicates.

Ajoutons à ces chiffres, pour être complet, 3 otites goutteuses, 7 otites syphilitiques, 23 otites chez des fumeurs, buveurs (4).

III. *Myringite scrofuleuse.* — 140 malades; 102 de deux à trente ans; 28 de trente à soixante; 60 hommes ou jeunes garçons; 80 femmes ou jeunes filles.

Sur ce chiffre de 140 malades, nous trouvons seulement 75 guérisons complètes et 65 améliorations; sur ces 65 malades améliorés, nous trouvons 34 récidives après six mois, un an, trois ans de cessation de traitement régulier. Cela ne doit pas surprendre, si l'on songe à la diathèse presque indomptable qui est la cause efficiente de cette maladie du tympan.

Il faut encore noter que sur ces 140 cas, il y a eu 53 fois perforation pathologique de la cloison tympanique par les phlyctènes qui envahissent la membrane dès le début de l'affection; sur ces 53 perforations, il y en avait 29 petites (une graine de millet); 15 moyennes (une grosse tête d'épingle); 9 très-larges, ayant détruit un quart, un tiers, une moitié de la cloison. 41 siégeaient au-dessous du manche du marteau, dans le point d'élection; 12 à la circonférence, et surtout aux extrémités du grand diamètre transversal, sur le limbe même de la membrane, ayant détruit son insertion à l'os tympanal. A l'exception des larges perforations, qui sont restées rebelles et incurables, les autres, petites et moyennes, ont été guéries dans un espace de temps qui a varié entre trois semaines et trois mois, et par les moyens indiqués ailleurs (*Leçons cliniques*).

IV. *Otorrhée chronique.* — 95 cas chez des sujets éminemment scrofuleux : 55 de deux à trente ans; 40 de trente à soixante; 60 hommes, 35 femmes.

Le traitement a été général et local, et a été exposé ailleurs avec tous les détails. Quant au résultat final, qui intéresse surtout le praticien, nous avons 70 guérisons, 15 améliorations notables, et 10 cas d'otorrhée chez des sujets atteints de scrofule maligne, chez lesquels tout a échoué.

Faisons remarquer que pour les 70 sujets guéris le traitement a été très-long : trois mois, six mois, dix-huit mois, et qu'il y a eu un assez grand nombre de récidives après un an et même deux ans de guérison apparente. En effet, nous savons tous que la scrofule est une maladie diathésique à longues périodes, et que ses manifestations nombreuses et variées s'éteignent, disparaissent, pour reparaître encore à des intervalles souvent très-éloignés, et quelquefois pendant toute la vie.

V. *Concrétions cérumineuses.* — 30 cas : 27 hommes, 3 femmes; 8 de deux à trente ans; 22 de trente à soixante ans; tous ont été guéris par des moyens appropriés (curette, injections).

VI. *Corps étrangers.* — 20 chez des hommes : 18 de deux à trente ans, 2 de trente à soixante ans. Ces corps étrangers étaient : cailloux, bouts d'allumette, l'extrémité d'un porte-plume, un grain de chapelet, noyaux de cerise, grains de blé, d'avoine, haricots, un bout de pipe, une gousse d'ail, une tige d'oignon, des épingles, aiguilles, etc.

Les moyens d'extraction ont varié; cependant, en général, j'ai donné la préférence aux grandes injections d'eau, qui m'ont parfaitement réussi. Il faut en excepter, bien entendu, les épingles et les aiguilles, qu'il a fallu retirer avec des pinces, etc.

VII. *Perforations du tympan.* — Indépendamment des 53 cas de perforation observés pendant le cours des otites scrofuleuses et comme complication de ces dernières, il y a eu 43 malades qui sont venus se faire traiter de perforations dont les causes sont restées inconnues (otites, fièvre grave probablement) : 17 hommes, 26 femmes; 35 de deux à trente ans, 8 de trente à soixante ans.

Mais il m'est impossible de donner des chiffres même approximatifs sur la durée et les résultats du traitement, la plupart de ces malades ne l'ayant pas suivi exactement ou n'étant pas revenus après quelques pansements.

Nous devons noter ici 4 cas de perforation du tympan survenue chez des enfants pendant les quintes de toux de la coqueluche et guéris.

VIII. *Polypes.* — 43 cas. 20 hommes, 23 femmes. 42 de deux à trente ans; 1 de trente à soixante ans. Dans ces 43 cas déjà rapportés en partie (1), l'écoulement précurseur ou prémonitoire a été noté 43 fois. Chacun de ces polypes avait sa racine, une fois bifide, sur la paroi interne de la caisse, et sortait de cette cavité à travers une grande déchirure de la membrane du tympan (2). Dans plusieurs cas, la cloison fut même trouvée complétement détruite.

Le traitement a été conçu d'après les mêmes principes pour tous les malades : quand la production charnue était petite, les cautérisations avec le chlorure de zinc ont suffi; quand elle était considérable, 1, 2, 3, 4 centimètres de longueur, l'arrachement a toujours précédé la cautérisation. Sur ces 43 malades, 41 ont été traités et guéris par les moyens indiqués tout à l'heure; tous ont aussi suivi un traitement général anti-strumeux, à l'exception d'un seul, chez lequel l'excroissance était de nature syphilitique et traitée comme telle.

Quant aux 2 autres, ils m'avaient été adressés à une période trop avancée et déjà atteints de complications cérébrales mor-

(1) Voir *Leçons cliniques*, p. 190.
(2) *Ibid.*, p. 23 et suivantes.
(3) J'ai rapporté une de ces observations intéressantes dans la *Gazette des Hôpitaux* du 27 octobre dernier.
(4) Voyez *Leçons cliniques*, p. 103.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1860, et *Leçons cliniques*, p. 176 et suiv.
(2) *Ibid.* Voyez plusieurs dessins qui représentent cette disposition.

telles, auxquelles nous avons eu le chagrin de les voir succomber avant toute tentative de traitement du polype (1).

IX. *Chute des osselets.* — 34 cas. 15 hommes, 19 femmes. 30 de deux à trente ans; 4 de trois à soixante ans.

Ces 34 cas ont été observés sur des malades envoyés à notre clinique à une période de leur maladie d'oreille trop avancée pour qu'un traitement convenable pût être utile, et nous n'avons pu enregistrer que quelques rares améliorations dans les cas où la chaîne des osselets n'ayant été rompue qu'en partie (le plus souvent par la suppuration), l'étrier demeuré à sa place, enclavé dans la fenêtre ovale et s'opposant à l'issue du liquide labyrinthique, dernier vestige de la fonction.

X. *Epaississement de la cloison.* — 17 cas. 8 hommes, 9 femmes. 7 de deux à trente ans; 10 de trente à soixante ans.

C'est presque toujours à la suite de phlegmasies mal éteintes de la cloison que ces épaississements ont été observés; des fumigations avec l'acide acétique pour les cas simples, avec le cinabre dans 7 cas d'otite syphilitique ont procuré 11 guérisons et 6 améliorations chez des sujets âgés.

XI. *Ankylose des osselets.* — 25 cas. 12 hommes et 13 femmes. 15 sujets de deux à trente ans; 10 de trente à soixante ans. 17 cas de soudure ou ankylose incomplète; 8 de soudure complète des articulations des osselets.

14 fois la cause était une phlegmasie catarrhale chronique de l'oreille moyenne; 4 fois de nature catarrho-rhumatismale; 4 fois de nature syphilitique; 3 fois de nature goutteuse (2).

Eliminons de suite les 8 malades atteints de soudure complète, chez lesquels l'ouïe étant complétement abolie, par suite de l'atrophie consécutive du nerf acoustique, aucun traitement ne fut tenté.

Chez les 17 autres malades atteints d'ankylose incomplète, et qui entendaient, les uns, 10, la montre appliquée sur l'oreille, les 7 autres à 1, 2, 3 centimètres du pavillon, la guérison a eu lieu 13 fois, c'est-à-dire que ces 13 malades recouvrèrent l'ouïe entièrement; chez les 4 autres, il y eut une assez grande amélioration pour qu'ils pussent entendre la parole sur tous les tons de la conversation.

Le traitement a consisté en fumigations et injections appropriées dans l'oreille moyenne, répétées tous les jours ou tous les deux jours, et la durée moyenne du traitement a été de 31 jours, pour les malades guéris ou seulement améliorés (3).

XII. *Carie, nécrose de nature scrofuleuse.* — 13 cas: 10 ont été observés sur de jeunes enfants, à la suite d'otites scrofuleuses négligées ou mal traitées. Chez 6, le traitement a duré dix-huit mois et a été suivi de succès; chez les 4 autres, nous n'avons obtenu qu'une amélioration. Quant aux 3 autres cas, ils ont été observés sur des jeunes gens de 17 à 24 ans, et comme complication de polype ou de fongus de l'oreille. Ces observations seront bientôt publiées.

XIII. *Paralysie faciale.* — 2 cas: le premier chez une jeune femme de 28 ans, phthisique et atteinte d'otorrhée (4); le deuxième, chez un jeune homme de 24 ans, atteint de fongus scrofuleux de l'oreille et traité en ville par les applications de pâte de Canquoin.

La première malade a succombé à la phthisie; le jeune homme, depuis deux ans, conserve sa paralysie faciale et son fongus, et n'a pas été guéri par l'application intempestive de la pâte de Canquoin.

Au-dessus du symptôme local (fongus), il y avait là une diathèse scrofuleuse très-prononcée chez ce pauvre garçon, et on eût certainement obtenu de meilleurs résultats en instituant d'abord et pendant longtemps un traitement général.

XIV. *Obstruction des trompes d'Eustachi.* — 19 cas: 19 hommes ou jeunes garçons. Il n'est point question ici des cas d'obstruction aiguë survenue dans le cours de l'otite, ainsi qu'on l'a vu plus haut, mais bien d'obstruction chronique, déterminée soit par du *mucus durci*, 3 cas; par un gonflement chronique de la membrane muqueuse de la trompe, 14 cas; par l'hypertrophie des amygdales, 2 cas.

Les principaux symptômes étaient un bourdonnement continuel, sans dureté d'oreilles bien prononée; deux fois les amygdales ont été excisées; dans trois cas des fumigations ont suffi à délayer le mucus durci qui obstruait la trompe; et dans les 14 autres cas, le traitement a consisté dans la dilatation méthodique de la trompe rétrécie ou obstruée, au moyen de bougies-sondes en caoutchouc et de cordes à boyau. Dans aucun cas l'insufflation d'air n'a paru être utile comme moyen dilatant ou désobstruant; et dans 5 cas réfractaires à la dilatation, j'ai dû pratiquer des cautérisations réitérées du pharynx avec le nitrate d'argent, concurremment avec l'emploi des moyens dilatants. Enfin, dans 2 de ces derniers cas réfractaires, une excision d'un lambeau triangulaire fut faite à la cloison tympanique, et le bourdonnement disparut.

Le résultat final a été satisfaisant malgré la longueur du traitement, qui a varié de vingt-cinq jours à deux mois, trois mois, six mois. Ainsi, 13 malades ont été complétement délivrés de leurs *bruits d'oreilles* (bourdonnements, etc.); 4 autres ont éprouvé une amélioration considérable; et chez 2 seulement les différents moyens mis en usage n'ont donné aucun résultat, quoique la trompe fût devenue suffisamment libre: il est probable que chez ces 2 malades il y avait complication d'une phlegmasie ancienne et profonde de l'oreille interne, ainsi que je l'ai démontré ailleurs (1); mais les malades n'ont pas eu assez de persévérance. Je n'oublierai jamais un malade qui ne fut radicalement guéri qu'après dix-huit mois de traitement.

XV. *Otalgie.* — 2 cas: un homme et une femme. L'extraction de la dent malade a fait disparaître la douleur immédiatement.

XVI. *Surdité nerveuse.* — 50 cas: 28 femmes, 22 hommes; 10 de douze à trente ans; 40 de trente à soixante. Les moyens de traitement ont été variés (fumigations et injections, ventouses, etc.); 30 guérisons; 10 améliorations; 10 incurables (enfants devenus sourds à la suite de convulsions, méningite, etc.).

XVII. *Bourdonnements.* — 215 cas: 55 femmes, 160 hommes; 35 de cinq à trente ans et 135 de trente à soixante. Nous avons obtenu 185 guérisons, 20 améliorations; 10 malades ont été trouvés incurables; c'étaient pour la plupart des hommes dans la force de l'âge, mais qui ne voulaient pas rompre avec leurs funestes habitudes (tabac, alcooliques).

XVIII. *Atrophie du nerf auditif.* — 31 cas. 31 hommes, 2 jeunes enfants, 29 adultes et vieillards incurables (surdité complète, la montre et les différents diapasons promenés sur le crâne ou tenus entre les dents n'éveillaient pas la plus petite sensation acoustique.

XIX. *Sourds-muets.* — 8 petites filles âgées de quatre à sept ans. 5 avaient entendu et parlé dans leur première enfance et étaient devenues muettes à la suite d'une rougeole qui leur avait fait perdre l'ouïe. Ces 5 enfants ont été instruites par la méthode du vieux J. R. Péreire, et elles ont appris à parler sans entendre. Les 3 autres n'ont fait aucun progrès, leur infirmité était congéniale (2).

XX. Quant à l'hérédité, nous la trouvons notée 233 fois sur le chiffre de 895 malades. C'est, comme on le voit, un peu plus de 1 à 4. C'est donc, comme on peut s'en assurer, la même proportion qui figurait déjà en 1857 dans mon *Traité pratique*, p. 46.

— Tel est le bilan des malades traités à ma clinique dans l'espace des quatre dernières années. Si quelques points de ce tableau paraissent trop abrégés, le lecteur pourra les compléter en parcourant les ouvrages cités dans le cours de cette notice.

(1) V. *Leçons cliniques*, p. 179, et *Gaz. des Hôpitaux*, 1860.
(2) *Loc. cit.*, p. 80.
(3) Les formules de ces injections ont été données p. 163, *Leçons cliniques.*
(4) V. *Leçons cliniques*, p. 121.

(1) *Archives générales*, 1862, et *Leçons cliniques*, t. Ier.
(2) On sait que Jacob-Rodrigue Péreire, israélite portugais, venu à Paris vers 1745, est un des premiers instituteurs de sourds-muets qui aient réussi à faire parler ces infortunés. La méthode qui lui a réussi et qui fut longtemps un secret, consistait à faire sentir aux muets les vibrations de son larynx à mesure qu'il prononçait les lettres et syllabes de l'alphabet. Les registres de l'Académie des sciences ont plusieurs fois enregistré ses succès (1749-1751).

DE L'UNICITÉ DU VIRUS SYPHILITIQUE.

Deux syphiliographes distingués, M. Edmond Langlebert et M. le docteur Bidenkap (de Christiania), viennent de publier presque simultanément une nouvelle théorie de la syphilis, dont les conclusions, rigoureusement déduites des mêmes principes, les ont conduits l'un et l'autre à une interprétation à peu près identique d'une question qui depuis longtemps préoccupe vivement les esprits.

M. Edmond Langlebert a exposé ses idées le 5 octobre dernier devant la Société médicale du Panthéon; M. Bidenkap a formulé les siennes dans une lettre datée du 12 du même mois, et que nous avons publiée dans notre numéro de jeudi 17 novembre. Par une étrange coïncidence, ce numéro contient une déclaration faite par M. Depaul à l'Académie de médecine (séance du 15 novembre), et dans laquelle le savant académicien donne son entière approbation à la doctrine de M. Edmond Langlebert.

Si l'on compare le rapprochement des dates à l'éloignement des lieux, il est impossible d'admettre que MM. Edmond Langlebert et Bidenkap aient pu se communiquer réciproquement leurs idées. La doctrine qu'ils ont édifiée leur appartient donc également, et se fortifie de leur mutuel concours, sans que le mérite de l'un puisse amoindrir celui de l'autre. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que deux chercheurs de vérités auront fait la même découverte; l'histoire des sciences est remplie de faits semblables, ce qui s'explique facilement si l'on considère que la voie qui conduit à la connaissance du vrai est la même pour tous: l'observation et la logique.

Aussi sommes-nous heureux de n'avoir à discuter ici aucune question de priorité, ce qui nous permet d'entrer immédiatement en matière, en exposant aussi succinctement que possible les idées de M. Edmond Langlebert, telles que nous les trouvons développées, avec la netteté de langage et la précision familières à cet auteur, dans sa brochure intitulée *Unicisme et dualisme chancreux* (3).

Tous nos lecteurs connaissent la grande querelle qui depuis près de quinze ans divise les syphiliographes en deux camps: les unicistes et les dualistes. Existe-t-il un ou deux virus syphilitiques? En d'autres termes, le chancre simple et le chancre infectant ne sont-ils que deux variétés nosologiques dérivant d'un même principe morbide, ou sont-ils, au contraire, deux espèces distinctes, étrangères l'une à l'autre, et ayant chacune son virus propre?

Hunter et son école n'admettaient, comme on le sait, qu'un seul virus ou poison vénérien, et faisaient dépendre les modalités variables de la syphilis des tempéraments, des constitutions individuelles, en un mot, des idiosyncrasies. Cette doctrine, professée avec éclat par M. Ricord, régna sans partage jusque vers 1850, époque à laquelle M. Bassereau institua le dualisme. Faisant table rase des influences idiosyncrasiques, ce syphiliographe proclama l'existence de deux virus spéciaux, l'un pour le chancre simple et l'autre pour le chancre infectant.

La théorie de M. Bassereau obtint tout d'abord un assez grand succès, et pour un moment on put croire qu'elle avait dit sur ce point le dernier mot de la science. Mais peu à peu cependant on s'aperçut de son insuffisance à expliquer certains faits assez fréquents dans la pratique, et il fallut y apporter diverses modifications qui, en altérant son sens primitif, lui enlevèrent ce caractère de simplicité et de rigueur démonstrative d'où elle avait tenu jusqu'alors son principal élément de réussite.

C'est ainsi qu'à côté des deux espèces chancreuses fondamentales, le chancre simple et le chancre infectant, on dut imaginer deux nouvelles variétés, le chancroïde et le chancre induroïde, et enfin créer un troisième virus et un troisième chancre, le chancre mixte. Tout cela parut à beaucoup d'esprits trop compliqué pour être vrai, et une réaction se forma bientôt en faveur de l'unicisme.

La doctrine que M. Edmond Langlebert, l'un des plus ardents adversaires du dualisme, vient de développer, n'admet qu'un seul virus syphilitique, et sous ce rapport se rapproche de celle de Hunter. Mais elle s'en éloigne en ce sens que, à l'exemple de M. Bassereau, M. Edmond Langlebert n'accorde qu'une très-minime importance aux idiosyncrasies. Pour lui, et c'est là le côté original de la doctrine, l'action, tantôt locale, tantôt générale ou constitutionnelle du virus syphilitique dépend uniquement de la nature des produits organiques qui le renferment.

« Unicistes ou dualistes, dit M. Edmond Langlebert, lorsque nous parlons du virus chancreux ou syphilitique, nous avons coutume de le considérer comme un être abstrait, comme un agent immatériel auquel nous semblons donner une existence propre et indépendante, le séparant par la pensée des produits organiques qui le recèlent, et sans lesquels cependant il ne saurait se manifester. Or, c'est là, selon moi, une fausse manière de voir et la cause principale de nos dissentiments actuels. Comme le chien de la fable, nous lâchons la proie pour l'ombre, ou plutôt le visible et le tangible pour l'invisible et l'impalpable. Volontairement ou à notre insu, nous quittons le terrain des choses physiques pour nous engager dans une métaphysique obscure et sans issue.

» Laissons donc là le virus, qui n'est qu'un mot, et occupons-nous un peu plus des produits virulents.

» Ces produits sont essentiellement variables. C'est tantôt le pus, tantôt la sérosité, tantôt le sang, le sperme et probablement d'autres que nous ignorons encore. Or, de cette diversité des produits virulents, n'est-il pas raisonnable de conclure à une diversité dans leur action? Leur activité morbifique ne devrait-elle pas varier en raison même de leur nature ou, pour mieux dire, de leur constitution moléculaire? » (*Loc. cit.*, p. 15.)

Les deux véhicules ordinaires du virus syphilitique sont le *pus* et la *sérosité*. Or, si le pus agit isolément sur un sujet quelconque, il ne donnera lieu, d'après M. Edmond Langlebert, qu'à un ulcère local, par la raison toute simple et péremptoire que les globules purulents ne sont pas susceptibles d'être absorbés, ce qui est fort heureux, ainsi que le fait judicieusement remarquer l'auteur; car si le pus syphilitique pouvait être absorbé, ce n'est pas seulement la vérole qu'il porterait dans l'organisme, mais l'infection purulente, et la plus grave de toutes. Si au contraire on inocule sur un individu sain la sérosité recueillie à la surface d'un chancre infectant ou d'une lésion secondaire, on produira fatalement un chancre infectant et la syphilis générale, le produit inoculé étant dans ce dernier cas éminemment absorbable.

Ne pouvant dans une simple analyse entrer dans le détail des faits et des considérations théoriques que contient le remarquable travail de M. Edmond Langlebert, nous nous bornerons à en reproduire ici les conclusions:

« Le chancre simple et le chancre infectant, dit l'auteur, ne sont donc pas, comme le prétendent les dualistes, deux espèces nosologiques distinctes, n'ayant rien de commun ni dans leur origine ni dans leur nature. Tous deux, au contraire, dérivent d'un même principe virulent, dont les effets variés dépendent non-seulement de conditions idiosyncrasiques, mais encore et surtout de propriétés inhérentes au virus lui-même, et subordonnées à la constitution physique des produits qui le renferment. Ces produits sont-ils formés d'une sérosité facilement absorbable, ils donneront naissance, si aucune influence diathésique ne s'y oppose, au chancre infectant et à la syphilis constitutionnelle. Sont-ils, au contraire, constitués par du pus dont les globules ne peuvent traverser les capillaires, ils produiront le chancre simple, la syphilis locale.

» En résumé:

» I. Il n'existe qu'un seul virus vénérien, chancreux ou syphilitique, dont les véhicules ordinaires sont le pus et la sérosité.

» II. Le chancre simple est le résultat de l'action isolée des globules du pus syphilitique sur un individu sain ou diathésé.

» III. Le chancre infectant est le produit soit de l'action isolée de la sérosité syphilitique, soit de l'action combinée des globules purulents et de la sérosité sur un individu non diathésé.

» IV. Quand le chancre infectant résulte de l'action isolée de la sérosité, il ne se développe que d'une manière lente et sous la forme d'une érosion papuleuse plus ou moins indurée (*érosion*

(3) Broch. in-8°. Chez A. Delahaye, place de l'Ecole de médecine.

chancreuse ou *chancriforme* de MM. Bassereau et Diday ; *érosion superficielle* ou *chancre papuleux* de l'auteur.

» V. Quand le chancre infectant est la conséquence de l'action combinée du pus et de la sérosité syphilitiques, il se produit rapidement, prend d'abord tous les caractères d'un chancre simple, qui plus tard s'indure sous l'influence de la diathèse, et constitue alors le chancre huntérien (*vrai chancre induré* de M. Diday, *chancre mixte* de M. Rollet).

» VI. La sécrétion séro-purulente d'un chancre infectant ou du chancre mou des sujets syphilitiques (chancroïde) peut n'engendrer sur un individu sain qu'un chancre simple, soit que la sérosité n'existe dans le mélange qu'en trop petite proportion pour infecter l'économie, soit que son absorption trouve un obstacle dans la réaction inflammatoire qu'excite localement le pus en excès. »

Tels sont les points fondamentaux de cette nouvelle démonstration de la théorie de la syphilis, qui, selon nous, est destinée à avoir bientôt un grand retentissement. Sans vouloir dès aujourd'hui la juger dans son ensemble, nous croyons néanmoins pouvoir dire avec M. Depaul, que M. Edmond Langlebert nous paraît avoir résolu, dans ce travail, un des points de la syphiliographie le plus vivement discutés dans ces derniers temps. Sa démonstration a, en effet, sur toutes celles qui l'ont précédée l'avantage incontestable d'expliquer d'une manière nette et saisissante tous les faits actuellement connus de la pathogénie syphilitique. Heureux si, comme le désire et l'espère son auteur, elle parvient à rallier tous les esprits et à mettre un terme à ces irritantes discussions qui jusqu'à présent ont projeté plus d'ombre que de lumière sur la science des maladies vénériennes. — Dr E. Le Sourd.

NOTE SUR UNE SÉRIE DE CAS DE RAGE

qui s'est produite dans le canton de Liancourt.

Par M. le docteur Ch. Mahieux.

Le 10 septembre 1860, le fils d'un ouvrier belge appelé Van den H..., de la commune de Rozoy, rencontra dans le marais un grand chien de berger, noir, qui errait à l'aventure. Ce garçon, qui n'a pas de plus grand plaisir que de chasser le blaireau, était précisément à la recherche d'un chien capable de l'aider dans sa chasse. Heureux d'une aussi bonne rencontre, il appelle à lui le chien étranger et l'attire par toutes sortes de caresses. Celui-ci reçoit avec la meilleure grâce du monde les avances du jeune homme : il lui donne la patte, lui lèche la main, et court en folâtrant autour de lui.

Un point seulement contraste avec cette scène de gaieté : c'est que ce chien, qui paraît venir de loin, et qui doit être affamé, ne mange pas le pain qu'on lui jette. Il le prend dans sa gueule et le laisse ensuite retomber. Il s'approche bien de l'eau, mais il ne boit pas. Le jeune chasseur ne s'arrête pas pour l'instant à d'aussi minces détails. M. Bouley et M. Sanson, si cette note leur tombe sous les yeux, ne les trouveront peut-être pas tout à fait aussi indifférents.

Continuons : notre jeune homme, fier de sa trouvaille, se dirige vers le berger du village qui fait paître, non loin de là, un nombreux troupeau de vaches. Son chien commence à jouer avec celui du berger; loin de chercher à le mordre, il le seconde au contraire dans ses fonctions de gardien du troupeau.

Van den H... veut faire l'essai de ses aptitudes : il l'envoie contre une vache qui paît à l'écart ; le chien obéit, aboie et mord au jarret la vache qu'il poursuit. Lancé ensuite contre un mulet, il le harcèle de même et revient sur l'ordre de son nouveau maître.

Voici donc un chien bien portant, bien dressé, bien gai, bien docile ; il ne mord, ni ne bave, ni ne s'enfuit. Qui eût soupçonné l'horrible maladie dont il était atteint, et le terrible virus qu'il était capable de transmettre ?

Vers le soir, il arrive au village conduit par son jeune maître. Sous la porte de l'habitation de Van den H..., quatre ou cinq enfants sont réunis et reçoivent avec joie le nouvel hôte. L'un d'eux, le jeune Cyrille, frère de l'heureux possesseur, jette une prune à la tête du chien qui s'impatiente, mais ne bouge pas ; l'enfant revient à la charge et reçoit cette fois un coup de dent bien appliqué au sourcil de l'œil gauche. Quelques gouttes de sang s'échappent de la plaie : le gamin reçoit une forte réprimande et tout est dit.

Pendant la nuit le chien est enfermé dans une grange. On lui porte de l'eau et du pain. Toujours il fait à son maître le meilleur accueil. Le lendemain, on remarque avec surprise qu'il n'a rien mangé et rien bu; mais il a cassé les reins à un chat qui a voulu faire société avec lui. Aussitôt que la porte est ouverte, il s'échappe rapidement et disparaît sans qu'on puisse retrouver sa trace.

Vers le soir du même jour, il a été retrouvé cependant à 3 kilomètres de là, au village de Cinqueux.

Le 11 septembre, à six heures du soir, une jeune femme de vingt et un ans, Mme R..., revenait des champs les mains pendantes et nues. Elle n'avait pas encore aperçu notre grand chien noir, lorsqu'elle reçoit de lui une belle et bonne morsure qui lui imprime au dos de la main droite trois entailles qui divisent la peau dans une bonne partie de son épaisseur. A ses cris, les voisins accourent et poursuivent l'animal, qui déjà cherchait querelle à deux ou trois chiens qu'il avait rencontrés. Bref on l'abat d'un coup de fusil, on attache les chiens qu'il a mordus, et pendant ce temps-là on s'empresse de porter secours à la pauvre dame. C'est le maître d'école qui dirige le pansement : il lave la plaie avec de l'eau fraîche, applique une solide ligature au poignet et m'envoie en toute hâte la femme et son mari.

Je la reçois une heure après l'accident ; je pratique à deux reprises une forte cautérisation au fer rouge et je la rassure de mon mieux. Le lendemain on fait exécuter l'autopsie du chien suspect par le vétérinaire de l'endroit, M. Ledru. Il est déclaré enragé, et les chiens qu'il a mordus sont abattus.

Pour terminer cette première série de faits, je dirai que la jeune femme, éloignée d'abord du pays sur mon conseil, est allée faire un pèlerinage et a subi le traitement tout mystérieux d'un empirique en vogue dans les environs, et que finalement elle est accouchée, cinq mois après, d'un enfant qui fait aujourd'hui la joie de sa mère et de sa famille.

Il n'en a pas été de même à Rozoy.

Le 7 octobre suivant, vingt-sept jours après l'apparition du chien malade dans ce pays, je suis appelé auprès d'un jeune garçon de six ans : c'est le pauvre Cyrille Van den H.... Il est en proie depuis minuit aux accidents convulsifs les plus violents ; il a été éveillé au milieu de son sommeil par une suffocation accompagnée d'une sécrétion abondante de salive spumeuse. Depuis ce moment il s'agite, court et crie sans que rien puisse le calmer. S'il s'assied ou se couche un instant, ce n'est que pour une minute au plus; le moindre bruit, le moindre attouchement le fait tressaillir et les mouvements désordonnés recommencent. Il est fou, disent les parents, devançant ainsi la nouvelle théorie mise au jour par M. Girard de Cailleux. Il refuse tout aliment ; toutefois il cherche à obéir à mes injonctions. Je lui présente une tasse de lait : il la porte difficilement à ses lèvres au milieu du désordre qui l'agite. Il en avale avec peine une gorgée, mais à l'instant même elle est rejetée avec une abondance d'écume.

Sa physionomie exprime la colère plutôt que la souffrance ; son œil est clair ; une salive écumeuse s'échappe de ses lèvres, et à tout instant il la rejette par un mouvement fréquent d'expuition. Son visage est gris et comme décoloré par le froid. Il ne cherche ni à mordre, ni à cracher au visage de ceux qui l'entourent. Quand on le saisit par un membre, il s'agite et cherche violemment à s'échapper ; il s'est même enfui, sous mes yeux, jusqu'au fond du jardin, où sa mère a eu de la peine à le joindre.

Pendant quarante-huit heures, cet état convulsif a été à peu près continu. La potion avec extrait thébaïque prescrite par moi n'a pas pu être administrée. La respiration s'est de plus en plus embarrassée, et tout à coup la vie s'est éteinte au milieu des convulsions et de la suffocation. Je ne sais lequel m'a le plus surpris de cette mort survenue sans transition au milieu d'une telle agitation, ou bien de cette dépense incroyable d'une surexcitation survenue pendant quarante-huit heures sans intermittence sensible.

Voici pour les conséquences de la morsure faite par notre chien le 10 septembre à un enfant de six ans. Il en a été à peu près de même pour cette vache qui fut harcelée le même jour dans le marais, et mordue au jarret par le même chien.

Le 10 octobre, deux jours après la mort de l'enfant, vingt-neuf jours après la morsure, un vétérinaire fut appelé à traiter cette vache, qui refusait de prendre tout aliment et toute boisson. Elle était agitée de mouvements inquiets, elle se couchait souvent, puis se relevait sans motif. Pendant trois jours on assista à cette scène à laquelle on était incapable d'apporter aucun soulagement, et elle succomba épuisée le 13 octobre.

Ainsi, sur trois morsures virulentes, deux non traitées ont été suivies au bout de vingt-sept et vingt-neuf jours d'accidents promptement mortels. La troisième, traitée immédiatement par des lotions et après une heure par la cautérisation, a échappé à la contagion.

Ce bilan, sans rien offrir de neuf, n'en est pas moins bon à signaler en passant.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 novembre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport sur une épidémie cholérique qui a régné en 1863 sur les enfants dans la commune de Connaux, par M. le docteur Jardin. (Commission du choléra.)

2° Des rapports sur différentes autres épidémies, par MM. les docteurs Guichard (de Saint-Claude), Judrin (de Semur), Macton (de Bouzonville). [Commission des épidémies].

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une étude sur la médecine chez les Chinois, par M. le docteur Maurache. (M. Briquet, rapporteur.)

2° Un mémoire sur l'emploi thérapeutique des préparations phéniques, par M. Kherlande, pharmacien à Laval. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

3° Un travail tendant à établir que le premier embryon, fécondé dans le sein d'une femme, ressemble à la mère, par M. le docteur Chassinat, médecin à Hyères.

4° Un mémoire sur la circulation du fœtus, par M. le docteur Ducrest, médecin à Nantua. (Commissaires, MM. J. Béclard et Sappey.)

5° Une observation de grossesse extra-utérine au terme de quatre mois, terminée par l'expulsion des parties constituantes du fœtus pendant un période de sept années, par M. le docteur Chonnaux-Dubisson, de Villers-Bocage. (M. Blot, rapporteur.)

— M. J. Béclard donne lecture d'une lettre de M. le professeur Remak (de Berlin), qui informe l'Académie qu'il se propose d'exposer la méthode des applications thérapeutiques du courant galvanique constant, dont les principes se trouvent déjà publiés dans sa *Galvanothérapie des maladies nerveuses*, et la prie de vouloir bien nommer des commissaires à l'effet de suivre ses démonstrations.

Le bureau désigne comme commissaires MM. Beau et Velpeau.

— M. le Président présente, au nom de M. R. Leroy (d'Etiolles) fils, la deuxième partie du *Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires*.

— M. Tardieu fait hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur Bergeron, d'un travail imprimé ayant pour objet la statistique mortuaire du IIIe arrondissement.

— M. Robinet dépose sur le bureau un travail de M. Joulie sur le sorgho, et une brochure qu'il vient de publier lui-même sur le dosage des gaz des eaux potables.

— M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie.

LECTURE.

Traitement de la coqueluche par les produits volatils de l'épuration du gaz. — M. le Dr Commenge donne lecture d'un deuxième mémoire sur le traitement de la coqueluche par les substances volatiles provenant de l'épuration du gaz.

Après avoir rappelé les résultats énoncés dans son premier mémoire et exposé, pour répondre aux objections et aux observations critiques dont ils ont été l'objet, la méthode qu'il a suivie et les principes qui l'ont guidé pour apprécier la valeur de ce mode nouveau de traiter la coqueluche, l'auteur fait connaître dans les termes qui suivent les nouveaux faits qu'il a observés à l'usine à gaz de Saint-Mandé :

Du 1er juillet au 15 octobre 1864, 138 malades ont été admis dans la salle d'épuration de l'usine à gaz de Saint-Mandé.

Dans ce nombre se trouvent compris :

1° Quelques individus n'ayant pas la coqueluche ;

2° Un plus grand nombre d'enfants atteints de cette affection, mais n'ayant fait qu'une ou deux inhalations et ne pouvant pas être considérés, par suite, comme ayant essayé sérieusement la médication.

Les malades des deux groupes forment un total de 57 individus, qui ne doivent pas figurer dans l'examen des résultats que j'ai observés.

Si du nombre général 138 je retranche les 57 malades qui ne peuvent pas entrer en ligne de compte, il me reste à considérer ce qui s'est passé chez les enfants, au nombre de 81, qui étaient atteints de coqueluche et qui ont été soumis sérieusement à l'influence de l'atmosphère de la salle d'épuration. Dans ce chiffre figurent tous les enfants qui ont fait plus de deux visites à l'usine de Saint-Mandé.

Sur ces 81 malades, j'en trouve 10 chez lesquels la médication a été sans effet. 24 ont éprouvé seulement de l'amélioration et 47 ont été guéris.

J'établis 3 grandes divisions suivant les résultats observés, et après avoir examiné successivement les observations de ces différents groupes, je ferai une analyse générale de l'ensemble des résultats constatés.

L'auteur passe successivement en revue les points les plus saillants des trois grandes divisions établies et en fait ressortir l'enseignement qui en découle; puis, voulant juger de l'ensemble des résultats généraux, il continue ainsi :

Le sexe ne peut avoir eu aucune importance dans l'appréciation des résultats, car je constate un chiffre presque identique pour les garçons et les filles : je trouve en effet 40 garçons et 41 filles. Cette égalité dans les deux cas me permet aussi de remarquer, en passant, que la coqueluche ne semble pas être plus fréquente chez l'un que chez l'autre sexe.

L'âge des enfants n'a eu aucune importance dans la production des différents résultats observés; il est très-variable, puisqu'il est compris entre six semaines et huit ans, et, entre les deux extrêmes, l'amélioration ou la guérison est survenue, que le petit malade eût quelques semaines ou qu'il fût âgé de plusieurs années.

L'amélioration comme la guérison s'est montrée après un nombre de séances différant suivant les divers malades. L'amélioration s'est montrée quelquefois après la première inhalation, d'autres fois après la douzième ou la quinzième seulement, comme je l'ai constaté chez 3 enfants qui ont été cependant guéris. La moyenne générale des inhalations qui ont été nécessaires pour amener les premiers symptômes d'amélioration a été de 5.

La guérison, qui a été obtenue une fois après la troisième séance dans la salle d'épuration, n'est survenue dans deux cas qu'après la trentième inhalation. La moyenne générale des inhalations pour arriver à la guérison est de 14,6.

L'ensemble des résultats obtenus ayant été signalé, il me reste à examiner leur importance et leur fréquence suivant que la coqueluche était à son début ou que la manifestation des premiers symptômes fût de date ancienne; suivant aussi le plus ou moins de gravité de la maladie.

Parmi les 81 enfants ayant la coqueluche, il y en avait 56 chez lesquels la maladie était à la première période, et sur ce nombre je trouve 19 améliorations et 31 guérisons.

Vingt-cinq fois la coqueluche était à la seconde période, et dans ce cas, je trouve 5 améliorations et 16 guérisons.

Dans 65 cas, la maladie avait des symptômes très-aigus, et cependant il y a eu 23 améliorations et 38 guérisons.

Chez 16 malades, la coqueluche était de faible intensité, et dans ce cas il y a eu 2 améliorations et 9 guérisons.

Quarante-six fois la maladie était très-intense et dans la première période de son évolution ; je trouve dans ce groupe 17 améliorations et 26 guérisons.

Dix fois, au contraire, elle était de faible intensité, mais à la première période de son évolution ; sur ces 10 cas, il y a eu 2 améliorations et 5 guérisons.

La coqueluche avait les symptômes les plus aigus, bien qu'elle fût à la seconde période, 19 fois ; sur ce nombre j'ai trouvé 5 améliorations et 12 guérisons.

La coqueluche était de faible intensité et à la seconde période, 6 fois ; dans ce cas, il y a eu 4 guérisons.

Les analyses successives auxquelles je me suis livré et les résultats que j'ai constatés démontrent, il me semble, d'une façon assez manifeste que l'inhalation des substances volatiles provenant des matières ayant servi à l'épuration du gaz a eu une action efficace quelle que fût la gravité de la maladie ; elle a amené l'amélioration et la guérison alors que la coqueluche commençait à peine aussi bien que lorsqu'elle durait depuis quelques semaines. Ce résultat est d'autant plus satisfaisant que chez la plupart des enfants on avait essayé à plusieurs reprises des médications réputées les plus salutaires. Cinquante-neuf d'entre eux avaient pris sans succès et des vomitifs successifs, et des purgatifs, et des préparations de belladone, et du sirop de Clérambourg, et du sirop de radis noir, etc. Vingt-deux malades n'avaient essayé d'aucun traitement lorsqu'ils ont été conduits à l'usine de Saint-Mandé.

M. le docteur Commenge examine avec soin et cherche à réfuter les objections faites à ce nouveau traitement; il démontre par des exemples que les coqueluches qui duraient depuis un mois et six semaines n'étaient pas à la période de déclin lorsque les enfants ont été conduits à l'usine de Saint-Mandé ; il discute le fait des complications que l'on a attribuées à l'influence de l'inhalation, et dont l'origine ne lui paraît devoir être cherchée que dans les causes ordinaires des complications de la coqueluche. Après avoir apprécié l'influence des variations atmosphériques sur le résultat de la médication et avoir expliqué par une évolution plus rapide de la maladie les exacerba-

tions observées dans quelques cas après les premières inhalations, exacerbations déjà signalées dans son premier Mémoire, l'auteur termine par des conclusions semblables à celles que nous avons publiées dans le numéro du 6 octobre dernier, et auxquelles il ajoute la suivante :

La saison froide est moins favorable que les autres à l'influence de la médication, non pas que l'action de l'atmosphère gazeuse soit moins prononcée, mais parce que le séjour dans la salle d'épuration devient pénible et pourrait être dangereux à cause du froid qui s'y fait sentir. On peut remédier à cet inconvénient en installant les petits malades dans des salles qui puissent être chauffées. (Renvoi à la commission déjà nommée.)

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que, suivant l'ordre du jour, M. Depaul devait lire aujourd'hui la première partie (la partie scientifique) du rapport annuel sur les vaccinations pour l'année 1863; mais des objections ayant été faites au sein de la commission à propos du sujet traité par M. Depaul, et la commission ne s'étant pas trouvée en nombre pour en délibérer, le Conseil a été d'avis que la lecture serait ajournée jusqu'à nouvelle réunion de la commission.

M. DEPAUL s'élève contre cette décision du Conseil, se fondant sur ce que la commission a été régulièrement réunie et en nombre suffisant pour délibérer, puisqu'ils étaient trois sur les cinq membres actuellement présents à Paris (le sixième membre, M. Bousquet, étant absent). Il déclare prendre d'ailleurs sur lui seul la responsabilité des opinions exprimées dans son rapport, et qui n'engageraient l'Académie qu'autant qu'elle les adopterait. Il insiste, en conséquence, pour être entendu séance tenante.

M. LE PRÉSIDENT, après un échange d'explications entre M. Depaul, M. Blot, membre de la commission, qui appuie la proposition de lecture immédiate, et M. le secrétaire perpétuel, qui allègue les motifs pour lesquels il s'y oppose, consulte l'Académie, qui décide à une grande majorité que la lecture aura lieu immédiatement.

RAPPORT.

Vaccinations. — M. DEPAUL, conformément à cette décision, commence la lecture du rapport annuel sur les vaccinations pratiquées en 1863.

La question scientifique qu'il traite dans la première partie de ce rapport est relative à la transmission de la syphilis par la vaccine.

Après dix minutes, l'heure du comité secret étant arrivée, M. Depaul est obligé d'interrompre sa lecture. La parole lui sera donnée mardi prochain, immédiatement après le dépouillement de la correspondance, pour continuer son rapport.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

pendant l'année scolaire 1863-1864.

DEUXIÈME SÉRIE. — 698. De l'action dynamique des préparations arsenicales et de leur emploi en thérapeutique, par M. Richon.

699. De la putréfaction au point de vue médico-légal, par M. de Jollin.

700. Du pemphigus syphilitique des nouveau-nés, par M. Bonnardot.

701. Essai historique et critique sur les doctrines de l'infection purulente, par M. Chauvel.

702. Quelques considérations générales sur l'hygiène dans les campagnes de la partie montagneuse des Vosges, par M. Georgeon.

703. De l'uréthrotomie périnéale avec excision complète ou partielle d'une portion du canal, par M. Bouchez.

704. De la catalepsie, par M. Clary-Bousquet.

705. Du pityriasis versicolor, par M. Wencelius.

706. Histoire médicale et naturelle de la trichine, par M. Dengler.

707. Du traitement de la mort apparente des nouveau-nés, par M. Heberlé.

708. De l'action du muscle de l'étrier sur les osselets de l'ouïe, par M. Thierry.

709. Histoire du curare, par M. Dieu.

710. De la dégénérescence amyloïde, par M. Guerder.

711. De la pachy-méningite hémorrhagique, par M. Pirotais.

712. De l'action toxique aiguë des préparations phosphorées, par M. Renauld.

713. Considération sur le rhumatisme cérébro-spinal, par M. Michel.

714. Considération sur l'emploi de la méthode inamovible dans le traitement des fractures des membres, par M. Meynier.

715. Des corps mobiles de l'articulation du genou, par M. Jeunhomme.

716. De l'accouchement prématuré artificiel, par M. Pinchard.

717. Essai sur l'empoisonnement des viandes de charcuterie, par M. Gouyneau.

718. De la résection de l'articulation tarso-métatarsienne; nouveau procédé opératoire, par M. Moussu.

719. Considérations sur la pustule maligne, par M. Blavot.

720. De la stomatite ulcéreuse spécifique, chez les soldats en particulier, par M. Péchaud.

721. De l'ictère grave, par M. Laurens.

722. Des fractures du corps de l'omoplate, par M. Dumont.

723. Essai sur la xénoménie, par M. Beauchamp.

724. De l'emphysème pulmonaire au point de vue de ses caractères anatomiques et de son étiologie, par M. Dajas.

725. Du traitement de la maladie de Bright, par M. Beylot.

726. Etude sur les causes de la folie mélancolique, par M. Donnezan.

727. Quelques mots à propos d'une fistule urinaire ombilicale récemment observée, par M. Utz.

728. Du rôle de la dure-mere dans la régénération des os du crâne, par M. Bublon.

729. Du traitement de la pneumonie par la digitale, par M. Coqueugniot.

730. Influence de la syphilis sur le cours normal de la grossesse, par M. Galzain.

731. Considérations sur quelques accidents initiaux de la syphilis, par M. Roch.

732. De l'influence de la variole sur la grossesse et de la variole congénitale, par M. Panis.

733. Du tubercule pulmonaire et de l'influence de la chaux sur sa marche, par M. Davezac.

734. Importance de l'hygiène comme préservatif des affections nerveuses en général, par M. Dubois.

735. Quelques considérations sur le traitement des hydrocèles du cou, par M. Robert.

736. Introduction des médicaments dans l'organisme par la méthode hypodermique, par M. Judas.

737. Des fractures sus-malléolaires en général et description d'une nouvelle variété de fracture sus-malléolaire du tibia, par M. Singaraud.

738. De l'invagination de l'intestin, par M. Augarde.

739. Des bandelettes amidonnées comme moyen de compression, par M. Dufour.

740. De la blépharoplastie par la méthode indienne, par M. Capitrel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret rendu au palais de Compiègne le 15 novembre 1864, M. le docteur Vannaque, médecin en chef des hospices de cette ville, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Par décret du 20 novembre 1864, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Schutzenberger, médecin aide-major de 1re classe; Lavat, médecin aide-major de 2e classe; Duverne, vétérinaire en 2e.

— Le concours pour trois emplois de répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg, qui s'est ouvert le 3 novembre dernier, vient de se terminer.

Ont été désignés au ministre par les membres du jury :

Anatomie. — M. Bouchard, médecin aide-major de 1re classe, surveillant à l'Ecole de Strasbourg. — Trois candidats. — Question écrite : « Du système veineux. Anatomie générale. »

Thérapeutique et médecine légale. — M. Aron, médecin-major de 2e classe au 6e d'artillerie. — Sept candidats. — Question écrite : « 1° Indications et contre-indications de la strychnine dans les maladies du système nerveux ; 2° rapport médico-légal sur des extravasations sanguines et des taches ecchymotiques, examinées *post mortem.* »

Pharmacie et matière médicale. — M. Pélissié, pharmacien-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger. — Un candidat. — Question écrite : « Des médicaments fournis par la famille des légumineuses. »

Trois candidats s'étaient présentés pour l'anatomie, huit pour la thérapeutique, et un seul pour la pharmacie.

— A l'assaut de Gate-Pah, dans la Nouvelle-Zélande, le chirurgien Mackinnon, du 57e régiment, ne s'étant pas borné à aller panser les blessés sous le feu, mais les ayant protégés de sa personne en tenant l'ennemi à distance, en ralliant les soldats, en faisant le coup de feu, et en tuant de sa main un indigène qui était sur le point de frapper de son tomahawk un soldat blessé, a été nommé Compagnon de l'ordre du Bain.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Desfriches (d'Argentan).

— Les *Archives de médecine navale*, pour novembre 1864, contiennent les mémoires originaux suivants :

1° Contributions à la géographie médicale (5e article), par M. Le Roy de Méricourt;

2° Nouveaux documents concernant l'étiologie saturnine de la colique sèche des pays chauds, par M. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine en retraite (2e et dernier article);

3° Etude sur l'eau de l'Océan ; sa densité, sa composition chimique, par le docteur Roux, professeur à l'Ecole de médecine navale de Rochefort.

Unicisme et dualisme chancreux, nouvelle théorie physiologique et rationnelle des divers modes d'action du virus syphilitique, par M. le docteur Edmond LANGLEBERT, brochure in-8°. Prix : 75 cent. *franco.* Paris, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 138. — SAMEDI 26 NOVEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 138. — SAMEDI 26 NOVEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Maladies régnantes. — Endophlébite rhumatismale. — Rétinite coïncidant avec une oxalurie. — Ligature du tronc brachio-céphalique. — Du traitement des névralgies par les injections sous-cutanées au chlorhydrate de morphine. — Hydrophobie rabique. — Phimosis syphilitique et phimosis vénérien. — Electuaire contre la constipation. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 16 novembre. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Les maladies prédominantes du mois d'octobre ont été encore les rhumatismes, comme pour le mois de septembre. Ils figurent dans le relevé général des hôpitaux pour 364 cas, dont 360 guérisons et 4 décès. Cette proportion des décès indique assez que ces rhumatismes n'ont pas été, en général, d'une grande gravité. Il est à remarquer cependant que les rhumatismes articulaires ont présenté plutôt la forme aiguë; ils étaient remarquables par une grande ténacité de la douleur, qui persistait alors même que la fièvre avait disparu.

Ces rhumatismes n'ont offert que peu de complications; le rapport ne constate que 2 cas d'endocardite observés dans le service de M. Boucher de la Ville-Jossy, à l'hôpital Saint-Antoine, et 1 cas de péricardite avec pleurésie double, dans le service de M. Gallard (même hôpital). C'est le seul cas de complication que M. Gallard ait observé sur 5 sujets atteints de rhumatisme articulaire qu'il a eu à soigner pendant le mois d'octobre; c'est aussi le seul qui ait été suivi de mort. Les 4 autres ont guéri promptement.

M. Bourdon, qui a eu un grand nombre de rhumatisants dans son service de la Maison de santé, a fait la remarque qu'ils se sont généralement montrés réfractaires au sulfate de quinine. Cette résistance concorde avec ce que nous venons de dire de l'acuité et de la ténacité insolite des douleurs chez la plupart de ces malades.

Les affections inflammatoires des organes pulmonaires semblent avoir diminué de nombre, mais augmenté d'intensité, pendant le mois d'octobre. En effet, il y a eu 145 pneumonies dans les hôpitaux de Paris dans le mois de septembre, et il n'y en a eu que 130 en octobre. Mais tandis qu'en septembre il n'y a eu que 33 décès sur 112 pneumoniques, en octobre il y a eu 40 décès sur 130 malades atteints de la même affection.

Pour les pleurésies, le rapport a été à peu près le même; diminution de nombre, accroissement de gravité: 105 cas, dont 4 seulement suivis de décès, en septembre; 86 cas, dont 9 décès, en octobre. Mais au moment où l'on faisait ce relevé, le chiffre des admissions pour affections aiguës de la poitrine s'élevait de plus en plus.

M. Gubler a signalé parmi les pneumonies de son service 1 cas où la phlegmasie tend à passer à l'état chronique, et 1 cas de complication de délire alcoolique. Ce dernier malade a été traité et guéri par l'opium et le vin. Il est à remarquer toutefois que le délire n'était survenu que pendant le décours de la pneumonie, circonstance qui explique peut-être l'heureuse issue de la maladie; car tout le monde sait que les pneumonies qui surviennent chez les ivrognes et qui se compliquent de délire alcoolique, sont presque toujours mortelles. Depuis longtemps déjà le regrettable M. Goupil avait signalé la gravité excessive et insolite de cette complication. M. Gallard, en lui succédant à l'hôpital Saint-Antoine, a pu s'assurer que les opinions de son ancien collègue sur ce point n'avaient rien d'exagéré. Sur les 5 cas de pneumonie qu'il a traités dans le cours du mois d'octobre, il s'en est présenté 1 dans ces conditions, et il s'est terminé par la mort, quoique dès le principe la pneumonie ne se fût présentée avec aucune apparence de gravité.

Trois pneumonies se sont terminées par gangrène dans le service de M. Moissenet, à l'hôpital Lariboisière. Un quatrième cas de gangrène pulmonaire s'est produit dans le même service, à la suite d'une bronchite généralisée; et un quatrième cas de pneumonie menace de se terminer de la même manière, ce qui ferait 5 cas de gangrène pulmonaire en un seul mois et dans le même service. Sur les 4 malades atteints de gangrène confirmée, 2 sont déjà morts; les autres sont encore en traitement.

M. Mesnet a eu dans son service un cas de pleurésie chronique. Une tumeur phlegmoneuse s'est développée dans le septième espace intercostal du côté droit, l'abcès s'est ouvert spontanément au dehors, le pus s'en est écoulé abondamment pendant sept ou huit jours; la suppuration tarie, le trajet fistuleux s'est fermé au bout de vingt jours et le malade est sorti guéri.

M. Nat. Guillot a eu un cas de pleurésie qui a nécessité la thoracentèse. Le malade est encore en traitement.

M. Blache a eu un cas de pleurésie suppurée suivi de mort.

Les fièvres typhoïdes ont donné pour l'ensemble des hôpitaux le même chiffre de décès que dans le mois précédent, 29, et à peu près le même chiffre de guérisons, 96; il y en avait eu 102 en septembre. La maladie, cependant, paraît devenir plus fréquente, et elle appelle en général d'une manière plus particulière l'attention des médecins.

Dans le seul service de M. Blache, à l'hôpital des Enfants, il y a eu 5 cas de fièvre typhoïde bien caractérisée, dont 1 seul a été suivi de mort, et 5 cas de fièvre continue simple, qui semblent devoir être rattachées à la même influence et au même groupe pathologique.

Voici à peu près comment ont été répartis les autres cas de fièvre typhoïde dans les autres hôpitaux : à l'hôpital Necker, service de M. Gubler, 3 cas de forme adynamique. A la Maison de santé (M. Bourdon), 1 seul cas. A l'Hôtel Dieu 3 cas, dont 2 adynamiques, dans le service de M. Vigla. A Saint-Antoine, 1 cas grave de forme thoracique dans le service de M. Mesnet; 6 cas graves avec adynamie, dont 2 morts, dans le service de M. Boucher de la Ville-Jossy, et 7 cas simples suivis de guérison; 3 cas de forme adynamique, tous en voie de guérison dans le service de M. Gallard; 3 cas, dont 2 avec parotides suppurées, dans le service de M. Fournier.

En somme l'adynamie a été, comme dans le mois précédent, le phénomène le plus saillant; on a pu voir aussi qu'elle a imprimé son cachet à d'autres maladies, notamment à certaines pneumonies et à quelques pleurésies.

Nous reviendrons sur quelques autres maladies qui complètent l'ensemble des maladies régnantes du mois d'octobre, dont nous venons d'exposer les caractères dominants; nous réservons en particulier les maladies des enfants.

— On se rappelle que les coliques de plomb ont été le sujet de quelques observations intéressantes dans les derniers comptes rendus. Il s'agissait de déterminer l'influence des saisons sur la fréquence et l'intensité des accidents saturnins. Dans le mois d'octobre, le relevé général des hôpitaux n'indique dans le tableau des sorties que 32 intoxications saturnines toutes guéries. C'est, comme on le voit, une diminution de nombre et d'intensité sur les mois précédents et surtout sur ceux de la saison d'été. Il y aurait là un nouveau témoignage en faveur de l'influence de la chaleur sur la manifestation des accidents de cette nature.

Endophlébite rhumatismale.

Nous avons publié dernièrement une observation d'endophlébite rhumatismale recueillie dans le service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu. Ce fait semble avoir surgi comme une nouveauté à travers les éventualités journalières de l'enseignement clinique. Il est certain que l'endophlébite rhumatismale est une espèce morbide infiniment rare. C'est précisément parce qu'elle n'est pas commune que nous jugeons utile d'en rapporter un nouvel exemple, dans le cas suivant, qui nous a été communiqué par M. le docteur Champouillon.

M. Ch. X..., âgé de quarante-six ans, d'une constitution robuste et pléthorique, a contracté de bonne heure l'habitude de la vie stagnante et d'un régime alimentaire opulent. De bonne heure aussi, il a été sujet à des attaques de rhumatisme *goutteux* généralement bénignes et de courte durée.

Cependant, le 5 août 1862, M. X... éprouva tout à coup des élancements très-vifs dans le gros orteil gauche; le surlendemain, l'articulation tibio-tarsienne (du même côté) était devenue rouge, tuméfiée, mais assez peu sensible, tandis que le centre du mollet était le siége de douleurs atroces rayonnant vers le creux poplité et la face interne de la cuisse.

Trois jours plus tard, c'est-à-dire le 10, le membre tout entier a acquis un volume considérable; les veines saphènes se montrent en relief dans toute l'étendue de la jambe; elles forment un cordon rouge et induré. La saphène interne présente, particulièrement au-devant des muscles adducteurs et droit interne, une saillie moniliforme. Bientôt tout le réseau des veines superficielles participe à cet état de dureté, de rougeur et de sensibilité.

Le 18, un commencement d'infiltration séreuse envahit et décolore le pied ainsi que les malléoles; de larges ecchymoses apparaissent avec tous les caractères d'une origine profonde, au-dessous du condyle interne et de chaque côté du tendon d'Achille. Au repos, les douleurs sont assez tolérables, mais elles s'éveillent avec force dès qu'une pression même légère s'exerce sur le trajet des veines ou sur la partie moyenne du mollet.

Ni souffle ni bruit anormal d'aucune espèce ne se font entendre du côté du cœur, et malgré la nature de la lésion, malgré la multiplicité des points envahis, la réaction fébrile a toujours été très-modérée.

Des bains tièdes prolongés, l'immobilité du membre tenu élevé et enveloppé de fomentations émollientes, ont pour effet d'amortir l'acuité des souffrances.

Après un mois de ce traitement secondé par un régime sévère, l'état des veines superficielles, subissant de près l'action des topiques, s'est considérablement amélioré : au toucher, on ne perçoit plus que de petits tronçons épars d'induration. Les ecchymoses ont partout disparu et n'ont point été remplacées. Le mollet, un peu détendu, est toujours très-volumineux; la main, en se refermant sur lui, provoque encore çà et là des douleurs assez vives; il en est de même des efforts de la marche.

Vers le soixante-dixième jour de la maladie, les rameaux extérieurs des saphènes se sont affaissés; le mollet est toujours empâté, ainsi que la totalité du pied; une légère teinte cyanique se remarque aux orteils et au pourtour des malléoles. Le malade éprouve la sensation d'un engourdissement et d'une pesanteur incommode, depuis le genou jusqu'à l'extrémité du pied. Quelles que soient les précautions que l'on prenne pour la réchauffer, la peau du membre reste continuellement glacée, phénomène d'ailleurs inséparable des difficultés de la circulation et de l'innervation dans les régions des membres pelviens tuméfiés par l'œdème.

Les articulations se trouvant jusqu'à un certain point immobilisées par leur propre gonflement, il s'agissait de leur donner un peu de souplesse réclamée par le malade, qui désirait se livrer à la marche. M. Champouillon eut alors recours à l'emploi d'un bandage compresseur, mais cet expédient n'eut qu'un médiocre succès. Des frictions pratiquées pendant deux mois avec l'alcoolat d'arnica, la teinture de benjoin, etc., ranimèrent un peu la vitalité des tissus sans diminuer beaucoup leur empâtement.

Tous ces résultats à peu près négatifs et la persistance de l'œdème rendaient très-vraisemblable l'idée d'une oblitération plus ou moins complète des veines profondes du mollet par suite de leur inflammation et peut-être aussi de la formation de caillots obturateurs.

La médication par les révulsifs cutanés parut devoir être la plus avantageuse en pareil cas. M. X... fut donc soumis à l'usage des bains de vapeurs aromatiques; plus tard, la vapeur d'iode fut substituée aux espèces aromatiques, et, vers le mois de février 1863, les malléoles seules restaient infiltrées. Les bains ayant été abandonnés, le pied et le mollet reprirent bientôt du volume; de nouvelles fumigations d'iode rendirent encore une fois à ces parties une apparence normale. Enfin, après bien des alternatives d'augmentation et de diminution de l'œdème, M. X... se rendit à Contrexéville (août 1864), pour y suivre un traitement par les eaux. La cure fut des plus heureuses, car, depuis cette époque jusqu'à ce jour (24 novembre), il ne s'est plus manifesté aucun signe de récidive : le membre, totalement dégorgé, a recouvré la souplesse et l'énergie habituelles de ses mouvements.

S'il s'agissait de deviser sur ce fait pathologique, ce serait ici le lieu de faire remarquer, comme particularités intéressantes, l'endophlébite remplaçant l'endocardite, la diathèse rhumatismale dérogeant à ses habitudes de localisation, l'étendue et la multiplicité des oblitérations veineuses, l'apparition des ecchymoses, la persistance insolite de l'œdème entretenu par l'absence et l'impossibilité même de circulation collatérale, et enfin l'efficacité non contestable de la médication hydro-minérale.

Pour nous, nous ne tirerons de cette observation qu'une seule conclusion, c'est que les prévisions de M. Bouillaud sur la possibilité de l'endophlébite rhumatismale se trouvent pleinement justifiées.

Rétinite coïncidant avec une oxalurie.

Depuis que Travers a reconnu qu'il existait des amauroses consécutives à l'empoisonnement par les sels de plomb, depuis les récentes découvertes de l'amaurose albuminurique et de l'amaurose diabétique, que l'on doit à Landouzy principalement, les médecins se sont mis à traiter certaines amauroses par un traitement général, à l'exclusion du traitement local. Nous empruntons un fait de ce genre à la pratique de M. W. Mackensie, de Glascow, et qui a été rapporté dans une nouvelle publication, *The Ophthalmic Review*, n° d'octobre.

Un menuisier âgé de dix-neuf ans, atteint de la rougeole vers l'âge de quinze, souffrait, depuis deux ans de maux d'yeux, qui étaient caractérisés par la sensation de spectres rougeâtres au-devant de l'œil gauche, où la vision était abolie.

Voici quelles étaient les lésions :

A droite, la papille du nerf optique était irrégulière et entourée de lignes obscures qui semblaient formées par des vaisseaux oblitérés dont les membranes auraient été épaissies.

A gauche, le corps vitré était tellement opaque que l'on ne distinguait pas le fond de l'œil.

L'état de la fonction visuelle était dans les rapports suivants : avec l'œil droit, le malade ne pouvait lire que le n° 18 de l'échelle de Jæger; l'œil gauche ne voyait plus.

Enfin l'urine du malade, examinée avec soin, a présenté les caractères de l'oxalurie. Le poids spécifique de l'urine était 1020; sa réaction était acide, et elle renfermait d'abondants cristaux octaédriques d'oxalate de chaux.

M. W. Mackensie ayant appris que les sangsues, les vésicatoires et le traitement mercuriel étaient restés sans effet, a institué un traitement par les pilules de fer deux, trois fois par jour. Sous l'influence du repos et de ce traitement, une amélioration s'est montrée. Le chirurgien a eu alors recours au traitement de l'oxalurie d'après la méthode exposée et appliquée par le docteur Beghie (1). Une potion avec 10 gouttes d'eau régale a été donnée en deux et en trois fois chaque jour.

Au bout d'un mois, le corps vitré du côté gauche était devenu transparent; on voyait le fond de l'œil; l'œil droit était arrivé à lire le n° 1 de l'échelle de Jæger. L'urine contenait une beaucoup moins grande quantité de cristaux d'oxalate de chaux.

A ce moment, l'usage des pilules ferrugineuses a été repris; mais l'urine s'est chargée de nouveau de cristaux d'oxalate de chaux; elle contenait un excès d'urée et des cellules épithéliales.

Le mois suivant, les potions avec l'acide nitrique et chlorhydrique ont été administrées de nouveau; le malade était dans un très-bon état et avait engraissé.

Enfin, trois semaines après, l'état de l'urine était devenu meilleur; les deux yeux étaient dans un état presque normal : l'œil gauche lisait le n° 8 de l'échelle de Jæger à 13 centimètres, et l'œil droit lisait le n° 1 à 30 centimètres.

Le malade a dû continuer un traitement établi d'après le principe qui avait guidé M. Mackensie.

Le praticien anglais ajoute que, selon lui, les préparations ferrugineuses qui ont produit une amélioration au début ont agi comme toniques, et ont bien secondé l'action des acides sur l'oxalurie.

Ligature du tronc brachio-céphalique.

Nous avons reçu de la Nouvelle-Orléans la communication d'un fait de ligature du tronc brachio-céphalique pour une plaie par arme à feu. L'opération a été suivie de succès. M. Smith (de la Nouvelle-Orléans) doit envoyer prochainement l'observation, que nous publierons *in extenso*. C'est la seconde fois que pareille opération a été tentée. V. Mott l'a pratiquée au commencement de ce siècle, mais l'observation nouvelle est le premier exemple de guérison.

DU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

par les injections sous-cutanées au chlorhydrate de morphine (2).

Par M. le docteur G. DUJARDIN-BEAUMETZ,

ancien interne lauréat des hôpitaux.

Ce qui frappe tout d'abord dans ces observations, c'est la rapidité avec laquelle se produisent les effets du médicament; cette rapidité, qui a toujours donné à la méthode endermique et hypodermique un grand avantage sur l'administration par la bouche des sels de morphine, a été signalée par tous les auteurs qui se sont occupés de l'action des alcaloïdes de l'opium, et tandis qu'une dose donnée de chlorhydrate de morphine introduite dans l'estomac ne produit des effets incertains et variables qu'au bout de deux ou trois heures, la même dose par la méthode endermique procure une action immédiate et beaucoup plus énergique. Un autre bénéfice de la méthode endermique ou hypodermique, c'est la tolérance avec laquelle la médication est supportée; ainsi j'en prendrai pour exemple notre première observation, où nous avons pu pendant près de trois semaines faire journellement des injections sous-cutanées sans que pour cela l'état général de notre malade en fût un seul instant troublé. Les fonctions du tube digestif ne furent pas altérées, et même, sous l'influence de ces injections, notre malade vit disparaître quelques douleurs gastralgiques qui reparaissaient de temps en temps. A ces avantages dont jouissent les injections sous-cutanées, il faut encore ajouter la sûreté et l'intensité des effets produits par les solutions de chlorhydrate de morphine introduites sous la peau par cette méthode.

Dans nos observations, nous avons vu apparaître, comme premier symptôme de l'action du médicament, une sécheresse toute spéciale de la bouche, puis une sensation de serrement de la tête au niveau des tempes, puis enfin le sommeil ou le calme le plus parfait, pendant lequel le malade voit disparaître totalement les douleurs qui tout à l'heure le faisaient si cruellement souffrir. Durant cette période, l'ouïe et la vue acquièrent dans certains cas une finesse extrême; le moindre bruit, une lumière un peu vive, produisent des sensations pénibles et même douloureuses.

Cette première période a une durée variable selon les individus, et aussi selon les doses du médicament. Dans notre première observation, avec 2 et 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine, nous obtenions un sommeil de trois à cinq heures; dans l'observation III, cet espace de temps, avec les mêmes doses, a été de sept heures. Mais ce n'est pas tout; à cette période en succède une autre beaucoup plus longue, puisqu'elle peut atteindre plusieurs jours (obs. III), et où le malade jouit encore du bénéfice de l'injection sous-cutanée.

Tous ces phénomènes généraux sont analogues, toutefois à un degré moindre, à ceux décrits récemment par M. Claude Bernard; le savant professeur du Collége de France a produit sur des chiens, avec des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, un sommeil assez profond pour pratiquer sur ces animaux avec grande facilité les opérations physiologiques les plus longues et les plus délicates.

N'y a-t-il pas là une nouvelle voie ouverte à la chirurgie? Pour asseoir mon opinion à cet égard, j'ai commencé une série d'expériences dont je donnerai le résultat dans un prochain travail.

Quant aux phénomènes locaux qui résultent des injections sous-cutanées de sel de morphine, voici ce que nous avons observé : Immédiatement après l'opération, la peau qui recouvre le tissu cellulaire où le médicament vient d'être introduit devient rouge; puis il se fait une élévation qui tranche par sa coloration blanchâtre sur la peau environnante, donnant ainsi l'aspect d'une piqûre produite par l'ortie. Cette saillie est plus ou moins considérable, selon la quantité de la solution injectée; puis peu à peu tout rentre dans l'ordre, et quelques heures après il ne reste plus de l'opération que la trace de la piqûre faite par l'instrument.

Il arrive quelquefois que ces piqûres restent douloureuses et qu'il se forme dans le tissu cellulaire une légère induration sur laquelle la pression est très-pénible; des petits cataplasmes font disparaître ces accidents. On aurait même observé, si j'en crois le dire de quelques médecins, de véritables furoncles provenant de ces injections; je n'ai jamais vu de phénomènes semblables.

Ainsi donc la rapidité d'action, l'énergie plus grande des effets du médicament, la précision presque mathématique dans les doses employées, la bénignité de l'opération, qui ne laisse après elle aucune trace, la possibilité de continuer pendant longtemps et dans un espace très-restreint la même opération, tous ces avantages donnent aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine une grande supériorité sur tous les autres moyens employés pour faire pénétrer ce médicament dans l'économie.

En effet, la méthode extraleptique ou par frictions ne donne que des résultats bien incertains; quant à la méthode endermique employée depuis longues années, elle a déjà subi de nombreuses modifications pour parer aux divers inconvénients qu'elle présentait. Au vésicatoire ordinaire ont succédé la vésication par le marteau de Mayor, Rougier (1), puis celle produite par l'ammoniaque; ce dernier procédé étant le plus prompt et le plus commode, s'était répandu rapidement; cependant de combien n'est-il pas inférieur aux injections sous-cutanées? sans parler de la douleur extrême qu'éprouvent certains malades lorsqu'on applique sur la peau dépouillée de son épiderme le sel de morphine, nous signalerons l'irrégularité dans l'absorption et l'impossibilité par ce moyen de continuer pendant longtemps l'emploi de cette médication sans laisser des stigmates qui deviennent fort désagréables lorsqu'on opère sur la face ou sur les bras, surtout chez les femmes.

Frappé de ces inconvénients, le docteur Lafargue (de Saint-Emilion) avait proposé dès 1847 (2) l'inoculation par la pointe d'une lancette d'une quantité plus ou moins considérable de sel de morphine réduite en pâte molle par l'addition d'une très-petite quantité d'eau; depuis, pour donner à ce procédé plus de précision, ce savant praticien, qui a tant fait pour la méthode hypodermique, y a apporté les modifications suivantes : au moyen d'une aiguille il fait une ponction dans laquelle il introduit un cylindre médicamenteux dont la longueur varie suivant la dose que l'on veut employer. Malgré ce perfectionnement, ce procédé d'inoculation par enchevillement nous paraît trop compliqué pour pouvoir lutter avec avantage contre les injections sous-cutanées.

Le manuel opératoire de ces injections n'a pas varié depuis l'introduction de cette pratique en France par M. le docteur Béhier. Le médecin de la Pitié a tracé, dans son remarquable travail, toutes les règles qu'on a suivies jusqu'à ce jour. L'instrument employé est la petite seringue de Pravaz, munie le plus souvent d'une petite canule à pointe aiguë et taillée en biseau très-effilé.

Dans nos observations, nous avions soin de remplir toujours cette petite canule de la solution à injecter, en faisant tourner le piston d'un nombre limité de tours; puis nous faisions pénétrer cette canule ainsi pleine dans les chairs, soit adaptée au corps de pompe, soit détachée de ce dernier.

Si l'opération est de la plus grande facilité, il n'en est pas de même du dosage du médicament; habituellement on compte par gouttes, et rien n'est plus incertain que cette méthode; la goutte, en effet, est variable suivant la densité du liquide, suivant aussi l'orifice qui lui donne issue, suivant enfin l'instrument employé.

D'après les calculs consignés dans le travail de M. Béhier, la goutte aurait un point moyen de 19 milligrammes ou en chiffre rond 2 centigrammes; l'instrument employé par ce médecin donnant une goutte par quart de tour, ce poids de 2 centigr. est loin, comme on le voit, de celui de la goutte officinale, qui pour l'eau est de 5 centigrammes. Aussi, à cet égard, nous partageons entièrement la manière de voir de M. le docteur A. Bois (1), qui, dans son excellent travail sur la méthode des injections sous-cutanées, dit que chaque opérateur doit avoir fait une étude spéciale de son instrument, de manière à connaître la quantité en poids de liquide chassé par une course donnée du piston, et le procédé qu'il indique pour obtenir ce résultat est des plus simples : il suffit de peser l'instrument une fois plein, puis de faire exécuter au piston un nombre déterminé de tours, peser de nouveau la différence obtenue, divisée par le nombre de tours donnés à la quantité en poids injectée par chaque révolution complète du piston.

Le seul sel de morphine que l'on puisse employer est le chlorhydrate, comme la plus soluble des combinaisons de cet alcaloïde; cependant M. Franque s'est servi avec succès dans un cas d'éclampsie puerpérale du biméconate de morphine, et le docteur Wood, d'Edimbourg, a fait usage d'une solution alcoolique de morphine (2).

Je ne sache pas que ce liquide ait été employé en France.

La solution dont nous nous sommes servi dans nos observations avait la formule suivante :

Chlorhydrate de morphine.	0gr,50
Eau.	10 grammes.

Notre seringue fournissait par quart de tour une goutte de 2 centigrammes, contenant 1 milligramme du principe actif.

Nous n'avons pas dépassé la dose de 3 centigrammes de sel de morphine, et jamais cette dose n'a été atteinte du premier coup, mais bien graduellement en commençant par 1 ou 2 centigrammes, suivant les individus et suivant aussi surtout l'intensité de la douleur.

Toutes ces opérations ont été faites les malades étant à jeun.

Quant au lieu où l'on dut faire l'injection, nous nous sommes toujours efforcé de nous rapprocher le plus possible du point le plus douloureux, suivant en cela la pratique la plus généralement adoptée.

En résumé, nous sommes donc persuadé qu'en suivant toutes ces indications le médecin pourra tirer de cette méthode hypodermique l'un des plus puissants moyens que lui fournisse la thérapeutique, puisque, grâce aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, il pourra toujours se rendre maître de la douleur, quelle que soit son intensité.

HYDROPHOBIE RABIQUE.

Par M. le Dr DURAND.

Le nommé J... (Victor), âgé de quinze ans, apprenti serrurier, a été mordu le 31 mars 1858 par un chien soupçonné d'hydrophobie (le rapport des vétérinaires de l'Ecole d'Alfort, auxquels cet animal a été présenté après avoir été abattu, n'est pas affirmatif). La plaie, qui occupait la région sourcilière droite, a beaucoup saigné. On la lava immédiatement avec de l'eau salée, puis on appliqua des compresses d'eau sédative.

L'enfant a repris son travail le lendemain; mais sur l'avis qu'on leur donna, ses parents le conduisirent à l'hôpital le samedi 3 avril, et le confièrent aux soins d'un menuisier, qui joint à sa spécialité l'art de guérir ou mieux de prévenir la rage.

Il resta chez lui jusqu'au dimanche 11 du même mois, époque où il fut déclaré préservé. Aucun symptôme n'apparut jusqu'au samedi 15 mai.

Ce jour-là, Victor J... ressentit quelques douleurs qui, prenant leur source dans la région sourcilière droite, allaient en s'irradiant vers la région frontale du même côté. Cependant il mangea le soir assez bien, et la nuit du 15 au 16 fut tranquille.

Levé le 16 à six heures du matin, il alla à son travail; mais en rentrant à midi et demi, il se plaignit de son œil, et se coucha après avoir pris un peu de café au lait. Vers les six heures du soir, il se réveilla, et descendit dans la cour pour se laver. L'eau lui fit une singulière impression; il put avec peine terminer sa toilette. Au souper, il mangea un peu de soupe, ne voulut pas boire et alla se remettre au lit.

Le 17, à une heure et demie du matin, il prit un pot contenant de l'eau, et se leva tout effaré en voyant qu'il ne pouvait parvenir à la boire. On vint me chercher à six heures.

Le 17 mai, à six heures du matin, la face est animée, l'œil brillant; un sentiment d'inquiétude règne sur la physionomie du malade, qui répond parfaitement à toutes mes questions. Il est affectueux, cherche à embrasser sa mère; le matin pourtant il a repoussé ses frères, sous prétexte qu'ils l'étouffaient en s'approchant de lui. Le pouls est un peu agité. Je lui présente de l'eau, il semble éprouver un trouble insurmontable en apercevant ce liquide, mais il le boit; le lait passe mieux encore. — Potion avec extrait gommeux d'opium, 10 centigrammes; il la prend lui-même par cuillerée de dix en dix minutes.

Le même jour, à six heures du soir, le malade a dormi d'un sommeil assez calme, se réveillant à peu près tous les quarts d'heure, mais sans agitation. Il boit à sa bouteille un peu d'infusion de tilleul, et se plaint chaque fois d'une douleur constrictive à la gorge. La langue est un peu blanche; la fièvre a diminué. L'auscultation me donne comme résultats une respiration exagérée. Les bruits du cœur se font en-

(1) Le docteur Begbie donnait l'eau régale suivant la formule :

Infusion de serpentaire.	60 à 100 grammes.
Acide nitrique et chlorhydrique, de chaque.	5 gouttes.

(Edimbourg, *Monthly Journal*, août 1849.)

(1) Voir le numéro du 22 novembre.

(1) *De la morphine administrée par la méthode endermique*, Lyon, 1843.

(2) *Des avantages de l'inoculation de morphine* (BUL. GÉNÉR. DE THÉRAP., t. XLIII, 1847).

(1) *De la méthode des injections sous-cutanées*, 1864.

(2) *Edimburg medical journal*, 1859.

tendre avec force en avant comme en arrière. — Même traitement; sirop de groseille.

Le 18 mai, à six heures du matin, la nuit a été bonne, un peu de sommeil, quelques rêvasseries; je trouve le pouls à 104; la respiration et la circulation ne semblent pas plus troublées que la veille. Le malade boit assez facilement; un peu de loquacité; les crachotements paraissent.

Le même jour, à six heures du soir, un potage a parfaitement passé. Le malade s'est un peu levé et s'en est trouvé très-bien. Il ne peut se gratter le front; la sensibilité de la peau est exagérée; commencement de narcotisme. La potion est suspendue; sputation plus fréquente.

Le 19 mai, à six heures du matin, exaspération des symptômes; projection du corps en avant; œil hagard; inquiétude; loquacité très-grande. Le malade analyse ses sensations, les raisonne et cherche à les expliquer d'une façon très-rassurante. La nuit a été mauvaise; il ne veut plus boire le sirop de groseilles. Effroi très-grand à l'approche d'un bol rempli d'eau, il n'y peut tremper ses lèvres; toutefois il avale le vin et prend sa potion, qui a été recommencée le matin au commencement du jour. Quand on s'approche de lui, il se plaint de manquer d'air; crachats nombreux.

Le même jour, à six heures du soir, le malade a pris un bain d'une heure; la baignoire était couverte de façon qu'il ne vît pas l'eau, toutefois, en y entrant, il eut un mouvement convulsif; il supporte des affusions faites sur la colonne vertébrale, s'enfonce peu à peu et finit par se baigner complétement; il souffre que je lui passe la main sur le front. Calme général, mais loquacité continuelle; crachats fréquents lancés avec force; il urine plusieurs fois dans le bain, ce qui l'amuse et le fait rire. Soumis à tout ce que je lui dis, il surmonte sa répugnance à se plonger de plus en plus. Avant le bain, il s'était levé sur son lit et s'était jeté dans les bras de son père. Constipation. — Potion opiacée, lavements; la potion est suspendue à dix heures.

Le 20, à une heure du matin, le calme produit par le bain ne s'est pas continué; le malade est effrayé, agité; il bavarde toujours, veut s'habiller et changer de lit. — Lavements avec assa fœtida, 4 gram., jaune d'œuf n° 1, eau distillée de valériane, 300 grammes. Potion avec sirop d'éther, 40 grammes; eau distillée de tilleul, 100 grammes; teinture de musc, 4 grammes; teinture de cannelle, 4 grammes; il ne peut même prendre une cuillerée de la potion; le lavement est gardé une demi-heure.

A trois heures, respiration très-fréquente. L'auscultation ne fournit pas grands renseignements. Le malade se frotte la poitrine et le ventre. Du reste, crachats fréquents, difficulté de l'expectoration; hallucinations; il voit des vers et des animaux sur sa couverture; aucune méchanceté; loquacité plus grande encore. La figure commence à s'altérer; difficulté de se moucher; crachats de plus en plus fréquents; tremblement. — Chloroforme, 15 gouttes en trois fois, à vingt minutes de distance, chaque fois sur un morceau de sucre.

Le même jour, à huit heures du matin, le malade prend un second bain; il avait fallu l'habiller vers six heures, il se laisse déshabiller facilement.

A neuf heures, il a parfaitement supporté le bain, peut reprendre son sirop, tandis qu'avant il pouvait à peine tremper deux doigts dans le sirop de groseille.

Depuis deux jours, il se plaint d'un chatouillement à l'extrémité du pénis. Le prépuce est un peu enflammé; lorsque je l'examinais, il y avait une érection immédiate.

A partir de midi, exaspération de tous les symptômes. Mort à deux heures, sans crises trop violentes.

Le malade a pris en tout 35 centigrammes d'extrait gommeux d'opium et 15 gouttes de chloroforme.

ÉLECTUAIRE CONTRE LA CONSTIPATION.

Graves recommandait l'électuaire suivant pour combattre la constipation sans diminuer l'appétit :

Electuaire de séné	64 grammes.
Bitartrate de potasse	16 —
Carbonate de fer	8 —
Sirop de gingembre	q. s.

pour un électuaire.

Les premiers jours, il ajoutait à cet électuaire 8 grammes de soufre; aussitôt que le médicament commençait à agir, la quantité de soufre était diminuée de moitié, pour être supprimée complétement au bout d'une semaine.

La dose de l'électuaire, qui doit être réglée sur les effets produits, consiste ordinairement en une petite cuillerée dans le milieu de la journée et une autre le soir, en se mettant au lit.

PHIMOSIS SYPHILITIQUE ET PHIMOSIS VÉNÉRIEN.

Par M. le docteur Aimé Martin.

Les chancres infectants et les chancres simples, lorsqu'ils siégent à la face interne du prépuce, à la rainure balano-préputiale ou même sur le gland, sont fréquemment accompagnés d'un phimosis passager qui revêt une forme spéciale, suivant la nature du chancre qui le produit.

Dans le cas de chancre infectant, la peau et la muqueuse préputiales sont pâles, mamelonnées. Le toucher ne provoque pas de douleur vive et donne au doigt une sensation élastique particulière. Je ne saurais mieux comparer l'aspect de ce phimosis, que j'appellerai *syphilitique*, qu'à celui de l'œdème dur, premier degré de l'éléphantiasis des Arabes. Ce phimosis persiste toujours pendant trois semaines ou un mois après la cicatrisation complète du chancre. Chez un de mes malades je l'ai vu durer plus de six mois, et il ne commença à disparaître qu'après que je me fus décidé à débrider le limbe du prépuce.

Quant au phimosis symptomatique du chancre simple, phimosis que je pourrais appeler *vénérien*, il est de nature purement inflammatoire; la muqueuse est d'un rouge vif; la peau est rouge et excoriée; la suppuration est abondante, et le toucher provoque une douleur extrêmement vive. Ce phimosis disparaît presque toujours, à moins d'adhérences ou de cicatrices vicieuses, aussitôt après l'ulcération qui l'a produit.

En dehors de tous les autres signes connus qui peuvent aider au diagnostic différentiel des deux espèces de chancres, *durée de l'incubation, existence ou absence de l'induration, auto-inoculabilité, aspect de l'ulcération, adénopathies spécifiques ou simplement inflammatoires, etc.*, en dehors, dis-je, de tous ces signes, qui peuvent manquer ou qu'on peut parfois ne constater que difficilement, celui que je signale peut avoir une certaine importance. J'ai pu m'assurer dans le service de M. Follin, à l'hôpital du Midi, de concert avec mon ami M. Meunier, interne du service, qu'en ne nous préoccupant que de ce seul symptôme, dans les cas où il existait, nous arrivions à peu près toujours à diagnostiquer exactement la nature du chancre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 novembre 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine* (octobre 1864).

— M. le docteur Piorry, professeur à la Faculté de médecine et médecin de l'Hôtel-Dieu, fait hommage à la Société :

1° De son discours prononcé à l'Académie de médecine sur la salubrité des hôpitaux, le 31 décembre 1861;

2° Du plan d'une nouvelle construction de l'hôpital de la Charité.

— M. Depaul dépose sur le bureau, au nom de M. Duboué, une note sur deux nouvelles observations de fistule vésico-vaginale. — Ce travail est renvoyé au comité de publication.

Discussion sur l'hygiène hospitalière.

M. Gosselin a la parole.

Messieurs,

Je n'accepte pas, quant à présent, l'opinion qui a été formulée par plusieurs de nos collègues sur l'opportunité des hôpitaux à la campagne et sur les avantages des petits hôpitaux.

Je pense encore que de grands hôpitaux (et je ne dépasserais pas le chiffre proposé pour le futur Hôtel-Dieu, de 500 à 600 lits) sont utiles dans l'intérieur même de Paris. Je les crois plus commodes que les petits pour les malades, leurs familles, l'administration, les médecins, et surtout pour le développement de l'instruction médicale. Je laisserais volontiers de côté ces avantages, s'il était démontré que les hôpitaux à la campagne et les petits hôpitaux dans Paris même donnent moins de mortalité. Mais cette démonstration ne me paraît pas avoir été donnée jusqu'ici dans la discussion.

Il est vrai que pour les hôpitaux hors Paris, notre honorable et savant confrère M. Legouest a présenté une statistique qui leur est favorable, et qui tout d'abord impressionne vivement. Mais il suffit d'approfondir cette statistique pour voir qu'elle ne conduit pas nécessairement à la conclusion qu'on en a tirée. En effet, on nous montre qu'à l'hôpital de Vincennes, la mortalité a été moindre que dans ceux du Gros-Caillou et du Val-de-Grâce. Mais cela peut tenir tout simplement à ce que les maladies et leur gravité n'ont pas été les mêmes dans les trois établissements. Quelles que soient les analogies d'âge, de profession et d'habitudes des sujets admis, encore se peut-il que ces maladies aient différé, qu'on ait reçu, par exemple, à l'hôpital de Vincennes un nombre moins considérable de fièvres typhoïdes et de pneumonies, de lésions traumatiques sérieuses qu'à Paris. J'accepterais plus volontiers la conclusion si, au lieu d'une statistique en bloc, M. Legouest avait pu nous présenter une statistique par maladies, et encore y aurait-il à chercher si les résultats démontrés meilleurs par ce procédé, ne tiendraient pas à quelque autre condition qu'à la situation hors Paris des hôpitaux les mieux partagés.

Une apparence de démonstration en faveur des hôpitaux à la campagne nous a été donnée par M. Lefort avec les statistiques de MM. Bristowe et Holmes, donnant non plus la mortalité en bloc des hôpitaux, mais bien la mortalité comparée des amputations dans les hôpitaux ruraux et dans ceux des grandes villes en Angleterre. Ici encore les chiffres ne me paraissent pas concluants. J'entrevois, en effet, dans les hôpitaux ruraux de ce pays, comme dans les nôtres, deux conditions dont il faut tenir grand compte : le petit nombre de lits habituellement occupés dans ces sortes d'établissements, et l'état général des sujets qui y sont admis. Il s'agit ici de savoir si hors Paris, mais pour les malades de Paris même, habituellement plus fatigués et plus faibles que ceux de la campagne, et dans un hôpital qui serait continuellement rempli, les résultats seraient les mêmes que dans la statistique de MM. Bristowe et Holmes. J'en doute, et en tout cas je ne vois pas qu'on puisse en donner la preuve.

Je cherche ensuite des démonstrations en faveur de la supériorité des petits hôpitaux sur les grands. Aucune n'a été essayée pour les malades de médecine, et on ne se fonderait que sur des impressions vagues pour établir que les maladies fébriles graves développées sur des habitants de Paris guériraient en plus grand nombre si les sujets atteints étaient transportés hors de la ville. Mais la démonstration que je cherche a été tentée par M. Lefort pour certains malades de chirurgie, les amputés de jambe et de cuisse. Notre laborieux collègue, empruntant encore aux statistiques récentes dressées par MM. Bristowe et Holmes pour cinquante-sept hôpitaux du Royaume-Uni, nous a montré ces amputations réussissant mieux dans les hôpitaux de 100 et 200 lits que dans ceux de 400 ou 500. Mais je retrouve ici la même objection que tout à l'heure. Ces petits hôpitaux dans lesquels les résultats ont été meilleurs, étaient sans doute des hôpitaux ruraux recevant non pas les malades des grandes villes mais ceux de la campagne même, et habituellement peu remplis, ce qui augmente dans des proportions impossibles à réaliser pour nos établissements hospitaliers l'espace donné à chacun des opérés. Je ne peux pas conclure de là qu'un petit hôpital, habituellement plein et recevant les malades de Paris même, donnerait des résultats identiques.

Pourquoi d'ailleurs ne pas comparer ce que nous avons sous les yeux? Paris a de petits et de grands hôpitaux. Les amputations de cuisse et de jambe ont-elles plus souvent réussi dans les premiers, tels que Cochin et la Clinique, que dans les seconds (Hôtel-Dieu, Pitié, Charité)? Non. Je n'ai pas les chiffres sous les yeux; mais j'ai fait des opérations à l'hôpital Cochin et à la Clinique, et je sais très-bien que je ne réussissais pas plus souvent qu'ailleurs; je sais même que je réussissais moins qu'aujourd'hui dans le grand hôpital de la Pitié.

Ce qui, en l'absence de démonstration rigoureuse, me porte à douter de la supériorité des petits hôpitaux, c'est la difficulté extrême de déterminer, quand nous nous trouvons en présence de différences remarquables dans la mortalité des amputations, à quelle cause il faut attribuer ces différences.

Lorsque les importantes recherches de M. Lefort sur les hôpitaux anglais ont amené, en 1861, la discussion de l'Académie de médecine, et attiré notre attention à tous sur ce sujet, je me suis enquis de toutes les conditions qui pouvaient rendre compte des résultats meilleurs obtenus à Londres. J'ai trouvé les causes assez nombreuses : l'espace plus grand donné aux malades, le régime, les pansements simples, etc.; j'ai trouvé surtout un renouvellement plus habituel et plus abondant de l'air dans les salles, par l'ouverture presque continuelle des fenêtres. J'ai été très-frappé de la différence immense des habitudes sous ce dernier rapport, entre ce pays et le nôtre, où nous avons été habitués à redouter bien plus les effets du refroidissement pouvant résulter de l'aération, que les effets de la viciation de l'atmosphère. Je me suis demandé si là n'était pas l'explication des proportions moindres de guérison après les amputations chez nous; je me suis promis de soumettre la question à une étude sérieuse aussitôt que l'occasion s'en présenterait.

Elle s'est présentée le 1er janvier 1862, lorsque j'ai pris possession de l'un des services de chirurgie de l'hôpital de la Pitié. Là, j'ai trouvé portées au plus haut degré possible nos habitudes hygiéniques en matière d'aération. Dans la grande salle Saint-Louis, salle de quarante malades, se trouvent dix-neuf fenêtres divisées en deux compartiments; l'un supérieur, très-élevé au-dessus des lits, et formé de deux impostes de petite dimension; l'autre inférieur, arrivant à 30 centimètres du sol, et composé de deux larges battants. Ces derniers étaient condamnés dans toute l'étendue de la salle au moyen d'une tige de fer assujettie solidement aux deux battants par quatre longues vis. On n'aérait donc qu'au moyen des impostes, qu'on ouvrait de temps en temps, au hasard et selon le bon plaisir des infirmiers ou des malades. L'odeur était constamment mauvaise dans les salles, l'infection purulente s'y voyait souvent. Les amputations réussissaient peu; il fallait remonter à plusieurs années pour trouver un succès d'amputation de cuisse.

J'ai demandé et j'ai obtenu de suite que les tiges de fer fussent enlevées et que l'ouverture des fenêtres devînt possible. Il fut ensuite convenu, et je n'ai pas cessé de veiller à l'exécution, que constamment un ou plusieurs des grands compartiments seraient tenus ouverts. Pendant les mois d'été ou de température douce, huit ou neuf des fenêtres, celles qui regardent le couchant, sont ouvertes depuis cinq ou six heures du matin jusqu'à sept heures du soir. On les ferme seulement pour la visite et les pansements.

Dans les grandes chaleurs, on ouvre en même temps plusieurs impostes du côté opposé pour permettre un courant d'air rafraîchissant. La nuit, une de ces fenêtres, placée sur un point reculé et éloigné des lits, reste toujours ouverte. Pendant les cinq mois de température froide, trois, quatre, cinq ou six des grandes fenêtres sont encore ouvertes toute la journée, en choisissant celles au niveau desquelles sont les malades qui se lèvent, ou ceux qui supportent facilement cette ventilation. La fenêtre du milieu ne ferme la nuit que quand le temps est très-froid. Nous sommes, d'ailleurs, aidés par des calorifères puissants qui donnent assez de chaleur pour que la température de la salle ne descende pas au-dessous de 10 à 12°.

Ces mesures, auxquelles je n'ai pas cessé de prêter une attention sérieuse, sont exécutées depuis bientôt trois ans, et voici les résultats :

Pour les hommes, très-peu d'incommodité. Habitués presque tous à vivre au grand air, ils ne se plaignent pas du froid. Quand par hasard une plainte s'élève, on ferme au niveau du lit, ou l'on place le malade du côté de la salle où l'on n'ouvre pas. Pour les femmes, la gêne est un peu plus grande pendant l'hiver; elles ressentent plus désagréablement que les hommes les effets de l'aération. A cause de cela, on ouvre surtout au niveau des lits où les malades se lèvent, ou bien l'on ouvre alternativement de lit en lit.

Aucun inconvénient sérieux n'a été constaté. Quelques rhumes ou angines, une pleurésie et une pneumonie, sans gravité d'ailleurs, se sont montrées. Mais n'ai-je pas observé ces mêmes maladies dans les salles où l'on ouvrait peu, et comment savoir si on doit les attribuer plutôt à l'ouverture des fenêtres qu'à toute autre cause?

Quant aux résultats chirurgicaux, je les ai trouvés meilleurs que dans les autres services de chirurgie auxquels j'ai été attaché. Les plaies marchent régulièrement, sans pourriture d'hôpital, sans diphthérite, sans anémie. Les amputations réussissent. Pour ne parler que de celles du membre inférieur, les plus difficiles à guérir, les amputations de cuisse (toutes pathologiques), au nombre de 12, m'ont donné 8 guérisons et 4 morts. Les amputations de jambe, au nombre de 10 (dont 3 traumatiques) m'ont donné 3 guérisons (dont 1 traumatique) et 7 morts. Et parmi ces sept morts, plusieurs ont succombé non pas d'infection purulente, mais de l'hecticité profonde antérieure à l'opération. De ce nombre sont, en particulier, trois vieillards profondément débilités par des caries du pied, que j'aurais laissés mourir sans amputation si les bonnes conditions dans lesquelles je me trouvais ne m'avaient fait espérer une guérison. Les érysipèles ont été de même moins nombreux qu'ailleurs, et surtout que dans mon service de l'hôpital Beaujon dans les années 1860 et 1861.

Ces résultats ne sont pas aussi bons que je le voudrais, peut-être parce que d'autres conditions importantes nous manquent encore; mais tels qu'ils sont, ils m'autorisent à croire que l'aération constante des salles pendant le jour et, s'il est possible, pendant la nuit, est une des conditions les plus importantes de l'hygiène des hôpitaux. Je suis convaincu que sans elle l'hôpital hors Paris et le petit hôpital dans Paris seraient tout aussi défectueux que les grands hôpitaux d'aujourd'hui, et je crois qu'avec elle nous pouvons obtenir d'aussi bons résultats dans les grands que dans les petits hôpitaux. L'important serait que tous les chefs de service comprissent, aussi bien en France qu'en Angleterre, que le renouvellement de l'air dans les rassemble-

ments de malades est sans danger et de première utilité. C'est parce qu'on ne l'a pas compris jusqu'à présent, qu'il est impossible, selon moi, d'avoir des documents précis sur la valeur relative des petits et des grands hôpitaux.

Appliquant maintenant au futur Hôtel-Dieu les idées qui me préoccupent en matière d'hygiène hospitalière, je déclare que l'emplacement choisi me paraît bon et n'aura pas, sous le rapport de l'hygiène, les inconvénients que j'ai entendu signaler. On nous y promet des ventilateurs artificiels fonctionnant bien. Je préfère, quant à moi, l'ouverture des fenêtres et de grandes cheminées, ou des calorifères puissants avec des ventouses d'aspiration, comme nous en avons actuellement à la Pitié. Ce que je demande surtout, c'est que les ventilateurs, s'il y en a, n'obligent pas à tenir les fenêtres fermées. On nous promet, de plus, un espace assez grand pour chaque malade, environ 55 mètres cubes; des salles de réunion pour débarrasser les salles, pendant tout le jour, des malades en état de se lever; des salles de rechange, des latrines qui n'enverront pas, comme cela a lieu encore trop souvent à la Pitié, des émanations mauvaises dans les salles. Toutes ces conditions me paraissent supérieures à celles que nous avons en ce moment dans les hôpitaux de Paris. Reste la question des constructions. Ici je partage entièrement l'avis de MM. Trélat, Giraldès, Verneuil et Lefort. Je serais d'avis qu'au lieu de pavillons rapprochés les uns des autres, ne permettant pas la libre circulation de l'air, il y ait un seul grand bâtiment, ou deux au plus situés assez loin l'un de l'autre, qui puissent être incessamment débarrassés des miasmes par le vent et la pluie, et dont l'air soit convenablement modifié par le soleil.

M. GIRALDÈS. Le discours que vient de prononcer M. Gosselin est la négation de tout ce qui a été dit dans le sein de la Société depuis le commencement de la discussion, et la position particulière de son auteur ne nous permet pas de laisser sans réplique de semblables assertions.

M. Gosselin doute que les hôpitaux situés à la campagne soient préférables à ceux de l'intérieur des villes. Mettre en doute le fait lui-même, c'est nier un principe tellement évident, que nous y obéissons tous quand nous sommes malades; c'est oublier les analyses comparatives de l'air des campagnes et de celui des villes, et surtout des villes populeuses et manufacturières; c'est oublier que ces analyses ont montré à quel degré l'air des villes est chargé de gaz délétères, de poussières nuisibles, etc.

M. Gosselin, qui est partisan des grands hôpitaux, oublie encore que dans ceux-ci, faute d'un espace suffisant, on accumule les constructions, on resserre les bâtiments de telle sorte que l'aération extérieure ne peut être réalisée.

Notre collègue nous indique un très-mauvais type d'hôpital à la campagne, et nous dit que dans ces conditions les résultats ne seraient sans doute pas meilleurs que dans nos hôpitaux. Je le crois bien. Mais est-ce là ce que nous demandons? Ce qu'il faut, c'est un hôpital offrant la réunion de toutes les conditions favorables à une bonne hygiène.

Nous sommes très-heureux de connaître les bons résultats de la ventilation instituée par M. Gosselin dans son service. Ces résultats seraient beaucoup meilleurs encore si le renouvellement de l'air extérieur avait pu être continué jour et nuit à l'aide d'appareils convenables, et si cet air présentait les meilleures conditions de pureté.

M. LE FORT. Après ce que vient de dire M. Giraldès, je ne reviendrai pas sur la supériorité des hôpitaux ruraux et des petits hôpitaux.

M. Lefort dit ensuite que, comme il l'a déjà signalé, le voisinage d'un fleuve est peu propice à l'hygiène d'un hôpital; l'humidité du sol et le brouillard de la rivière sont de mauvaises conditions; il insiste sur la valeur de l'orientation des bâtiments, et il est d'avis que l'orientation au sud est de beaucoup préférable à toutes les autres orientations.

J'ajoute un seul mot : on donnera, dit-on, 55 mètres cubes d'air par malade; il y a là une erreur que je ne dois pas laisser passer sans y répondre. Quand nous parlons de donner de l'espace au malade, ce n'est pas de cubage des salles qu'il s'agit, ce n'est pas de serrer les malades les uns contre les autres, à la condition de les placer dans des salles démesurément hautes, comme à l'hôpital Saint-Louis par exemple. C'est l'espace superficiel qu'il faut au malade.

M. TRÉLAT. Le discours de M. Gosselin peut se résumer ainsi : Je constate que les petits hôpitaux situés dans la campagne donnent de meilleurs résultats que les grands hôpitaux des villes, mais il ne m'est pas démontré que cela tienne à leur salubrité, d'autant plus que dans mon service de la Pitié, grand hôpital, j'obtiens de bons résultats depuis que je fais renouveler l'air par l'ouverture à peu près constante des fenêtres.

Nous ne pouvons que féliciter M. Gosselin des résultats très-heureux qu'il a obtenus, résultats fort différents des moyennes de tous nos hôpitaux, et nous n'hésiterons pas à les attribuer avec lui au bienfait du renouvellement de l'air. On ne pouvait apporter un argument plus favorable aux thèses qui ont été soutenues dans le sein de la Société. Nous voulons de l'espace entre les lits, de l'air pur et renouvelé dans les salles, de l'air pur et renouvelé entre les bâtiments, un milieu atmosphérique salubre. Par quel raisonnement M. Gosselin, qui indique la viciation de l'air dans les salles comme la plus grande cause d'insalubrité, arrive-t-il à croire qu'il suffit d'ouvrir les fenêtres et de faire entrer l'air de la cour, si cet air n'est pas lui-même dans de bonnes conditions? C'est là ce qui échappe et ce qui m'étonne.

Aussi je pense que, malgré lui, le discours de M. Gosselin prouve en faveur des petits hôpitaux situés dans un milieu salubre, puisque nous avons établi que les salles sont pénétrées par l'air ambiant et que cet air est d'autant plus pur et porte en lui d'autant moins de principes délétères et contagieux que l'agglomération des malades est moins grande et moins dense, condition qu'on obtient à peu près exclusivement dans les petits hôpitaux.

Les soirées littéraires et scientifiques de la Sorbonne recommenceront le lundi 5 décembre, à huit heures précises du soir.

Les portes seront ouvertes à sept heures et demie. Les personnes qui désireraient y assister devront demander des cartes à M. le secrétaire du comité, à la Sorbonne.

Les cours auront lieu le lundi et le vendredi; ils sont distribués ainsi qu'il suit :

Première série. — LETTRES. — *Lundi.*

5 décembre. M. Boissier, professeur de rhétorique au lycée Charlemagne. — *Lettres de Cicéron et de Mme de Sévigné.*

12 décembre. M. Levasseur, professeur d'histoire au lycée Napoléon. — *Nouvelles découvertes dans l'Afrique centrale.*

19 décembre. M. Batbie, professeur à la Faculté de droit. — *L'Homme aux quarante écus. — Les physiocrates.*

9 janvier. M. Hatzfeld, professeur de rhétorique au lycée Louis-le-Grand. — *L'Avare dans Molière et dans Balzac.*

16 janvier. M. Perrot, professeur de rhétorique au lycée Louis-le-Grand, ancien membre de l'Ecole d'Athènes. — *Excursion chez les Kurdes de la province d'Angora.*

23 janvier. M. Charles, professeur de philosophie au lycée Louis-le-Grand. — *Les Visionnaires au dix-neuvième siècle.*

30 janvier. M. Grégoire, professeur d'histoire au lycée Bonaparte. — *Politique extérieure de Louis XIV. Louvois.*

SCIENCES. — *Vendredi.*

9 décembre. M. Milne-Edwards, doyen de la Faculté des sciences, directeur suppléant du Muséum, membre de l'Institut. — *Instinct et intelligence des animaux.*

16 décembre. M. Boutan, professeur de physique au lycée Saint-Louis. — *Conservation des liquides en vapeur.*

23 décembre. M. Payen, membre de l'Institut. — *L'éclairage au gaz.*

6 janvier. M. Fernet, professeur de physique au lycée Bonaparte. — *La photographie.*

13 janvier. M. Wurtz, professeur à la Faculté de médecine. — *De l'eau.*

20 janvier. M. Gratiolet, professeur à la Faculté des sciences. — *De la physionomie.*

27 janvier. M. Jamin, professeur à la Faculté des sciences et à l'Ecole polytechnique. — *De l'aimant.*

La deuxième série s'ouvrira le vendredi 3 février, et finira le vendredi 31 mars.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel du 12 novembre 1864, M. le docteur Vigot a été nommé médecin du lycée impérial de Coutances (emploi vacant).

— Un certain nombre d'étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier, s'empressant de répondre à l'appel fait à leur zèle et à leur dévouement, étaient allés porter leurs soins dans les communes de l'arrondissement de Béziers, où sévissait aux mois de juin et juillet derniers une épidémie de suette miliaire et de petite vérole.

MM. de Vésine-Larue, Rivez, Fauchard, Bousquet, Barthier et Monisset se sont fait remarquer dans le nombre par leur belle conduite. Le premier a été atteint lui-même par la maladie.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu, sur la proposition de M. le préfet de l'Hérault, accorder à ces étudiants des distinctions honorifiques, savoir : une médaille d'argent à M. de Vésine-Larue, et une médaille de bronze aux cinq autres.

M. le recteur de l'Académie de Montpellier a été chargé par le ministre de l'instruction publique d'adresser, au nom de Son Excellence, des félicitations à ces jeunes gens.

(*Bulletin administratif de l'instruction publique.*)

— M. le docteur Fizeau, chevalier de Saint-Louis et de la Légion d'honneur, ancien professeur de pathologie à la Faculté de médecine de Paris, vient de mourir à Paris à l'âge de 89 ans. Les obsèques auront lieu aujourd'hui samedi, 26 courant, à midi très-précis, en l'église Saint-Sulpice.

La famille prie ceux de ses amis qui n'auraient pas reçu de lettres de faire part, de considérer le présent avis comme une invitation. On se réunira à la maison mortuaire, rue Palatine-Saint-Sulpice, 5.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du traitement des plaies chirurgicales et traumatiques par les pansements à l'alcool (eau-de-vie camphrée), par M. le docteur CHÉDEVERGNE, interne à l'hôpital des Cliniques; mémoire in-8°. Prix : 1 fr. 25 cent. *franco*. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de médecine.

Histoire de la médecine et des doctrines médicales, leçons faites à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine en 1862, 1863 et 1864, par M. le Dr E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un vol. in-8° de 544 pages. Prix : 6 fr. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Le Directeur, Dr E. LE SOUED.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 139. — MARDI 29 NOVEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 139. — MARDI 29 NOVEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 NOVEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Tout ce qui touche aux grandes lois de l'organisme, quel que soit le degré d'infériorité des êtres que l'on considère, a droit à notre intérêt. A ce titre, on nous permettra quelques courtes considérations à propos d'une communication qui a été faite dans cette séance sur une question de physiologie végétale, l'hybridité considérée comme cause de variabilité dans les végétaux.

On connaît les dissidences et les discussions interminables auxquelles ont donné lieu les faits d'hybridité dans le règne animal, et la question si débattue de la fixité ou de la variabilité des espèces qui s'y rattache directement. Quand il s'agit de faits aussi généraux, il n'est pas indifférent d'en étudier les manifestations dans tous les êtres et à tous les degrés de l'échelle organique.

Dans un mémoire présenté à l'Académie il y a deux ans, M. Ch. Naudin a établi ce fait, confirmé depuis par de nouvelles expériences, qu'à partir de la deuxième génération les hybrides végétaux, lorsqu'ils sont doués de fertilité, reviennent très-fréquemment à l'une des deux espèces dont ils sont sortis. Toutefois, ce retour aux formes primitives n'est ni constant ni universel. On trouve souvent dans une collection d'hybrides de même provenance et de seconde génération, ou d'une génération plus avancée, à côté d'individus qui rentrent dans le cadre des espèces productives, un reliquat d'individus, en nombre plus ou moins grand, qui n'y rentrent pas, ou même qui diffèrent plus de ces dernières que n'en différaient les hybrides de première génération. Quelle physionomie présentent ces hydrides réfractaires, et que devient leur descendance? C'est ce que M. Naudin s'est proposé d'examiner dans ce mémoire.

En 1862, ce savant naturaliste a fait de nombreux croisements, tous heureux, entre quatre espèces parfaitement caractérisées, entre lesquelles il n'existe pas d'intermédiaires connus, et qui, de plus, ne paraissent pas susceptibles de varier (*datura lævis, ferox, stramonium* et *quercifolia*). Les deux espèces différant le plus (les *datura lævis* et *ferox*) ayant été fécondées l'une par l'autre et dans les deux sens, il a pu, à l'aide des graines obtenues de ce double croisement, élever cent trente plantes hybrides, issues des mêmes parents, ayant alternativement rempli les rôles de père et de mère. Toutes ces plantes ont pris le plus beau développement, et elles ont été parfaitement semblables les unes aux autres. — Nouvelle confirmation de ce que M. Naudin avait dit dans son premier mémoire: qu'il n'y a pas de différence sensible entre les hybrides réciproques de deux espèces, et qu'à la première génération les hybrides de même provenance se ressemblent entre eux autant que se ressemblent les individus d'espèces pures issues d'un même semis. Mais ces cent trente sujets hybrides présentaient ce fait tout particulier, savoir : que s'ils étaient parfaitement semblables les uns aux autres, ils différaient étrangement des deux espèces auxquelles ils devaient le jour. Ils ne présentaient même rien d'intermédiaire entre leurs formes. On aurait dit une espèce nouvelle.

Fallait-il de cette première expérience tirer cette conclusion, si paradoxale en apparence, que deux espèces en s'unissant l'une à l'autre peuvent donner à leurs produits des caractères qu'elles ne possèdent pas elles-mêmes? Ceci demandait un nouvel examen.

M. Naudin a répété l'expérience, et les résultats, bien qu'identiques aux premiers, en lui permettant de saisir, par un examen plus attentif, entre les nouveaux produits et leurs parents des ressemblances cachées ou dissimulées jusque-là par des développements exagérés de caractères qui n'existaient dans ceux-ci qu'à l'état rudimentaire, ces résultats, disons-nous, lui ont montré qu'il fallait modifier cette formule, par trop paradoxale en effet.

Mais à côté de ce premier mode de variation amené par le croisement de deux espèces, et qui produit ses effets sur la première génération hybride, cette seconde expérience, poursuivie plus loin dans ses conséquences, lui a révélé des conditions bien plus remarquables encore de variation du type primitif. Les individus de la seconde génération ou les produits de ces premiers hybrides, loin de se ressembler entre eux comme les individus de la première génération, ont présenté la plus étonnante diversité de figures, diversité telle, dit M. Naudin, que sur les quarante-cinq plantes dont se composait cette seconde génération, on n'en trouvait pas deux qui se ressemblassent exactement. Elles constituaient, pour ainsi dire, autant de variétés individuelles, « comme si, le lien qui devait les rattacher aux types spécifiques s'étant rompu, leur végétation s'était égarée dans toutes les directions. »

Enfin M. Naudin a constaté, dans une série d'expériences du même genre, que cette propension des hybrides à varier se continue à la troisième génération et aux suivantes, lorsqu'ils conservent leur fertilité. Mais il faut ajouter que ces variétés infinies qui résultent de ces hybridations successives sont purement individuelles et sans fixité.

Comparativement, et par contraste, M. Naudin a voulu examiner comment se conduisent les espèces pures de tout alliage, lorsque leurs formes se modifient sous l'influence soit du dépaysement ou de la culture. Les espèces, lorsqu'elles varient (il en est qui ne varient jamais) en vertu de leurs aptitudes innées, dit-il, le font d'une manière bien différente de celle qui a été constatée dans les hybrides. Tandis que chez ces derniers la forme se dissout, d'une génération à l'autre, en variations individuelles et sans fixité, dans l'espèce pure, au contraire, la variation tend à se perpétuer et à faire nombre.

M. Naudin termine son mémoire en se demandant si des faits analogues à ceux qu'il vient de rapporter ont été observés dans le règne animal. « Je ne serais pas surpris, dit-il, si l'on venait un jour à reconnaître que, là aussi, les croisements entre races caractérisées sont une cause de variabilité tout individuelle, et qu'ils sont impuissants à créer de nouvelles races, c'est-à-dire des agrégations uniformes et capables de durer indéfiniment. Il ne serait certainement pas sans intérêt d'examiner si, en s'alliant les unes aux autres, les races bien distinctes se fondent en une nouvelle race mixte, mais homogène, ou si, comme chez les plantes, le croisement a pour effet de diversifier à l'infini les physionomies et les tempéraments. »

Nous profiterons de l'un des premiers loisirs que nous donnera l'Académie pour essayer de répondre aux questions de M. Naudin, en exposant l'état actuel de la science sur ce point important de biologie. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. VIGLA.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. — Abcès pulsatile de la région dorsale contigu à la poche anévrysmale. — Ouverture de l'anévrysme dans l'œsophage.

Observation recueillie par M. CHOVAU, interne provisoire.

Le 22 juin 1864 entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vigla, salle Saint-Louis, n° 7, le nommé Joseph B..., âgé de soixante ans, employé dans les voitures de place. Cet homme avait été jusqu'alors très-bien portant, lorsqu'il y a six mois il ressentit une certaine gêne dans la respiration, qui augmentait lorsqu'il était obligé de faire une course un peu longue. A cet essoufflement vinrent se joindre de la faiblesse, de la perte d'appétit et de l'amaigrissement, qu'il attribua au progrès de l'âge. D'abord modérés, ces phénomènes ne tardèrent pas à devenir beaucoup plus intenses, puis survint une toux continuelle, opiniâtre, qui lui enlevait tout sommeil. Il ne pouvait plus monter le soir à sa chambre, qui se trouvait au septième, sans s'arrêter plusieurs fois.

Le 9 février dernier, il entra à l'hôpital Saint-Antoine, où il resta jusqu'aux derniers jours de mai. Il quitta l'hôpital pour aller à Vincennes, se croyant parfaitement guéri, et ses réponses à ce sujet sont très-nettes, très-précises; il respirait librement, ne toussait que fort peu; une seule chose cependant l'inquiétait : c'était une tumeur survenue dans le dos durant son séjour à Saint-Antoine, et dont nous parlerons bientôt.

Il ne resta que huit jours à Vincennes; il en sortit parce qu'il ne pouvait pas manger aussi vite que les autres convalescents; il n'avait pris que quelques bouchées lorsque le repas était déjà terminé; s'il essayait de manger comme tout le monde, il sentait qu'à un moment donné les aliments s'arrêtaient, et aussitôt survenait une anxiété extrême, de la dyspnée, un sentiment d'étouffement qui l'obligeait à suspendre pendant quelques instants toute introduction d'aliments solides. Il quitta donc Vincennes parce qu'on ne lui accordait pas le temps nécessaire pour manger.

Rendu à ses occupations ordinaires qui nécessitaient de sa part une marche continuelle, il ne tarda pas au bout de quelques jours à éprouver les mêmes phénomènes qui l'avaient forcé à aller à Saint-Antoine; la dyspnée et la toux devinrent telles qu'il se décida, le 22 juin, à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Cet homme, quoique un peu amaigri, paraît encore assez vigoureux pour un homme de soixante ans; il présente extérieurement une coloration violacée bleuâtre des pommettes et des extrémités, et surtout des mains. En découvrant le dos, on aperçoit une tumeur à la partie latérale gauche de la colonne vertébrale. Cette tumeur, ovoïde, allongée dans le sens vertical, déborde inférieurement de deux travers de doigt l'angle inférieur de l'omoplate; elle mesure en hauteur 9 à 10 centimètres, en largeur 6 centimètres; son bord interne est situé à un demi-travers de doigt des apophyses épineuses, et sa partie moyenne répond à la sixième vertèbre dorsale.

Cette tumeur, d'une fluctuation manifeste, paraît presque située sous la peau, qui n'a subi aucun changement dans sa coloration; elle présente à la vue et au toucher des battements isochrones à la diastole artérielle; il est assez difficile de déterminer si ce sont de véritables mouvements d'expansion ou seulement des battements communiqués, des mouvements de soulèvement.

Complétement mate à la percussion, elle fournit à l'auscultation deux bruits isochrones aux bruits du cœur; tous les deux sont clairs, nets, sans bruit de souffle. Cette tumeur est peu douloureuse, soit spontanément, soit à la pression; elle n'est pas réductible. Vu son peu de saillie au-dessus des parties voisines (2 1/2 centimètres environ), il est impossible de constater si elle est transparente ou non. On cherche inutilement une mobilité anormale des côtes correspondant à cette tumeur.

La main appliquée sur la région précordiale ne sent que faiblement le choc de la pointe du cœur, qui est plus sensible à la vue; ce choc a lieu à trois travers de doigt au-dessous du mamelon gauche et un peu en dedans d'une ligne verticale abaissée de ce point. La région précordiale donne à la percussion une matité peu considérable, mais bien manifeste cependant, dans une étendue de 2 pouces carrés environ; le volume du cœur paraissait donc normal. L'oreille appliquée sur la région précordiale constate les deux bruits normaux du cœur; à la pointe on entend un très-léger souffle en deux temps; à la base, aucun bruit anormal; — point d'irrégularités, point d'intermittence. Ces peux bruits sont un peu couverts par le mouvement respiratoire.

La partie antérieure et supérieure du côté droit de la poitrine est soulevée à chaque systole cardiaque; ce mouvement de soulèvement, sensible à la vue et au toucher, a son maximum au niveau du deuxième et du troisième espace intercostal, près du bord droit du sternum. On perçoit en appliquant la main sur cette partie de la poitrine, outre ce soulèvement, un frémissement cataire considérable et qui diminue à mesure qu'on s'éloigne du deuxième et du troisième espace intercostal. En appliquant l'oreille à ce niveau, on entend deux bruits isochrones aux bruits du cœur et tous les deux soufflants; mais le souffle qui accompagne le premier bruit est léger et de très-courte durée, tandis que le souffle qui accompagne le second bruit est rude, prolongé et d'une intensité telle qu'il s'entend dans presque tout le côté droit et masque complétement dans une très-grande étendue le murmure respiratoire.

Au lieu même où l'on entend ces deux bruits, la matité est complète; elle s'étend en haut jusqu'à la clavicule, se confond en bas avec la matité du cœur, et est limitée en dehors par une ligne verticale qui passerait par le mamelon. Elle se confond aussi en bas et à droite avec la matité du lobe gauche du foie. En dedans et en haut, elle déborde le bord gauche du sternum de deux travers de doigt, et remonte ainsi jusqu'à la clavicule. La ligne qui séparait cette matité de celle du foie était représentée par une ligne horizontale passant à trois travers de doigt au-dessous du mamelon.

Les carotides et les sous-clavières du côté droit avaient un mouvement de diastole beaucoup plus énergique que les vaisseaux correspondants du côté gauche; les deux bruits artériels étaient intenses, le deuxième légèrement soufflant.

L'exploration de l'aorte abdominale ne fit constater aucun phénomène morbide. Le pouls, régulier, peu fréquent (65 pulsations), est un peu mou et dépressible, mais il n'est nullement bondissant comme dans l'insuffisance aortique. Point de différence notable entre le pouls radial du côté droit et celui du côté gauche.

Rien d'anormal dans la circulation veineuse. Du côté des capillaires, nous avons parlé de la coloration violacée des joues et des extrémités; point d'œdème; les jambes n'ont jamais été enflées.

La dyspnée qu'éprouve le malade n'est pas portée à un bien haut degré; elle a, dit-il, considérablement diminué depuis qu'il est

entré à l'hôpital. Il se plaint beaucoup d'une toux incessante ; il rejette des crachats liquides, séreux, en assez grande quantité.

La percussion donne un peu d'obscurité du son dans les deux sommets, en arrière. A ces mêmes sommets, on entend, à droite, de la respiration soufflante et de l'expiration prolongée, et, à gauche, une diminution notable du murmure respiratoire dans la moitié supérieure de la poitrine. En avant et à droite, le murmure respiratoire est couvert par le bruit de souffle si intense du deuxième temps dont nous avons parlé. A gauche et en avant, il est, comme en arrière, très-faible. En arrière et au sommet, surtout à droite, il existe une bronchophonie manifeste.

Pour terminer avec les signes fournis par l'appareil respiratoire, nous mentionnerons une certaine raucité peu marquée de la voix, survenue depuis environ deux mois.

Du côté de l'appareil digestif, outre cette dysphagie dont nous avons déjà parlé et qui persiste toujours, on note seulement une diminution notable de l'appétit.

Le malade n'accuse aucune douleur, si ce n'est au creux épigastrique, où l'on remarque un retrait considérable des parois de cette partie de l'abdomen à chaque systole ventriculaire.

Après un examen répété pendant quelques jours, le diagnostic porté par M. Vigla fut le suivant : *Anévrysme de l'aorte et abcès froid dans la région du dos, probablement consécutif à l'usure des os voisins par l'anévrysme ; contiguïté de cet abcès avec la poche anévrysmale. Compression de la trachée-artère et de l'œsophage par l'aorte malade.*

Pendant les dix ou douze jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, l'état du malade parut stationnaire et plutôt amélioré par le repos. Le pronostic, nécessairement grave quant à l'issue de la maladie, ne faisait pressentir celle-ci, sauf accident, que dans un délai assez éloigné.

Le 5 juillet, le malade est plus agité, il dort moins bien ; sa figure paraît plus altérée ; il se plaint de douleurs à la région épigastrique ; la dyspnée ne paraît pas très-augmentée, elle est toujours modérée.

Le 9, du sang noirâtre, coagulé, semblable à de la gelée de groseille, est rejeté au milieu des efforts de toux ; sa quantité peut être évaluée à une demi-once.

Le 10, dans le milieu de la nuit, le malade est pris d'une envie subite d'aller à la garde-robe ; il rend un litre de sang pur environ. Sur les six heures du matin, il rend de nouveau par le rectum un litre de sang pur.

Au moment de la visite du matin, le malade présente tous les signes extérieurs d'une hémorrhagie abondante ; pâleur des téguments, refroidissement des extrémités, petitesse extrême du pouls, etc. Sa connaissance est entière ; il raconte lui-même très-exactement tout ce qui s'est passé.

La dyspnée n'a pas augmenté dans l'œsophage.

Diagnostic : ouverture de l'anévrysme dans l'œsophage. — Le malade succombe dans la journée, à onze heures : vingt-huit à trente heures après le début de l'hématémèse, dix à douze heures après la première hémorrhagie intestinale, sans présenter de nouveaux phénomènes.

Autopsie faite le 11 juillet à huit heures du matin. — La tumeur de la région dorsale avait beaucoup diminué de volume et faisait à peine saillie au-dessus des téguments. Elle présentait une fluctuation manifeste ; la région ayant été disséquée couche par couche, on découvre une poche dont les parois paraissent assez épaisses, et qui s'étend depuis le bord supérieur de la cinquième côte jusqu'au bord inférieur de la septième.

Les parois de cette poche ayant été incisées, il s'écoula un pus épais, phlegmoneux, dont la quantité put être évaluée à un demi-verre environ. La cavité même de l'abcès était traversée par la septième côte, fracturée au niveau de son collet, dénudée de son périoste et présentant extérieurement tous les caractères d'un os nécrosé. La cinquième et la sixième côte, dénudées de leur périoste, mais ne présentant pas de solution de continuité, traversaient aussi la cavité de l'abcès.

A l'ouverture de la poitrine, on constata aussitôt l'existence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. On put vérifier d'une façon très-exacte que le cœur, l'aorte et le foie répondaient aux limites qui leur avaient été assignées pendant la vie et qui avaient été tracées sur les téguments. Le foie ne débordait pas le rebord des fausses côtes, son volume était normal ; il en était de même du cœur, qui ne paraissait point hypertrophié. L'aorte, considérablement augmentée de volume, débordait le bord droit du sternum d'environ sept à huit centimètres et remontait en haut jusqu'au bord supérieur de la deuxième vertèbre dorsale. Au moment où elle s'enfonce en arrière pour gagner les parties latérales de la colonne vertébrale, la crosse de l'aorte déborde le bord gauche du sternum de cinq à six centimètres environ.

On procéda ensuite à l'enlèvement de ces organes. Pour cela on sola les artères carotides, les sous-clavières, le tronc artériel brachio-céphalique, qui, coupés à leur partie supérieure, purent être enlevés avec l'aorte, au niveau des parties latérales gauches de la troisième et de la quatrième vertèbre dorsale, là où l'aorte est devenue descendante ; les parois de ce tronc artériel faisaient complétement défaut et étaient remplacées par le corps de ces mêmes vertèbres, déjà usées dans une assez grande étendue.

Immédiatement au-dessous, l'aorte décollée était en rapport avec la partie intra-thoracique de la tumeur qui faisait saillie dans le dos ; elle se trouvait immédiatement accolée à cette partie de l'abcès ; il n'existait à ce niveau aucune perforation, soit de l'aorte, soit de l'abcès. Il fut facile de constater que la face interne des cinquième, sixième et septième côtes était aussi dénudée de tout périoste, et que les articulations costo-vertébrales gauches de ces mêmes vertèbres étaient remplies de pus.

Au niveau de la quatrième vertèbre, mais près de la ligne médiane, l'aorte se trouve intimement adhérente à l'œsophage, que l'on est obligé d'enlever avec la poche anévrysmale. La trachée est considérablement aplatie dans le sens transversal, mais elle ne présente ainsi que les deux bronches aucune trace d'usure ; aucun des autres organes environnants, vaisseaux, nerfs, poumons, etc., ne présente de signe de compression.

Le cœur présente son volume normal, les parois des ventricules et les oreillettes ont leur épaisseur normale ; les valvules de l'artère pulmonaire, les valvules auriculo-ventriculaires, ainsi que les orifices auxquels appartiennent ces mêmes valvules ne présentent aucune altération. Les valvules de l'artère aorte présentent à leur bord libre des noyaux athéromateux peu considérables ; elles ne laissent échapper que goutte à goutte et très-lentement le liquide introduit dans le tronc de l'aorte. L'orifice aortique a 9 centimètres de circonférence.

L'artère aorte, ouverte dans toute son étendue, présente dès son origine des dépôts athéromateux et calcaires, qui tapissent toute sa cavité. Dans sa partie verticale, ils sont presque partout recouverts par une membrane lisse semblable en tous points à la membrane interne de l'aorte normale ; sur quelques parties, cependant, des lames calcaires forment sans intermédiaires la paroi interne du vaisseau. Lorsque en s'éloignant de l'orifice aortique on approche de la portion horizontale de ce vaisseau, on voit que la membrane interne n'existe plus. Immédiatement après l'origine de la sous-clavière gauche, dans la partie gauche de la portion horizontale de l'aorte, là où elle forme cette saillie qui débordait le bord gauche du sternum, on trouve des caillots fibrineux épais (d'un centimètre environ), formés d'un certain nombre de couches (huit ou dix) qu'il est assez facile de séparer les unes des autres. Ces caillots *actifs* s'étendent dans la portion descendante de l'aorte jusqu'au niveau de la cinquième vertèbre dorsale.

Immédiatement au-dessous de ces caillots, qui font défaut dans une étendue de plusieurs centimètres, au niveau de la troisième et de la quatrième vertèbre, là où nous avons déjà vu la destruction complète des parois artérielles, on trouve des dépôts athéromateux et calcaires considérables ; on ne trouve plus dans cette partie de l'aorte, qui, du reste, présente des dimensions considérables que nous allons bientôt faire connaître, de traces de la tunique interne ; on voit d'une façon très-manifeste que rien ne sépare ces caillots actifs des dépôts athéromateux et calcaires. Dans deux endroits ces caillots et ces dépôts calcaires n'existent pas, et on trouve deux petites poches anévrysmales peu développées formées par la tunique externe de l'aorte ; ces petites dilatations sont remplies de caillots passifs.

Dans la partie de l'aorte située au-dessous de la cinquième vertèbre dorsale, on ne trouve plus de caillots actifs ; mais les parois artérielles sont encore envahies, comme à l'origine de l'aorte, de dépôts athéromateux et calcaires, qui se rencontrent aussi dans l'aorte abdominale et les iliaques primitives, ainsi, du reste, que dans le tronc brachio-céphalique, les sous-clavières et les axillaires ; mais dans cette dernière partie du système artériel cette dégénérescence est peu développée et ne se montre que par points isolés.

Immédiatement au-dessus de l'orifice des artères cardiaques, l'aorte mesure 12 centimètres de circonférence. Au moment où de verticale elle va devenir horizontale, elle mesure 16 centimètres ; dans sa portion horizontale, entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche, on trouve 17 centimètres. Dans cette même portion horizontale, après l'origine de la sous-clavière gauche, on voit l'aorte augmenter considérablement de volume, et, mesurée là où elle est verticale, au niveau de la partie moyenne de la troisième vertèbre dorsale, elle donne 28 centimètres de circonférence ; au niveau de la quatrième vertèbre, elle mesure 26 centimètres. Son volume diminue presque tout à coup au niveau de la sixième vertèbre, et elle n'a plus que 16 centimètres de circonférence. Enfin, elle se rétrécit de plus en plus et ne mesure dans la dernière partie de sa portion thoracique que 12 centimètres, et dans sa portion abdominale, immédiatement au-dessous du trépied cæliaque, on ne trouve que 7 centimètres de circonférence.

Tels sont les diamètres de l'aorte pris dans ses différentes parties le plus exactement possible. De ces diverses mesures, il est permis de croire que la dernière partie de la portion horizontale de l'aorte et la première de sa portion descendante jusqu'à la sixième vertèbre étaient le siége d'un anévrysme faux ; car c'est là qu'existaient les caillots actifs ; que la tunique interne avait complétement disparu, et que l'aorte avait atteint des dimensions considérables, tandis que dans les autres points de ce vaisseau et en particulier depuis son origine jusqu'à la naissance de la sous-clavière gauche, il existait une dilatation générale. Il faut aussi noter que ce que nous appelons anévrysme faux occupait non pas un point limité du calibre de l'aorte, mais bien toute sa circonférence, qui était presque tout entière tapissée de caillots fibrineux.

L'œsophage fut incisé sur sa partie postérieure, et l'on put alors voir que sa cavité était presque complétement oblitérée par un caillot noirâtre, de formation récente, recouvert en partie par la muqueuse œsophagienne, qui avait tout à fait disparu dans une étendue d'un centimètre carré. Ce caillot fut enlevé, et l'on put constater une communication directe entre l'œsophage et l'aorte, dont les trois tuniques avaient été complétement détruites daus une étendue de 2 centimètres carrés. Cette communication de l'œsophage et de l'aorte avait lieu au niveau de la quatrième vertèbre dorsale ; les deux conduits adhéraient l'un à l'autre intimement dans une certaine étendue ; cette adhérence s'était établie entre la partie antérieure de l'œsophage et la partie postérieure de l'anévrysme qui recouvrait cette partie du tube digestif.

La tunique musculaire de l'œsophage était détruite dans une plus grande étendue ; la muqueuse avait résisté plus longtemps, mais elle était très-amincie au pourtour de la perforation. L'ouverture de l'anévrysme dans l'œsophage, diagnostiquée pendant la vie, était vérifiée par l'autopsie ; le malade avait bien succombé à une hémorrhagie intestinale, qui avait sa source dans la libre communication de l'aorte avec l'œsophage.

L'estomac était considérablement distendu ; une incision partant tout le long de sa petite courbure permit de constater l'existence d'un caillot de sang noirâtre volumineux, dont le poids pouvait être évalué environ à 6 ou 700 grammes. Sa surface interne présentait une rougeur générale qui était le résultat du séjour prolongé de cette masse sanguine dans la cavité stomacale. Il en était de même des parois intestinales ; cette partie du tube digestif et surtout le gros intestin contenaient des caillots semblables, quant à leur aspect extérieur, au caillot de l'estomac.

On trouva au sommet des deux poumons des tubercules jaunes à l'état de crudité en quantité assez considérable. Au sommet droit, quelques-uns étaient même en voie de ramollissement. Nous avons déjà parlé de l'aplatissement de la trachée. Aucune autre lésion du côté de l'appareil respiratoire.

Le cerveau n'a pas été examiné.

Le foie, la rate, les reins, n'offrent rien de particulier.

Nous renvoyons à un deuxième article les réflexions que ce fait a suscitées à M. Vigla.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT. — M. Fleury.

Calcul enchatonné chez un enfant. — Cystotomie latéralisée. — Guérison prompte.

(Observation recueillie par M. Fouilhoux, interne de la salle.)

Les affections calculeuses chez les enfants deviennent de plus en plus rares dans les hôpitaux. Ainsi, autrefois, à l'Hôtel-Dieu de Clermont, il ne se passait pas une année où l'on ne pratiquât quatre, cinq, six opérations de taille. Aujourd'hui on ne les observe que de loin en loin, et souvent une année peut s'écouler sans qu'il entre un seul enfant affecté de la pierre.

Cela tient-il au bien-être plus général qui existe dans les campagnes, à une meilleure nourriture, à une hygiène mieux entendue ? Cela est assez probable.

Les calculs chez les enfants ne présentent pas de grande gravité, on le sait ; l'opération est généralement simple, facile et presque toujours suivie de succès. Aussi jugerais-je parfaitement inutile d'ajouter un fait de plus à ceux qui existent dans la science, si dans la circonstance actuelle il ne s'était pas présenté quelques particularités dignes de fixer l'attention, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue du manuel opératoire.

M. le docteur Theyssier adresse à M. Fleury un jeune enfant, C. C..., chez lequel il a reconnu l'existence d'un calcul vésical. Les signes rationnels et les signes physiques étant constatés, il ne reste donc pour lui aucun doute ; mais ce qui l'a frappé le plus, c'est que le calcul occupe toujours le même point de la vessie. Nous avons eu plus tard la preuve de la justesse de son diagnostic.

Ce petit garçon est âgé de huit ans ; il est issu de père et de mère bien portants, et a quatorze frères ou sœurs tous vivants ; lui-même n'a jamais été malade jusqu'à présent, quoiqu'il présente à un degré assez prononcé les attributs d'un tempérament lymphatique.

Il y a deux ans à peu près qu'il ressentit pour la première fois des douleurs en urinant : elles disparurent au bout de quelques semaines. Se sont-elles montrées depuis ? On l'ignore. Dans une famille aussi nombreuse, les soins que l'on donne aux enfants sont peu minutieux ; il faut bien cependant qu'il n'ait pas souffert beaucoup, puisque l'attention de son père n'a été éveillée que depuis deux mois, et surtout depuis quinze jours ; mais l'acuité des douleurs est devenue telle qu'après avoir pris l'avis de son médecin il a conduit son fils à l'hôpital de Clermont, où il a été reçu le 10 octobre dernier.

Le petit malade éprouve à des intervalles assez rapprochés des envies d'uriner qui parfois ne sont suivies d'aucun résultat ; c'est un simple ténesme ; d'autres fois les douleurs sont intolérables ; elles se font sentir au bout de la verge, puis gagnent la vessie, les hypochondres et la région rénale ; l'enfant se livre alors à des mouvements continuels, il tiraille sa verge, fait des efforts inouïs, qui sont parfois suivis de la sortie de quelques gouttes d'urine mêlée à du mucus qu'on observe dans le vase de nuit ; des glaires abondantes en tapissent le fond ; il n'y a jamais eu de sang.

L'état général de cet enfant est encore bon ; il a de l'appétit ; aussi a-t-il conservé un certain embonpoint.

Une réunion de symptômes aussi tranchés ne devait laisser aucun doute sur l'existence d'un calcul. Une sonde introduite dans la vessie rencontre en effet une pierre qui paraît dure, inégale, mais qui vient si facilement au-devant du cathéter, que l'idée d'un enchatonnement ne s'est pas présentée de prime abord à l'esprit. Le bruit sec que donne le bec de l'instrument est entendu par les personnes placées autour du lit. Toute temporisation était donc inutile.

Le 11 octobre, l'enfant est baigné, prend un lavement purgatif dans la soirée, et le lendemain matin il est opéré, après avoir rendu un lavement simple qu'on lui a donné avant la visite.

L'incision des parties molles, la section de l'urèthre, la division du col de la vessie et de la prostate avec le lithotome de frère Côme sont l'affaire d'un instant ; la plaie fournit très peu de sang : tout semble donc annoncer que l'opération sera promptement terminée ; c'est ce qui n'a pas eu lieu.

Le doigt introduit dans la vessie ne rencontre pas le calcul au niveau du col comme à l'ordinaire ; il en occupe le sommet : c'est seulement en recourbant assez fortement l'indicateur que l'on parvient à en sentir une des extrémités, car il est impossible de le contourner et de le dégager de l'espèce de loge dans laquelle il est enclavé. Il n'y avait plus alors à songer à l'emploi d'une tenette ordinaire. L'opérateur glisse sur le doigt une petite pince à polype recourbée ; il saisit bien avec elle l'extrémité de la pierre, mais ses mors glissent sur les surfaces obliques qu'elle présente.

Après avoir renouvelé sans succès les mêmes tentatives, il recommande à l'un des aides de déprimer fortement l'hypogastre ; le calcul vient alors se présenter au doigt qui est resté dans la plaie ; une tenette droite plus forte que la pince à polype embrasse la pierre dans une plus grande étendue, la retire de l'espèce de loge où elle est placée, et l'amène à l'extérieur.

Ce calcul a la forme d'un ovoïde aplati sur ses deux faces ; il est parsemé d'inégalités et pèse 10 grammes 50. Son grand diamètre a 2 centimètres 1/2 ; le petit, 2 centimètres.

L'enfant est rapporté dans son lit. Comme il avait été soumis à l'action du chloroforme, les douleurs de l'opération avaient été à peine senties ; mais quelques instants après, il a rejeté en vomissant des matières glaireuses ; néanmoins les suites ont été des plus simples : il n'y eut aucun incident particulier, et au bout de dix jours sa mère le ramenait dans la Corrèze.

Les calculs doivent être bien rarement enchatonnés chez les enfants ; la disposition que présente la vessie s'y oppose. Chez eux le système musculaire est peu développé, et l'on ne trouve pas à cette époque de la vie les colonnes épaisses et les loges qui existent quelquefois chez les adultes et surtout chez les vieillards ; c'est dans leurs intervalles que peut venir se loger et se développer un calcul. Il est probable que chez notre malade la cavité accidentelle, dans laquelle était renfermée la pierre, était formée par toutes les tuniques de la vessie.

C'est ainsi que Meckel a vu une pierre chatonnée dans le sommet de la vessie, qui, s'étant resserrée sur elle, l'enveloppait

comme dans un sac dont l'ouverture vers la cavité de la vessie y représentait un second sac (1).

M. Fleury a donné pendant assez longtemps des soins à un malade de Clermont, âgé d'une soixantaine d'années, chez lequel on observait quelques-uns des symptômes rationnels de la pierre. Les plus légères secousses d'une voiture, le choc d'un pavé, le faisaient horriblement souffrir; les urines étaient catarrhales, mais le signe pathognomonique manquait; le cathétérisme était négatif; une fois cependant il sembla que dans un effort spasmodique la vessie en se contractant portait le calcul sur le bec de la sonde; il n'y avait plus alors le moindre doute à conserver; une pierre existait, mais elle était renfermée dans une cavité spéciale. Le malade voulait absolument être lithotritié. M. Fleury, après avoir cherché à lui faire comprendre que la première condition à remplir pour briser une pierre c'est de la saisir, l'adressa à Leroy d'Etiolles père, qui reconnut également l'impossibilité de la broyer et qui fit la taille hypogastrique. Il retira un calcul du volume et de la forme d'une figue de moyenne grosseur.

Le malade se rétablit très-bien des suites de l'opération qui lui avait été pratiquée.

Dans la circonstance actuelle, le diagnostic n'offrait pas la même difficulté. Comme à l'âge du petit malade on ne pouvait guère soupçonner l'existence d'un calcul enchatonné, il n'y avait pas à hésiter sur le procédé opératoire à mettre en usage. L'incision de la taille sous-pubienne devait lui offrir une issue convenable.

La pression exercée sur l'hypogastre par la main d'un aide, en déprimant le fond de la vessie, a présenté le calcul aux branches de la tenette.

C'est probablement à cette disposition qu'il faut attribuer la suspension des douleurs pendant près de deux ans; il est possible que la pierre ait été libre et mobile dans le principe, que plus tard elle ait été enveloppée par la vessie, et qu'en acquérant ensuite un volume plus considérable elle ait provoqué les douleurs si vives que ressentait l'enfant.

HOPITAL DU FORT NAPOLÉON. — M. Cabasse.

Observation d'abcès du foie traité par le caustique de Vienne; guérison.

Tous les médecins, soit dans les colonies, soit en Algérie, qui ont publié des mémoires sur l'hépatite et sur les abcès du foie, sont d'accord sur la gravité de cette dernière affection.

Les mémoires de MM. Catheloup, Haspel, qui ont recueilli de nombreuses observations; les travaux de MM. Cambay, Marteney, Casimir Broussais, Périer, tous médecins militaires, qui ont étudié sérieusement la question; les observations publiées dans le *Recueil de médecine militaire*, de MM. Blanvillain, Jurdain, Morel, Renard, Simon, etc.; l'important travail de M. Dutrouleau, médecin distingué de la marine, ne laissent aucun doute à cet égard.

« Ce qui semble indiquer dans les abcès du foie une maladie extrêmement grave qui ne guérit pas, c'est, dit M. Louis, que l'on ne rencontre pas de cicatrices dans le parenchyme de cet organe; nous n'avons jamais rien rencontré de semblable. » (*Mémoire de M. Périer.*)

Dans ce travail, adressé au Conseil de santé, qui a été suggéré à l'auteur par l'observation d'un malade atteint d'abcès du foie, heureusement terminé par la guérison, nous trouvons le passage suivant : « Cette observation, s'étant développée en France, devait montrer une de ces manifestations morbides que les médecins ne rencontrent ordinairement qu'en Algérie; elle allait donner aussi un encouragement à la thérapeutique, en signalant une fois de plus la guérison d'une altération organique que l'on est souvent obligé de reconnaître supérieure aux ressources de l'art. »

Plus loin, il ajoute : « Parmi les trente observations détaillées que renferment les *Mémoires des médecins militaires*, une seule, qui est sans solution définitive, laisse le malade en état d'amélioration; toutes les autres se terminent par des nécropsies. «

Si nous pouvons donc par les antécédents du malade, séjour prolongé en Afrique, fatigue, privations, parfois intempérance, maladies antérieures, diarrhées, fièvres intermittentes; si nous pouvons par la marche de la maladie, par l'examen des symptômes que le malade nous a présentés, prouver que nous n'avons pas commis une erreur de diagnostic, le fait que nous publions peut avoir son importance; il nous a paru, pour tous ces motifs, digne de fixer l'attention du Conseil de santé.

César Aym..., ancien infirmier, caporal au 1er régiment de tirailleurs indigènes, âgé de vingt-trois ans et demi, né à Montpellier, venu en Afrique à l'âge de six mois, d'une bonne constitution, mais détériorée; tempérament difficile à préciser, atteint à diverses reprises de diarrhée, de dyssenterie et de fièvres intermittentes, surtout pendant la campagne d'Italie, entre une première fois à l'hôpital du Fort-Napoléon le 10 février 1863. Le billet d'hôpital porte : fièvre quotidienne récidivée. Le malade n'a pas d'amis à l'hôpital; au bout de quelques jours il réclame sa sortie et retourne à son corps le 16.

Il revient le 28 pour le même motif, présentant un état maladif d'un diagnostic difficile : embarras gastrique, inappétence, langue plate recouverte d'un enduit blanchâtre, constipation opiniâtre, douleur vive à l'épigastre du côté droit, toux assez fréquente qui exaspère sa douleur; face pâle, pas d'ictère, pouls normal, hypertrophie de la rate et du foie, dont le rebord déborde les côtes d'environ 2 centimètres. — Bouillon maigre matin et soir, orge miellée, potion avec 20 grammes de sulfate de magnésie, ventouses scarifiées et cataplasmes laudanisés à l'épigastre; lavement émollient, deux pilules d'extrait de belladone à 0,01 gr. à prendre une le soir et l'autre le lendemain matin.

(1) Observation citée par Boyer.

Le 1er mars, plusieurs garde-robes, douleurs moins vives; les pilules avec l'extrait de belladone, les cataplasmes laudanisés, auxquels nous ajoutons l'eau de Vichy, sont continués pendant quelques jours sans produire de changement appréciable.

Le 8, légère voussure de l'hypochondre droit, qui est tuméfié; la palpation est douloureuse et la percussion pour ce motif impossible. Les selles sont plus régulières, elles sont solides et décolorées; la langue est blanche, l'appétit est presque nul, pas de sommeil; pouls à 65, petit, dépressible. — Vermicelle gras et pruneaux, orge miellée, eau de Vichy, potion calmante, cataplasmes laudanisés qui fatiguent le malade et sont remplacés par une flanelle trempée dans l'eau émolliente et arrosée avec un liniment contenant de l'extrait de belladone, de jusquiame, et de la morphine.

Ces moyens, qui procurent au malade un peu de soulagement et du calme, sont continués pendant quelque temps. Chaque jour la tuméfaction devient plus manifeste.

Le 15, les parois abdominales dans la région du foie sont le siége d'un léger empâtement; nous sentons une tumeur profonde qui nous fait appeler, sur l'existence probable d'un abcès du foie, l'attention de M. le docteur Morisson, aide-major, aussi instruit que dévoué et modeste.

Le 20, à 3 centimètres de la ligne blanche, nous croyons sentir profondément de la fluctuation, symptômes qui nous confirment dans le diagnostic que nous avons porté, et sur lequel nous ne conservons aucun doute le 22.

Ne voulant pas exposer le malade aux graves dangers qui résultent de l'ouverture des abcès profonds par le bistouri, et afin d'exciter et de seconder les efforts de la nature, nous recourons à l'emploi du caustique de Vienne (1).

Une couche de pâte de Vienne de 5 millimètres d'épaisseur et de largeur, et de 2 centimètres de longueur, fut appliquée sur le point où la tumeur faisait le plus de saillie, et fut laissée en place pendant vingt-cinq minutes, afin que le caustique étendît son action le plus près possible du foyer.

Malgré le soin apporté dans l'application, il en résulte une eschare qui dépasse en longueur et en largeur les limites que nous nous étions proposé d'obtenir.

Nous étions disposé à attendre pour donner le temps aux adhérences de se former, nous tenant prêt d'ailleurs à fendre l'eschare avec le bistouri si cela était nécessaire, ou à faire une nouvelle application de pâte de Vienne. Rien de particulier dans l'état du malade après l'application du caustique, sinon que la tumeur au lieu d'augmenter paraît au contraire diminuer. Dès le troisième jour, des cataplasmes avaient été appliqués en permanence pour faciliter l'élimination des parties détruites.

Dans la nuit du cinquième au sixième jour, le malade se sent inondé dans son lit; une quantité considérable de pus était sortie par les bords de l'eschare, qui commençait d'un côté à se détacher.

Le 28, à la visite du matin, la saillie que faisait la tumeur a disparu; le malade se trouve beaucoup mieux. A dater de ce moment, nous avons pu augmenter progressivement l'alimentation et prescrire en même temps les toniques : viandes rôties, vin de quinquina, limonade vineuse, ferrugineuse. L'appétit revient, le malade reprend des forces; le 8 avril, il mange la demi-côtelette, légumes, vin de quinquina; 60 grammes de liqueur arsenicale aux cinq millièmes.

Le pus a continué de couler longtemps encore par la même voie; l'eschare ne s'est détachée complétement que le 16 avril. Aym... est très-impatient de sortir de l'hôpital; il quitte le Fort-Napoléon le 25 dans un état très-satisfaisant, pour aller chez sa mère à Alger passer un mois de convalescence que nous avons demandé pour lui.

Le mode de terminaison, la manière dont le pus s'est fait jour, pourront peut-être paraître extraordinaires; c'est pour ce motif que nous avons insisté à dessein sur la manière dont le caustique a été appliqué. Il a étendu son action plus loin sans doute que nous ne le pensions.

Depuis cette époque, nous avons agi de la même manière chez un malade atteint de kyste à la partie antérieure de la poitrine, et nous avons obtenu un résultat identique; il a guéri sans que nous ayons eu besoin de recourir au bistouri.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 novembre 1864. — Présidence de M. Morin.

M. CH. NAUDIN communique un travail intitulé *De l'hybridité considérée comme cause de variabilité dans les végétaux.* (Voir le *premier-Paris*.)

Anatomie des nerfs. — M. ROUGET présente une nouvelle note sur la terminaison des nerfs moteurs chez les crustacés et les insectes.

Dans sa dernière note sur la terminaison des nerfs moteurs, M. Kühne prétend établir entre le mode de terminaison des nerfs chez les articulés indiqué il y a longtemps par Doyère, et celui que M. Rouget a fait connaître chez les vertébrés supérieurs, une assimilation qui n'est, dit l'auteur, nullement en rapport avec les données de l'observation.

Des nouvelles recherches qu'il a faites sur ce sujet, il résulte, en effet, qu'il n'y a pas identité entre les divers modes de terminaison des fibres nerveuses motrices chez les vertébrés et les articulés. Tandis que chez les articulés et les vertébrés inférieurs le *cylinder axis* ne présente aucune modification d'aspect ni de structure au niveau de son extrémité terminale, dans les trois classes supérieures de vertébrés le *cylinder axis* s'épanouit en forme de plaque finement granuleuse accompagnée d'une agglomération spéciale de noyaux plasmatiques. Une seule disposition est commune à tous ces modes de terminaison : partout l'élément essentiel de la fibre nerveuse pénètre à travers le sarcolemme jusqu'au faisceau de fibrilles musculaires, et la substance du *cylinder axis* se met en rapport immédiat avec la substance contractile, sans se confondre ni se continuer avec elle. (Commissaires précédemment nommés.)

(1) Ce procédé, préconisé par Récamier et auquel nous avons accordé la préférence, a été employé sur nous avec succès en 1847 par notre regretté maître Baudens, pour un abcès profond qui était venu faire saillie au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du côté gauche.

Hérédité physiologique. — M. CHASSINAT communique la note suivante sur la ressemblance habituelle entre la mère et son premier enfant.

D'après de nombreuses observations, poursuivies depuis plusieurs années sur des individus de race et de nationalité différentes avec lesquels ma position de médecin dans une station d'hivernage m'a mis en rapport, je crois avoir constaté, sinon comme loi invariable, au moins comme fait très-général, que l'enfant né d'une première grossesse ressemble à sa mère et non à son père, s'il parvient, après une évolution complète, à constituer un être vivant.

La constatation du fait n'est pas toujours facile. Il suffit, en effet, d'une fausse couche ayant eu lieu peu de temps après la première conception, ou d'une première grossesse que la mère a eu intérêt à cacher, pour que la règle semble être en défaut.... La ressemblance porte, en général, soit sur la forme et les traits du visage, soit sur la couleur des cheveux, des yeux et de la peau, soit sur tout cela à la fois. Quelquefois la ressemblance a lieu plutôt avec un membre de la famille de la mère.

..... Existerait-il aussi au *point de vue pathologique* une ressemblance entre la mère et son premier enfant? C'est ce que je n'oserais affirmer; je ne possède pas pour cela de faits assez nombreux. En attendant que j'en aie réuni de nouveaux, je crois pouvoir porter à la connaissance de l'Académie un fait curieux, au point de vue *tératologique*, une ressemblance avec le père, qui ne se manifeste dans les enfants qu'à la seconde grossesse de la mère.

Antoine A..., d'Hyères, présente la singulière infirmité que voici : il porte à chaque main un petit doigt surnuméraire, constitué par une phalangette bien formée, recouverte à son extrémité par un ongle très-bien dessiné. Les deux autres phalanges manquent. Ce doigt est fixé à la partie interne de chaque main, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt normal correspondant, par un mince pédicule cylindrique constitué par la peau. Cet homme porte en outre sept orteils à chaque pied; quelques-uns de ces orteils sont légèrement palmés.

Antoine A... s'est marié fort jeune avec une fille très-jeune également, bien constituée et ne portant aucun vice de conformation. La première couche de cette jeune femme a donné naissance à deux jumelles qui ne présentaient aucune trace de l'infirmité de leur père. Elles ont vécu peu de temps.

Le second enfant fut un garçon encore vivant aujourd'hui et âgé de quatorze ans. Cet enfant apporte en naissant, comme son père, un petit doigt surnuméraire à chaque main; on les lui a enlevés par une petite opération dans son enfance; il présente encore les cicatrices. Il a plusieurs doigts palmés à chaque main (ce que n'a pas son père), et il porte six orteils à chaque pied.

Le troisième enfant, encore vivant et âgé de neuf ans, est un garçon; il portait en naissant aux deux mains le petit doigt surnuméraire déjà décrit, qui lui fut enlevé, comme à son frère, avec un fil de soie; il a plusieurs doigts palmés à chaque main; les orteils sont au nombre de cinq à chaque pied; plusieurs sont palmés et de plus les gros orteils sont aplatis, très-larges et recouverts d'un ongle rugueux, mal conformé et d'une largeur plus que double de celle d'un ongle normal. En palpant ces orteils, on les reconnaît facilement comme formés de deux ou trois petits os reliés entre eux par une masse charnue contenue dans une gaîne commune formée par la peau.

Le quatrième enfant, mort aujourd'hui, était un garçon bien conformé. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Bernard.)

— M. REMAK (de Berlin) dépose une note concernant l'application thérapeutique du courant galvanique constant.

« Depuis l'année 1856, dit M. Remak, j'ai eu plusieurs fois l'honneur d'entretenir l'Académie des effets thérapeutiques et physiologiques du courant galvanique constant, surtout dans les maladies du système nerveux. Pour donner une idée plus nette de ces effets, j'ai apporté cette fois les appareils dont je me sers depuis longtemps, et en profitant d'une permission qu'a bien voulu me donner M. Velpeau, je tâcherai de démontrer les effets du courant constant en traitant pendant les quinze jours prochains dans l'hospice de la Charité. Comme je désire obtenir le jugement de l'Académie sur la valeur physiologique et thérapeutique de ces applications du galvanisme, j'ose la prier de vouloir bien me désigner des commissaires pour constater les résultats obtenus. »

MM. Velpeau, Rayer, Bernard, sont invités à suivre les expériences de M. Remak et à en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

— M. POGGIOLI soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre : *Six nouveaux cas de guérison de maladies diverses par l'électricité statique.* (Commissaires : MM. Rayer, Bernard, Cloquet.)

— M. EM. DECAISNE prie l'Académie de vouloir bien comprendre parmi les pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1865 deux notes qu'il lui a présentées dans le courant de cette année.

— M. LE CONSUL DE FRANCE A CALCUTTA transmet des pièces concernant l'efficacité d'un remède essayé par M. le docteur Baleguer contre la phthisie pulmonaire. (Renvoi à M. Serres, qui jugera s'il y a lieu de soumettre ces pièces à l'examen d'une commission.)

— M. VELPEAU met sous les yeux de l'Académie un brayer qui lui a été adressé de Londres par M. Salt, fabricant d'instruments de chirurgie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 16 novembre 1864. — Présidence de M. Richet.

M. VERNEUIL. Le discours de M. Gosselin est en désaccord si complet avec toutes les opinions qui ont été émises jusqu'à présent dans ce débat, que nous sommes forcé à notre tour de justifier les critiques que nous avons adressées au plan des grands hôpitaux au centre des villes.

M. Verneuil ajoute qu'il ne comprend pas les objections qui ont été produites par les membres de la commission.

Pour M. Broca, tout se résume dans l'encombrement, et M. Gosselin n'accuse guère que la viciation de l'air des salles. Je crois comprendre qu'il suffirait pour les satisfaire de remédier au seul vice qu'ils signalent : il suffirait d'ouvrir largement les fenêtres des salles, et l'hygiène devrait se déclarer satisfaite.

Que l'on se montre difficile sur les preuves, rien de mieux ; mais de ce qu'une opinion n'est pas démontrée par des chiffres, il ne s'ensuit pas qu'elle soit sans valeur, et en vérité l'hygiène générale, le bon sens et l'observation journalière ont déjà répondu aux doutes de nos contradicteurs.

Oui, il est certain que pour les malades et les gens bien portants l'exposition au nord est moins bonne que les trois autres. Oui, il est certain que le voisinage de l'eau est fort nuisible aux riverains. Pour juger la valeur comparative des grands hôpitaux des grandes villes et des petits hôpitaux de la campagne, il faut partir de données générales qu'on ne saurait contester.

Dans un lieu quelconque, la mortalité croît avec la condensation des individus, et les grands centres industriels en ont trop malheureusement fourni la preuve. Dans une même ville, la mortalité diffère singulièrement suivant les quartiers.

A l'autre extrémité de l'échelle mortuaire se trouvent les contrées où la population est rare, disséminée, les quartiers bien bâtis, bien exposés, et jouissant des bienfaits d'une hygiène bien entendue.

Autre argument qui n'a pas besoin d'être étayé par des chiffres. Un père de famille soucieux de sa santé et de celle des siens, ayant le choix du lieu, ira-t-il planter sa tente au fond d'une impasse, dans un entre-sol obscur et sans air, ou à l'angle d'une rue glacée par le vent du nord, ou sur le bord d'une mare infecte? Mettra-t-il pendant la nuit tous les lits dans la même pièce, ou tiendra-t-il en janvier portes et fenêtres largement ouvertes ? Ces questions n'ont pas besoin de réponse.

En hygiène, Dieu merci, tout n'est pas incertain, et nous possédons des bases et des documents consacrés par l'expérience. Certes, nous savons bien qu'un hôpital étant une agglomération d'individus, implique déjà par le fait un certain degré d'insalubrité. Mais il nous reste la possibilité et le devoir de réduire à leur minimum les chances mauvaises. L'agglomération étant inévitable, il s'agit d'en atténuer autant que possible les inconvénients ; pour cela, que faut-il faire? Le bon sens l'indique : s'éloigner le plus possible des conditions où la concentration devient désastreuse, se rapprocher autant que faire se peut de la dissémination de la campagne ou au moins de la pratique privée.

Donner aux malades d'hôpital de l'air, de la lumière, de l'espace, du soleil, les réunir en petit nombre, les soustraire aux influences délétères des grandes villes, etc., toutes conditions dont M. Gosselin paraît faire assez bon marché, et qui, à nos yeux, sont au contraire de la plus haute importance.

La voie que nous proposons à coup sûr n'engendrera ni malheurs, ni regrets, ni remords.

Quant aux besoins de l'enseignement, je crois avoir démontré précédemment qu'il a tout à perdre à la construction d'un hôpital populeux et partant insalubre.

J'adresserais volontiers un dernier reproche à M. Gosselin, c'est l'incertitude où il nous laisse : il nous avait promis de dévoiler les inconvénients des petits hôpitaux excentriques et les avantages des grands hôpitaux du centre, il ne nous a nullement démontré ces promesses.

M. GOSSELIN. Je me suis élevé avec force dans la commission dont on vient de parler contre le projet de pavillons réguliers conformément au système de Tenon adopté à Lariboisière et à Beaujou. Je tiens d'ailleurs à ce qu'on sache bien que je représente mes propres idées et non celles d'autrui.

J'admets très-volontiers le moyen de ventilation naturelle que vient de proposer M. Giraldès, et je suis d'avis qu'on adopte tout autre qu'on proposerait pour aider au renouvellement naturel de l'air dans les salles.

M. Verneuil vient de mettre en relief la difficulté de la question en faisant entendre que nous ne savions pas à quelle limite s'arrêtait l'encombrement. Qui dit hôpital dit rassemblement de malades, et qui dit rassemblement dans des salles dit viciation de l'air. On ne peut empêcher cette viciation de devenir nuisible que de deux façons : ou en donnant pour chaque malade des espaces très-considérables, ce qui me paraît impossible à réaliser, ou en corrigeant la viciation de l'air dans les espaces restreints, mais plus grands que ceux qu'on a donnés jusqu'à présent.

Quant à l'objection qui m'est adressée des meilleures qualités de l'air hors des grandes villes que dans leur intérieur, je réponds que je ne l'ai pas nié. Je prétends seulement que je ne sais pas et que personne ne sait aujourd'hui d'une façon péremptoire si les maladies graves dont on meurt dans les hôpitaux, et je pense de suite à la fièvre typhoïde, à la pneumonie, à la phthisie galopante, etc., seraient moins graves et donneraient moins de mortalité lorsque les sujets, après en avoir été atteints dans Paris même, seraient conduits et traités hors Paris. De même, personne n'a les documents nécessaires pour prouver que ces mêmes maladies guériraient mieux dans un petit hôpital que dans un grand. Si j'avais voulu user et abuser des statistiques en bloc, j'aurais rappelé que la mortalité la plus faible, celle de 1 sur 10 environ, a été trouvée depuis trois années à l'hôpital de la Charité, et pendant la période de 1845 à 1854 à l'Hôtel-Dieu, le plus grand hôpital de Paris (800 lits), et que l'hôpital Cochin, le plus petit, quoique venant dans un bon rang, n'occupe encore que la seconde ou la troisième place. Mais je me suis expliqué sur les statistiques en bloc et leurs illusions possibles. Laissons-les de côté ; mais reconnaissons que nous n'avons pas les matériaux nécessaires pour donner des preuves en faveur de telle ou telle espèce d'hôpital.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Anus artificiel. — M. J. ROCHARD, membre correspondant, met sous les yeux de la Société une pièce pathologique relative à un sujet dont il l'a déjà entretenue deux fois.

C'est l'anus artificiel d'un enfant du sexe masculin opéré par le procédé de Littre le 15 octobre 1859, et mort du croup le 24 juin 1864.

La tumeur, dont M. Rochard a déjà montré la photographie à la Société, a 25 millimètres de long sur 20 de large ; elle est ovoïde, aplatie et filtrée par son séjour prolongé dans l'alcool. On y distingue facilement les deux orifices : le supérieur, évasé, est situé au fond d'une excavation dont les plis rayonnés convergent vers son centre ; l'inférieur, beaucoup moins distinct, est enseveli au fond d'un des sillons concentriques qui couvrent la tumeur. La portion de peau qui entoure la tumeur et qui a été enlevée avec elle est parfaitement saine, et ne présente ni érosions ni gerçures.

En examinant la pièce par sa face interne, on voit les deux bouts de l'S iliaque, sur laquelle l'instrument a porté, converger vers l'ouverture faite aux parois, sans adhérer entre eux. Une anse de l'intestin grêle est venue se placer dans l'angle qu'ils forment en se réunissant, sans pénétrer dans l'ouverture.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 20 novembre 1864, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Minvielle et Pau Saint-Martin, médecins principaux de 2e classe ; Bertrand et Duboz, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : M. Candelé, pharmacien-major de 1re classe.

— M. le docteur Guionis, médecin en chef de l'Asile impérial du Vésinet, vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Charles III d'Espagne.

— Les cours publics sont peu nombreux cette année à l'Ecole pratique, et peut-être y aurait-il lieu d'en rechercher la cause. En revanche, nous devons une mention spéciale au brillant enseignement que M. le docteur Legrand du Saulle vient d'inaugurer, en présence d'un très-nombreux auditoire, sur la *médecine légale des aliénés.* Notre honorable confrère, dans ses deux premières leçons, a discuté avec beaucoup d'art et de netteté de difficiles questions se rattachant à la fois à la philosophie, au droit et à la médecine. M. Legrand du Saulle possède de précieuses qualités professorales, et son cours sera évidemment l'un des plus suivis pendant le semestre d'hiver.

(*France médicale.*)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Barilleau, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, et de M. Canuet père, médecin du ministère d'Etat.

— M. Bouchut commencera son cours de pathologie interne le vendredi 2 décembre, à quatre heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

— *Erratum.* — Une erreur s'est glissée dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* (page 631), où se trouve le discours de M. Gosselin.

Au lieu de 10 amputations de jambe ayant donné 3 guérisons et 7 morts, *il faut lire :*

Les amputations de jambe, au nombre de 14 (dont 3 traumatiques), m'ont donné 7 guérisons et 7 morts.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité du rhumatisme musculaire. Nouveau mode de traitement de cette maladie et des névralgies en général. Règles d'applications topiques du chloroforme ; par le Dr DUPUY (de Frenelle). Prix : 2 fr. 50. Chez Asselin, libraire, et chez l'auteur, rue Montmartre, 15.

En vente chez Adrien DELAHAYE, libraire-éditeur, place de l'Ecole de médecine.

Des affections blennorrhagiques et de leur traitement, par le docteur CULLERIER, chirurgien de l'hôpital du Midi, etc. Un vol. in-8°. Prix : 4 fr.

Maladies des organes génitaux de la femme, par le docteur GUÉRIN, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, etc. Un vol. in-8°. Prix : 7 fr.

Leçons sur les hernies, faites à la Faculté de médecine de Paris par le professeur GOSSELIN. Un vol. in-8°, avec figures. Prix : 7 fr.

Le Directeur, Dr R. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 140. — JEUDI 1er DÉCEMBRE 1864.

(37e ANNÉE.)

N° 140. — JEUDI 1er DÉCEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DU L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 NOVEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Depaul a terminé dans cette séance la lecture de la partie scientifique de son rapport annuel sur la vaccine. Cette partie scientifique traite, comme on le sait, de la question de la transmission de la syphilis par la vaccination. L'Académie, après cette lecture, a perdu une demi-heure à discuter si elle entendrait ou non la lecture de la partie administrative du rapport. La majorité s'est prononcée pour la négative et on a passé outre. Reste entre les mains de l'Académie un thème à discussion, car c'est évidemment à elle et à elle seule que s'adresse la partie scientifique du rapport. Cette discussion ne pourra venir qu'après la séance annuelle, qui est fixée pour le deuxième mardi de décembre. D'ici là, les contradicteurs auront tout le loisir pour fourbir leurs arguments. Pour nous, nous attendrons, pour en dire notre sentiment, que ce document ait été imprimé.

A la fin de la séance, M. le docteur Titon a présenté un malade qui porte une tumeur lipomateuse d'un volume monstrueux. On trouvera quelques détails sur ce fait pathologique dans le compte rendu. — Dr Brochin.

TRAVAUX DU CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Nous avons sous les yeux les deux derniers rapports sur les travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité, rédigés par M. A. Trébuchet, membre et secrétaire de ce Conseil; le premier pour la série d'années de 1849 à 1858, et le deuxième pour les années 1859, 1860 et 1861. Ces deux rapports, comprenant une période de treize années, ne sont pas importants seulement par la quantité de questions et de points d'hygiène publique qu'ils traitent, ils le sont encore par la consécration pratique qu'ils donnent aux principes qui ont présidé à la première organisation régulière et générale des Commissions d'hygiène d'arrondissement en France, et à la reconstitution du Conseil de salubrité de Paris, qui en était depuis longtemps comme le précurseur et le modèle.

Le premier de ces rapports, en effet, inaugure en quelque sorte une ère nouvelle pour les travaux du Conseil de salubrité de Paris. Aussi M. Trébuchet, son savant secrétaire, chargé à ce titre de la rédaction des rapports généraux, a-t-il placé en tête de ce premier rapport un historique de la fondation de ce Conseil et des diverses phases qu'il a subies jusqu'à nos jours dans son organisation et dans son fonctionnement. Cet historique est accompagné de tous les documents administratifs et réglementaires qui s'y rattachent, et suivi de notices biographiques sur les membres décédés qui ont concouru par leur savoir, leur zèle et leur dévouement à placer si haut le Conseil de salubrité dans l'estime publique.

Nous recommandons la lecture de cette introduction à ceux de nos confrères qui par leur position s'intéressent plus particulièrement aux questions d'hygiène publique.

Pendant cet exercice de treize années, il est peu de questions d'hygiène professionnelle qui n'aient été examinées, et presque tous les grands sujets d'hygiène publique ont été l'objet d'études ou d'applications nouvelles. On trouvera notamment dans le premier de ces rapports un chapitre sur la salubrité des habitations et des établissements publics, dans lequel sont étudiées les questions de chauffage et de ventilation, sur divers points de l'hygiène des cités ouvrières, des crèches, des prisons, des théâtres, marchés et bains publics; un chapitre sur le service des vidanges, la désinfection des fosses, les dépôts et fabriques d'engrais; sur la salubrité de la voie publique. Sur ces divers sujets, le Conseil de salubrité a émis des appréciations et des jugements qui feront autorité dans la matière.

On comprendra qu'il nous est difficile de faire une analyse complète de tous ces immenses documents. Nous signalerons seulement, en feuilletant avec nos lecteurs ces deux gros volumes, quelques-uns des sujets qui ont révélé des faits nouveaux ou donné lieu à des mesures d'une certaine importance.

Les maladies professionnelles, si dignes de préoccuper le Conseil, lui ont fourni les occasions d'apporter dans quelques professions insalubres d'utiles améliorations.

Au premier rang de ces professions se place celle des cérusiers. Dès l'année 1834, le Conseil a déterminé les principes d'hygiène à établir dans les ateliers de fabrique de céruse; il les a développés en 1837, et s'il n'a pu détruire entièrement le mal, il l'a du moins sensiblement atténué. Ces améliorations sont dues particulièrement à l'emploi des machines, à la fabrication en grand de la céruse broyée à l'huile, et surtout aux soins hygiéniques auxquels les ouvriers sont soumis, conformément aux instructions du Conseil.

Voici le chiffre par lequel se traduisent ces améliorations :

Sur 1,945 malades admis dans les hôpitaux, 15 seulement ont succombé, tandis que dans les dix années antérieures, 121 malades avaient succombé sur 3,149.

La profession des ouvriers fondeurs en bronze a été aussi l'objet d'une enquête qui a conduit à l'adoption d'une mesure hygiénique dont les bons effets n'ont pas dû tarder à se manifester.

Il a été démontré par des observations nombreuses appuyées de relevés statistiques comparatifs, que les affections inflammatoires et catarrhales de la poitrine étaient plus communes chez les ouvriers fondeurs que chez les ouvriers des autres industries en général; que prématurément, et assez longtemps avant l'âge où cette maladie se montre habituellement chez les autres hommes, un certain nombre d'ouvriers fondeurs devenaient sujets à des accès d'*asthme* et à l'emphysème pulmonaire, et que ces divers accidents, plus communs dans les ateliers mal ventilés, obligeaient assez fréquemment les mêmes ouvriers à changer d'état. Il s'agissait d'en rechercher la cause. On a cru la trouver dans l'usage que faisaient ces ouvriers d'un mélange pulvérulent dans lequel entraient des matières siliceuses pour saupoudrer les moules. La substitution de *ponsifs* de poussier de charbon pur aux *ponsifs* sableux ou mélangés de matières siliceuses, motivée sur l'innocuité démontrée par de nombreux exemples de la respiration des poussières charbonneuses, et l'établissement d'un bon système de ventilation des ateliers, telles sont les mesures que le Conseil a prescrites.

La substitution de l'oxyde de zinc au blanc de céruse dans l'industrie du blanchissage des dentelles, est encore une mesure d'une grande utilité et qui pourra prévenir de graves accidents.

Les matières destinées à l'alimentation, les nombreuses falsifications dont elles sont l'objet, les procédés de conservation, les dangers inhérents à certaines manipulations, la recherche des moyens de multiplier les ressources alimentaires, font le sujet du cinquième chapitre.

Les questions de panification, de falsification des farines, et en général tout ce qui se rattache à cette branche, la plus importante de l'alimentation, ont été de la part du Conseil l'objet d'un sérieux examen.

L'emploi de la viande de cheval à l'alimentation a été examiné au double point de vue de ses avantages et de ses inconvénients, et de la mesure dans laquelle elle pourrait être utilisée. Le Conseil a conclu que l'autorisation de livrer la viande de cheval à la consommation pouvait être accordée aux conditions suivantes :

1° De l'examen préalable, par un vétérinaire désigné, des chevaux destinés à être livrés à la boucherie ;

2° Application des prescriptions qui régissent la vente et le débit des viandes ordinaires de boucherie;

3° Etablissement d'une ou plusieurs boucheries spéciales, avec indication ostensible de la nature de la marchandise;

4° Réserve faite par l'administration de retirer l'autorisation si des plaintes fondées lui parvenaient sur l'emploi de cette viande.

Nous ne sachons pas qu'il y ait eu lieu encore jusqu'ici d'accorder cette autorisation.

Le Conseil a eu à examiner les divers procédés proposés pour la conservation des viandes, et il a donné un avis favorable pour plusieurs d'entre eux.

On se rappelle qu'un sieur Gérard a trouvé le moyen de rendre comestibles les champignons les plus vénéneux, soit par des macérations dans un liquide acidulé ou additionné de sel marin, soit par de simples lavages réitérés. Il en a fait l'expérience sur lui-même, en présence des membres du Conseil.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies du cœur et de l'aorte, par W. STOKES, professeur à l'université de Dublin, etc; traduit par le docteur SÉNAC, médecin consultant à Vichy, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. (1).

Depuis quelques années, la littérature médicale étrangère prend une place de plus en plus importante à côté des ouvrages classiques des savants de notre pays.

Les travaux si remarquables publiés en Allemagne semblent même pousser dans une voie nouvelle toute une génération de travailleurs ardents, mais qui se laissent peut-être emporter par l'attrait des recherches purement scientifiques. Leurs labeurs seront fertiles sans doute, et leurs découvertes fécondes en résultats; mais il est bon que de temps à autre quelques publications viennent nous rappeler qu'avant tout nous sommes des *guérisseurs*.

Pour être bon médecin, il faut être savant; mais un savant, quelque instruit qu'il soit, est parfois un fort mauvais praticien; nous en pourrions citer. Aussi saluons-nous toujours avec empressement l'apparition des ouvrages qui nous replacent sur le terrain de l'observation clinique et de la pathologie proprement dite.

Sous ce rapport, l'école de Dublin forme un contraste marqué avec celle de Vienne. Nous en avions eu récemment une preuve dans les leçons cliniques de Graves; nous en trouvons une preuve nouvelle aujourd'hui dans le *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* de Stokes, l'élève et le successeur, disons mieux, le rival et le rival souvent heureux du célèbre professeur de Dublin.

(1) Paris, 1864, chez A. Delahaye, place de l'Ecole de Médecine.

Justement célèbre en Angleterre, en Allemagne où il est traduit depuis longtemps, en Amérique où il a été réédité, le livre de Stokes sur les maladies du système circulatoire n'était guère connu parmi nous que de réputation, lorsque cette année le docteur Sénac, peut-être poussé vers l'étude des affections cardiaques par le nom célèbre qu'il porte, en a publié une traduction.

Disons-le de suite, le *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* ne nous paraît pas appelé seulement à rendre de grands services à l'étude théorique de ces affections si terribles et malheureusement si communes; nous croyons que le praticien y trouvera la solution de bien des problèmes qui chaque jour se présentent à lui au lit du malade.

L'analyse critique d'un ouvrage aussi considérable serait à elle seule un nouveau livre; nous nous contenterons donc d'un exposé rapide des matières traitées par Stokes : cet aperçu suffira pour en faire comprendre tout l'intérêt.

L'auteur commence par s'occuper de l'inflammation du péricarde, de l'endocarde et du tissu musculaire du cœur. L'article consacré à la péricardite forme une monographie des plus remarquables; il renferme des données nouvelles et fort intéressantes. L'endocardite est l'objet de moins de développements, l'auteur ayant réservé pour le second chapitre l'histoire des affections valvulaires.

Les maladies des valvules du cœur sont étudiées ensuite, à un point de vue tout à fait pratique. Stokes passe assez rapidement sur la question du diagnostic précis des lésions des orifices. Pour lui, la distinction à établir entre ces diverses lésions est relativement peu importante et souvent plus difficile qu'on ne le suppose, en raison de la fréquence des complications. Tout en admettant certains cas typiques où la désorganisation des orifices se traduit par un ensemble de phénomènes qu'il expose avec soin, l'auteur s'attache avant tout à la détermination de l'état dynamique du cœur. Suivant lui, ce sont l'état des cavités du cœur et la force plus ou moins grande de la contractilité de l'organe qui doivent nous guider dans le traitement des maladies des orifices. Cette assertion est corroborée par des faits nombreux et bien étudiés. Qu'on adopte ou non l'opinion émise, il est impossible de nier les ressources inespérées que l'auteur a su en retirer dans des cas où toute médication échoue habituellement.

Le troisième chapitre traite des affections du tissu musculaire du cœur, et comprend subsidiairement une étude fort intéressante du goître exophthalmique, maladie encore peu connue.

Après quelques réflexions très-courtes sur l'atrophie et l'affaiblissement du cœur (chap. IV), Stokes aborde l'histoire de la dégénérescence graisseuse du cœur. Bien qu'il ne consacre qu'une cinquantaine de pages à ce chapitre, il a su en faire un chef-d'œuvre. Nous signalerons plus particulièrement à l'attention du lecteur l'exposé des symptômes de la maladie, ainsi que des désordres cérébraux et pulmonaires qui en résultent.

Dans le sixième chapitre, l'auteur, revenant sur les différents points de la pathologie cardiaque traités jusque-là, donne les règles du traitement à opposer à ces maladies. Toute cette partie est soigneusement étudiée, et ne ressemble en rien aux prescriptions banales inscrites trop souvent dans les livres classiques sous la rubrique *traitement*. Les indications à remplir sont formulées, puis vient une appréciation des divers moyens à employer pour les remplir.

Ajoutons que si le professeur ne tonne pas contre la polypharmacie, il se garde bien, en revanche, de proposer une seule de ces petites formules dont l'efficacité devient bientôt contestable, même pour ceux qui les ont prônées avec ardeur.

Le chapitre suivant a été consacré à l'état du cœur dans le typhus et dans la fièvre typhoïde. Ce sujet est traité longuement, et s'il offre

Mais le Conseil, tout en reconnaissant la réalité des faits, s'est refusé, par des raisons de prudence que tout le monde approuvera, à admettre la demande que lui adressait M. Gérard, de porter ses procédés et les résultats de ses expériences à la connaissance du public. Il lui a paru plus sage de renouveler les avis que l'administration est dans l'usage de publier tous les ans, dans la saison d'automne, sur les dangers de faire usage d'autres champignons que ceux qui sont admis sur les marchés.

Les falsifications des vins, eaux-de-vie, vinaigres, du lait, etc., ont été l'objet d'examens également sérieux. La falsification du lait surtout a été le sujet d'un rapport très-étendu où ont été discutées les questions suivantes : La science est-elle aujourd'hui fixée sur la composition du lait pur et sur les variations que cette composition peut éprouver, suivant les provenances du lait, suivant les saisons et les diverses circonstances naturelles qui sont capables de les modifier?

La science possède-t-elle des moyens certains de constater les fraudes dont le lait peut être l'objet? Ces moyens sont-ils de nature à être décrits dans une instruction générale et officielle qui pourrait être publiée par l'administration?

Existe-t-il un instrument capable de faire connaître d'une manière immédiate et absolue si le lait est pur ou s'il a été plus ou moins falsifié? Quelle est la valeur des indications du lactodensimètre pour les vérifications du lait?

Existe-t-il pour les entrepositaires et les marchands de lait en gros, qui reçoivent le lait des nourrisseurs et des fermiers, un moyen de se mettre à l'abri de poursuites imméritées, pour des fraudes auxquelles ils seraient étrangers, en faisant attribuer ces fraudes à leurs véritables auteurs?

Quel système l'administration doit-elle adopter, pour que la vérification du lait livré au commerce puisse assurer la répression de la fraude sans compromettre la sécurité du commerce loyal?

Le conseil a répondu affirmativement à la première et à la seconde question. Sur la troisième, il a déclaré qu'il ne connaissait aucun instrument capable d'indiquer, à lui seul et directement, si du lait est pur ou s'il a été plus ou moins falsifié; que le lactodensimètre est un instrument utile pour la vérification du lait, qu'il peut démontrer certaines fraudes, mais qu'il est loin de pouvoir les signaler toutes, et qu'il n'est pas susceptible d'une application générale; que les marchands de lait peuvent soumettre le lait qui leur est livré par les producteurs à un contrôle suffisant pour se mettre à l'abri de poursuites imméritées; enfin, que le lait écrémé et dépouillé ainsi d'une partie du beurre qu'il contient naturellement, doit continuer à être considéré comme du lait falsifié.

Consulté, en particulier, sur la question de savoir s'il y avait quelque danger dans l'usage où sont les expéditeurs d'ajouter au lait un peu de bicarbonate de soude pour en empêcher la coagulation dans les temps chauds et pendant les transports à grande distance, le conseil a émis l'avis que cette addition, dans les circonstances dont il s'agit, n'altère en rien la qualité du lait, et qu'elle peut être tolérée dans les proportions ordinaires où elle est nécessaire pour saturer les acides acétique et lactique, sans altérer le goût du lait. Il fait d'ailleurs toutes réserves pour les cas où l'emploi de ce sel présenterait les caractères d'une fraude.

Nous trouvons encore dans ce chapitre des instructions d'une grande utilité pratique sur les liqueurs et sucreries coloriées, sur les vases et ustensiles de cuivre ou autres métaux, sur l'emploi des papiers peints pour envelopper certaines substances alimentaires, sur les moyens de reconnaître dans les eaux distillées la présence des sels métalliques, sur les accidents causés par les sels de plomb employés pour la clarification de certaines boissons, pour l'épuration des sucres ou autres procédés industriels du même genre.

Le chapitre VI comprend les instructions et ordonnances concernant les secours à donner aux noyés, asphyxiés ou blessés, l'examen et la discussion de tous les points qui se rattachent à la question des inhumations précipitées, à la constatation des décès, aux embaumements, au transport des cadavres, à la surveillance et au bon entretien des amphithéâtres d'anatomie, au service de la morgue, du cimetière, des exhumations.

La statistique des décès, dont les éléments se composaient jusque-là d'un tableau nosographique des maladies qui peuvent être cause de mort, d'un relevé statistique des décès par âge, par sexe et par nature de maladie, d'un relevé numérique des mêmes décès par arrondissement et par quartier, s'est accrue pour la période dont s'occupe ce volume d'un relevé des décès par profession. Il faudra plusieurs années pour que cette addition faite au cadre de la statistique des décès conduise à des données utiles dans la pratique.

Les épidémies, maladies contagieuses et épizooties qui ont fixé l'attention du Conseil pendant la période de 1849 à 1858, sont les ophthalmies des enfants constatées dans les crèches et les asiles, la suette de 1849, la petite vérole, la morve aiguë, le farcin, le charbon, l'hydrophobie.

Ce chapitre traite enfin, sous forme d'appendice, de la constatation des naissances à domicile. On connaît tous les efforts qui ont été faits auprès de l'administration pour solliciter l'adoption de cette mesure motivée par les résultats des recherches statistiques très-étendues relatives à l'influence de la température sur la mortalité des enfants nouveau-nés, et nous ajouterions volontiers par le sentiment général. Le Conseil, consulté sur cette question, a recommandé la mesure dont il s'agit à la sollicitude de l'administration.

Nous poursuivrons cet examen dans un deuxième article.

HOTEL-DIEU. — M. Vigla.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. — Abcès pulsatile de la région dorsale contigu à la poche anévrysmale. — Ouverture de l'anévrysme dans l'œsophage (1).

(Observation recueillie par M. Chovau, interne provisoire.)

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR CETTE OBSERVATION.

En résumé, un homme de soixante ans, ayant joui jusque-là d'une bonne santé, ne faisant d'excès d'aucune sorte, n'ayant jamais eu de rhumatisme, ne se rappelant pas avoir jamais eu de maladie fébrile, est pris, dans le cours du mois de janvier de la présente année, de dyspnée habituelle augmentant par les mouvements, de toux, de faiblesse, d'amaigrissement; ces symptômes, qui augmentent rapidement d'intensité, le forcent à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, le 9 février.

Pendant son séjour dans cet hôpital, un nouveau phénomène se manifeste, c'est une tumeur dans le dos. D'ailleurs l'état de sa santé s'améliore sensiblement, au point que se croyant tout à fait guéri, il quitte l'hôpital dans les derniers jours de mai pour aller à Vincennes.

Dans cet asile, il éprouve pour la première fois de la dysphagie : il ne peut manger aussi vite que les autres convalescents; s'il veut se hâter, les aliments s'arrêtent; la suffocation et l'anxiété l'obligent de s'arrêter. Cette impossibilité de se nourrir à la table commune lui fait quitter l'établissement au bout de huit jours.

Une fois sorti et rendu à ses habitudes anciennes, les symptômes qui l'avaient forcé à entrer une première fois à Saint-Antoine se reproduisent bientôt plus intenses, et il est admis à l'Hôtel-Dieu le 22 juin 1864, dans mon service. Cette homme a été de ma part l'objet d'examens nombreux et prolongés; il s'est fait voir à plusieurs de mes collègues médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu.

La lésion principale, la maladie de l'aorte se présentait avec une évidence telle, que nous n'hésitâmes pas un instant à l'admettre. Une exploration attentive permit assez facilement encore de constater que l'aorte seule était malade et que le cœur était à peu près sain, ce que l'autopsie a démontré.

Avoir limité exactement les dimensions de l'anévrysme dans la partie correspondante à la paroi thoracique était une chose très-simple avec le secours de la palpation, de la percussion et de l'auscultation, dont les résultats concordaient parfaitement. L'altération de la voix et la dysphagie s'expliquaient naturellement par les rapports de l'aorte avec la trachée-artère et l'œsophage. Le diagnostic de l'ouverture de l'anévrysme dans l'œsophage, deux jours avant la mort, ne demandait qu'un peu de réflexion en présence de l'hématémèse, de l'hémorrhagie intestinale et de tous les symptômes propres aux hémorrhagies abondantes et brusques. Je n'insiste donc pas sur ces divers points, tous parfaitement connus et établis scientifiquement; mais je demande à m'arrêter sur un élément de la maladie plus rare et dont la nature était plus difficile à déterminer, la tumeur fluctuante du dos.

Elle était située un peu à gauche de la colonne vertébrale; sa partie moyenne répondait à la sixième vertèbre dorsale. Elle était ovoïde, allongée dans le sens vertical, haute de 9 à 10 centimètres, large de 6, avec 2 centimètres 1/2 environ de saillie. Elle était parfaitement indolente à l'exploration par la main, manifestement fluctuante, irréductible, située au-dessous de la peau qui n'avait subi aucun changement dans sa couleur et son épaisseur.

Elle présentait à la vue et au toucher des battements isochrones aux pulsations artérielles; percutée, elle rendait un son mat; par l'auscultation, on entendait deux bruits isochrones à ceux du cœur, tous deux clairs, nets, sans mélange de souffle.

Cette tumeur était-elle formée par un abcès ou par une poche anévrysmale? Les opinions furent partagées. Personne n'eût osé, moi le premier, ouvrir cette tumeur, qui me parut cependant un abcès pour les raisons suivantes : elle était indolente; la peau n'offrait aucune tendance à l'ulcération, condition plus acceptable avec un abcès froid ou par congestion, qu'avec un anévrysme. La fluctuation était uniforme et superficielle.

Les dimensions de la tumeur étaient telles qu'en cas d'anévrysme, il eût fallu admettre l'absorption du tissu osseux et la solution de continuité d'une ou deux côtes, dont on eût alors senti les rebords. De plus, comme ce sont surtout les anévrysmes faux qui amènent ce travail de destruction du tissu osseux, on eût senti, dans ce dernier cas, des parties dures correspondant aux caillots qui existent toujours dans ces sortes d'anévrysmes, et la fluctuation eût été moins superficielle, moins égale dans toute l'étendue de la tumeur. La présence de deux bruits non soufflants, isochrones à ceux du cœur, me paraissait plus favorable à l'idée de bruits transmis, que produits par une tumeur anévrysmale, laquelle eût plutôt donné lieu à un ou deux bruits de souffle, surtout dans le cas d'anévrysme faux, le seul que l'on pût admettre ici.

L'autopsie a constaté l'existence d'un abcès contenant environ un demi-verre d'un pus épais, phlegmoneux. Les parois de cet abcès étaient très-épaisses. Sa cavité était traversée par la septième côte fracturée près de son collet, dénudée de son périoste et necrosée. La cinquième et la sixième côte présentaient les mêmes alterations, moins la solution de continuité, et baignaient aussi dans le pus. L'aorte dilatée mais non perforée adhérait intimement avec la face interne de ces mêmes côtes par sa tunique externe épaissie, indurée, remplie de caillots durs. La tunique interne de l'aorte était détruite à cet endroit, et les caillots se trouvaient en contact direct avec la tunique moyenne, infiltrée de dépôts athéromateux et calcaires.

Ainsi se trouve expliquée la formation du pus par la nécrose des cinquième, sixième et septième côtes, et celle-ci elle-même par un mécanisme bien connu propre aux anévrysmes. Avec cette disposition anatomique, rien de plus facile à comprendre que cette fluctuation superficielle constatée pendant la vie du malade, et la transmission des bruits et des battements par la tumeur fluctuante.

(1) Voir le numéro précédent.

---

moins d'intérêt pour nous que pour nos confrères de Dublin, les considérations dont il est l'occasion ne laissent pas que de présenter matière à bien des réflexions.

Les déplacements et la rupture du cœur forment les sujets des huitième et neuvième chapitres, auxquels succède un travail remarquable sur les troubles fonctionnels du cœur. L'angine de poitrine, les névralgies cardiaques, les palpitations nerveuses, rhumatismales, goutteuses et hystériques, les troubles nerveux dus à certains ingesta toxiques ou non, les redoublements des bruits du cœur, etc., sont successivement passés en revue dans le chapitre X, un des plus importants du livre.

Les deux derniers chapitres traitent des anévrysmes de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale. L'auteur a puisé largement dans des monographies qu'il a publiées antérieurement, sur le diagnostic des anévrysmes de l'aorte et sur le diagnostic des tumeurs du médiastin. Des faits nombreux, la plupart inédits pour nous, lui permettent d'exposer plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'ici les signes de ces affections, et de formuler les règles de leur diagnostic.

L'énumération sommaire que nous venons de faire des matières contenues dans le livre de Stokes suffit à peine pour en donner une idée. Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de reproduire ici quelques lignes de la préface que M. le docteur Sénac a placée en tête de l'ouvrage.

L'habile traducteur, après avoir fait ressortir le caractère essentiellement pratique du travail de Stokes, ajoute : « En prenant pour base de son travail les résultats que lui a fournis sa longue pratique, Stokes se place de prime abord sur un terrain singulièrement favorable au développement de l'enseignement clinique. D'avance il imprime à son œuvre un cachet qui suffit pour en assurer le succès. Les travaux originaux sont rares et forment un heureux contraste avec ces compilations plus ou moins bien déguisées que chaque jour multiplie. C'est donc une chose assez peu commune pour être remarquée qu'un livre qui n'est point fait avec les livres des autres. Et ici le lecteur ne peut s'y tromper. L'auteur nous fait suivre pas à pas le travail intellectuel qui a formé et développé ses convictions. Il nous met en face des obstacles contre lesquels il y a eu à lutter, obstacles contre lesquels nous nous heurtons tous les jours, et il nous indique les moyens qu'il a employés pour les vaincre. S'il conserve des doutes, il les expose avec franchise. Observateur consciencieux, il cherche la vérité avec d'autant plus de chances de la trouver qu'il ne croit pas à son infaillibilité, s'appliquant à lui-même cette maxime que, en médecine surtout, douter c'est apprendre.

» Aussi avec quel soin s'attache-t-il à se défendre de l'influence des idées préconçues qu'on rapporte trop souvent des bancs des écoles, et dont bien des années d'expérience, sinon de mécomptes et de déceptions, ne suffisent pas toujours pour effacer les illusions. « Mettez-vous en garde, dit-il à ses élèves, contre les entraînements » de telle ou telle doctrine; il n'est qu'un maître qui ne trompe » jamais : l'observation intelligente de la nature. » C'est là, en effet, le guide qu'il prend pour lui-même dans tout le cours de son ouvrage, et telle est sa foi dans l'infaillibilité de ce guide, qu'en dehors de ses indications il se défend de chercher un secours dans les déductions de la théorie. Il montre d'ailleurs les faits tels qu'ils sont, avec leurs lacunes, leurs incohérences apparentes et leurs complications, et non pas tels que les suppose l'enseignement dogmatique, c'est-à-dire tels qu'ils devraient être au point de vue spécial où se place cet enseignement. »

Nous venons d'essayer de donner à nos lecteurs un aperçu rapide d'un livre dont la lecture nous a séduit au plus haut degré. Nous ne terminerons pas cependant sans adresser à l'auteur le reproche d'avoir trop souvent passé sous silence les recherches sur les maladies du cœur publiées à l'étranger. Il semble qu'il se soit attaché à ne s'appuyer que sur les travaux de ses compatriotes.

Les noms de Corrigan, de Graves, d'Adam, de Hope, etc., sont sans doute d'un grand poids lorsqu'il s'agit des maladies du cœur. Mais, pour ne parler que des médecins français, nous n'aurions aucune peine à leur opposer des noms tout aussi illustres et au même titre.

Ce reproche que nous adressons à l'auteur retombe en partie sur le traducteur. Nous avons regretté qu'il n'ait pas joint à sa traduction, si élégante et si exacte, des notes où il eût revendiqué pour nos compatriotes une part plus large dans les progrès réalisés de nos jours dans la connaissance des maladies du cœur et des gros vaisseaux.

Somme toute, le *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* est appelé à un grand succès en France. C'est un ouvrage destiné à rendre d'immenses services à la pratique médicale; c'est le plus bel éloge qu'on puisse en faire.

Dr Brongniart,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Testament médical philosophique et littéraire du Dr Dumont (de Monteux), ancien médecin de la Maison centrale du mont Saint-Michel, etc.; ouvrage destiné non-seulement aux médecins et aux hommes de lettres, mais encore à toutes les personnes éclairées qui souffrent d'une manière occulte; publié par une commission composée de MM. Davenne, président; Dr Blatin, Dr Bourguignon, Dr Cabanellas, Dr Cerise, Dr Foissac, Godins, baron Larrey, Dr Amédée Latour et Dr Moreau (de Tours). Un fort vol. in-8° de 634 pages. Prix : 8 fr. — Paris, chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'École de Médecine.

Si le fait d'usure et de fracture d'os par le contact d'un anévrysme se rencontre fréquemment, il n'en est pas de même de la suppuration. Hope (1) dit formellement que l'on ne connaît pas d'exemple de suppuration dans les os érodés au contact d'un anévrysme. C'est une des raisons pour lesquelles il refuse de voir une inflammation dans ce travail de destruction ou d'altération des os. Cette absence constante de pus empêche également Bérard (2) de considérer cet état des os comme une carie ou une nécrose. Il est vrai que cet auteur parle d'abcès développés dans le voisinage des anévrysmes : les choses ont pu se passer ainsi chez notre malade, et les côtes ainsi que les vertèbres se trouver comprises dans le foyer de suppuration sans en avoir été le point de départ. Il y aurait eu coïncidence ou complication de deux lésions distinctes. Je n'insiste pas davantage sur cette circonstance anatomo-pathologique, l'observation que je publie ayant surtout pour but d'éclairer un point délicat de diagnostic.

L'ouverture de la tumeur anévrysmale de l'aorte dans l'œsophage est une complication qui est loin d'être rare. M. Millard a été témoin d'un cas qui offre plus d'une ressemblance avec le nôtre, et en a fait l'objet d'un rapport intéressant à la Société anatomique (3). A cette époque, il avait pu trouver dans les annales de la science un total de 16 observations, dont il a donné le résumé dans son travail.

La dysphagie, qui a manqué dans le cas de M. Millard, est loin d'avoir été aussi fréquente que la théorie tendrait à le faire croire, parce qu'elle a également fait défaut dans onze des faits qu'il rapporte. Elle a été observée à des degrés différents dans cinq cas.

Notre malade commença à rendre un peu de sang par la bouche le 9 juillet. Ce sang était noirâtre, coagulé, semblable à de la gelée de groseille ; sa quantité pouvait être évaluée à un demi-verre ; il avait été rejeté après des efforts de toux, et nous parut, ce jour, provenir du poumon : nous pensâmes à une apoplexie pulmonaire. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas dans cette journée ; mais la nuit suivante, le malade fut pris d'une envie subite d'aller à la garde-robe, et il rendit environ un litre de sang pur, et autant à six heures du matin. A la visite du 10 juillet, le malade était exsangue, la peau pâle, les extrémités froides, le pouls petit et fréquent, en un mot, tous les symptômes d'une hémorrhagie excessive, rapprochés de la dysphagie, de l'anévrysme de l'aorte, de la fausse hémoptysie de la veille, de l'hémorrhagie intestinale de la nuit et du matin, ne nous laissèrent aucun doute sur l'ouverture de la tumeur anévrysmale dans l'œsophage. Le malade mourut à onze heures, environ trente-six heures après le début de l'hémorrhagie.

M. Millard résume ainsi ce qui a rapport à ce symptôme dans les faits réunis par lui : « La mort a toujours lieu par hématémèse ; mais si l'hémorrhagie a été quelquefois foudroyante, elle a pu se renouveler à diverses reprises chez quelques sujets avant de les emporter. Le malade de M. Brichcteau avait pu continuer son travail quinze jours encore après son premier vomissement de sang ; chez celui de M. Sédillot, les hémorrhagies furent également séparées par un intervalle de quatorze jours. Dans une des observations de M. Leudet, les accidents terminaux durèrent trois jours, et permirent de porter à l'avance un diagnostic certain. Dans le cas rapporté par le docteur Armiger et dans celui qui fait l'objet de ce rapport, les évacuations sanguines durèrent de douze à vingt-huit heures. »

Chez notre malade, l'ouverture de communication entre l'œsophage et l'aorte avait lieu au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. Cette ouverture avait environ 1 centimètre de diamètre ; elle était remplie par un caillot de formation récente. Il existait une adhérence intime entre la partie postérieure de l'aorte et la partie antérieure de l'œsophage, au pourtour de l'orifice de communication, dans une zone assez étendue. Les trois tuniques de l'aorte étaient détruites dans une étendue de 2 centimètres, ainsi que cela avait lieu pour la tunique musculaire de l'œsophage. La membrane muqueuse de ce dernier conduit n'était complétement détruite que dans l'étendue de 1 centimètre, et amincie au pourtour, ce qui faisait que, vu du côté de l'œsophage, le caillot obturateur était en partie recouvert par la membrane muqueuse de ce conduit.

Il ressort de cette étude anatomique que la communication entre l'aorte et l'œsophage avait eu lieu par une sorte d'usure des tuniques de celui-ci, et par un mécanisme analogue à celui qui amène l'érosion des os. M. Millard pense que dans le fait observé par lui et dans quelques autres, la perforation aurait eu lieu par gangrène. Je suis très-disposé à admettre que les deux modes pouvaient se produire également.

Tels sont les points de cette observation qui m'ont paru devoir être analysés et commentés, non qu'ils soient les seuls intéressants, mais parce qu'ils sont plus rares, et ont été, pour cette raison même l'objet d'une étude plus minutieuse pendant la vie ou après la mort.

DU DELIRIUM TREMENS

traité par la teinture de digitale à haute dose.

Le docteur Jones Watt Reid a publié récemment dans le numéro d'août dernier de l'*Edinburgh medical Journal*, plusieurs observations très-intéressantes de *delirium tremens* traité par la teinture de digitale et sur lesquels nous désirons appeler l'attention de nos lecteurs. Nous avons déjà publié un fait qui s'est passé à l'hôpital de la Charité et où cette méthode de traitement a été appliquée par M. Bauchet d'après les indications de la pratique anglaise.

Observation I. — J. S..., âgé de quarante et un ans, second maître d'équipage, est un homme de forte constitution ; il fut admis à l'hôpital le 6 juin 1862 en proie à un delirium tremens datant de vingt-quatre heures ; on donna comme renseignement que ce n'était pas la première fois qu'il présentait de pareils accidents. On lui avait donné à trois reprises 1/2 drachme de teinture d'opium, et il avait dormi environ une demi-heure (drachme = 3gr,88).

Au moment de son entrée, il avait du tremblement, mais sans beaucoup de délire ni d'agitation ; le pouls, petit et irrégulier, avait 92 pulsations. Jusqu'à l'après-midi du 9 juin, il fut traité par de l'opium ; on maintenait l'intestin libre par des lavements. Cependant le malade n'avait point un instant de sommeil : il était devenu inquiet, s'agitait et parlait constamment.

A trois heures de l'après-midi (le 9 juin), le pouls étant alors entre 120 et 132, petit et dur, et les pupilles très-contractées, les conjonctives vivement injectées, on administra 31gr,08 de teinture de digitale.

A huit heures du soir, comme le malade n'avait point dormi, on réitéra la même dose, et à onze heures on lui en donna encore deux drachmes. Le pouls continua à être régulier, et tomba à 100 pulsations ; il était donc tombé en quelques heures de 20 pulsations. Le malade était alors beaucoup plus tranquille, et semblait avoir sommeil.

Le 10, après la dernière dose, il demeura tranquille, se retournant seulement de temps en temps, et à quatre heures du matin il s'endormit et ne se réveilla que vers six heures moins un quart de l'après-midi (du reste, je l'ai éveillé moi-même). En se réveillant, il me répondit avec intelligence et paraissait calme. Environ une heure après, vers sept heures du soir, il se leva soudainement avec agitation ; et comme le pouls était à 96, régulier et bon, on donna une nouvelle dose de 2 drachmes.

Le 11, il dormit de dix heures du soir jusque vers cinq heures du matin. Pendant le jour, on lui donna un apéritif ; il mangea un œuf, but du thé de bœuf (*beef-tea*), etc.

Vers le soir, bien que pendant la journée il eût dormi à plusieurs reprises et qu'il parût tranquille, on lui donna deux drachmes de teinture de digitale, espérant ainsi le faire dormir. Il n'avait plus besoin que d'un régime nourrissant avec des apéritifs, du porter, des amers végétaux, un laxatif, etc.

Dans ce cas, le pouls n'a jamais été intermittent et n'est jamais descendu au-dessous de 84° à 90°, bien qu'on eût administré une très-grande quantité de digitale.

Je dois faire remarquer à ce propos que les deux dernières doses de digitale, bien que n'ayant nui en aucune façon, me paraissent être absolument inutiles.

Obs. II. — J. R..., matelot de la marine royale, âgé de quarante-quatre ans, homme de moyenne taille, maigre mais bien musclé, fut admis le matin du 15 juin 1862. Il avait été placé sur la liste des malades de son bâtiment dès le 12. Ayant antérieurement été à terre, il avait fait d'abondantes libations pendant cinq ou six jours.

Les premiers symptômes trouvés furent du tremblement, de l'insomnie, et avec tout cela des vomissements abondants et répétés que l'on chercha vainement à combattre en donnant au malade des opiats.

Le 14, il survint du délire et de temps en temps de l'agitation et des violences, avec exacerbations. Quand il fut admis, il avait beaucoup de délire, était inquiet, mais sans agitation et sans violence : les yeux étaient troubles et vivement injectés ; la langue était rouge, nette, assez humide ; il n'avait ni diarrhée ni constipation. Le pouls, à 116, était plein et fort. On sut, après renseignements pris, qu'il avait un peu dormi dans la soirée du 13.

A dix heures du matin, on lui administra une demi-once de teinture de digitale, et à une heure de l'après-midi, comme il restait à peu près dans le même état, on réitéra la dose. Le malade s'endormit à trois heures de l'après-midi, et resta ainsi plongé dans un profond sommeil jusque vers neuf heures et demie du soir. En s'éveillant, il vomit beaucoup de bile (ces vomissements n'avaient en rien l'odeur de la digitale).

A onze heures du soir, comme il ne s'était point encore rendormi et que le pouls se maintenait entre 96 et 102, et qu'il était très-régulier, on donna deux drachmes ; mais presque immédiatement après le malade vomit de nouveau.

Au bout de quelques minutes il se rendormit, et ne se réveilla que le lendemain au soir. Alors il avait recouvré toute sa raison, et disait qu'il se sentait guéri, mais encore très-faible. Le pouls était à 600, quelquefois intermittent.

Un régime nourrissant, du porter, des aliments végétaux furent donnés ensuite.

Dans ce cas aussi, je pense qu'une dose de trop avait été donnée, et que de même que dans le cas précédent, elle eût été parfaitement inutile.

POTION BÉCHIQUE.

Graves recommande la potion suivante dans le traitement des phénomènes inflammatoires de la bronchite :

Mixture d'amandes.	288 grammes.
Nitrate de potasse	8 —
Tartre stibié.	0 gr. 06.
Teinture camphrée d'opium . . .	12 grammes.

Faire une potion dont on prendra une grande cuillerée toutes les heures.

La teinture camphrée d'opium est inscrite dans la Pharmacopée de Londres de la manière suivante :

Teinture de camphre composée :

Camphre	3 gr. 25.
Opium dur en poudre. . . .	} ãã 4 gr. 32.
Acide benzoïque.	}
Huile d'anis	3 grammes.
Esprit faible.	960 —

Faire macérer pendant quatorze jours et filtrer.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 novembre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une note de M. Brachet relative aux effets de la lumière électrique sur les yeux. (Commissaire : M. Regnault.)

2° Le *Compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans l'Hérault*. (Commission des épidémies.)

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Orezza (Corse), par M. le docteur Perelli ; de Trébas (Tarn), par M. le docteur Pasturel.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bouisson qui adresse à l'Académie le discours qu'il a prononcé à l'occasion de l'inauguration de la statue de Lapeyronie. Ce discours sera imprimé au *Bulletin*.

2° Un mémoire de M. le docteur J. Meugy, de Rethel (Ardennes), sur les associations médicales dites de secours mutuels. (Renvoyé à MM. Guérard et J. Guérin, s'il y a lieu.)

3° Une note sur le traitement du choléra observé en Cochinchine, par M. le docteur Armand, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saïgon. (Commission du choléra, M. Briquet, rapporteur.)

4° Un rapport sur plusieurs cas de rage observés à Batna, province de Constantine, pendant l'été de 1864, par M. Renard, médecin-major à l'hôpital militaire de Batna. (Commission de la rage, M. Bouley, rapporteur.)

(Ces deux dernières communications ont été présentées par M. Larrey.)

5° **Dynamomètre vésical.** — M. le docteur Mallez présente à l'Académie un instrument destiné à mesurer la puissance musculaire de la vessie par la force d'impulsion du jet de l'urine.

Cet instrument, auquel M. Mallez donne le nom de dynamomètre vésical, se compose des parties suivantes :

1° Un tube de 0m,04 de longueur et de 0m,012 de diamètre ;

2° Une petite capsule qui forme l'une des extrémités du tube, le pénètre à frottements doux et reçoit le choc de la colonne liquide ;

3° La capsule est surmontée d'une tige entourée d'un ressort à boudin dont la résistance est connue, et cette tige dépasse l'autre extrémité du tube d'une certaine quantité ;

4° Une goupille placée sur la tige à la sortie du tube s'arcboute au talon d'une aiguille, et lui communique les mouvements d'élévation de la tige en l'abandonnant au point extrême de sa course. Les divisions du cadran que parcourt la pointe de l'aiguille indiquent les divers degrés d'impulsion et le point d'arrêt, la mesure de la plus grande force développée.

Pour se servir de l'instrument, il faut :

1° Placer le sujet dans le décubitus dorsal, dans la position qu'on lui donne pour pratiquer le cathétérisme ;

2° Vider la vessie d'urine ;

3° La remplir de 250 à 300 grammes d'eau à la température de l'urine ;

4° Noter la quantité d'eau tiède injectée qui a déterminé la sensation du besoin d'uriner.

L'instrument est muni d'un embout qui permet de l'adapter à toutes les sondes ; mais il est préférable de se servir d'une sonde à robinet, avec laquelle, en évitant toute déperdition de liquide, on obtient une mesure plus rigoureuse.

Les avantages que cet instrument aura pour l'observation, dit l'auteur, seront les mêmes que ceux qu'elle retire déjà de l'emploi des divers dynamomètres de MM. Marey, Duchenne (de Boulogne), Mathieu, etc., pour le système musculaire de la vie de relation.

Il fera substituer peu à peu à des expressions vagues, telles que jet faible, urine en bavant sur les bottes, etc., ou jet puissant, en arc, des termes exacts et toujours comparables.

Il permettra d'examiner avec précision et de comparer immédiatement les effets des divers excitants, l'eau froide, l'électricité, par exemple, comme je le fais en ce moment sur les contractions vésicales.

Il servira à constater le rapport qui existe physiologiquement entre le système musculaire de la vie de relation et la puissance musculaire de la vessie, et par l'étude de ses variations on arrivera à des diagnostics et à des pronostics plus certains qu'une longue expérience permet seule aujourd'hui de porter.

6° **Plessigraphe.** — M. Charrière présente à l'Académie un instrument nommé *plessigraphe*, fabriqué sur les indications de M. le docteur Peter, et destiné à limiter exactement les organes en même temps qu'à les dessiner.

Le plessigraphe est construit d'après ce double principe : réduire au minimum la surface de percussion, et porter au maximum la surface de vibration.



La surface de l'instrument en rapport avec les organes est très-étroite, et le son est amplifié par la tige même de l'instrument.

(1) *Diseases of the art* ; London, 1839, p. 433.

(2) *Dictionnaire de médecine en* 30 *volumes*, art. Anévrysme, p. 22.

(3) *Bulletin de la Société anatomique de Paris* (2e série, t. VI, novembre 1861).

Enfin, le plessigraphe est pourvu d'une pointe mousse mobile, à l'aide de laquelle on peut tracer des points noirs sur les limites des organes, et par suite les dessiner.

RAPPORTS.

Vaccine. — M. DEPAUL termine la lecture de la partie scientifique de son rapport sur la vaccine, relative à la question de la transmission de la syphilis par le vaccin.

Cette lecture terminée, M. Depaul est invité à donner lecture de la partie administrative de son rapport, dont les conclusions ont été votées en comité secret dans une des précédentes séances.

Plusieurs membres, MM. Velpeau et Blot entre autres, demandent que le rapporteur soit dispensé de cette lecture, nécessairement très-longue et qui n'a pas d'intérêt scientifique, et que l'Académie vote de confiance.

D'autres membres demandent qu'on discute d'abord la partie scientifique, la seule qui intéresse l'Académie, avant de passer à la partie administrative.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait remarquer que ce rapport est urgent, qu'il est absolument nécessaire qu'il soit communiqué au ministre assez à temps pour que son approbation arrive à l'Académie avant la séance publique, qui doit avoir lieu dans quinze jours.

Quant à voter le rapport de confiance et sans l'avoir entendu, comme quelques personnes le proposent, cela n'est pas possible; ce serait créer un précédent dangereux.

M. DEPAUL. Mais on n'a jamais fait autrement. Pour ma part, depuis que je suis chargé de ces rapports, je n'en·ai jamais donné lecture intégralement à l'Académie.

M. GIBERT voudrait qu'une discussion fût ouverte sur la partie scientifique du rapport. Bien que pour sa part la question qui y est traitée lui paraisse encore prématurée, on doit savoir gré néanmoins à M. le rapporteur d'avoir réuni et mis sous les yeux de l'Académie une série de faits graves et curieux qui tendent à établir la possibilité de la communication de la syphilis par les procédés de la vaccination. Et cependant, il ne faudrait pas se laisser impressionner outre mesure par l'énumération de ces faits, quelque importants qu'ils paraissent, car ils sont encore bien nouveaux, bien exceptionnels et surtout d'une bien excessive rareté, si on les met en présence du nombre presque infini des vaccinations pratiquées en Europe depuis un demi-siècle.

Je ne crois pas d'ailleurs que cet exposé, qui semblerait destiné à faire juger une question scientifique aussi grave et aussi délicate, par une autorité aussi incompétente dans l'espèce que l'autorité administrative, puisse être convenablement placé dans un rapport officiel. J'y verrais, pour ma part, de très-graves inconvénients, et j'y cherche en vain quelque avantage.

Je comprends très-bien que la sollicitude de M. le rapporteur ait été excitée par de pareils faits et qu'il ait pu croire urgent d'appeler l'attention des médecins sur une question aussi nouvelle et aussi importante. Mais cette attention a déjà été suffisamment éveillée par la publicité donnée à ces faits, puis elle pourra l'être encore davantage par la discussion académique. Je ne prétends pas que le rapport officiel doive être complétement muet sur la question, mais je crois qu'il suffirait d'y insérer une indication générale, telle que celle-ci, par exemple :

« Quelques faits rares et exceptionnels, la plupart recueillis à l'étranger, sembleraient établir que, dans quelques circonstances, une maladie éminemment contagieuse (la syphilis) a pu être transmise par la vaccination : ces faits sont en ce moment l'objet d'une étude toute particulière, tant pour la commission de vaccine que pour l'Académie tout entière, et il y a lieu de recommander plus que jamais aux médecins et surtout aux personnes étrangères à l'art qui se livrent à la pratique de la vaccine, de ne recueillir le vaccin que sur des sujets exempts de toute maladie contagieuse. »

—Plusieurs membres insistant sur l'inutilité de la lecture du rapport administratif, malgré les observations de M. le secrétaire perpétuel, **M. LE PRÉSIDENT** consulte l'Académie, qui décide à une grande majorité que la lecture n'aura pas lieu.

M. le rapporteur quitte la tribune.

Remèdes secrets. — M. ROGER, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

PRÉSENTATION.

Tumeur lipomateuse d'un volume énorme. — M. le docteur TITON (de Châlons-sur-Marne) présente un malade, âgé de vingt-huit ans, qui porte une tumeur remarquable par son développement, sa nature et ses antécédents. Cette singulière production morbide a commencé, il y a quinze ou seize ans, par une petite saillie lipomateuse à la partie postérieure du cou, et qui avait à peine le volume, la forme (sauf la régularité) et la consistance du sein d'un garçon adulte bien portant, il y a environ huit ans.

En 1858, cette duplicature de la peau hypertrophiée dans ses éléments constitutifs pouvait déjà être ramenée sur la tête comme un capuchon. Mais l'accroissement a été tel depuis quelques mois qu'aujourd'hui l'épaule et le bras droit (dans ses deux tiers supérieurs) sont recouverts, comme par un vêtement à l'antique, par cette duplicature cutanée, qui en arrière retombe en besace jusque sur les lombes. Dans la partie la plus déclive, le tissu cellulo-adipeux, également hypertrophié, forme une masse lipomateuse qui par son poids exerce sur le pédicule un tiraillement qui active encore l'accroissement de la tumeur. En sorte que le malade est forcé depuis quelques mois de soutenir cette masse dans une sorte de sac ou *hotte* qu'il supporte avec deux bretelles.

M. Titon fait remarquer que l'anesthésie est complète à partir des points où la peau cesse d'avoir sa structure normale; qu'il existe çà et là sur le tronc, au milieu de la peau saine, de petits îlots lipomateux du volume d'un pois ou d'une noisette. Des productions semblables existent en nombre considérable disséminées sur le corps du père du malade, vieillard de soixante-six ans, d'une bonne santé, malgré une infirmité du membre pelvien droit consécutive au rachitisme dans son enfance. Sa mère, âgée de soixante-trois ans, porte un goître volumineux, survenu après le mariage et ayant augmenté à chaque grossesse. Elle a eu sept enfants, dont les deux premiers sont morts à vingt-quatre ans.

Enfin ce malheureux, dont toutes les fonctions sont à l'état physiologique, ne serait que gêné si, depuis le mois de mars dernier, époque où il a seulement cessé son état de vannier, il ne survenait, à des intervalles variant d'un à deux mois, de la fièvre, des vomissements bilieux, une diarrhée séreuse et un abondant suintement par la tumeur, dont l'épiderme se soulève. Il est anéanti pendant six à huit jours, puis les forces reviennent avec l'appétit. Malgré cela, l'émaciation va croissant, la vie du sujet se portant pour ainsi dire dans cette étrange production pathologique.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

51. Recherches critiques et expérimentales sur les mouvements réflexes, par M. Cayrade.
52. Quelques mots sur les diverses théories et les principales méthodes de traitement de la fièvre typhoïde, par M. Loreilhe.
53. Des anémies et principalement de la chlorose, par M. Cabanes.
54. Quelques considérations sur la mort, surtout au point de vue étiologique, par M. Acosta.
55. Aperçu historique sur les origines de la thérapeutique et de la matière médicale, par M. Vendrand.
56. Du déplacement de la pupille par la méthode d'enclavement (*iridesis*); par M. Fausto Rendon.
57. De l'hypertrophie du membre inférieur dans l'anévrysme artério-veineux, par M. Cordonnier.
58. Du décollement de la rétine et de son traitement chirurgical, par M. Lavagne.
59. Des syphilides malignes et précoces, par M. Dubuc.
60. Considérations pratiques sur l'alimentation, les vêtements, la gymnastique de l'enfance, par M. Garrigout.
61. De la coqueluche, par M. Daude-Lagrave.
62. Epistaxis, sa valeur séméiotique, par M. Sorre.
63. Du pronostic de l'épilepsie, par M. Faucher.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A Bordeaux, la rentrée des Facultés des sciences, des lettres et de l'Ecole de médecine a eu lieu le 15 novembre. MM. les doyens Abria et Dabas, M. Gintrac père, directeur de l'Ecole de médecine, ont successivement rendu compte des travaux respectifs des institutions à la tête desquelles ils sont placés; puis la proclamation des prix a eu lieu dans l'ordre suivant :

ÉLÈVES EN MÉDECINE. — *Première année:* Prix, M. Gachet; 1er accessit, M. Cédassé; 2e accessit, M. Ruaux; 3e accessit, M. Labonotte.

Deuxième année: 1er prix, M. Dessus; 2e prix, M. Duleau; 1er accessit, M. Naud; 2e accessit, M. Lasserre.

Troisième année: 1er prix, *ex æquo*, MM. Loignon et Bordes; 2e prix, M. Dudon; accessit, M. Dutrénit.

ÉLÈVES EN PHARMACIE. — *Pharmacie:* Prix, M. Carles; accessit, M. Parmentier.

Manipulations chimiques: Prix, M. Savinaud; accessit, M. Parmentier, déjà nommé.

— Le nombre des élèves inscrits à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour le premier trimestre de l'année scolaire 1864-1865, est de 125.

— A la suite des concours qui ont eu lieu récemment à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, ont été nommés :

Premier interne, M. Martin.

Internes, MM. Dessus, Dutheil, Lamourdedieu, Calmeille.

Adjoints, MM. Baudrimont, Gachet, Ruaux, Vallade, Espinouse, Labonotte.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Ferry, chirurgien en chef de l'hospice d'Alais; de M. le docteur Jodin, médecin du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement de Paris; et de M. le docteur Marc, directeur du service des secours publics de la ville de Paris.

— M. le docteur Aimé Martin commencera un cours de pathologie syphilitique le vendredi 2 décembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis suivants à la même heure.

Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils musculaires correspondant à la vessie et à la prostate dans les deux sexes, par A. SABATIER. Paris, 1864; in-8° de 42 pages, 4 planches. Prix : 3 fr. 50 c.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 141. — SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 141. — SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.

On se rappelle qu'en 1855 M. le docteur Duchenne (de Boulogne), ayant repris l'étude de la maladie désignée jusqu'alors sous le nom de paralysie essentielle des enfants, a éclairé par ses recherches électro-physiologiques quelques points obscurs de cette affection et qu'il en a, en particulier, établi le diagnostic et le pronostic sur des données plus précises. M. Duchenne fils a recueilli depuis, tant à la consultation de son père que dans les divers services des hôpitaux de Paris, plus de cent observations qu'il a soumises au même procédé d'étude, et qui lui ont fourni les matériaux d'un nouveau travail qu'il vient de publier sur ce sujet.

On sait que le début de la paralysie atrophique de l'enfance est caractérisé d'ordinaire par des accidents fébriles légers qui surviennent le plus habituellement à l'époque de l'évolution dentaire, avant, pendant ou après. Voici les renseignements que M. Duchenne fils a pu recueillir sur 70 observations, relativement à la période fébrile et à sa durée :

Dans sept cas, il n'y a pas eu de fièvre; l'enfant a été paralysé en pleine santé, au milieu du jour, sans aucun dérangement appréciable. Dans un cas, la fièvre n'a duré qu'une heure; dans un autre cas, deux heures; dans onze cas, toute une nuit; dans deux cas, onze jours; dans six cas, de deux à trois jours; dans sept cas, quatre jours; dans cinq cas, cinq jours; dans trois cas, huit jours; dans un cas, dix jours; dans onze cas, quinze jours. Dans les vingt-cinq autres observations, ou la période fébrile avait échappé aux parents, ou les enfants étaient alors en nourrice, et on n'a pu obtenir un récit exact de l'origine de la maladie.

L'âge où se sont produits les premiers accidents de paralysie a été, pour le plus grand nombre, entre dix et vingt mois; les âges extrêmes sont, dans un cas, quelques jours après la naissance, et dans un cas à dix ans. — Ces résultats statistiques concordent avec ceux qu'a constatés M. H. Roger à sa clinique de l'hôpital des Enfants.

Les différentes formes qu'a affectées la paralysie à son début ont été : 25 fois une paralysie complète du membre inférieur droit; 7 fois une paralysie complète du membre inférieur gauche; 10 fois paralysie complète du membre supérieur droit ou gauche; 2 paralysies complètes des membres supérieurs des deux côtés; 9 paraplégies; 1 hémiplégie; 5 paralysies généralisées aux quatre membres; 1 paralysie des muscles du tronc et de l'abdomen; 2 paralysies croisées (membres supérieur droit et inférieur gauche).

La transformation graisseuse des muscles consécutive à la paralysie et qui constitue, d'après les premières recherches de M. Duchenne (de Boulogne) père, le caractère de cette affection, se manifeste à des époques de la maladie très-variables. Non-seulement les malades présentent les plus grandes différences individuelles à cet égard; mais dans le même membre entièrement paralysé au début, on voit certains muscles retrouver leurs mouvements au bout de quelques heures, de quelques jours ou de quelques semaines, d'autres, au contraire, rester paralysés des mois ou des années, sans altération de leurs éléments, tandis que les muscles voisins, recevant leur innervation des mêmes troncs nerveux, s'atrophient promptement et subissent en quelques mois une lésion profonde dans leur nutrition. Dans quelques cas, l'atrophie est tellement rapide et profonde, que l'altération de tissu semble complète en quelques semaines.

De l'étude que M. Duchenne fils a faite de l'atrophie et de la dégénérescence graisseuse des muscles paralysés, il résulte :

1° Que les muscles qui sont le plus souvent altérés dans leurs éléments, sont le jambier antérieur aux membres inférieurs, et le deltoïde aux membres supérieurs;

2° Qu'un membre de la moitié droite du corps est plus souvent paralysé qu'un de ceux du côté gauche;

3° Que les membres inférieurs sont moitié plus fréquemment frappés d'atrophie que les membres supérieurs.

Bien que cette affection paraisse spéciale à l'enfance, on pouvait se demander si elle ne se rencontrerait pas exceptionnellement à l'âge adulte. M. Duchenne a recueilli deux observations de cette affection ou du moins d'une affection tout à fait semblable chez des adultes, l'une dans le service de M. Marrotte, à l'hôpital de la Pitié; l'autre dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu.

L'étude étiologique de cette maladie n'a conduit jusqu'à présent à aucune donnée suffisante, hors ce fait que le travail de la dentition paraît constituer une cause prédisposante. Mais c'est là encore une détermination bien vague et qui ne repose que sur la coïncidence de la plus grande fréquence de la maladie avec cette période de la vie.

Le diagnostic n'est pas tout d'abord très-aisé au début de la maladie. Pendant la période fébrile, avant qu'il y ait lésion du mouvement, il est à peu près impossible de prévoir l'imminence de la paralysie. Il n'y a rien de caractéristique, en effet, dans la fièvre, ni dans les convulsions, ou les troubles gastriques ou autres qui l'accompagnent.

Dans les quelques cas de paralysie de l'enfance que nous avons eu l'occasion de traiter, la fièvre initiale ne nous a paru différer en rien de ces petits mouvements fébriles éphémères, de vingt-quatre ou de quarante-huit heures de durée, si communs chez les enfants, et qui ne laissent à leur suite aucune trace. D'ailleurs cette fièvre manque dans nombre de cas, et l'explosion de la paralysie se fait brusquement, en pleine santé, sans être annoncée ni accompagnée par aucun trouble appréciable de l'état général. Le mouvement fébrile n'a donc, comme on le voit, qu'une valeur diagnostique bien équivoque. Tout au plus peut-il servir d'avertissement. Un médecin qui verra survenir chez un enfant un état fébrile même léger, qui ne sera le prodrôme d'aucune des maladies communes de l'enfance, telles qu'une fièvre muqueuse ou une fièvre éruptive, devra songer à la possibilité de la paralysie en question et fera prudemment de s'assurer de l'état des membres.

La paralysie reconnue, il s'agit de la distinguer des affections analogues qui peuvent survenir à cette époque de la vie. Les phénomènes qui accompagnent son début n'offrent à cet égard rien de spécial et de caractéristique. Un seul signe révèle sûrement la nature de l'affection pour M. Duchenne, c'est celui qui est fourni par l'examen électro-musculaire.

M. Duchenne père (de Boulogne) a établi ces deux propositions, savoir :

1° Les muscles paralysés perdent à des degrés variables leur contractilité et leur sensibilité électrique. La paralysie des mouvements volontaires persiste d'autant plus dans les muscles que ces propriétés musculaires (contractilité et sensibilité électrique) sont plus profondément lésées.

2° Ces mêmes propriétés reviennent progressivement dans les muscles parallèlement avec la contraction. Mais on comprend que les applications de ces deux propositions au diagnostic doivent différer suivant que l'affection en est à la période de paralysie simple ou à la période de dégénérescence. D'après M. Duchenne fils, dans toutes les paralysies de l'enfance, à huit ou dix jours du début, on trouve déjà une diminution ou une perte de contractilité électro-musculaire bornée aux muscles destinés à rester longtemps privés de leur motilité ou à subir une dégénérescence dans leur texture. Mais il ne faudrait pas se hâter de déclarer sains les muscles qui conserveraient à cette époque toute leur excitabilité électrique.

Ce n'est guère qu'après le quinzième jour de la maladie qu'il est possible de déterminer avec quelque précision quels sont les muscles définitivement atteints par la paralysie.

Quand l'absence de contractilité électrique persiste au delà de dix mois, le muscle est menacé d'une dégénérescence à peu près incurable. C'est à partir de ce terme, en effet, que le muscle commence à s'altérer, que sa texture striée disparaît pour faire place au tissu fibreux ou graisseux qui l'entoure.

L'examen électro-musculaire ne peut malheureusement rien

BIBLIOGRAPHIE.

Principes de chimie fondée sur les théories modernes, par M. le docteur A. NAQUET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1).

Sous ce titre, M. le docteur Naquet vient de publier un Traité de chimie sur lequel nous désirons appeler l'attention des médecins. L'auteur annonce dans sa préface que l'ouvrage est destiné surtout aux étudiants en médecine, et qu'il répond aussi complétement que possible aux programmes des examens de fin d'année et de doctorat. C'est donc, à ce point de vue, un Traité de chimie médicale que M. Naquet a voulu faire.

Pour la plupart des médecins ou des étudiants, mais surtout pour les éditeurs, qui dit chimie médicale, dit un petit volume, où sont groupées et expliquées, en dehors d'ailleurs de tout raisonnement et de toute théorie, un certain nombre de réactions que le médecin peut être appelé à reproduire : autrement dit, c'est un manuel qu'il suffirait d'apprendre par cœur pour les examens d'abord, et ensuite pour la pratique médicale. Est-ce de la sorte que M. Naquet a compris la chimie médicale? Assurément non, et nous l'en félicitons. A prendre le mot à la lettre, il n'y a pas plus de chimie médicale qu'il n'y a ni ne peut y avoir de chimie industrielle; il n'y a qu'une seule chimie, la chimie scientifique, basée sur des principes logiques et rationnels, desquels découle toute la partie pratique, et vouloir réduire une science à une question de mémoire et de routine, c'est l'annihiler.

Le moindre inconvénient d'un Manuel de chimie serait d'ailleurs d'être toujours incomplet, et par cela même parfaitement inutile. Quels seront, en effet, les corps dont le praticien aura besoin de connaître les réactions?

Pour ne considérer que les applications de la chimie à la médecine légale, quelles seront les substances qu'il devra savoir rechercher?

Comment faire un choix au milieu de tous les poisons que les ignorants ou les criminels peuvent mettre en usage? Ce choix est impossible à faire : apprendre quelques réactions et négliger les autres, c'est donc absolument perdre son temps.

On ne peut pas, il est vrai, demander aux médecins d'être de vrais chimistes; mais ce qu'on peut et ce qu'on doit exiger d'eux, c'est qu'ils aient des connaissances générales assez étendues pour être à même de comprendre facilement les ouvrages spéciaux, et de pouvoir devenir ainsi en quelques jours des experts éclairés.

C'est ainsi, du reste, que M. Naquet envisage la question :

« Les médecins, dit-il, n'auront une idée réelle des parties de la chimie qui leur sont directement utiles, que lorsqu'ils se résigneront à étudier cette science dans son ensemble... Selon nous, les étudiants s'engagent dans une fausse voie lorsqu'ils négligent la connaissance des lois générales pour s'attacher simplement à la notion matérielle d'une foule de faits dont ils surchargent inutilement leur mémoire. Les ouvrages spéciaux, d'ailleurs, sont à leur portée lorsqu'ils veulent aborder la pratique, et le premier élément d'une manipulation sérieuse consiste dans un jugement assaini par une doctrine positive, qui apprenne à ménager les tâtonnements et à se rendre compte des imprévus. »

Il ne faudrait pas, cependant, considérer l'ouvrage de M. Naquet comme ne pouvant servir qu'aux étudiants en médecine. Sous une forme en apparence très-simple, ce traité est plus qu'aucun autre à la hauteur de la science moderne : on peut même dire qu'il est en progrès sur l'enseignement tel qu'il se fait généralement en France; car c'est le premier traité de chimie français où la nouvelle notation soit adoptée; et nous n'en sommes plus à avoir besoin de démontrer les avantages de ce système accepté par les chimistes les plus illustres, et dont M. Wurtz vient de faire ressortir la supériorité dans ses belles leçons de philosophie chimique et dans son cours du Collége de France.

L'ouvrage complet sera divisé en trois parties : la première partie est consacrée à l'étude des généralités; la deuxième, à la chimie minérale; la troisième, à la chimie organique.

Le premier fascicule, qui vient de paraître, renferme l'étude des généralités et de la chimie minérale.

Les généralités, qui forment toujours une partie si abstraite, nous ont paru être exposées avec une clarté et une précision qui en simplifient singulièrement l'étude.

Nous signalerons entre autres le chapitre des équivalents et celui de la théorie atomique. On sait combien est importante cette théorie, sans laquelle la notion de l'équivalent serait un fait incomplet.

Dans la deuxième partie, nous signalerons les chapitres consacrés à l'étude de l'iode, du kermès, etc. Mais ce qu'il faut surtout noter, c'est le procédé général de description. Au lieu de prendre les corps isolément et les uns après les autres, c'est par groupes que M. Naquet les fait étudier, et les descriptions ainsi faites sont quelquefois moins complètes; elles ont, d'autre part, l'immense avantage de s'appliquer à tous les corps qui ont des propriétés analogues.

Si, par exemple, on connaît bien les propriétés du chlore, on connaît par cela même celles du brome et de l'iode : il n'y a qu'une particularité à se rappeler en plus, c'est que les caractères vont en s'affaiblissant graduellement du chlore à l'iode.

Ce procédé n'est-il pas supérieur à celui qui est généralement employé, de répéter indéfiniment les mêmes propriétés au lieu de se borner à signaler les différences?

Le deuxième fascicule est encore sous presse, et va paraître à la fin du mois. Nous ne pouvons rien dire de cette dernière partie; mais, quoi qu'il en soit, l'ouvrage de M. Naquet est évidemment appelé à rendre de grands services, et nous ne doutons pas qu'il ne soit hautement apprécié par les médecins et par les chimistes.

Dr J. DUBRISAY.

(1) Chez Savy, rue Hautefeuille, 24.

faire prévoir en ce qui concerne les lésions ultérieures du système osseux.

Nous n'insisterons pas sur l'anatomie pathologique. On connaît les résultats des recherches microscopiques de M. Cornil sur la succession des périodes que traverse la dégénérescence du tissu musculaire avant d'arriver à la transformation adipeuse.

La lésion du système nerveux a particulièrement fixé l'attention de M. Duchenne fils. Dans deux cas de paralysie infantile datant de plusieurs années et terminés par la mort, à la suite de maladies intercurrentes, l'un observé dans le service de M. Roger, le second dans le service de M. Bouvier, il a pu constater l'atrophie des tubes nerveux siégeant dans les cordons antérieurs ou latéraux, accompagnée d'une augmentation du tissu conjonctif et de la production en nombre considérable des corpuscules amyloïdes.

Nous n'avons rien à signaler de nouveau dans ce travail, relativement au traitement. La faradisation et l'orthopédie, les seuls moyens actifs mis en usage, arrivent généralement trop tard; et le second, notamment, n'est qu'un expédient palliatif trop souvent insuffisant. C'est dans la première période, c'est au début de la maladie que nous voudrions voir les praticiens s'attacher à instituer une médication assez puissante pour en enrayer les progrès dès son origine. — Tout est à faire encore dans cette voie.

— Pendant que M. Duchenne fils exposait les résultats des recherches anatomo-pathologiques faites jusqu'ici sur l'état des muscles des sujets atteints de cette paralysie, M. Laborde appelait l'attention de ses collègues de la Société de biologie sur une altération particulière qu'il a constatée, ou plutôt sur le degré ultime de la dégénérescence subie par le muscle paralysé, qui, suivant lui, n'aurait pas encore été décrit.

Suivant M. Cornill, qui a, comme on le sait, fait une étude particulière de cette lésion, l'altération graisseuse des muscles passerait par les phases suivantes :

1° Atrophie simple des muscles, diminution dans leur volume sans altération de striation ;

2° Disparition des stries transversales, et plus tard, des fibres longitudinales ;

3° Production de granulations amorphes ;

4° Transformation des granulations amorphes en vésicules adipeuses.

M. Laborde exprime les périodes successives et progressives de l'évolution morbide que parcourent les muscles paralysés, chez les enfants, par les cinq degrés qui suivent :

1er *degré.* Diminution de la striation et développement dans les intervalles libres de granulations moléculaires opaques.

2e *degré.* Disparition presque complète de la striation, persistance seule des fibres longitudinales ; augmentation du composé granuleux.

3e *degré.* La striation a complétement disparu ; diminution des faisceaux de fibres longitudinales, étouffées elles-mêmes sous des amas de granulations.

4e *degré.* A peine quelques linéaments de fibres longitudinales, ne constituant plus en quelque sorte que le squelette du faisceau musculaire ; prédominance considérable des granulations, qui composent à elles seules le contenu de ces faisceaux, devenus eux-mêmes très-rares et très-espacés.

5e *degré.* Enfin, au degré ultime, non-seulement toute trace du tissu musculaire proprement dit a disparu, mais encore le composé granuleux n'existe presque plus ; seuls, les tubes vides transparents et hyalins du myolemme persistent. Ces tubes, très-espacés, sont entourés de fibres de tissu cellulaire et fibreux, auxquelles se mêlent quelques éléments de tissu élastique.

Ces deux derniers degrés expriment l'état des muscles qui ont totalement perdu leur aspect normal et ne sont plus constitués que par une sorte de cordon grisâtre d'apparence fibreuse.

Cette altération, celle du moins dont M. Laborde a pu suivre ainsi toutes les phases et tous les degrés, consisterait donc, du moins dans le cas particulier qu'il a étudié, en une destruction progressive de la fibre musculaire avec l'état granuleux *sans substitution graisseuse*

Tumeur fibreuse de la région fessière.

Depuis plusieurs années, les tumeurs fibreuses semblent se multiplier, et la *Gazette des Hôpitaux* en a publié plusieurs exemples. Il y a quelques mois, nous signalions dans notre *Revue clinique* un fait qui s'était passé à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Denonvilliers. A peu près à la même époque, M. Morel-Lavallée enlevait une tumeur fibreuse du scrotum. Tous ces faits ne sont pas nouveaux, et il en a été observé depuis longtemps. Du temps de Boyer, on les confondait avec les lipomes, sous le nom de lipomes fibreux.

Les tumeurs fibreuses, en dehors des tumeurs fibreuses des mâchoires et des tumeurs fibreuses de l'utérus et de la prostate, qui ont un aspect spécial, se présentent avec les caractères de l'hypertrophie simple. Elles se montrent sous plusieurs formes : tantôt ce sont des hypertrophies du tissu cellulaire, composées de trabécules fibreuses contenant un peu de graisse ; tantôt ce sont des corps ovoïdes composés exclusivement de tissu fibreux ; tantôt, enfin, ce sont des tumeurs fibreuses contenant des vaisseaux abondants.

Une tumeur qui a été observée par M. Guérin présentait un degré plus avancé de l'évolution des tumeurs fibreuses ; la tumeur, qui avait le volume d'un œuf d'autruche, était constituée par une masse dure, molle à sa périphérie, dure à sa circonférence et traversée par des colonnes de tissu fibreux qui séparaient des cavités anfractueuses de toute grandeur. Elle renfermait :

1° Des masses ressemblant à de la chair musculaire ;

2° Des amas de matière caséeuse ;

3° Des matières crayeuses et calcaires ;

4° Des foyers sanguins évidents et isolés, où l'on trouvait de la fibrine coagulée et de la sérosité sanguinolente.

Les portions dures, et qui paraissaient organisées dans la tumeur, renfermaient des éléments exclusivement fibreux, reconnaissables au microscope par des fibres ondulées, feutrées et réunies en faisceau, et qui renfermaient des vaisseaux capillaires dont quelques-uns étaient variqueux.

Les masses fibrineuses et crustacées renfermaient des cristaux de cholestérine au milieu de fragments de fibrine grenue et de granulations sombres, qui disparaissaient par l'addition de quelqes gouttes d'acide chlorhydrique, ce qui est un des caractères des granulations calcaires.

Nulle part il n'y avait de tissu cancéreux, ni de cartilage, ni de tissu fibro-plastique.

Cette tumeur a été présentée à la Société anatomique par M. Duguet, interne des hôpitaux. Voici l'histoire clinique de la maladie :

Un homme âgé de trente-deux ans, d'une bonne constitution et n'ayant jamais eu la syphilis, atteint d'une pneumonie vers l'âge de quinze ans, s'était aperçu, à peu près à ce moment, qu'il portait une tumeur à la fesse droite.

Celle-ci, sans être très-dure, avait une consistance ferme complétement indolente ; elle n'entravait en aucune façon ni la marche ni les autres fonctions. Elle grossit peu à peu jusqu'à l'époque du mariage du malade, il y a neuf ans ; l'augmentation à été plus rapide depuis, sans toutefois causer beaucoup de gêne et sans que la santé générale en ait éprouvé d'atteinte.

A l'époque où le malade est entré à l'hôpital, la tumeur ressemblait à une grosse tête de fœtus placée sous la peau ; elle siégeait à la partie inférieure et interne de la fesse droite. Elle était ovalaire, oblique en bas et en avant, où la grosse extrémité faisait saillie ; la grande circonférence avait 48 centimètres.

La tumeur était régulière ; la peau qui la recouvrait était saine ; des veines dilatées se dessinaient au-dessous de celle-ci ; la muqueuse du rectum était étalée sur la base de la tumeur, qui avait attiré la peau de l'anus sur le côté de la tumeur. Une petite artère rampait encore sous la peau et faisait sentir ses battements en avant dans un point correspondant au pli de la cuisse. C'était sans doute une branche des artères honteuses externes.

La tumeur, mobile en tous sens, pouvait être soulevée et paraissait avoir un poids considérable.

En dedans et en avant, elle était dure, un peu élastique en dehors ; elle avait la mollesse des lipomes ; en quelques points on rencontrait des îlots de substance plus ferme et plus élastique. La palpation du pourtour de la tumeur, le toucher rectal ne permettaient pas de constater l'existence d'un pédicule, ce qui, joint à la mobilité complète de la masse et à sa matité absolue, indiquait nettement qu'il ne s'agissait point d'une hernie. La tumeur offrait d'ailleurs une fausse fluctuation, et il n'y avait pas de transparence.

Il n'y avait pas de douleurs spontanées ; le malade souffrait un peu en allant à la garde-robe.

M. A. Guérin diagnostiqua une tumeur fibreuse. Il enleva la tumeur par deux incisions courbes d'avant en arrière, dans le sens du grand axe de la tumeur, et disséqua celle-ci. L'opération ne présenta aucune difficulté sérieuse. La tumeur enlevée a laissé une vaste cavité au fond de laquelle on sentait l'ischion, le rectum et le coccyx, recouverts de leur périoste et de tissu cellulaire. Le rectum formait la paroi interne de cette cavité, et le muscle releveur de l'anus était intact ; en dehors, le grand fessier était à nu. La seule particularité importante à noter, c'est la nécessité où le chirurgien a été de lier vingt-cinq artères et artérioles assez développées autour de la tumeur.

La tumeur, pesée immédiatement après l'opération, avait un poids de 1,100 grammes.

Cette observation présente un grand intérêt au point de vue du diagnostic : elle montre sur quels éléments on peut fonder celui-ci.

Une tumeur qui avait mis dix-sept ans à acquérir le volume d'une tête de fœtus, qui ne causait aucun trouble de la santé générale, est en général incompatible avec l'idée d'un cancer. Ajoutons que l'absence d'adhérences de la tumeur avec la peau aurait encore empêché d'admettre l'hypothèse d'une tumeur de mauvaise nature. Et dans ce fait comme dans l'observation du service de M. Denonvilliers, l'absence de pédicule était un indice certain que la tumeur s'était développée sur place et ne provenait ni de la cavité abdominale ni du petit bassin.

De la conduite à tenir dans le cas de suspension du travail après la rupture prématurée des membranes.

Quelle doit être la conduite de l'accoucheur en présence d'une suspension du travail, après que les membranes se sont prématurément rompues? Bien des causes diverses, comme on le sait, peuvent arrêter un travail commencé, et les moyens de rappeler le travail interrompu varient naturellement suivant la nature de ces causes. Nous n'entendons parler ici que de la suspension de travail due uniquement à la circonstance de la rupture prématurée des membranes, toute autre cause de dystocie étant écartée et les choses se présentant d'ailleurs dans les conditions normales ou à peu près.

Cette question s'est trouvée posée naturellement à l'occasion d'un fait dont M. le professeur Depaul a entretenu ses élèves dans l'une de ses dernières leçons.

Voici ce fait en deux mots :

M. Depaul est appelé dans les environs de Paris pour donner son avis sur la situation d'une femme arrivée au terme naturel de sa grossesse, et qui était en travail depuis la veille au matin. La poche des eaux était rompue. On avait cru reconnaître la présence du coude de l'enfant. Toute douleur était arrêtée depuis la veille, et rien n'avançait.

M. Depaul partit muni de son arsenal obstétrical, pensant se trouver en présence d'une présentation de l'épaule et avoir à faire probablement une version. Arrivé auprès de la malade, il apprit de la bouche de son médecin que le travail avait commencé la veille au matin d'une manière insolite, par la rupture des membranes et la perte d'une grande quantité d'eau, puis le travail s'était arrêté ; il y avait absence absolue de douleurs depuis ce moment.

La famille était très-inquiète, et demandait avec instance l'intervention de l'accoucheur. Le médecin lui-même paraissait partager cette inquiétude et cette impatience. L'examen de la malade fit reconnaître à M. Depaul que cette femme était bien conformée, qu'elle ne présentait aucune trace de rachitisme. Le col était entr'ouvert et offrait la dimension d'une pièce de cinq francs. Le doigt, introduit à travers l'orifice, percevait la sensation d'un point saillant. En examinant attentivement, M. Depaul reconnut que ce point saillant n'était point un coude, comme l'avait pensé son confrère, mais bien un talon. Il put, en effet, en poussant plus loin son exploration, sentir les malléoles puis les orteils. Il sentit ensuite l'autre jambe dans le voisinage. C'était donc une présentation des extrémités inférieures. Après s'être assuré par l'auscultation que l'enfant était vivant, il s'empressa de rassurer la famille ainsi que son confrère, et déclara qu'il fallait s'abstenir de toute intervention et attendre tout simplement le retour naturel des contractions, qui ne pouvaient manquer de se reproduire, la femme étant d'ailleurs dans de bonnes conditions, exempte de souffrance et dans un état qui pouvait permettre d'attendre sans aucun danger.

Quelques accoucheurs conseillent aux femmes dans ce cas de se lever, de marcher, d'aller et venir, de sortir même, dans le but de réveiller la contractilité engourdie de l'utérus. M. Depaul prescrivit, au contraire, à cette femme de garder le lit.

L'exercice, en pareil cas, a l'inconvénient, si la matrice contient encore une certaine quantité d'eau, d'en provoquer l'issue à chaque mouvement un peu violent, et de provoquer ainsi la rétraction de la matrice sur le fœtus. En prescrivant le repos, on évite un nouvel écoulement des eaux, et il n'y a ainsi aucun inconvénient à attendre le retour spontané de nouvelles contractions.

Ce conseil fut suivi ; et M. Depaul a appris depuis que le soir même le travail avait repris son cours et que les pieds s'étaient présentés d'eux-mêmes à la vulve. Les choses se passèrent ensuite le plus heureusement.

Bien que les faits de ce genre ne soient pas rares, on a vu même dans quelques cas se passer ainsi un, deux et jusqu'à trois jours d'une pareille suspension du travail, après la rupture des membranes. Il nous a paru utile de faire connaître celui-ci, et de rappeler à cette occasion le précepte et l'exemple également sages donnés par le professeur dans cette circonstance.

TRAITEMENT EXPÉDITIF DE LA GALE.

Par M. Auzias-Turenne.

La sagacité de Delpech lui avait indiqué, il y a quarante ans, le meilleur traitement de la gale. Le célèbre professeur de Montpellier y consacre le premier article du premier numéro (janvier 1829) du *Mémorial des hôpitaux du Midi.*

Ce traitement, réduit à sa plus simple expression, consistait en une *friction générale* au savon noir interposée entre deux bains d'une demi-heure chacun et suivie dans la journée de trois onctions à l'huile d'olive.

Les malades de l'hôpital Saint-Eloy se baignaient deux à deux, et chacun prenait le soin de savonner et d'oindre son compagnon. Grâce à cette réciprocité, aucune partie du corps n'était soustraite au bénéfice de la médication.

Delpech n'oublie pas d'instruire le procès du dogme, traditionnel alors, suranné aujourd'hui, de la répercussion.

Dans le *Mémorial* de janvier 1830, il reprend ce sujet, et résume son opinion en une phrase aussi élégante que juste : « Des » lotions alcalines, dit-il, peuvent être employées à détruire les » points saillants de l'épiderme, éventer les *terriers* dans les» quels les insectes se logent, et une huile commune suffit pour » consommer la ruine de ces hôtes incommodes. »

Que manquait-il à une formule si exacte et si nette pour fixer la science et la pratique? Une seule chose, mais elle est importante, un diagnostic assuré.

Delpech, en effet, ne s'appuie que sur la contagion et une démangeaison formicante pour instituer le traitement ; c'est le succès de ce dernier qui lui dénonce la présence du parasite. Le diagnostic n'était ainsi que rétrospectif.

Le chirurgien de Saint-Eloy n'aurait rien laissé à faire après lui s'il avait su dénicher le sarcopte et exclure *a priori* toutes les affections qu'on a longtemps confondues avec la gale.

Le grand nom de Delpech doit avoir sa place marquée dans une histoire impartiale de cette maladie.

C'est à M. Bazin que revient l'honneur d'en avoir établi le traitement définitif à l'hôpital Saint-Louis.

Celui-ci consiste uniquement, comme l'avait pressenti et déclaré Delpech, à exterminer un imperceptible animal.

Rien ne paraît plus simple et plus aisé. Aussi voyons-nous aujourd'hui autant de guérisseurs que de sarcoptes. Ceux-là ne sont ni les moins incommodes ni les plus faciles à détruire. (Extrait des *Recherches sur les maladies contagieuses.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 novembre 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine.

— Une lettre de M. le docteur Patoureau relatant une opération de taille bilatérale pour un calcul enchatonné ayant pour base un crayon.

— M. Marjolin communique une lettre adressée à la Société de chirurgie par M. Ragaine (de Mortagne), à l'occasion de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. Cette lettre est une nouvelle preuve de la supériorité des petits hôpitaux, qui ne sont pas constamment occupés et encombrés comme ceux des grandes villes. Depuis plus de vingt ans que M. Ragaine est chargé du service de l'hôpital, il a eu occasion de soigner un assez bon nombre de malades atteints de blessures graves; de plus il a pratiqué sur des adultes 12 amputations de jambe, 6 de bras, 19 du sein, 3 de la verge, opéré 7 hernies étranglées, extirpé 8 tumeurs diverses, etc. En résumé, le total de ses opérations monte à 86, et sur ce nombre assez considérable, il n'y a pas eu un insuccès; jamais, au reste, notre confrère n'a observé dans son service ces érysipèles ou ces résorptions purulentes dont les conséquences sont si fâcheuses pour les opérés de nos grands hôpitaux.

— M. Follin dépose sur le bureau, au nom de M. Pize (de Montélimart) une observation de *Hernie inguinale du gros intestin; étranglement; kélotomie; irréductibilité; perforations gangréneuses; suture; perforation traumatique; anus contre nature, sans entonnoir, sans éperon; formation de tissu inodulaire sur l'intestin; guérison.*

— M. Giraldès fait hommage à la Société du tome IV de l'ouvrage intitulé : *A system of surgery by various authors*, edited by Holmes. Cette importante publication est la réunion de monographies dues à des auteurs ayant étudié spécialement les questions qu'ils ont développées. Elle renferme un grand nombre d'articles fort importants. M. Holmes sollicite l'honneur d'être placé sur la liste des candidats au titre de membre correspondant: cette demande est agréée.

M. LARREY prononce le discours suivant :

Mon intention ne saurait être de reproduire devant la Société de chirurgie le long discours que j'ai prononcé, en 1862, à l'Académie de médecine sur l'hygiène des hôpitaux militaires; mais je me propose d'emprunter aux grands établissements de l'armée quelques-uns des arguments les plus propres à établir la conviction sur ce qui convient le mieux à la salubrité des hôpitaux en général et à celle de l'Hôtel-Dieu en particulier. Une expérience de trente années dans les hôpitaux militaires, l'habitude de suivre pendant longtemps les hôpitaux civils, la suppléance de M. le professeur Cloquet pendant trois années à l'hôpital des Cliniques, et enfin depuis sept ans l'inspection médicale de la plupart des hôpitaux militaires de la France et de l'Algérie, tels sont les antécédents que je puis faire valoir pour discuter la question qui occupe en ce moment l'attention du corps médical et qui semble suspendre encore l'exécution d'un projet officiel.

Mais, Messieurs, cette question est à la fois si vaste, si complexe, que je ne saurais en séparer les principaux éléments. Je vous demande donc la permission d'apprécier à mon point de vue ce qui a été ou pouvait être dit par plusieurs de nos collègues, et d'y joindre quelques considérations empruntées à la pratique des hôpitaux militaires.

Il passe ensuite à l'étude de l'emplacement d'un hôpital, et s'exprime en ces termes :

Le principe d'établir les hôpitaux *extra muros* est certainement rationnel, toutes les fois surtout que les limites d'une ville ne sont ni trop étendues ni fortifiées. C'est une situation très-favorable que j'ai été à même de constater, dans un grand nombre de localités où m'ont conduit en France mes devoirs d'inspection médicale. Il paraît que hors des murs devraient être surtout placés les hôpitaux d'accouchement, reconnus insalubres au contraire dans l'intérieur des villes.

Mais il n'en serait plus de même pour les grandes villes, où la distance à parcourir étant trop considérable et les besoins de l'assistance publique trop multipliés, nécessitent absolument des hôpitaux *intra muros;* et je m'étonne que l'on ait proposé de transférer tous les hôpitaux à la campagne. Les plus grandes villes de l'Europe ont des hôpitaux dans leur enceinte, comme on le voit à Londres surtout, dont l'organisation hospitalière a été si bien étudiée par MM. Le Fort, Giraldès, Blondel, et par d'autres encore.

La même nécessité subsiste pour les villes fortifiées, grandes ou petites, dont on ne saurait écarter les hôpitaux sans franchir d'abord la distance voulue de la zone militaire et sans les exposer, en cas de guerre ou d'investissement, à devenir non-seulement des établissements inutiles, mais encore des points de refuge ou de retranchement pour l'ennemi.

Reconnaissant toutefois que la situation de certains hôpitaux dans l'intérieur les expose surtout aux funestes effets de l'encombrement, je m'abstiens d'en citer des exemples.

Un fait général m'a quelquefois paru inexplicable par les étranges vicissitudes que peut subir tel ou tel établissement. Soit une caserne, par exemple, placée dans les conditions de salubrité les plus désirables et à peine occupée par un nombre de troupes au-dessous de sa contenance. — Mais cette caserne est neuve ou de récente construction et les hommes y tombent malades.

Près de là se trouve une autre caserne dont le mauvais emplacement, le mauvais état, et l'occupation entière, représentent un foyer d'insalubrité apparente; il n'en est rien cependant, et nulle influence morbide ne s'y manifeste; mais cette caserne est vieille et vouée à la démolition, telle est, par exemple, la caserne de l'Ave Maria près de celle des Célestins.

Y aurait-il là cette influence des habitations particulières, reconnues insalubres lorsqu'elles sont toutes neuves? Je le croirais volontiers. Ce serait donc un point à examiner et à sauvegarder pour l'occupation du futur Hôtel-Dieu.

Son emplacement actuel, depuis si longtemps critiqué, soumis tant de fois à des projets de reconstruction, soit sur place, soit ailleurs, a été, notamment de la part de M. Trélat, l'objet d'une appréciation rigoureuse qui me semble bien fondée. Je n'essayerai donc pas de la reproduire, mais nous devons faire à cet égard de sages réserves en poursuivant d'abord l'examen des conditions applicables à l'Hôtel-Dieu.

S'il pouvait être reconstruit sur un lieu élevé, ce serait une situation assurément préférable à celle qu'il occupe encore ou à celle qui lui est destinée; car on est généralement bien d'accord sur les avantages de cette position pour les hôpitaux, et c'est ainsi qu'il en est souvent pour les hôpitaux de l'armée, soit en France, soit plus encore en Algérie. — Notons cependant qu'il y a des exceptions à cette règle. L'hôpital du Saint-Esprit à Rome, près du Vatican, passait autrefois pour très-insalubre, quoiqu'il fût placé sur un point culminant de la ville.

Il n'en est pas moins vrai que les lieux bas et humides, entourés d'eaux stagnantes, sont tout à fait contraires à l'emplacement d'un hôpital.

Mais il ne faut pas confondre dans cette réprobation le voisinage des cours d'eau, dont le courant même semble plutôt favorable que nuisible à la salubrité de l'établissement. On ne saurait en douter pour les principaux hôpitaux de Lyon, placés sur les bords du Rhône, et on l'a constaté pour l'Hôtel-Dieu de Nantes, dont la reconstruction récente entre deux grands bras de la Loire avait été approuvée par une commission spéciale.

Il pourrait donc en être de même pour l'Hôtel-Dieu, faute d'un emplacement meilleur et à condition d'éloigner cet hôpital du petit bras de la Seine, qui ressemble plutôt à une eau stagnante qu'à une eau courante.

Ici se représente la question des grands et des petits hôpitaux. On conteste en principe, aux grands hôpitaux, les conditions de salubrité, que, toutes choses égales d'ailleurs, les petits hôpitaux possèdent plus sûrement. Je partage aussi cette opinion, qui pourrait, au besoin, se fonder même sur ce que j'ai vu dans les établissements de l'armée. Il y a même eu autrefois, pour la garnison de Paris, de petits hôpitaux, oubliés aujourd'hui, et qui étaient alors des succursales du Val-de-Grâce : tels étaient les petits hôpitaux de la rue des Postes, de la rue Blanche et de Picpus, où en 1832 j'ai partagé avec mon collègue et ami M. Sédillot, un service spécial de cholériques.

Mais si bien installés, si salubres que fussent ces petits hôpitaux, l'administration de la guerre dut les abandonner, parce qu'ils devenaient onéreux, exigeaient plus de moyens de transport et rendaient difficiles l'entretien ainsi que la surveillance du service.

Tels sont, en effet, les inconvénients des petits hôpitaux, on ne peut le nier; mais on ne doit, en définitive, accorder la préférence aux grands hôpitaux qu'à condition d'être largement installés loin des habitations, comme à la campagne, c'est-à-dire au dehors ou aux confins des villes, comme l'hôpital de la Charité, à Berlin, en effet le plus magnifique modèle, ou bien comme quelques-uns de nos plus beaux établissements civils et militaires de France.

Et encore faut-il, pour assurer l'hygiène des grands hôpitaux, pourvoir à leur distribution intérieure avec une intelligente sollicitude pour le bien-être et les besoins des malades.

Je conclurai donc à l'utilité de maintenir les grands hôpitaux, avec toutes les améliorations désirables, en dehors des centres de population, et à la nécessité de n'établir au milieu d'elles que de petits hôpitaux, proportionnés seulement aux exigences d'un service bien dirigé, bien fait et préservé surtout de l'encombrement. C'est à ces conditions seulement qu'un petit hôpital pourrait être reconstruit sans préjudice dans la Cité ou mieux encore dans son voisinage.

La construction d'un hôpital, évaluée à 15 ou 20 0/0 de la superficie totale du terrain d'emplacement, doit avoir ses proportions d'après l'étendue et non d'après l'élévation du bâtiment; on est bien d'accord aujourd'hui sur ce premier point.

Il n'en est pas ainsi de la forme de construction en elle-même, qui varie singulièrement, selon le goût des architectes ou des ingénieurs, et qui devrait cependant s'adapter avant à la santé des malades. La forme rectangulaire d'un seul bâtiment susceptible de s'étendre plus ou moins me semble le système le meilleur, parce qu'il assure l'espace, l'air et la lumière de toutes parts, tandis que les autres formes, en croix, par exemple, comme dans beaucoup d'hôpitaux d'Italie et même de France, en T, en fer à cheval, et surtout en carré fermé, constituent plus ou moins des obstacles aux bienfaits de l'aération.

J'en dirais autant des pavillons séparés si, n'étant point placés sur la même ligne, ils se trouvent trop rapprochés les uns des autres, ou placés les uns devant les autres, se faisant ombre ainsi mutuellement, et se privant en partie les uns par les autres des avantages mêmes que l'on cherche à leur assurer.

C'est pourquoi aussi l'orientation de l'hôpital n'est pas indifférente, comme on l'a supposé. La meilleure paraît être de l'est à l'ouest, à l'instar, par exemple, du palais des Tuileries et du palais de Versailles, préservés ainsi en été de la chaleur du soleil, et en hiver des vents du nord.

L'élévation de l'édifice constitue l'un des points essentiels de la construction. Bally et Tenon, les premiers, ont insisté judicieusement sur l'avantage des bâtiments à un seul étage, en accordant qu'il convient quelquefois d'en admettre deux, mais jamais trois.

Les inconvénients de plusieurs étages superposés, s'infectant de bas en haut, ont été assez prouvés depuis, pour que nous n'ayons pas à y revenir aujourd'hui. Ce vice de construction tend à s'aggraver d'ailleurs d'autant plus, dans les bâtiments à quatre faces fermées de toutes parts, comme les cloîtres, celui du Val-de-Grâce, par exemple. Il en est de même, par analogie, pour les hautes casernes complétement closes. Nous ne saurions trop réclamer à cet égard la sollicitude de l'autorité, afin de prévenir la décision d'une installation aussi défectueuse pour tout hôpital.

Dans la distribution intérieure des locaux, les sous-sols, que l'on a raison de réprouver absolument pour y loger des malades, ne seraient pas sans avantage pour isoler le rez-de-chaussée d'un terrain humide, en assurant à l'édifice les conditions d'assainissement d'une construction sur pilotis.

Au rez-de-chaussée, du reste exhaussé, seraient répartis les différents services de l'administration, la communauté des sœurs, et les dépendances de l'hôpital, pharmacie, cuisine, salle de garde, etc. L'étage supérieur appartiendrait exclusivement aux malades, et à la rigueur un second étage, laissé à peu près vide ou en réserve, servirait à disséminer les convalescents ou à isoler les malades graves.

Un double escalier au milieu séparerait nécessairement le service des hommes de celui des femmes et des enfants, que l'on doit admettre aussi à l'Hôtel-Dieu, mais à part.

Hors ces dispositions bien entendues, tout hôpital menacé d'encombrement serait plus insalubre en temps d'épidémie que les tentes et les baraques militaires ne le sont en campagne.

Il y a même dans l'armée un hôpital entièrement baraque, celui du Dey, à Alger, construit en 1830 comme hôpital provisoire, et resté assez sain jusqu'à présent, pour que sa vétusté seule le fasse remplacer aujourd'hui par un hôpital définitif.

La condition d'espace en largeur est donc la plus essentielle pour répandre sur un hôpital l'air, la lumière et la chaleur dont il a besoin; car l'espace en hauteur seulement deviendrait plus nuisible qu'utile, comme je m'en suis assuré en Italie, lorsque quelques églises ont été provisoirement ouvertes à nos blessés.

Les moyens d'aération naturelle me semblent aussi de beaucoup préférables en principe aux systèmes les plus ingénieux de ventilation artificielle. Ceux-ci cependant ne doivent pas être négligents pour seconder provisoirement ceux-là, plutôt que pour les remplacer définitivement, à moins de conditions exceptionnelles.

L'installation des salles a une telle importance que l'on ne saurait trop y insister. Elles ne doivent pas contenir, en général, plus de vingt à trente lits; mais trop petites cependant, elles multiplient les angles rentrants moins favorables aux malades que l'espace vide tout autour d'eux : c'est ainsi qu'une chambre de quatre lits, fût-elle grande, s'infecterait plus vite qu'une galerie ouverte où seraient couchées dix, vingt ou même trente personnes.

L'accès des salles doit être facilité par de vastes paliers à doubles portes avec des escaliers doux à monter. On pourrait, selon le besoin et à volonté, agrandir, rétrécir ou diviser une salle par le moyen de cloisons mobiles. C'est ce que j'ai vu, par exemple, à l'hôpital militaire de Bayonne, que je considère comme un modèle à peu près complet des établissements hospitaliers. La construction en avait été confiée autrefois à un officier du génie qui s'était entouré à cet effet de toutes les lumières, de toutes les opinions utiles, et qui est devenu aujourd'hui le maréchal Niel.

Les salles de rechange, dont l'institution toute militaire remonte à une proposition du Conseil de santé des armées, vers la fin du dernier siècle, paraissent adoptées aujourd'hui dans les hôpitaux civils, et doivent être soigneusement réservées pour l'Hôtel-Dieu.

J'exprimerais le vœu d'y joindre une salle de convalescence, comme je l'avais établie au Val-de-Grâce lorsque j'en étais le médecin en chef, si cette proposition n'entraînait pour un hôpital civil l'inconvénient des abus et peut-être l'insuffisance de la discipline.

Les fenêtres à ouvertures élevées plutôt que basses, comme dans les hôpitaux anglais, dont a parlé M. Giraldès, offrent le double avantage d'assurer mieux l'aération de la salle, sans exposer les malades à l'action directe de l'air.

Le parquet, préférable au dallage, doit être frotté avec soin plutôt que lavé à grande eau, comme on le fait trop souvent encore, même dans les hôpitaux du Midi, où cette coutume paraît moins nuisible.

Sans m'arrêter aux détails de la literie, je dirai seulement qu'il faut se contenter, dans chaque salle, de deux rangées de lits, également espacés les uns des autres, selon un cubage d'air invariable, écartés des murs, composés d'un matelas et d'un sommier élastique, au lieu d'une paillasse, et proportionnellement disponibles pour assurer à quelques malades graves un lit de rechange, en même temps qu'une plus grande aération. Les lits de femmes conserveraient seuls des rideaux, mais habituellement ouverts.

Il suffirait d'affecter au nouvel Hôtel-Dieu 300 ou 400 lits comme grand hôpital, sinon 100 ou 200 seulement comme petit hôpital, à condition de reporter 400 ou 500 lits sur un autre établissement à édifier ailleurs. La solution de la difficulté me paraît satisfaisante à cet égard dans le remarquable écrit de M. Trélat.

Le point essentiel, après une juste fixation arrêtée, ce sera de ne dépasser jamais la contenance réglementaire des lits dans aucune salle, sous peine de provoquer les dangers de l'encombrement.

Il est inutile d'ajouter qu'à chaque salle seraient annexés deux cabinets à part pour les maladies les plus graves, ou provisoires pour les affections contagieuses, ou bien encore pour les grandes opérations chirurgicales.

Une propreté minutieuse et bien réglée, des soins de charité intelligente comme ceux que miss Nightingale a si bien exposés, l'installation la plus favorable des latrines et l'application des water-closets de l'hôpital Saint-Louis ou de tout autre système reconnu aussi avantageux, compléteraient pour l'Hôtel-Dieu les conditions d'hygiène les plus désirables.

Nous n'avons pas à examiner ici la question cependant si importante du régime alimentaire, dont l'amélioration progressive occupe encore l'administration des hôpitaux civils comme celle des hôpitaux militaires.

Mais il faut espérer que la reconstruction de l'Hôtel-Dieu procurera aux malades, avec le bienfait d'une aération salutaire, le privilége dont manquent la plupart des hôpitaux de Londres, l'exercice au grand air dans un promenoir qui deviendra le square de l'hôpital.

Attendons aussi de l'autorité municipale le soin d'assurer aux malades le repos et le bien-être si nécessaires à leur guérison, en les préservant le plus possible des bruits du voisinage et des émanations nuisibles des établissements insalubres.

Le choix et la répartition bien entendus des malades sont en définitive d'une grande importance pour maintenir dans les hôpitaux les conditions de salubrité nécessaire et pour prévenir surtout ses développements sur place des affections nosocomiales, soit sporadiques, soit épidémiques, et à plus forte raison contagieuses, dont les conséquences deviennent surtout si funestes à la chirurgie. Il suffit de nommer l'érysipèle, la phlébite, l'infection purulente, la pourriture d'hôpital et par-dessus tout le typhus, pour démontrer une fois de plus combien cette question seule devient capitale pour l'Hôtel-Dieu. Elle a été soulevée avec beaucoup de raison par M. Verneuil, elle mériterait d'être reprise complétement, au point de vue surtout des appréciations les plus autorisées de la Société de chirurgie.

La mortalité dans les hôpitaux a été si souvent le sujet de recherches importantes que je ne crois pas nécessaire d'y revenir en ce

moment. Elle a été comparée dans les grands et dans les petits hôpitaux, dans les hôpitaux civils et dans les hôpitaux militaires, comme M. Legouest l'a très-bien faite pour les hôpitaux de la garnison de Paris et de Vincennes.

Permettez-moi seulement, Messieurs, de rappeler ici, ne fût-ce que comme digression, un argument considérable à l'appui de l'opinion que, pour ma part, j'avais longuement développé dans la discussion de l'Académie de médecine.

Les terribles effets de l'encombrement avaient entraîné des désastres dans la campagne de Crimée; le choléra, la dyssenterie, la pourriture d'hôpital, et par-dessus tout le typhus, avaient décimé nos troupes. D'aussi grands malheurs pouvaient se reproduire dans une nouvelle guerre, il s'agissait de les prévenir, et ce fut vers ce but que tendirent tous mes efforts, lorsque j'eus l'honneur d'être nommé médecin en chef de l'armée d'Italie. Ma position comme chirurgien de l'Empereur me faisait doublement un devoir de solliciter auprès de Sa Majesté toute la latitude nécessaire pour obtenir des autorités militaires et administratives la dissémination générale et l'évacuation constante des blessés, en multipliant partout les secours hospitaliers; c'est ainsi qu'à part nos ambulances réglementaires et d'innombrables maisons de secours, nous avons transformé la plupart des établissements publics en hôpitaux, jusqu'à en compter 23 à Milan et 38 à Brescia. Mais aussi la conséquence finale de cette vaste diffusion a été de prévenir l'encombrement et de préserver l'armée de toute épidémie.

Et maintenant, Messieurs, si je cherchais à rétablir le lien de la discussion, interrompu peut-être par cette digression, je dirais que la population des hôpitaux de Paris forme aussi une armée entière dont il faut sauvegarder la conservation par la multiplicité des soins et par la dissémination des malades. Ce que l'on fera pour tous les hôpitaux en général dans cette direction, deviendra un bienfait particulier pour l'Hôtel-Dieu.

La reconstruction de l'Hôtel-Dieu intéresse enfin l'enseignement clinique dont la Société de chirurgie saura proclamer hautement l'importance. Les traditions de l'école de Desault et l'ancienne renommée de Dupuytren nous en font un devoir. Je crois cependant que le droit d'entrée pour les élèves devrait être exclusivement accordé aux ayants droit, afin de mieux assurer leur instruction clinique, afin d'éloigner de là tous les curieux que nous avons vus autrefois se presser en foule dans les salles et autour des lits, afin surtout de préserver les malades des inconvénients d'une trop grande affluence de monde au milieu d'eux.

On pourrait d'ailleurs étendre très-utilement les ressources de la clinique aux consultations du Bureau central, en consacrant par exemple deux heures par jour aux élèves, qui trouveraient là un complément sans cesse varié pour leur instruction, en s'inspirant auprès des maîtres des devoirs de leur présence et de leur avenir auprès des malades.

M. RICHET. Je crois répondre au sentiment de la Société en proposant de mettre terme à la discussion. Il serait sans doute intéressant qu'elle fût résumée, et M. Trélat, qui a demandé la parole pour cet objet, me semble naturellement désigné.

M. TRÉLAT. Je suis prêt à prendre la parole et à présenter des conclusions que nous avons rédigées en commun, quatre de mes collègues et moi; elles ne diffèrent pas sensiblement de celles que vient d'énoncer notre honorable collègue M. Larrey.

M. A. GUÉRIN. Je me contenterai de dire quelques mots, et je ne parlerai que de chirurgie. C'est pour moi le seul point de départ utile dans une semblable discussion. Vous dites, en effet, qu'il y a inconvénient à accumuler les malades; mais vous ne dites pas pourquoi. C'est l'infection purulente qui tue nos malades. Or il y a dix-sept ans que j'ai soutenu pour la première fois que l'infection purulente est un véritable typhus, une maladie contagieuse par l'air, c'est-à-dire infectieuse; ma conviction à cet égard est absolue.

Pour moi, je tremble toutes les fois que je suis obligé d'opérer, et qu'il existe dans mes salles même un seul cas d'infection purulente. Je tremble, parce que la contagion est pour moi démontrée; aussi ai-je le droit de douter que vous aboutissiez à quelque chose avec de petits hôpitaux et de petites salles. N'eussiez-vous que deux malades en présence, si l'un est atteint, l'autre sera infecté. Ce qu'il faut réclamer, c'est l'isolement de l'infection purulente, et cela est facile. Il faut établir une distinction absolue entre les malades qui n'ont pas de plaies et ceux qui en ont, ou qui subissent des opérations, en se rappelant toutefois que le danger que courent les opérés est infiniment plus grand. Faites des chambrées parfaitement isolées et saines pour les opérés; laissez les autres malades dans les conditions communes que nous avons aujourd'hui, et vous verrez la mortalité diminuer.

Lorsque je suis arrivé à l'hôpital Saint-Louis, les salles venaient d'être entièrement remises à neuf; les résultats opératoires des premiers mois furent admirables; une infection purulente se déclara; depuis, cela n'a pas cessé, et il en sera ainsi tant que nous n'aurons pas de chambres d'isolement. Ces chambres sont d'autant plus nécessaires que l'on opère davantage. Dans les hôpitaux militaires, les résultats sont meilleurs, parce que l'on opère peu. Saint-Louis, placé dans de très-bonnes conditions, est devenu très-mauvais par suite de la nécessité où l'on se trouve d'opérer souvent pour des traumatismes graves. Sa réputation est même connue des malades, qui expriment leur opinion de la manière la plus pittoresque.

Je répète, en terminant, que pour avoir d'utiles résultats on aurait dû partir du point de départ où je me place.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

64. Des altérations consécutives du cœur droit, par M. Rousseaux.
65. Des ecchymoses du tégument interne, par M. Delabort.
66. Des rétrécissements de l'œsophage, par M. Rousselot-Beaulieu.
67. De l'élément nerveux dans le croup, par M. Lallement.
68. Du délire dans la pneumonie, par M. Moreau.
69. Sur les effluves, par M. Petit-Ferrand.
70. Quelques considérations sur l'asthme, par M. Poupenel de Valencé.
71. Essai sur les rechutes de la fièvre typhoïde, par M. Michel.
72. Des accidents nerveux consécutifs aux plaies; essai sur le mécanisme de leur développement, par M. Perronne.
73. Nouvelles considérations sur la transfusion du sang, par M. Morely.
74. Sur les furoncles de la face, par M. Nadaud.
75. De quelques terminaisons et complications du diabète sucré, par M. Galle.
76. De l'ergot de seigle, par M. Touret.
77. De la thoracentèse dans le traitement des épanchements pleurétiques, par M. Faucillon.
78. Considérations générales sur la doctrine des crises, par M. Robichon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une commission a été formée au sein de la Société d'anthropologie, — récemment reconnue comme établissement d'utilité publique —, en vue d'éclairer les questions qui concernent l'acclimatement de l'homme. Cette commission, composée de MM. Boudin, Bertillon, Pruner-Bey, d'Avezac, Martin de Moussy, Simonnot et Carlier, recevra avec reconnaissance les documents qui lui seront adressés au siége de la Société, rue de l'Abbaye, 3.

— La Société d'anthropologie vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1865.

Ont été élus :

Président, M. Pruner-Bey; *vice-président*, M. Périer; *secrétaire général*, M. Broca; *secrétaires*, MM. Dally et Simonnot; *archiviste*, M. Lemercier; *trésorier*, M. Bertillon; *membres du comité de publication*, MM. Lemercier, Giraldès et Béclard.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 7 décembre, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville.

Voici son ordre du jour :

1° Elections annuelles pour le renouvellement du bureau;
2° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;
3° Du délire aigu des phthisiques, par M. B. de la Grandière;
4° Fragments historiques sur l'origine de quelques végétaux, par M. F. Plée, naturaliste;
5° Communications diverses, par MM. Coursserant, Gaye, Sandras.

— M. le docteur Seraine, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Lafond, près de la Rochelle, vient de mourir victime de son dévouement professionnel. Une épidémie de variole a régné dans l'asile, et plus de cinquante aliénés ont été atteints dans l'espace d'un mois. M. Seraine s'est multiplié et a déployé pendant l'épidémie un zèle au-dessus de tout éloge; mais il ne devait pas survivre à tant de fatigue, et des accidents cérébraux aigus l'ont fait succomber presque subitement. M. Seraine, ancien interne de la maison de Charenton, est mort à l'âge de quarante-huit ans.

— M. le docteur Belhomme commencera un cours de pathologie syphilitique le lundi 5 décembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Documents sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Clermont-Ferrand de 1849 à 1864 (angines pseudo-membraneuses et croups, fièvres intermittentes simples et pernicieuses, goître épidémique, choléra-morbus), par V. NIVET, chevalier de la Légion d'honneur, professeur à l'Ecole de Médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand. Prix : 2 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils.

Du traitement des ankyloses, examen critique des diverses méthodes, par M. le docteur DELORE; mémoire lu au Congrès de Lyon, avec 6 figures intercalées dans le texte, in-8° de 80 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Paris, Victor Masson et fils, place de l'École de médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 DÉCEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans cette séance un assez grand nombre de communications plus ou moins afférentes aux sciences médicales et naturelles; savoir : un mémoire de M. le professeur Paul Gervais (de Montpellier) sur les cétacés des côtes françaises de la Méditerranée. — L'auteur rectifie dans ce travail quelques erreurs commises, suivant lui, dans la nomenclature des cétacés, et élève le nombre des espèces existant dans ces parages. — Une nouvelle note de M. Berthelot sur l'acide formique, contenant au sujet de la décomposition de cet acide organique et des effets calorifiques de cette décomposition, des considérations physiologiques d'un très-grand intérêt sur les actions de contact et sur quelques-unes des sources probables de la chaleur animale : — nous reviendrons plus tard sur quelques-unes de ces considérations. Un mémoire de M. Liais sur le vol des oiseaux et des insectes, l'un des problèmes les plus curieux de la mécanique animale, que l'auteur étudie ici particulièrement en vue de ses applications à la production de mouvements analogues.

Nos lecteurs trouveront dans le compte rendu le résumé de trois autres communications, dont l'une, relative à l'influence de quelques plantes aromatiques sur les vers à soie, présente à côté de son intérêt technique spécial un véritable intérêt physiologique. Les deux autres, qui rentrent complétement dans les objets de notre compétence, sont : un mémoire de M. le Dr Pétrequin (de Lyon) sur un procédé destiné à prévenir le travail suppuratif après l'ablation de certaines tumeurs, et une note de M. Berthé sur l'action thérapeutique comparée de la morphine et de la codéine. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. VOILLEMIER.

Cours complémentaire des maladies des voies urinaires.

(Leçons recueillies par M. LECOCONNIER, élève du service.

LEÇON D'OUVERTURE.

Messieurs, chargé de vous faire des leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, sur une partie de la chirurgie à laquelle on a donné le nom de spécialité, permettez-moi de vous dire quelle est la marche que je compte suivre, et comment je comprends la spécialité dans les sciences.

Autrefois, la médecine et la chirurgie étaient confondues dans ce que l'on appelait l'art de guérir. En lisant les œuvres d'Hippocrate, on ne sait lesquels on doit le plus admirer, ou des livres sur les maladies externes, ou de ceux sur les épidémies. Et Gallien écrit sur toutes les parties de notre art. Cette union de la médecine et de la chirurgie persista jusqu'au seizième siècle. Dans les ouvrages mêmes d'A. Paré, notre grand chirurgien, on trouve encore de longs chapitres consacrés aux fièvres. Mais l'art allait s'agrandissant, et il arriva ce qui arrive aux grands empires qui ont une étendue trop vaste, il se divisa en deux grandes branches, la médecine et la chirurgie. Cette division était naturelle, car la chirurgie exige une dextérité de main, une certaine impassibilité devant la douleur et la vue du sang, deux qualités qui peuvent manquer aux hommes les plus instruits. Mais couper la médecine et la chirurgie par tronçons, sous prétexte de mieux les étudier, ce n'est plus les diviser, à mon sens, mais bien les mutiler, sans profit pour l'art.

On a dit que l'intelligence d'un homme suffirait à peine à embrasser la médecine ou la chirurgie tout entière, et que pour faire avancer l'art il lui fallait se concentrer sur un point limité. Il y a quelque chose de vrai dans cette objection, et pourtant il ne faut pas s'en exagérer la valeur. Sans doute, en concentrant des efforts on en augmente la puissance, mais avant de prétendre faire avancer l'art, faut-il en avoir et le droit et le pouvoir : le droit, en sachant tout ce qui a été fait avant soi; le pouvoir, en acquérant les connaissances générales qui sont indispensables pour réaliser le progrès. Je trouverais des exemples nombreux à l'appui de mes paroles dans toutes les époques; je préfère les prendre sous vos yeux, parce qu'ils vous frapperont davantage.

Vous connaissez tous les remarquables travaux de M. Bouillaud sur les maladies du cœur, de M. Rayer sur les affections des reins, de M. Louis sur la phthisie, de M. Grisolle sur la pneumonie; or, le monde dira peut-être que pour les maladies du cœur, des reins et de la poitrine, ce sont des spécialistes; mais vous, vous ne le direz pas, car vous les voyez chaque jour dans les hôpitaux, et vous savez s'ils ne se montrent pas toujours vos maîtres, quelles que soient les maladies qu'ils aient à traiter. MM. J. Guérin et Bouvier ont pour ainsi dire créé l'orthopédie en France, et vous voyez chaque jour, dans nos grandes discussions académiques, qu'il n'est aucune matière, soit en médecine, soit en chirurgie, qui leur soit étrangère. Si on prétend qu'ils sont spécialistes, je le veux bien; ceux-là je les accepte de grand cœur, parce qu'ils honorent l'art et le font progresser.

Mais il est certains hommes qui dès leurs premiers pas dans e champ de la science se choisissent un coin de terrain, s'en emparent comme s'il leur appartenait par droit de découverte, bien qu'il ait été déjà défriché longtemps avant leur venue. Là ils s'établissent comme dans un monde à part, se font presque gloire d'ignorer tout ce qui est en dehors de leur domaine, proclament des lois physiologiques exceptionnelles, découvrent chaque jour des merveilles qu'ils enveloppent d'un profond secret. Si cependant vous entrez un jour dans leur domaine, et si vous faites l'inventaire de leur valeur, quel n'est pas votre étonnement de voir que la plus grande partie ne leur appartient pas ! Eh bien, au moment de pénétrer avec vous dans le champ réservé de la pathologie urinaire, c'est cet inventaire que je veux faire sans partialité aucune, et dans le seul désir de vous montrer rapidement à quoi se réduit cette prétendue spécialité.

Vous devez bien penser qu'il m'est impossible aujourd'hui d'entrer dans de longs détails; mais pour vous faire partager mon opinion, il me suffira de signaler à votre attention les faits les plus importants. Ce sont la taille, la thérapeutique des rétrécissements, la ponction de la vessie, la lithotritie. Passons-les rapidement en revue.

Autrefois, par suite de préjugés, comme on en rencontre à toutes les époques, l'opération de la taille était réservée aux esclaves et aux affranchis. Quel fut l'inventeur de cette opération? On l'ignore. On ne saurait même pas en quoi elle consistait si Celse n'avait pris soin de la décrire, car les spécialistes de cette époque en faisaient un secret, ainsi que nous l'apprend Martial en parlant du lithotomiste Enos. Malgré la publicité que lui avait donnée l'auteur latin, cette opération retombe dans l'oubli, d'où elle n'est tirée qu'après treize siècles par Guy de Chauliac. Ainsi c'est grâce à deux encyclopédistes que nous devons de connaître la première méthode de taille, qui consistait à aller chercher la pierre dans la vessie à travers le périnée.

Au commencement du seizième siècle, un homme doué d'un véritable génie chirurgical, Jean de Romanis, imagine la taille par le grand appareil. Au lieu de pénétrer dans la vessie sans guide, comme le faisait Celse, il introduit dans l'urèthre un cathéter cannelé, incise le canal au niveau du bulbe, pénètre dans la vessie par son col, la dilate à l'aide d'instruments ingénieux, et retire la pierre. Marianus Sanctus apprend cette opération de Jean de Romanis, la décrit avec soin et la vulgarise. Étaient-ils des spécialistes? Mais Marianus pratiquait également la médecine et la chirurgie. Il disait même qu'on ne pouvait exceller dans l'une de ces deux parties de l'art qu'autant qu'on avait des connaissances suffisantes dans l'autre.

Peu d'années après, vers 1571, l'illustre Franco, pratiquant la taille périnéale, rencontre un calcul trop gros pour sortir par la plaie qu'il avait faite; à l'instant il ouvre la vessie au-dessus du pubis, et la taille sus-pubienne est trouvée. Ouvrez son petit livre, et vous verrez que dans son traité très-ample *des hernies* il traite de toute la chirurgie de son époque.

Cependant un nommé Octavius de Ville, qui exerçait à Rome, avait appris de Marianus la taille par le grand appareil. En passant à Troyes, il la montra à Laurent Collot, qui se l'appropria en en faisant un secret. Celui-ci est nommé lithotomiste de Henri II, et alors commence la dynastie spécialiste des Collot, qui se perpétua jusqu'à la fin du dix-septième siècle. L'un d'eux donna son secret en dot à sa fille et à sa nièce Geneviève, qu'il maria l'une à Séverin Pineau, l'autre à Girault, qui sont chargés par Henri IV d'une sorte de *cours complémentaire.* Ils acceptent les appointements et ne montrent pas leur secret. Peut-être serait-il resté longtemps ignoré si des élèves de la Charité ne l'avaient surpris en faisant un trou au plafond. Ils décrivirent ce qu'ils avaient vu, et ce secret, qui avait servi à marier des filles de la famille, comblé d'argent et d'honneurs tous les Collot, on vit qu'il n'était autre chose que la taille de Jean de Romanis, publiée tout au long par Marianus et par Franco.

Vers 1690 apparaît un spécialiste d'une espèce toute diffé-

LES AMITIÉS. — LES INFLUENCES.

Je n'ai nulle envie de refaire le traité de Cicéron sur *l'Amitié* et de chanter cette divine fleur; d'ailleurs, que le lecteur veuille bien l'observer, ce n'est pas de *l'amitié* qu'il s'agit ici, mais des *amitiés;* ce qui n'est pas du tout la même chose. Ce singulier et ce pluriel, malgré leur similitude, ne sont pas plus voisins l'un de l'autre que Paris de Pékin. Rien n'est plus saint que la vraie amitié, et celui-là peut se dire béni du ciel qui possède un ami sincère et dévoué. Un ami! c'est la perle unique qui repose au fond des mers et que l'on cherche quelquefois vainement pendant une existence entière; les amis, au contraire, fourmillent et se rencontrent par centaines. Rien n'est plus rare qu'un ami; les amis sont la chose la plus vulgaire et la plus commune.

Il y en a de toutes les espèces, de toutes les catégories, de tous les âges; de beaux, de laids, de bêtes, de spirituels; quelques-uns louchent, d'autres sont sourds; celui-ci bégaye et celui-là n'a jamais su parler; ce n'est pas le moins dévoué ni le moins entouré d'amis. Cherchez autour de vous, et vous aurez bien vite trouvé des amis de toutes ces classes. Que si, par impossible, vous avez le bonheur de ne les point connaître, vous ne me saurez pas, je l'espère, mauvais gré de vous les signaler.

Il n'y a pas bien longtemps que vivait à Paris (car je crois qu'il est bien mort) un médecin d'un talent fort médiocre, sans aucune espèce de génie, de relations assez désagréables, d'une fort belle outrecuidance, et qui, malgré tout, tenait à lui seul le haut du pavé. Comment était-il arrivé à cette grande position? Eh, mon Dieu! il avait beaucoup d'amis; de jeunes amis par douzaines; de bons amis en assez grand nombre; de vieux amis par centaines. Vous comprenez combien cette amitié flattait la vanité des jeunes; quant aux vieux, ils savaient fort bien ce qu'en valait l'aune; mais les uns et les autres y trouvaient leur profit. Tout était réciproque, et jeunes et vieux encensaient leur idole à paralyser sa membrane olfactive, si elle n'eût été à l'abri d'un pareil malheur; c'était le célèbre maître, l'illustre maître, le savant docteur ***, le nouvel Hippocrate, etc., etc.; tout ce que vous voudrez enfin, et, quelle que soit votre imagination, vous ne trouverez jamais le répertoire tout entier; il n'y a guère qu'un Italien qui pourrait y arriver, et encore!

Le résultat de ce petit manége ne se trouva pas entièrement perdu, je vous le jure; ses amis poussèrent assez bien l'illustre docteur. Il était membre de toutes les académies, même de l'Académie des sciences, où il était entré sans qu'on ait jamais pu savoir au juste à quel titre; il présidait une foule de sociétés savantes, et comme il avait appris de Rabelais qu'un os n'est bon que si on en suce la moelle, plus ou moins, tous les travaux de ces sociétés étaient siens; les jeunes savants qui les composaient s'arrangeaient pour le mettre de moitié dans toutes leurs découvertes; cette moitié-là ne tardait pas à se changer en tout.

Cet homme, qui n'avait fait aucune œuvre remarquable, dont le *traité* le plus célèbre n'est qu'un long plagiat de travaux étrangers, cet homme passa si bien pour un grand médecin que les princes et les grands de la terre ne voulurent mourir qu'avec son aide. On le voyait courant Paris au galop de deux superbes chevaux.

Je dois déclarer ici que cette épithète flatteuse ne se trouve là que pour arrondir la période. La langue française a de ces dures et menteuses nécessités. La vérité est que les chevaux de nos grands médecins, même ceux de notre homme, ont bien plus de liens de parenté avec la jument de don Quichotte qu'avec les coursiers d'Hippolyte.

Rien ne manqua ni à la gloire de *notre ami* ni à son bonheur. Je me trompe, il lui manqua une toute petite chose que je ne veux pas dire ici, mais que tous les étudiants de ce temps-là savent fort bien.

Arrivé au sommet, notre docteur devint un personnage influent, et c'est alors que les amis récoltèrent la monnaie de leur pièce. Les *influences,* voilà la contre-partie des amitiés; les unes ne marchent pas sans les autres, et l'homme influent que les amis ont poussé ne résiste pas au bonheur de pousser à son tour les amis. Il faut être juste, le célèbre docteur ne fut pas ingrat; il usa de son influence, il en abusa, hélas! et grâce à lui ses trop nombreux amis ne tardèrent pas à occuper tous les postes un peu en vue : la Faculté compte bien une demi-douzaine d'amis, les hôpitaux plus de vingt, les académies autant qu'elles ont pu en recevoir. Quelques-uns sont des hommes distingués et à la hauteur de leur position, les autres sont et seront toujours des *amis.*

Ce que peuvent faire dans le corps médical ces influences pernicieuses et sans vergogne, chacun le sait. Grâce au ciel! depuis que l'ami est trépassé, nul n'a reçu son héritage, et c'est parce qu'il me

rente de celle des Collot. Ce fut Jacques Beaulieu, mieux connu sous le nom de frère Jacques. Les premiers faisaient un secret de leur opération dans le but d'en tirer beaucoup d'argent, lui appliquait son procédé publiquement, et se montrait fort désintéressé; aussi en me montrant plus indulgent envers lui, ne serai-je que juste. Il était dénué de connaissances médicales; ce qu'il savait, il l'avait appris d'un nommé Pauloni, qui parcourait les campagnes taillant la pierre. Doué d'une sûreté de main d'autant plus grande qu'il ignorait les dangers auxquels il exposait les malades, il pratiqua avec un grand succès la *taille latéralisée*. On trouve dans Arétée les traces de cette opération; elle est décrite avec assez de détails par Franco; mais il faut rendre cette justice à frère Jacques qu'il la vulgarisa. S'il n'en fut l'inventeur, il crut l'être, ou du moins on est tenté de le croire par l'espèce de fanatisme avec lequel il en préconise la supériorité. Cependant cette taille, telle qu'elle était pratiquée, serait probablement tombée dans l'oubli si elle n'avait été singulièrement perfectionnée par Méry, Cheselden, et beaucoup d'autres chirurgiens.

La taille bi-latérale est inventée par Dupuytren; la taille recto-vésicale, par Sanson. Ni l'un ni l'autre, j'imagine, n'étaient des spécialistes.

Voyons maintenant les rétrécissements, qui tiennent une si grande place dans l'histoire des maladies des voies urinaires. A qui devons-nous les progrès qu'a faits l'étude de leur anatomie pathologique? C'est à Méry, Morgagni, Benevoli, Dionis, Hunter, qui les premiers ont montré qu'il n'existait dans l'urèthre ni caroncules ni carnosités. Ce sont Ferri, Lacuna, qui ont décrit avec quelques détails l'emploi des caustiques portés dans l'urèthre au moyen de bougies. Or Ferri a écrit sur toutes sortes de matières en chirurgie, et Lacuna, par l'étendue et la diversité de ses travaux, a mérité d'être appelé le Galien de l'Espgne. Si la dilatation est venue remplacer les méthodes imparfaites des médecins du seizième siècle, à qui le doit-on, si ce n'est à Hérissant, doyen de la Faculté de Paris, à l'ouvrier Bernard et au célèbre Troja, qui inventèrent les sondes de caoutchouc, et enfin aux célèbres travaux de Hunter, de Desault et de Chopart? L'uréthrotomie externe a été pratiquée dans l'antiquité par Ben Sérapion; plus tard, par Solingen, J. L. Petit. L'uréthrotomie interne, faite par Ferri, Turquet de Mayerne, a été remise en honneur par Arnolt en Angleterre et Amussat en France. Ici, soyons juste: cette méthode, qui pratiquement date d'hier, a été singulièrement perfectionnée, et ses améliorations sont dues à Reybard surtout, qui s'occupait presque spécialement des maladies des voies urinaires; à Leroy (d'Etiolles) père, à Heurteloup, à MM. Civiale, Caudmont, mais aussi à MM. Sédillot, Maisonneuve, Bonnet (de Lyon), et beaucoup d'autres encore. Encyclopédistes et spécialistes ont concouru tous ensemble à perfectionner cette méthode, qui est une véritable conquête chirurgicale.

J'arrive à la lithotritie, qui, je dois le dire, appartient tout entière aux chirurgiens spécialistes. Elle est due à Heurteloup, Amussat, Leroy (d'Etiolles), et à M. Civiale. Quelle est la part qui revient à chacun? C'est ce que j'essayerai de vous dire plus tard; pour le moment, constatons seulement qu'ils en sont les inventeurs, les copropriétaires, si vous voulez. Le succès qu'ils ont obtenu est d'autant plus légitime qu'il ne fut pas constaté sans lutte, et malgré les efforts des partisans de la taille. Vous le voyez, je suis loin de contester le mérite d'une opération que je regarde comme un progrès pour la science et un bienfait pour l'humanité. Cela dit, qu'il me soit permis d'examiner si on n'a pas exagéré sa valeur. Déjà, l'année dernière, à propos de quelques malades que j'ai taillés, je vous ai fait observer que la lithotritie ne pouvait être employée dans tous les cas; que si elle convient quand le calcul est peu volumineux et assez friable, quand l'état général du malade est bon, il faut, dans des circonstances opposées, lui préférer la taille.

Ce n'est pas le lieu de vous développer ici toutes les indications qui doivent guider la conduite du chirurgien, mais je crois pouvoir dire que les chirurgiens spécialistes en général n'en tiennent pas assez compte. J'ai vu tant de lithotrities heureusement commencées se terminer par la mort, par une mort lente, que je ne doute pas qu'il ne reste encore dans la pratique une grande et légitime place pour la taille. Il ne suffit pas de pénétrer dans une vessie, de saisir le calcul, de le briser et de dire, si des accidents surviennent qui font suspendre l'opération, que les malades sont de ceux qui ne peuvent être ni litbotritiés ni taillés; ces accidents, dans beaucoup de cas, il est possible de les prévoir, et alors mieux vaut la taille d'emblée que la lithotritie.

Mais, que l'on ait recours à l'une ou à l'autre de ces opérations, il ne faut pas s'en dissimuler les dangers. Ce sont: la résorption purulente, la cystite, la pyélite, les pneumonies, les pleurésies, complications graves pour lesquelles on n'a pas de trop des ressources combinées de la chirurgie et de la médecine. Et cela me conduit, moi qui suis chargé de vous professer ce qu'on est convenu d'appeler une spécialité, à vous faire les recommandations suivantes:

Si vous voulez profiter des leçons que j'aurai l'honneur de vous faire, étudiez les autres parties de notre art. Allez dans les amphithéâtres acquérir de solides notions d'anatomie; suivez les cours de médecine et de chirurgie, acquérez des connaissances générales, si vous tenez à bien comprendre ce que présentent de spécial les maladies des voies urinaires. Vous interrogerez vous-même les malades de mon service, et il ne vous faudra pas longtemps pour voir que les grandes difficultés que vous présente chaque cas en particulier, tiennent moins à l'affection des voies urinaires qu'aux complications qui exigent le secours de la médecine.

Quant à moi, je ferai tous mes efforts pour vous montrer que les grandes lois de la physiologie et de la pathologie régissent les maladies urinaires comme les autres; que si ces affections empruntent un caractère tout particulier à leur siége anatomique. elles n'en sont pas moins soumises aux mêmes lois générales de la thérapeutique.

LUXATION DE L'ASTRAGALE EN DEHORS

avec issue de la tête de l'os. Réduction de la luxation. Emploi de l'eau froide en irrigation continue pendant dix-huit jours. Guérison complète.

Par le docteur MAGNE (de Souillac).

La veuve C..., de la commune du Roc, âgée de cinquante ans, d'un tempérament nerveux et sujette à la gastralgie, fit une chute de sur un âne le 26 août 1864. Son pied droit porta sur un gros caillou et fut violemment renversé en dedans. Elle ne put se relever, et on fut obligé de la transporter à son domicile, distant de quatre kilomètres.

Appelé quelques heures après l'accident, je trouvai à la partie externe du pied droit une plaie large et profonde qui, partant de l'extrémité inférieure de la malléole, se prolongeait en avant dans l'étendue de 8 centimètres. La tête de l'astragale faisait saillie à la partie antérieure de cette plaie. La pointe du pied était fortement déviée en dedans. Il n'y avait pas de luxation tibio-tarsienne, mais seulement diastase de cette articulation et rupture du ligament péronéo-astragalien antérieur. La femme C... avait perdu beaucoup de sang et se plaignait continuellement.

En présence d'une lésion aussi grave, fallait-il tenter la réduction? Fallait-il faire l'extraction de l'astragale? Enfin, en raison de la grandeur de la plaie, de l'étendue des surfaces articulaires mise à découvert, de l'état maladif de la blessée, l'amputation n'offrait-elle pas plus que toute autre manœuvre des chances de conserver la vie?

Dans cette perplexité, je fis venir mon père, qui, penchant d'abord pour l'amputation, fut d'avis avec moi de tenter la réduction par les considérations suivantes:

1° Il y avait diastasis tibio-tarsienne et non luxation complète.

2° L'astragale étant peu mobile, la plus grande partie des fibres du ligament interne de l'articulation tibio-tarsienne ne devaient pas être déchirées.

3° La tête de l'astragale ne présentait aucune trace de lésion.

4° Si nous parvenions à réduire l'os luxé, nous avions l'espoir de modérer les accidents inflammatoires par les irrigations d'eau froide, et de conserver ainsi l'intégrité du membre.

5° En cas d'insuccès, nous avions la ressource de l'extraction de l'os luxé ou de l'amputation de la jambe.

La réduction offrit peu de difficultés. Pendant que des deux mains j'entourais le cou-de-pied et que je pressais avec les deux pouces sur la tête de l'os en bas et en dedans, mon père, qui faisait l'extension, porta la pointe du pied en sens contraire, c'est-à-dire en dedans et en dehors. Après quelques efforts l'os fut remis à sa place. Quelques lambeaux fibreux furent excisés, et un seul point de suture fut appliqué à la partie antérieure de la plaie, qui restait béante après la réduction. Le membre blessé placé dans une caisse en bois, l'irrigation continue fut commencée immédiatement avec de l'eau de fontaine à une température de 15 degrés. J'eus soin de tenir le pied à angle droit au moyen de bandes fixées à l'appareil. Une fenêtre, pratiquée à la paroi externe de la caisse, me permettait de panser et de surveiller la plaie.

Le huitième jour, la suppuration commença à s'établir. Je diminuai l'écoulement du liquide et j'employai de l'eau à une température de 18 à 20 degrés. Mais dans peu de temps le pied se congestionna; les douleurs, de faibles qu'elles étaient, devinrent assez fortes pour m'obliger à revenir à l'irrigation des premiers jours.

Le douzième jour, j'enlevai le point de suture, et ce ne fut que le dix-huitième jour seulement, après bien des tâtonnements et après avoir employé de l'eau à une température de plus en plus élevée, que je pus cesser l'irrigation. Les pansements furent faits avec de la charpie imbibée d'eau à une température de 25 degrés et humectée de temps en temps.

Le vingt-neuvième jour, je fis faire les pansements avec parties égales d'eau et d'alcool camphré, dans le but de réprimer les bourgeons charnus et de modérer la suppuration devenue trop abondante.

Le quarante et unième jour, la cicatrice me paraissait assez solide; je recommandai alors à ma malade de faire exécuter au pied de légers mouvements d'extension et de flexion.

Le 15 octobre, cinquante jours après l'accident, la veuve C... se levait du lit et marchait dans sa chambre avec des béquilles, sans pouvoir cependant s'appuyer sur le talon, à cause des douleurs qu'elle ressentait au cou-de-pied. Il restait en effet un peu d'inflammation de l'articulation tibio-tarsienne avec un léger épanchement de sérosité.

Ces accidents ont aujourd'hui, 13 novembre, complétement disparu après l'emploi de la compression et des douches d'eau chaude. La femme C... a recouvré l'usage complet de son pied, à part une légère déviation en dedans, qui peut-être disparaîtra plus tard.

Voilà donc une lésion grave qui pouvait amener la perte d'un membre et peut-être la mort, guérie complétement et sans complications. C'est principalement à l'irrigation continue d'eau froide que ce succès doit être attribué; sous son influence, la douleur s'est calmée et est restée très-supportable. Les phénomènes de réaction ont été retardés et se sont montrés très-modérés. La suppuration, qui ne s'est établie que le huitième jour, n'a pas été très-considérable; elle n'est devenue très-abondante qu'après la cessation de l'irrigation d'eau froide. Il est à remarquer que j'ai été obligé de continuer l'emploi de ce moyen le double de son terme ordinaire. L'air vif et pur de la campagne a eu aussi sa part d'influence dans cette guérison. Dans nos contrées, nous voyons le plus souvent se terminer heureusement des lésions traumatiques qui, dans les hôpitaux des grandes villes, ont généralement des suites funestes.

QUELQUES MOTS SUR LE TRAITEMENT DE L'ASTHME.

Par M. le docteur Félix AUBRY.

Parmi les très-nombreuses affections qui constituent le cadre nosologique, il en est bien peu qui s'accompagnent de symptômes aussi alarmants en apparence que l'asthme. Le malade manque d'air, et pour qu'il respire, on est dans l'habitude de renouveler l'air frais autour de lui, soit en ouvrant les fenêtres, soit en agitant l'atmosphère ambiante. Sur ces entrefaites, le médecin arrive, pose son oreille sur la poitrine et entend à peine le bruit vésiculaire, malgré les grandes et fréquentes inspirations que l'asthmatique exécute; il constate une gêne, une agitation et une anxiété très-grandes, du sifflement dans l'expiration, une toux suffocante et trachéale, une teinte légèrement cyanosée des traits du visage, de la dilatation des narines, de l'humidité brillante des yeux, et tous les phénomènes en un mot qui accompagnent la crise. Mais à quoi se borne son action thérapeutique? A fort peu de chose.

On peut cependant intervenir avec efficacité en pareil cas, en faisant brûler, par exemple, une feuille de *carton anti-asthmati-*

---

semble que le corps médical de Paris est, en ce moment, affranchi de cette honteuse sujétion, qu'il m'a paru utile de tracer cette petite monographie. Ah! si le Dieu de la médecine m'avait assez heureusement inspiré pour faire partager mon dégoût à tous mes confrères et pour les mettre désormais à l'abri d'un fétichisme ridicule et d'un esclavage humiliant, je ne regretterais pas ma peine, et je remercierais bien dévotement Esculape, Hippocrate et tous les saints de notre calendrier.

S'il est des influences pernicieuses, et si de tout temps le corps médical en a subi, pour son plus grand détriment, nous reconnaissons volontiers qu'il en est d'autres réellement légitimes et utiles. Les hommes d'un vrai mérite et d'une incontestable loyauté ne peuvent pas abdiquer toute action sur leurs confrères. Ils auraient tort de le faire, et ce serait au détriment de la science elle-même. Mais ne pensez pas que ces hommes imposent leur volonté et fassent, par tous les moyens, arriver leurs créatures. S'ils recommandent quelqu'un, ce n'est qu'à bon escient et sûrs d'avance que leurs protégés feront honneur à leur haute et honnête recommandation. Et encore usent-ils de leur influence avec une certaine pudeur; ils ne demandent pas que leurs protégés arrivent *quand même*, ils demandent qu'on les écoute et qu'on les juge attentivement et impartialement. Sans doute de telles recommandations sont toujours prises en grande considération, et si on a pour les protégés de ces hommes honnêtes un peu plus d'indulgence et de bienveillance, c'est qu'on sait que pour avoir été remarqués par eux, des travailleurs ne sauraient être que des gens de mérite et qu'ils feront toujours honneur au corps qui les recevra dans son sein. Nous avons tous connu de ces médecins intègres et réellement amis de la science, nous en pourrions citer encore deux ou trois parmi nous, et si on regrette une chose, c'est seulement de leur avoir vu abdiquer une salutaire influence devant ces influences illégitimes et néfastes que nous ne saurions trop déplorer.

Cet homme dont nous parlions tout à l'heure, il ne s'inquiétait guère si celui qu'il soutenait, qu'il poussait (comme on dit) avec tant d'énergie, était à la hauteur du poste qu'il sollicitait; il suffisait qu'il fût de ses amis et de ses flatteurs. Il ne s'inquiétait pas davantage si dans cette lutte il brisait une autre existence digne d'intérêt, s'il éloignait un savant capable de rendre des services et de faire marcher la science; il ne le connaissait même pas, seulement il n'était pas sur la liste des amis, et il n'eût jamais traîné son char.

O honte! il se trouvait toujours des hommes assez lâches pour entrer dans ces misérables calculs, trop heureux de rendre un service à cette puissance et de devenir *ses amis*; les uns étaient médecins des hôpitaux, mais ils voulaient être de l'Académie; d'autres étaient de l'Académie, mais ils voulaient être professeurs; ceux-ci ambitionnaient d'être médecins du souverain. Tous, enfin, demandaient un os à ronger, et se précipitaient sans pudeur à la curée des places dont l'*ami* était le suprême dispensateur... Encore un coup, ces temps sont passés; puissent-ils ne jamais plus revenir!

Tout a une fin dans ce monde, et l'ami, un jour, s'endort dans le repos éternel. Sentez-vous ces odeurs enivrantes de l'encens? entendez-vous ce concert de louanges? Ecoutez; tous les amis veulent payer leur tribut: — « C'était un homme de bien; — son cœur était pur comme l'or; — ses entrailles étaient de véritables entrailles de père; — son désintéressement fut sublime! — Tout en lui était parfait et à la hauteur de son incomparable génie! » — Pour la vérité, cet homme fut un mauvais homme, un esprit médiocre et borné, un calculateur égoïste qui ne donna jamais qu'après avoir reçu; son influence fut nuisible et ne servit qu'à démoraliser.

Heureux les temps qui ne connaissent ni ces *amitiés* ni ces *influences!!!*

Dr H. MONTANIER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Essai sur la médication isolante ou traitement des inflammations en général par les enduits imperméables, avec des observations cliniques à l'appui, suivi de quelques considérations sur la nature et le traitement de la fièvre dite puerpérale; par M. le docteur Ferdinand BENOIST, lauréat de l'Ecole de médecine de Poitiers. In-8° de 62 pages. Prix: 1 fr. 25. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Du traitement des ankyloses, examen critique des diverses méthodes, par M. le docteur DELORE. Mémoire lu au Congrès médical de Lyon, avec 6 figures intercalées dans le texte. In-8° de 80 pages. Prix: 2 fr. 50. A Paris, chez Victor Masson et fils, place l'Ecole-de-Médecine.

que de Carrié : au bout de peu de temps, on voit les accidents se calmer, la toux s'humecter, l'expectoration s'établir, puis le plus souvent une urine colorée et sédimenteuse annonce la fin du paroxysme.

Il vaut mieux prendre d'avance ses précautions, et lorsqu'on sent un accès d'asthme venir, on doit prendre une feuille de ce carton, à laquelle on met le feu soit sur une pelle à feu, soit dans une assiette, en ayant soin, avant de l'enflammer, que la chambre soit bien close. Si le malade est couché, la combustion pourra se faire avec avantage dans l'intérieur des rideaux du lit. Dans le cas où le malade n'éprouverait pas un soulagement immédiat, cela peut tenir à ce que la grandeur de l'appartement exige plus de vapeurs anti-asthmatiques que n'en fournit une feuille ; dans ce cas, le malade doit brûler, sans crainte pour lui et pour ceux qui l'assistent, une seconde et même une troisième feuille de *carton anti-asthmatique* de Carrié. Enfin, en répétant la même combustion tous les soirs pendant un certain laps de temps, on arrive fréquemment à enrayer la marche d'une affection qui jouit du triste privilége de beaucoup effrayer les malades.

Dans certains cas d'asthme humide ou catarrheux, il est indispensable de faire usage de l'*élixir anti-asthmatique*, que M. Carrié a également découvert et préparé, en même temps que du carton ; on en fait prendre alors une ou deux cuillerées à café dans une infusion de thé ou d'hyssope, et cela facilite considérablement l'expectoration.

L'asthme est la névrose de l'appareil respiratoire ; mais elle a sur les autres névroses une éminente supériorité, c'est qu'elle se laisse dominer par des agents thérapeutiques intelligemment combinés.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 novembre 1864. — Présidence de M. MORIN.

Influence de quelques plantes aromatiques sur les vers à soie. — M. BERNARD présente au nom de M. ERN. FAIVRE une note dans laquelle il expose en ces termes les résultats des recherches qu'il a faites sur l'influence qu'exercent sur les vers à soie à divers états les émanations odorantes de quelques espèces végétales.

Ayant choisi quatre plantes, l'absinthe, la balsamite, la tanaisie, le fenouil, nous commençâmes, dit-il, à en étudier l'action sur des vers à soie sains et malades que nous avions à notre disposition.

Les feuilles des plantes furent disposées au fond de quatre boîtes et recouvertes de diaphragmes percés, à la surface desquels étaient placés les vers. Ainsi séparés des plantes qu'ils ne pouvaient atteindre, les vers n'en pouvaient être affectés que par les émanations odorantes; les boîtes furent closes, chacune renfermant deux vers sains et deux vers malades, arrivés alors aux premiers jours du cinquième âge.

Les animaux soumis à l'action de l'absinthe ont été pris d'une vive excitation; ils cherchaient à fuir, en proie par instants à de véritables mouvements convulsifs; la défécation a été presque immédiate, abondante, répétée; les battements du vaisseau dorsal se sont notablement accélérés. En cinq heures, l'un des vers est mort; un ver malade, atteint de gâtine intense, n'a pas résisté plus d'une heure.

Le fenouil a produit les mêmes effets sur le système nerveux, et des effets plus marqués sur les sécrétions; en moins de quarante heures, les deux vers sains ont filé leurs cocons après avoir rejeté une abondante matière gommeuse; les vers malades ont succombé.

La balsamite a agi plus énergiquement que les substances précédentes, elle a tué rapidement les vers malades et activé la déjection de la soie chez les vers sains. L'un d'eux mis en expérience à midi avait déjà filé son cocon à huit heures du soir.

La tanaisie est moins active; elle donne lieu cependant, comme les substances précédentes, à une excitation marquée; c'est au contact de cette plante que nous avons pu déterminer pour la première fois, chez un ver malade, la déjection de la soie et la production d'un cocon.

Les feuilles d'absinthe ont produit le même effet dans un cas où la quantité employée avait été peu considérable.

Tels ont été nos premiers essais : ils témoignent de l'influence énergique des émanations odorantes, de l'absorption possible de ces émanations par les téguments des vers, de l'action exercée sur le système nerveux et les sécrétions, et en particulier sur celle de la soie.

L'intensité des effets varie avec la quantité de feuilles employées, la nature des espèces végétales, les conditions d'expérimentation; elle est d'autant plus marquée que les vers sont plus gravement atteints par la maladie. Au contact direct d'un mélange de feuilles odorantes et de feuilles de mûrier, les vers peuvent continuer quelque temps à manger les feuilles de mûrier; ils s'éloignent au contraire des feuilles aromatique, auxquelles ils ne touchent jamais. (Commission des vers à soie.)

Procédé destiné à prévenir le travail suppuratif après l'opération de certaines tumeurs. — M. VELPEAU présente, au nom de M. J. E. Pétrequin, une note sur un procédé destiné à prévenir le travail suppuratif après l'opération de certaines tumeurs, de manière à provoquer la réunion primitive de la plaie.

Il n'est pas de chirurgien, dit M. Pétrequin, qui ne se soit, à juste titre, préoccupé des inconvénients plus ou moins fâcheux que peut présenter l'ablation de certaines tumeurs dans des régions apparentes et mobiles, comme la face et le cou : la réunion immédiate, qui en général permettrait le mieux de les éviter, n'est pas toujours réalisable à l'aide de nos procédés ordinaires, et l'on a bien souvent à regretter que les opérations laissent alors des traces par trop apparentes, des cicatrices disgracieuses ou des infirmités indélébiles.

Dans un cas particulier dont je donne ici l'observation, j'ai eu recours à un moyen qui a réussi à prévenir toute suppuration après l'ablation d'une tumeur déjà ramollie du cou, en sorte que la plaie a pu être cicatrisée par première intention. Je donne l'observation dans la note que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie avec les considérations que le fait m'a suggérées.

On s'est beaucoup occupé, en chirurgie, de l'application de l'iode dans les ulcères et les plaies suppurantes, etc. Les belles expériences de M. Duroy touchant l'action de l'iode sur le pus et la suppuration sont venues jeter un jour nouveau sur la théorie de ces pratiques. On s'accorde aujourd'hui sur la propriété spéciale que possède ce précieux médicament de tarir ou du moins de modifier les sécrétions purulentes. (*Voy.* TROUSSEAU et PIDOUX, *Traité de thérapeutique*, 5e édit., t. I, p. 249.) Mais dans les cas dont il s'agit il y avait mieux à faire, on avait un autre but à atteindre : il fallait empêcher toute suppuration. Je me fondai, à cet égard, sur les considérations suivantes. J'ai maintes et maintes fois observé, comme M. Velpeau, que dans l'hydrocèle, par exemple, « la teinture d'iode expose moins que le vin à l'inflammation purulente. » On peut même aller plus loin et affirmer que, si l'on opère avec les précautions et les formules voulues, on évitera presque à coup sûr cet accident; pour mon compte, je n'ai pas eu à les déplorer. J'ajouterai que les diverses injections iodées que j'ai eu occasion de faire dans le parenchyme même des organes, dans les glandes, le corps thyroïde et différentes cavités, n'ont point été suivies d'un travail suppuratif; elles ont au contraire mis en relief les propriétés résolutives et fondantes de l'iode, considéré comme préventif de l'inflammation ; je suis parti de là pour instituer la médication prophylactique de la suppuration, dont j'a constaté les heureux effets sur mon opéré. (Commissaires, MM. Serres, Velpeau et Cloquet.)

— M. VELPEAU, au nom de la commission nommée dans la séance précédente pour l'examen des expériences d'électro-thérapie de M. Remak, demande l'adjonction d'un physicien.

M. Edm. Becquerel est adjoint à la commission.

M. FLOURENS remarque à cette occasion que M. Remak, qui, comme étranger, est excusable de ne pas bien connaître les usages de l'Académie, sera informé que la courte note qu'il a déposée dans la précédente séance est insuffisante pour servir de base à un rapport. La commission attendra pour procéder à son examen la présentation d'un mémoire dans lequel sera exposée avec tous les détails nécessaires la méthode de traitement sur laquelle elle est appelée à se prononcer.

— M. POGGIOLI, qui a présenté dans la précédente séance une note sur les résultats obtenus d'un traitement électro-médical particulier, prie l'Académie de l'autoriser à répéter ses expériences en présence des commissaires qui lui ont été désignés. (Renvoi à la commission nommée.)

Sur l'action comparée de la morphine et de la codéine. — M. BERNARD présente au nom de M. BERTHÉ la note suivante sur l'action comparée de la morphine et de la codéine.

Nous nous sommes livrés, il y a longtemps déjà, avec le savant et regrettable Dr Aran, à des recherches sur plusieurs principes immédiats des végétaux. L'opium et ses alcaloïdes ont été les premiers compris dans des séries d'expériences que nous avions entreprises, et que la mort du docteur Aran est seule venue interrompre.

Après nous être convaincus que l'opium ne possède de propriétés thérapeutiques que par les alcaloïdes qu'il contient, nous avons comparé deux de ses principaux alcalis, la morphine et la codéine.

Les conclusions des expériences que nous avions entreprises se déduisent si logiquement des effets physiologiques constatés sur les animaux par M. Cl. Bernard (1), que j'ai cru utile de les communiquer à l'Académie, afin de les rapprocher autant que possible de l'appel adressé aux expérimentateurs par le savant physiologiste.

Ne voulant pas abuser de la bienveillance de l'Académie, j'extrais seulement de ce travail quelques conclusions qui, se rapportant absolument à ce sujet, démontrent la justesse de l'assertion qui précède.

Nous n'avons employé la codéine que dans le but d'obtenir du calme et du sommeil ; mais dans les quarante-cinq cas qui ont passé sous nos yeux, nous avons pu reconnaître à cet agent des propriétés sédatives et narcotiques qui nous paraissent le mettre au premier rang des meilleurs moyens que possède en ce genre la thérapeutique.

Pour résumer en quelques mots l'impression que nous a faite ce médicament, nous dirons que la codéine nous paraît résumer en elle ce que l'opium offre de plus merveilleux et de plus efficace. Comparée à la morphine, elle offre sur cet alcaloïde une supériorité marquée, en ce qu'elle ne donne jamais lieu à un sommeil lourd et agité, en ce qu'elle ne détermine jamais de transpirations ni d'éruptions à la peau, en ce qu'elle ne trouble nullement les fonctions digestives. Pas de constipations rebelles, pas d'envie de vomir, pas de vomissements. A ce titre, la codéine nous paraît appelée à rendre de grands services dans les névroses douloureuses de l'estomac, et nous pouvons dire que nous avons obtenu avec elle du calme dans des gastralgies qui avaient défié tous les autres moyens, la belladone comprise.

Mais c'est surtout comme moyen de procurer un sommeil calme et réparateur que la codéine nous paraît appelée à occuper une place importante dans la thérapeutique. Ces toux rebelles de la bronchite et surtout de la phthisie pulmonaire, ces douleurs vives exacerbantes du rhumatisme, de la goutte, et surtout des affections organiques, du cancer par exemple, qui troublent le sommeil et empêchent les malades de goûter un instant de repos, sont oubliées au milieu de ce repos léger, calme et bienfaisant que procure la codéine.

Employée dans les mêmes circonstances, la morphine calme les malades avec autant d'intensité que la codéine, mais on constate des différences considérables dans les effets secondaires. A la suite du calme et du sommeil provoqués par la codéine, les malades se retrouvent soulagés et joyeux. Le calme et le sommeil provoqués par la morphine sont presque constamment suivis de pesanteurs de tête et d'un malaise accompagné d'hébétude, qui se dissipent lentement. Ces accidents s'opposent à l'usage longtemps continué de cet alcaloïde chez tous les malades, mais surtout chez les malades pléthoriques susceptibles de congestions fréquentes ou victimes de ces mêmes accidents. Nous avons une série d'observations très-intéressantes recueillies dans ces dernières circonstances, mais qui feront le sujet de communications ultérieures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 23 novembre 1864. — Présidence de M. RICHET.

M. BLOT. Les opinions émises par M. Gosselin me font un devoir de faire connaître des faits qui en infirment la valeur et qui me semblent encore une fois bien démontrer la supériorité des petits hôpitaux.

J'ai fait, il y a deux années déjà, la statistique d'un petit hôpital qui jouit d'une assez mauvaise réputation, je veux parler de la Clinique. Ma statistique porte sur onze années, de 1850 à 1860. Elle démontre que la mortalité du service d'accouchements est beaucoup moindre que celle des grands hôpitaux, et surtout qu'on n'est dis, osé généralement à le croire.

A quoi donc attribuer ces résultats? Certes, ce n'est pas à la position en contre-bas de l'hôpital, situé dans une sorte de fond de cuvette ; ce n'est pas à la disposition quadrangulaire des bâtiments renfermant un espace clos de toutes parts, disposition justement réprouvée tout à l'heure par M. Larrey. On m'accordera aussi que ce n'est pas au quartier, ni au voisinage immédiat des amphithéâtres de dissection, dont le mur est mitoyen.

La seule raison acceptable pour expliquer la faible mortalité des femmes en couches, c'est que l'hôpital est petit, à un seul étage, exposé à l'air des quatre côtés, au moins dans le service d'accouchement, et que les salles ne contiennent que trente-six lits suffisamment espacés.

J'ai trouvé pour la Clinique trois et demi pour cent de mortalité : c'est, il est vrai, une moyenne; mais on ne peut juger autrement pour une mortalité aussi variable que celle des femmes en couche.

A la Maternité, la moyenne prise par M. Trélat sur soixante années donne 5 0/3 pour cent, ce qui prouve que l'on a beaucoup exagéré aussi pour cet établissement. La Maternité est cependant admirablement située au milieu d'un terrain vaste et bien planté. C'est un de ces grands hôpitaux placés comme le demandait M. Larrey. Cependant ce grand hôpital est mauvais, par cela même qu'un grand hôpital, quelque bien situé qu'il soit, ne peut valoir un petit hôpital, placé même dans de moins bonnes conditions.

Je rappellerai encore, à l'appui de la comparaison que j'établis, que la Clinique reçoit beaucoup plus de cas graves que la Maternité. On réduirait singulièrement le chiffre de la mortalité, si l'on défalquait le nombre de femmes qui nous arrivent presque mortes, avec des lésions mortelles, ou bien surmenées par des tentatives infructueuses.

Lourcine n'est pas non plus un modèle d'hôpital, et cependant M. Verneuil vous a dit, dans le cours de cette discussion, que la mortalité des femmes en couches ne s'y élevait qu'à 1 sur 43.

M. GIRALDÈS. Je n'accepte pas pour le service de chirurgie ce que M. Blot vient de dire de la Clinique d'accouchement. En 1848, j'étais chargé de soigner les blessés de Paris dans cet hôpital; M. Dubois avait bien voulu mettre ses salles à ma disposition, deux amputés de jambe au-dessus de la malléole y furent placés et tous deux pris de pourriture d'hôpital.

M. GOSSELIN. Je ferai d'abord remarquer à M. Blot que je me suis abstenu, dans mon allocution de la dernière séance, de faire allusion aux hôpitaux d'accouchement. Je m'en suis abstenu à dessein, parce que je n'ai pas vu les choses d'assez près pour exprimer une opinion semblable à celle que m'a fournie l'étude des services de chirurgie et même de médecine.

En second lieu, les paroles même de M. Blot viennent à l'appui de ce que j'ai dit sur l'extrême difficulté d'expliquer la mortalité comparative des divers hôpitaux. Notre collègue nous signale entre la Maternité et la Clinique deux différences hygiéniques: l'espace moindre donné à chaque malade, et la grandeur plus grande de l'établissement pour la première que pour la seconde, et il explique la mortalité exclusivement par le chiffre de la population. Rien n'empêche de changer l'explication de M. Blot, et de dire : Si la Maternité est plus mauvaise, c'est parce que les femmes sont trop rapprochées les unes des autres, et non parce que l'hôpital est plus grand ; car il est évident pour moi qu'un petit hôpital avec des malades peu espacés serait plus mauvais qu'un grand avec des malades très-espacés.

Il est enfin possible qu'à côté des deux causes signalées il y en ait quelque autre qui ait échappé à M. Blot et qui pourrait expliquer les différences. Je n'ai pas assez fréquenté les deux services pour avoir une opinion à cet égard ; mais peut-être ceux qui les connaissent bien pourront-ils expliquer les chiffres différents de la mortalité autrement que ne l'a fait M. Blot.

M. DANYAU. Dans son parallèle entre la Clinique et la Maternité, M. Blot a oublié de rappeler que l'on fermait l'hôpital en temps d'épidémie aux Cliniques, et que cette mesure n'était jamais appliquée à la Maternité. Pendant vingt-cinq ans je ne l'ai pas vu fermer, et je le regrette. En effet, après la seule évacuation complète que je connaisse, la mortalité diminua sensiblement, pour ne reprendre que plus tard son niveau habituel.

M. LARREY. J'ai été chargé pendant trois ans du service chirurgical de la Clinique ; dans ce laps de temps, le service d'accouchement a été fermé deux fois. Le service chirurgical, au contraire, a toujours été permanent.

M. HOUEL. Je puis répondre à M. Giraldès en le renvoyant à la statistique du service de l'hôpital des Cliniques qui vient d'être publiée. Depuis trois ans j'y ai vu pratiquer, et j'y ai pratiqué moi-même plusieurs opérations graves ; les résultats ont été très-satisfaisants.

M. TRÉLAT. Je puis ajouter, à l'appui de l'assertion de M. Houel, qu'à une époque antérieure à celle dont il parle, j'ai constaté, chiffres en main, que les résultats heureux des opérations pratiquées à la Clinique sont dans une très-satisfaisante proportion.

— La séance est levée à six heures.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

CORRESPONDANCE.

De l'électricité considérée comme cause principale de l'action des eaux minérales.

M. le docteur Scoutetten nous adresse de Metz une lettre en réponse à la réclamation de M. Boudant et aux réflexions dont nous avons fait suivre cette réclamation dans le numéro du 12 novembre dernier. M. Scoutetten, après avoir rappelé le texte de ces réflexions, qu'il serait superflu de reproduire ici, s'exprime dans les termes suivants :

En ce qui concerne le docteur Bertrand, que M. Boudant se ras-

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 29 août 1864.

sure, j'honore trop sa mémoire pour vouloir amoindrir ses mérites, je connais ses travaux et je les cite (p. 148 de mon ouvrage); mais Bertrand ayant eu deux avis opposés, j'ai dû considérer le dernier, celui de 1823, comme le meilleur; or, à cette époque, *il ne croyait plus à l'existence de l'électricité dans les eaux minérales.*

D'ailleurs, qu'importent les opinions émises *sur l'électricité dans les eaux minérales?* Ai-je dit ou écrit que j'ai découvert *l'électricité dans les eaux minérales?* Si j'avais énoncé semblable hérésie scientifique, il faudrait m'inviter à étudier immédiatement les premiers éléments de la physique.

J'ai dit au contraire à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine, dans les réunions médicales, près des stations thermales, j'ai publié dans les journaux, j'ai démontré dans mon livre, par des expériences nombreuses, qu'il n'y a pas, *qu'il ne peut pas y avoir d'électricité libre dans les eaux minérales;* je n'en ai excepté aucune, pas même celles du Mont-Dore que j'ai étudiées très-attentivement à la source.

Cette déclaration si nette, si absolue, aurait dû me séparer de tous les auteurs qui ont supposé ou admis sans preuve la présence de l'électricité dans les eaux minérales. Puisqu'il n'en est point ainsi, puisque la confusion persiste dans les esprits, il faut que je m'explique en rappelant les principes élémentaires de l'électricité.

Il ne peut y avoir d'électricité libre, à l'état statique, que dans un corps isolé; or l'eau, dans son parcours, étant sans cesse en contact avec des corps bons conducteurs, l'électricité produite par les actions chimiques ou autres doit s'échapper aussitôt; l'expérience le constate; malgré la délicatesse de mes instruments, jamais je n'ai remarqué la plus faible trace d'électricité dans les eaux minérales.

Tous les auteurs qui ont parlé de *l'électricité dans les eaux minérales ont donc commis une erreur,* ils ont émis une opinion qui est en opposition directe avec les lois de la science.

Mais voici la question de l'électricité considérée sous un jour nouveau. J'ai dit et je démontre que l'eau minérale mise en contact avec la peau forme l'un des éléments d'une pile; dans ce contact il se forme de l'électricité dynamique qu'il est facile de constater et dont il est même possible de mesurer l'intensité.

La physique me démontre que lorsqu'on prend deux disques, l'un de cuivre, l'autre de zinc, ils ne donnent, isolément, aucun signe d'électricité; mais que, après avoir appliqué ces deux disques l'un sur l'autre, si on les met en communication avec les fils d'un galvanomètre, il s'établit aussitôt un courant électrique qui fait dévier instantanément l'aiguille de l'instrument.

Aux disques de cuivre et de zinc si nous substituons l'eau minérale et la peau, nous reconstituons une nouvelle pile d'où s'échappe l'électricité dynamique qui parcourt les fils du galvanomètre et fait dévier l'aiguille. J'ajoute que la déviation de l'aiguille est beaucoup plus forte lorsque l'eau minérale est examinée à la source qu'après son transport.

Ces expériences étaient-elles connues? Y a-t-il un auteur qui les ait indiquées? Jusqu'à démonstration contraire, qu'il me soit permis de me présenter comme l'inventeur.

Maintenant puis-je admettre avec M. Brochin que ma *théorie* n'est pas encore assez généralement acceptée ni assez solidement assise dans la science pour qu'il y ait en ce moment un grand intérêt à soulever à son sujet une question de priorité?

M. Brochin est un médecin trop distingué pour que, dans son esprit, les mots *théorie* et *faits* puissent être synonymes. Or, dans les assertions émises, il n'y a que des faits; la *théorie*, conception de l'imagination, ne joue aucun rôle. La science ne peut pas rejeter *a priori* ce que j'avance, les médecins n'ont pas même la liberté du doute; il faut qu'ils vérifient, qu'ils contrôlent mes expériences; je les ai faites devant l'Académie de médecine de Paris, il faut qu'on les refasse de nouveau : si on trouve que j'ai mal vu, que j'ai mal opéré, qu'on me rectifie; si, au contraire, des expériences nouvelles confirment les miennes, qu'on n'hésite pas à en tirer des déductions; c'est alors qu'on appréciera l'importance du fait et qu'on verra des horizons nouveaux apparaître.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, etc. Dr Scoutetten.

Nous commencerons par remercier M. Scoutetten d'avoir bien voulu rectifier une expression inexacte dont nous nous sommes servi en parlant de l'objet de ses recherches, et de nous avoir mis à même, ainsi que beaucoup de nos lecteurs sans doute, par un exposé clair et précis de ses expériences, d'en mieux saisir la portée réelle et d'envisager la question sous son véritable jour. Mais cette concession faite, et nous la faisons avec la plus entière sincérité, nous ne nous en croyons pas moins fondé à maintenir le sens de nos réflexions.

M. Scoutetten veut bien reconnaître que nous savons distinguer les faits d'avec les théories. Mais c'est précisément parce que nous savons faire cette distinction, c'est parce que, à côté des faits énoncés dans ses travaux et que nous n'avons nullement mis en question, il y a une théorie, c'est-à-dire une interprétation de ces faits au point de vue de l'explication du mode d'action des eaux minérales sur l'économie, que nous nous sommes permis de dire que sa théorie n'était pas encore assez généralement acceptée ni assez solidement assise dans la science pour qu'il y eût lieu à soulever à son égard des questions de priorité.

Aurions-nous été par hasard seul de cet avis? Voici ce qu'a dit depuis à la Société d'hydrologie un médecin dont M. Scoutetten ne récusera pas la compétence en matière de thérapeutique hydro-thermale. M. le docteur Durand-Fardel, venant de rappeler les expériences de M. Scoutetten, ajoute :

« Peut-être eût-il été sage à M. Scoutetten de s'en tenir à la démonstration de ces faits intéressants, dont la découverte lui faisait infiniment d'honneur, et d'attendre un plus ample informé, ou des observations plus directement afférentes à la thérapeutique pour en tirer des conclusions pratiques. »

Et plus loin :

« Au nom de quoi notre savant confrère propose-t-il de réduire à néant des travaux nombreux, imparfaits sans doute, mais dont la direction au moins réclamait plus de justice? Au nom d'une pure théorie, d'une vue de l'esprit, d'une conception arbitrairement établie sur un ordre de faits qu'aucun esprit sévère n'admettra même encore sans un contrôle formel. »

Nous en avons dit beaucoup moins que cela; aussi ne nous en coûtera-t-il nullement d'admettre les faits et la théorie de M. Scoutetten, du moment où le contrôle d'une expérience suffisante en aura démontré l'exactitude. Et s'il venait à arriver que ses présomptions ne fussent point vérifiées, nous ne lui en rendrions pas moins l'hommage dû à tout auteur d'un travail sérieux, de recherches utiles ou d'une conception ingénieuse, qui, alors même qu'elle n'est point justifiée par les faits, a du moins cet avantage de provoquer à des recherches nouvelles.

Dr Brochin.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

80. Étude sur les différentes espèces d'épanchements pleurétiques et sur leur traitement médical et chirurgical, par M. Marcowitz.

81. De la broncho-pneumonie chez les enfants, par M. Sorel.

82. Faits et raisonnements établissant la véritable théorie des mouvements et des bruits du cœur, par M. Essarco.

83. Des fractures en V au point de vue de leur gravité et de leur traitement, par M. Bérenger-Féraud.

84. De la congestion cérébrale dans ses rapports avec l'épilepsie, par M. Salet.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Vu l'article 6 de la loi du 19 ventôse an XI et l'article 10 de l'arrêté du 20 prairial de la même année;

Vu les arrêtés des 22 octobre 1825, 26 août et 12 décembre 1834, 7 septembre 1842 et 4 novembre 1862;

Vu le rapport de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, en date du 7 novembre 1864, et l'avis de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris;

Le Conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. A l'avenir, dans les trois Facultés de médecine de l'Empire, la partie du cinquième examen de doctorat relative aux accouchements comprendra une épreuve pratique de clinique obstétricale analogue à celles qui sont exigées pour la médecine et pour la chirurgie.

Parmi les sujets destinés à la composition écrite se trouveront comprises des questions relatives à l'art des accouchements.

Art. 2. M. le vice-recteur de l'Académie de Paris et MM. les recteurs des Académies de Montpellier et de Strasbourg sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 25 novembre 1864. V. Duruy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 26 novembre 1864, M. Chanu, chirurgien de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 15 novembre 1864, la Société de biologie de Paris a été reconnue comme établissement d'utilité publique et autorisée à accepter, aux clauses et conditions indiquées, le legs d'une somme de cinq mille francs, à elle fait par le docteur Godard.

— Par arrêté en date du 17 novembre 1864, il est institué près la Faculté de médecine de Montpellier un cours de clinique complémentaire des maladies syphilitiques et cutanées.

MM. Boyer, professeur de pathologie chirurgicale, et Benoît, professeur d'anatomie, sont chargés de ce cours complémentaire et alterneront pour le compléter chaque année.

— Le nombre des inscriptions du quatrième trimestre prises à l'École préparatoire de médecine de Lyon est de 112, savoir 79 élèves en médecine et 33 en pharmacie.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public et gratuit sur la syphilis aujourd'hui mardi 6 décembre, à sept heures du soir, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8, et le continuera à la même heure les samedis et mardis suivants.

— M. le docteur Mandl commencera un cours public sur les affections chroniques du larynx, le jeudi 8 décembre, à huit heures du soir, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera tous les jeudis à la même heure. — Des conférences cliniques ont lieu les jeudis matin à onze heures, rue du Pont-de-Lodi, 6.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 143. — JEUDI 8 DÉCEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 143 — JEUDI 8 DÉCEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 DÉCEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

Une série de rapports sur les eaux minérales et un rapport de M. Lélut, court, mais gros de sujets de discussion, ont fait tous les frais de la séance. Bien que M. Lélut ait déclaré dans son rapport qu'il ne voulait entrer dans aucune discussion contradictoire de faits, pas plus que de principes, son *siége étant fait* sur ces questions, il nous paraît difficile qu'il puisse se soustraire aux provocations de M. Bouillaud.

A mardi prochain la séance publique annuelle, dans laquelle on entendra : le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1864, par M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel; le programme des prix proposés pour les années 1865 et 1866; et l'Éloge de Delpech, par M. Béclard, secrétaire annuel.

La discussion du *Projet* de rapport de M. Depaul sur la transmission de la syphilis par la vaccine (c'est ainsi que nous devons désigner désormais ce travail, de par un vote de l'Académie), aura lieu probablement dans la séance suivante. M. Ricord doit engager l'affaire. — Dr Brochin.

TRAVAUX DU CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE (1).

L'une des questions les plus importantes dont le Conseil a eu à s'occuper pendant la période que comprend le rapport de 1864 (de 1859 à 1861 inclusivement), est la question de l'eau. Une commission, choisie dans le sein du Conseil, avait été chargée de déterminer l'influence des égouts sur l'eau de la Seine, à divers points de son cours, particulièrement là où étaient établies les prises qui alimentaient Paris, d'examiner si ces prises pouvaient être placées dans des conditions plus favorables, et, enfin, de constater quel était le degré de pureté et de salubrité des eaux de la Seine et de la Marne, considérées isolément avant leur réunion.

Un excellent rapport de M. Boudet a répondu, au nom de la Commission, aux questions adressées au Conseil. Il a fait ressortir avec le dernier degré d'évidence des faits qu'on s'étonne d'avoir vu méconnaître ou contester, tels que ceux-ci, savoir : que l'eau de la Seine, excellente en amont et avant sa jonction avec la Marne, altérée sensiblement et souvent troublée par ce mélange, devient de plus en plus impure dans son passage à travers Paris, et qu'elle ne redevient salubre qu'à plusieurs kilomètres en aval des derniers égouts. Comment ne pas s'étonner avec la Commission, et comment ne pas regretter à tous égards que les prises d'eau destinées à l'alimentation de la capitale aient été établies en aval, dans des stations telles qu'elles devaient puiser dans la Seine des eaux souillées des immondices de la ville, tandis que, placées en amont, elles auraient livré aux Parisiens une eau de meilleure qualité?.... Les grands travaux qu'exécute en ce moment l'édilité, et la transformation complète qui en résultera dans le régime des eaux de Paris, donneront satisfaction, espérons-le, aux observations si justes et aux vœux si légitimes du Conseil.

La fabrication des allumettes chimiques n'a cessé de préoccuper le Conseil, surtout au point de vue de la santé des ouvriers. Il a constaté que si les accidents auxquels les émanations phosphorées exposent les ouvriers ne se révèlent pas dans les fabriques de phosphore, cela tient à ce que ces fabriques fonctionnent sous des hangars élevés, vastes, aérés, et au moyen d'appareils soigneusement clos, afin d'éviter la déperdition du produit, qui n'est jamais exposé à l'air. Dans les fabriques d'allumettes chimiques, au contraire, le phosphore, très-vaporisé et se répandant dans toutes les parties des ateliers, offre à l'action de l'air une surface très-considérable. On s'est demandé, d'un autre côté, si l'air *ozoné* dans lequel vivent les ouvriers n'était pas une des causes premières de leurs maladies. Quoi qu'il en soit, le danger des émanations phosphorées, bien qu'il ait été contesté récemment par quelques observateurs, n'a pas été mis en doute par le Conseil.

La nécrose, en particulier, ou *mal chimique*, comme l'appellent les ouvriers, lui a paru exercer ses funestes effets dans les ateliers où se pratiquent le trempage, le démontage des presses et la mise en boîtes. La nécrose, toutefois, ne paraît pas attaquer les dents saines; l'expérience a démontré que l'altération d'une ou de plusieurs dents est une prédisposition constante au développement de la maladie. Aussi paraît-il qu'en Prusse, où cette fabrication se fait sur une beaucoup plus grande échelle qu'en France, les fabricants n'admettent les ouvriers qu'après avoir vérifié le bon état de leurs dents; cette mesure, assure-t-on, produit des résultats satisfaisants. Aussi, tout en insistant sur l'utilité des mesures de surveillance et des prescriptions formulées dans ses précédents rapports, le Conseil a émis l'avis qu'il serait utile de n'admettre désormais au travail, dans les ateliers de trempage, de démontage de presses et de mise en boîtes, que des personnes dont les dents ont été reconnues parfaitement saines.

Les fabriques d'objets de fer émaillé ont été l'objet d'un rapport qui a conclu à des mesures importantes.

M. Ladreit de la Charrière a fait connaître à l'administration que les ouvriers, travaillant à l'émaillage des crochets de fer destinés à supporter les fils télégraphiques, étaient atteints de coliques saturnines provenant du plomb qui fait partie constituante du cristal réduit en poudre. Il établissait, en outre, d'après des observations faites sur des malades femmes traitées à l'hôpital Cochin :

1° Que de toutes les causes produisant l'intoxication saturnine, aucune ne paraissait être plus active que l'absorption de la poussière de cristal;

2° Que ses manifestations sont remarquables par leur rapide généralisation dans toute l'économie;

3° Que les désordres du côté du tube digestif qui caractérisent la colique de plomb succèdent à un malaise précurseur qui dure ordinairement quelques jours et ne tardent pas à être suivis de troubles du côté du système nerveux; que ces troubles sont caractérisés par de la douleur et des symptômes de paralysie; que toutes les malades ont eu de la céphalalgie frontale; qu'elles ont presque toutes accusé une diminution manifeste de l'énergie musculaire et de la sensibilité;

4° Que le cristal devient une source d'intoxication saturnine dès qu'il est réduit en poudre très-fine;

5° Que son absorption se fait par la bouche, les fosses nasales et la muqueuse pulmonaire, lorsque la poudre est dispersée et que l'air au milieu duquel travaillent les ouvriers en contient une assez grande quantité; que cette absorption peut se faire également à la surface de la peau.

Déjà, avant que le Conseil eût été informé de ces faits et qu'il eût à prendre une décision, le propriétaire de l'une de ces fabriques, d'accord avec le médecin attaché à son établissement, M. Archambault, avait adopté des dispositions réglementaires, telles que porter un masque préservateur, se laver les mains et le visage après chaque séance de travail, boire de la limonade, prendre un repos de quinze jours après six semaines de travail, prendre ses repas hors de l'établissement, etc. A ces pratiques, dont les effets paraissent avoir été favorables, le Conseil a ajouté quelques autres prescriptions d'assainissement intérieur des ateliers, en se réservant d'en contrôler ultérieurement les résultats.

La fabrication des étoffes et parures préparées avec l'arsénite de cuivre a été l'objet d'une instruction très-détaillée qui prescrit une série de précautions spéciales à prendre dans les diverses fabrications qui nécessitent la manipulation des couleurs vertes à base arsenicale. Le Conseil, frappé des dangers inévitables qu'offrent la fabrication et la vente de quelques-uns des produits obtenus à l'aide de préparations arsenicales, a émis en outre le vœu que l'emploi de l'arsénite de cuivre fût prohibé dans tous les cas où sa manipulation et son application constituent un danger permanent et public.

Dans les deux rapports, un chapitre est consacré aux épidémies, maladies contagieuses, épizooties, établissements mortuaires, etc. Nous avons déjà exposé dans deux articles précédents l'enquête si utile dans ses résultats et ses applications qui a été faite sur l'épidémie de choléra de 1853 et 1854 dans l'excellent rapport de M. le docteur Duchesne (voir les numéros du 11 et du 25 octobre). Nous n'avons à signaler dans ce chapitre aucune autre épidémie de quelque importance ou qui ait nécessité des mesures spéciales.

Plusieurs maladies contagieuses, et particulièrement les maladies transmissibles des animaux à l'homme, ont été de la part du Conseil l'objet d'une attention particulière. Telles sont la morve et le farcin, le charbon, la rage. Le Conseil a jugé utile de rappeler les diverses instructions concernant les précautions à prendre pour se préserver de ces contagions et les soins à donner à ceux qui en sont atteints, et il a désigné des commissaires chargés d'examiner de nouveau ces diverses questions et de proposer les mesures complémentaires nécessaires. C'est ce qu'il a fait notamment pour la rage.

Cette même section comprend également des instructions et règlements sur les secours à donner aux noyés, asphyxiés ou blessés, un rapport sur les inhumations précipitées dans lequel la lecture du livre de M. Bouchut sur les signes de la mort est recommandée aux personnes chargées de la vérification des décès, et les propositions faites par M. Crémotel sur les moyens de rappeler à la vie dans les cas de mort apparente ont été prises en considération, sans qu'il y ait eu toutefois aucune décision à cet égard. On y trouvera enfin des documents utiles relatifs aux embaumements, au transport des cadavres, aux amphithéâtres d'anatomie, à la morgue, aux cimetières, etc.

Nous avons dit un mot des travaux des commissions d'arrondissements, qui apportent un contingent utile de renseignements, d'avis et de vœux au Conseil. Dans un rapport sur ces travaux, le Conseil recommande à l'administration les propositions suivantes qui en ressortent :

1° Faire constater les naissances à domicile par des docteurs en médecine délégués à cet effet;

2° Ne laisser pratiquer la circoncision (dans les familles israélites) que par des docteurs en médecine ou par des officiers de santé;

3° Exercer une surveillance plus grande et plus constante sur les bureaux particuliers de nourrices au point de vue de la salubrité; faire visiter les nourrices par des docteurs en médecine désignés par l'administration;

4° Surveiller rigoureusement, au point de vue de la salubrité, les logements garnis occupés par la classe ouvrière;

5° Hâter le moment où tous les quartiers de Paris et toutes les communes du département seront abondamment pourvus d'une eau salubre;

6° Enfin, demander aux nouvelles commissions d'hygiène des vingt arrondissements de Paris un travail topographique et statistique exact du territoire actuel de leur circonscription au point de vue de la salubrité.

Nous n'avons parlé, jusqu'à présent, que des sujets traités dans la première partie des rapports généraux, c'est-à-dire ceux qui sont relatifs à des questions d'hygiène publique proprement dite. Chacun de ces rapports renferme une deuxième partie, — et ce n'est pas la moins considérable, — qui est exclusivement consacré aux établissements désignés sous le titre d'établissements dangereux, insalubres ou incommodes. C'est une longue série de rapports spéciaux sur l'opportunité d'accorder ou de refuser l'autorisation pour des établissements susceptibles de porter plus ou moins atteinte à la santé, et sur les conditions exigibles de la part de leurs propriétaires. C'est, en un mot, l'application, à chaque espèce nouvelle qui se présente, de la législation qui régit la matière et de la jurisprudence du Conseil. C'est surtout pour les industriels que cette seconde partie des rapports généraux offre le plus d'intérêt.

Nous ne terminerons pas avec ces deux rapports, qui renferment de si nombreux et de si importants documents sur l'hygiène publique, et qu'on peut proposer pour modèles à tous les Conseils et à toutes les Commissions de salubrité des départements, sans signaler un ouvrage qui a une grande analogie avec eux par son sujet, et qui présente sous une forme didactique un résumé complet de toutes les matières et de toutes les questions dont connaît le Conseil de salubrité. C'est le *Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative* publié en 1860 par M. le docteur Vernois, membre titulaire, et depuis président, de ce Conseil (1). Cet ouvrage, contenant tous les documents scientifiques et administratifs relatifs aux établissements insalubres, et particulièrement consacré à l'exposition et à la vulgarisation de notions pratiques d'hygiène professionnelle, est certainement, avec les Rapports officiels du Conseil de salubrité de Paris, l'un des plus instructifs et des plus utiles à consulter pour tout ce qui regarde l'hygiène publique.

Nous entretiendrons prochainement nos lecteurs de quelques-

(1) Voir le numéro du 1er décembre.

(1) *Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative* contenant l'étude des établissements insalubres, dangereux et incommodes, par M. le docteur Maxime Vernois. Deux vol. in-8° de près de 700 pages chaque. — Paris, 1860, chez J. B. Baillière et fils.

uns des rapports des Conseils de principales villes de France, et nous aurons plus d'une fois, à leur sujet, l'occasion de rappeler le livre de M. Vernois et les rapports qui font le sujet de cet article. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Cancroïde développé sur la plaie d'un cautère entretenu depuis vingt-sept ans.

Ablations par le bistouri et les caustiques, et repullulations successives. Désarticulation scapulo-humérale. Récidives dans le moignon et au-devant de la poitrine. Deux nouvelles opérations avec le bistouri. Mort.

(Observation recueillie par M. REVILLION, interne du service.)

Mme M..., âgée de cinquante-sept ans, d'un embonpoint remarquable, paraît jouir d'une excellente santé. Étant enfant, on lui plaça un cautère au bras gauche, elle ignore pour quelle raison. Ce cautère fut entretenu jusqu'à l'âge de quinze ans, puis on le laissa cicatriser. Elle ne se rappelle pas avoir fait aucune maladie qu'une fistule lacrymale, qui fut traitée et guérie par M. Robert.

A l'âge de trente ans, comme elle mouchait beaucoup, dit-elle, elle crut devoir se réappliquer son cautère et le plaça à la face interne de la cuisse; puis, incommodée du siége de son cautère, elle le fit cicatriser pour le remettre au bras, sur la cicatrice même du premier, où elle l'entretint constamment.

A l'âge de cinquante-trois ans, son époque critique, la plaie du cautère devint douloureuse, rouge, s'entoura d'une aréole inflammatoire, augmenta d'étendue et se couvrit de bourgeons fongueux. La malade consulta alors successivement MM. Velpeau, Michon, Gosselin; la plaie fut cautérisée par le nitrate d'argent, etc., mais n'augmenta pas moins d'étendue.

En juillet 1862, deux ans après le début, Mme M... entra à la Maison de santé, service de M. Demarquay; la plaie, grande comme la paume de la main, fut attaquée avec le chlorure de zinc, puis excisée par un courant galvanique à deux reprises différentes; la malade quitta la Maison de santé avec une guérison apparente, qui se maintint quelques mois.

Le 24 juillet 1863, elle dut rentrer pour une nouvelle récidive qui avait détruit la cicatrice, envahi les parties profondes et contracté des adhérences avec l'humérus. Les caustiques furent de nouveau mis en usage sans résultat satisfaisant.

Le 12 novembre, cette production morbide avait pris des proportions énormes, envahi tous les tissus, y compris le squelette; aucune excision n'étant possible, M. Demarquay se décida à faire la désarticulation scapulo-humérale.

La pièce avec une observation détaillée fut présentée à la Société anatomique par M. Lemoine, interne du service. Les ganglions paraissaient sains; la cicatrisation se fit par première intention dans les trois quarts supérieurs de la plaie et fut complète le 1er janvier 1864. Quelques petits abcès sous-cutanés se formèrent sous la clavicule, donnèrent du pus quelques jours et se cicatrisèrent. Cependant la malade accusait toujours une sensibilité particulière dans les parties profondes de l'aisselle; on n'y sentait que la dureté normale du tissu cicatriciel. C'est ainsi qu'elle quitta la Maison de santé le 24 janvier 1864.

Elle y rentra le 11 avril. A la partie inférieure de la cicatrice linéaire du moignon est une tumeur bosselée, ulcérée, dure, se prolongeant sous le rebord du grand pectoral; elle est le siége d'élancements douloureux.

Le 14, M. Demarquay procéda à l'extirpation de cette tumeur, la circonscrivant dans deux incisions elliptiques verticales; elle se prolongeait dans le creux de l'aisselle, au milieu d'un tissu cellulaire abondant; le bout de l'artère axillaire dut être excisé avec la masse cancéreuse et lié.

La tumeur a été examinée par M. Cornil, qui nous a donné les détails suivants :

« Cancroïde à cellules pavimenteuses typiques. Les bourgeons de la surface, qui sont à l'œil nu semi-transparents et gris, sont composés de cellules épithéliales pavimenteuses qui affectent la disposition de tubuli glandulaires. Ces acini ne présentent pas de cavité centrale ou lumière en aucun point. Dans leur intérieur, les cellules affectent souvent la disposition concentrique qui caractérise les globes épidermiques. Le tissu environnant est un tissu conjonctif très-peu développé. Les parties centrales de la tumeur sont grises et opaques; on y voit des espèces de petits bourbillons allongés, blancs, comme des larves de petits insectes qui sortent par la pression et sont constitués par des cellules épithéliales généralement infiltrées de granulations graisseuses. Ce sont aussi les granulations graisseuses qui donnent à ces parties centrales, évidemment plus anciennes que les bourgeons périphériques, leur coloration opaque. »

De l'ablation de cette tumeur résulta une vaste plaie qui ne tarda pas à se transformer de nouveau en tissu morbide; toutes les parties suspectes furent poursuivies par des applications de pâte de Canquoin. Mais de nouvelles masses cancéreuses se développaient sous chaque eschare et se prolongeaient sous la clavicule, autour de l'apophyse coracoïde. Alors M. Demarquay tenta une nouvelle opération avec le bistouri.

Le 8 juillet, la tumeur, après avoir été découverte par une incision en T, fut disséquée avec soin; la veine et l'artère axillaires, mises à nu, furent liées avant leur section et toutes les parties malades enlevées scrupuleusement, une fois isolées des tissus sains.

La malade succomba quelques jours après l'opération.

Nous avons pensé que cette observation présenterait quelque intérêt, en ce sens qu'elle nous montre d'une manière évidente la cause déterminante d'une tumeur cancéreuse des plus malignes, puisque après des récidives aussi rapides que nombreuses elle a fini par entraîner la mort de la malade.

Les auteurs admettant presque toujours une prédisposition diathésique, passant assez rapidement sur les causes secondaires, d'autant plus que les renseignements donnés par les malades à ce sujet sont la plupart du temps assez vagues ou trompeurs, et que ces causes vulgaires si souvent invoquées sont d'une telle fréquence, relativement au nombre des cancéreux, qu'il est difficile de leur attribuer quelque valeur étiologique. Souvent c'est une petite tumeur qui, après être restée stationnaire vingt à trente ans, affecte une terminaison funeste, et on remarque dans ce cas que c'est lorsque cette tumeur a été le siége d'une irritation quelconque, traumatique ou chirurgicale, surtout si cette irritation coïncide avec l'âge critique, que la dégénérescence cancéreuse s'établit. Boyer cite des tumeurs kystiques, des stéatomes, qui ont subi cette transformation.

On voit dans le tome V des *Bulletins de la Société anatomique* une observation de Carron du Villars, dans laquelle c'est sur la plaie résultant de l'ablation d'un lipome de l'épaule, enlevé par Lisfranc, que parut une énorme tumeur encéphaloïde, etc.

Si dans les susdites observations il existait une tumeur préexistante sur la nature de laquelle il est plus ou moins permis de discuter, il n'en est pas de même dans le cas que nous citons.

Ici c'est une plaie artificielle du bras, qui, sans que rien dans les antécédents de la malade ait pu la faire prévoir, se transforme à l'époque critique en un cancroïde. Celui-ci, une fois développé, repullule constamment sur place, envahit le moignon de l'épaule après la désarticulation scapulo-humérale, et finit par entraîner la mort de la malade, malgré de nouvelles opérations pratiquées dans le tronc.

Nous allions ajouter que ces faits étaient pourtant rares, lorsqu'une autre malade entra en octobre dans le service avec un cancer épithélial du bras, qui s'est aussi développé à l'âge critique sur la plaie d'un cautère entretenu depuis vingt-neuf ans.

Enfin, tandis que les ouvrages classiques ne signalent pas cette cause intéressante de manifestation cancéreuse, M. Velpeau dit, dans son *Traité des maladies du sein*, avoir rencontré quinze exemples de cautères ou de vésicatoires devenus cancéreux. Il en a opéré sept et vu opérer quatre, dont l'un a subi identiquement la même marche que celui de M. Demarquay.

« L'un des malades, dit-il, homme fort et robuste, que j'ai longtemps traité par la cautérisation avec l'acide sulfurique, a éprouvé trois récidives sur place; M. Jobert, qui l'a soigné plus tard, dut en venir à la désarticulation du bras. Des tumeurs nouvelles se développèrent au-dessus de la clavicule, sur le côté de la poitrine, et le pauvre malade est mort avec tous les signes de tumeurs semblables dans la cavité thoracique. » M. Velpeau cite quatre autres cas chez lesquels c'est également la plaie d'un cautère ou d'un vésicatoire permanent qui est devenue tumeur cancéreuse, symptôme primitivement local qui entraîna la mort du malade par sa généralisation. Un seul des malades qu'il a observés a guéri.

Nous ne faisons donc qu'ajouter un nouveau cas à ceux de M. Velpeau. Ce sont, pensons-nous, des faits intéressants au point de vue de la genèse du tissu cancéreux, du début et de la marche des tumeurs de cette nature, et au point de vue pratique, en ce sens qu'ils montrent que l'emploi prolongé des caustiques peut à lui seul, indépendamment de toute tumeur bénigne ou maligne, être une cause ou du moins une circonstance déterminante de productions cancéreuses; par conséquent qu'il n'est pas toujours prudent d'entretenir des exutoires sans une raison majeure, comme l'usage en est encore trop généralement répandu.

RÉTROVERSION ET PROLAPSUS DE L'UTÉRUS

à trois mois et demi de grossesse. Mort de la malade.

Par M. le Dr COURTOIS (de Coulommiers.)

Le 18 août 1864, je fus appelé en consultation par un confrère auprès de Mme X..., âgée de vingt-cinq ans, primipare et malade depuis un mois environ. Voici ce qui était arrivé :

Cette jeune femme, mariée depuis quatre mois, n'a pas vu ses règles reparaître depuis cette époque; aussi se croit-elle enceinte depuis trois mois et demi à peu près. Elle est petite, peu forte, mais bien conformée cependant. Toujours bien réglée, elle n'a jamais eu de flueurs blanches et n'a jamais fait, du reste, aucune maladie. Il y a un mois, elle ressentit en lavant une douleur vive dans l'abdomen, et aussitôt les eaux s'écoulèrent en quantité assez considérable. Cet écoulement dura encore quelques jours, après quoi il finit par s'arrêter spontanément. Ce fut alors que voyant son mal s'augmenter encore, elle consulta son médecin ordinaire, M. Chemin, qui put alors facilement constater une rétroversion de l'utérus dont le fond reposait dans la concavité du sacrum, tandis que le col, remonté derrière la symphyse des pubis, était inaccessible au toucher.

Le cas parut grave; aussi un premier confrère fut-il appelé en consultation. Après quelques manœuvres peu heureuses et sur lesquelles je n'ai pas à m'appesantir, il fut décidé qu'on abandonnerait la malade aux ressources de la nature. Cependant, comme la nature ne pouvait pas tout faire, qu'il y avait rétention complète de l'urine et presque complète des matières fécales, on prescrivit de sonder la malade quatre fois par jour et d'administrer un purgatif toutes les fois que le besoin s'en ferait sentir. On était alors au quinzième jour de la maladie; et Mme X..., bien qu'il y eût déjà de la fièvre, était encore dans un état général assez satisfaisant.

Mais le mal fit des progrès rapides; la fièvre, de faible et d'intermittente qu'elle était, devint forte et continue, et cinq jours avant mon arrivée, la malade, en se retournant dans son lit, sentit un craquement violent dans le bas ventre. A partir de ce jour, les douleurs furent plus vives, plus fréquentes, et la rétention des matières fécales complète. On donna du calomel, des vomissements survinrent, le hoquet apparut, et ce ne fut que deux jours après que quelques selles liquides procurèrent un peu de soulagement à la malade. L'état devenait inquiétant; ce fut alors qu'on me demanda à mon tour. Voici l'état dans lequel je trouvai la malade à mon arrivée :

Elle est au lit dans le décubitus dorsal; la face pâle et fatiguée exprime la souffrance; la langue est blanche, peu humide, rouge sur ses bords; les dents et les gencives sont fuligineuses. La peau est sèche et chaude, la soif vive; inappétence. Un hoquet qui remonte à plusieurs jours est devenu presque continuel; tendance aux syncopes. Pouls petit, faible, dépressible, mais encore régulier cependant. Rien au cœur ni dans les poumons.

Le ventre est très-sensible, surtout vers les régions iliaques, moins à l'hypogastre, où on sent parfaitement la vessie distendue par l'urine. La sonde, qui n'entre que difficilement (celles en gomme seules peuvent servir) et qu'on est obligé d'introduire à une très-grande profondeur, donne issue à un liquide d'un brun verdâtre, épais, laissant déposer par le refroidissement, et d'une odeur extrêmement fétide, assez analogue à l'odeur de la gangrène humide. Une seule fois, il y a déjà quelques jours, la malade urina, à ce qu'il paraît, du sang presque pur. Efforts continuels et immodérés d'expulsion du côté du rectum.

Quant à la rétention des matières fécales, elle est maintenant complète; les gaz même passent difficilement, aussi y a-t-il un ballonnement assez marqué du ventre. Le toucher rectal permet de reconnaître une tumeur dure, volumineuse, arrondie, qui remplit toute la concavité du sacrum, en s'appuyant sur le périné et sur l'anus, qui fait saillie en dehors. Quant au rectum, il est aplati comme un ruban.

En avant, la vulve dilatée donne passage au col de l'utérus, qui gonflé, ramolli, sort de deux travers de doigt au dehors. Sa cavité ne donne issue à aucun liquide. Il y a donc rétroversion et prolapsus de l'utérus, et de plus une rétroflexion, de telle sorte que la matrice doit présenter la figure d'une cornue, le col incliné sur le corps. J'ajouterai, pour compléter cet examen, que la malade a déjà eu quelques frissons, et qu'un prurit insupportable se manifeste autour du méat urinaire après chaque cathétérisme.

Un pareil état de choses était évidemment très-grave, et une décision facile encore à prendre, quinze jours auparavant, était aujourd'hui d'une difficulté très-grande, car la faiblesse extrême de Mme X... et l'état inquiétant de la vessie m'inspiraient de sérieuses inquiétudes sur le résultat définitif de la maladie.

Cependant, comme il était à peu près certain qu'un pareil état de choses abandonné à la nature se terminerait fatalement par la mort dans un délai très-rapproché, je résolus, et il était maintenant une mince ressource, de tenter la réduction, et au besoin l'avortement si les tentatives de réduction étaient impuissantes. Mais avant tout, je voulus calmer les souffrances de la malade et lui donner quelques forces pour supporter l'opération. En conséquence, des cataplasmes légèrement narcotiques furent appliqués sur le bas-ventre (la malade ne pouvait pas supporter les bains), et je fis donner en même temps du sulfate de quinine et de l'extrait de quinquina. Mon confrère devait surveiller la malade de très-près.

Je revins le surlendemain matin; la malade est plus calme, mais si faible que j'hésite à entreprendre la réduction de la matrice dans des conditions aussi désastreuses. L'essai que nous avions fait indiquait clairement qu'on ne pouvait attendre davantage; sollicité de plus par la famille et par Mme X... elle-même, je résolus d'agir.

En conséquence, le rectum et la vessie étant vidés, je fais mettre la malade dans la position indiquée par M. Godefroy, de Rennes (*Gazette des Hôpitaux*, 1859, p. 214, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1846), c'est-à-dire la tête en bas et les cuisses et les jambes sur le lit, et là, tandis que la malade est soutenue par trois aides, j'essaie de réduire avec les quatre doigts introduits dans le rectum, qui chez les femmes enceintes se laisse facilement dilater. Deux tentatives, trop courtes malheureusement, car elles ne durèrent pas plus d'une minute chacune, ne purent nous donner aucun résultat, et amenèrent presque deux syncopes chez notre malade. Craignant de la voir passer dans mes mains, je m'arrêtai, résolu de pratiquer dès le lendemain un avortement que le prolapsus rendait facile, si toutefois il n'arrivait pas seul d'ici là. Les toniques furent continués; on administra même un peu de bouillon de poulet, qui ne fut pas rendu.

Dans la soirée, quelques douleurs se firent sentir, et dans la nuit Mme X... accoucha d'un fœtus mort que je ne pus pas examiner. La malade se sentit très-bien dans la matinée, quand vers midi, elle fut prise d'une faiblesse subite, et mourut avant qu'on ait eu le temps de lui porter aucun secours.

Les cas de rétroversion simple, sans être communs, sont cependant assez répandus dans la science; ceux qui se compliquent de prolapsus sont plus rares; aussi M. Martin, de Lyon, décrit-il un cas analogue à celui-ci comme une variété nouvelle. Quoi qu'il en soit, le pronostic de cette affection est en général très-grave (Cazeaux, *Traité des accouchements*, IVe édition, p. 350); elle nécessite dans presque tous les cas une intervention aussi prompte que possible; car, lorsqu'elle arrive à une époque déjà avancée de la grossesse, les accidents qu'elle détermine peuvent devenir promptement mortels.

Aussi tous les médecins accoucheurs dont le nom fait autorité, tels que Scanzoni (*Traité d'accouchement*, p. 116-117), John Burns (*Idem*, p. 165), Jacquemier, Moreau (*Idem*, p. 222), Nœgelé (*Idem*, p. 115), etc., prescrivent-ils tous la réduction immédiate, et l'avortement si la réduction ne peut se faire et que les symptômes soient menaçants. Le danger de l'avortement sera toujours moins grand que celui auquel le renversement expose la femme (Cazeaux, *loco citato*, p. 352).

Dans le cas qui nous occupe, quinze jours auparavant, alors que le prolapsus n'existait pas encore, j'aurais eu à ma disposition des moyens de réduction plus nombreux, et l'état de la malade n'aurait pas rendu mes efforts inutiles. Le procédé de Négrier (d'Agen), employé avec succès par M. Gosselin, à Beaujon (*Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 526), aurait pu nous servir, si les procédés par le rectum n'avaient pas réussi; enfin, on eût eu comme ressource extrême le chloroforme, que la faiblesse de la malade ne me permit pas d'employer.

Maintenant, à quoi a succombé la malade? A une simple faiblesse amenée par la fièvre hectique qui la minait depuis près de quinze jours, ou à une gangrène d'un des organes du bassin, de la vessie, par exemple? C'est ce que l'autopsie ne nous a pas permis de vérifier.

DU DELIRIUM TREMENS

traité par la teinture de digitale à haute dose (1).

Obs. III. — H. M..., âgé de trente-huit ans, calfat à bord d'un bâtiment, homme fort et bien musclé, fut admis le 18 juin 1862. Comme il fut dirigé sur l'hôpital immédiatement après être monté à bord, on n'avait pas eu le temps de lui faire aucun traitement.

Il était agité, avait du délire, mais n'avait pas beaucoup de tremblement; le pouls était à 96, plein et fort; la langue était blanche et humide.

A dix heures du matin, on donna une demi-once de teinture de digitale, et à deux heures de l'après-midi il était plus tranquille, avec un pouls plus mou, plus régulier. Alors, bien qu'il eût quelques nausées, on lui donna la même dose qu'au matin.

A six heures de l'apres-midi, il n'avait pas encore dormi; le pouls était tombé à 48, intermittent et présentant un léger frémissement après deux ou trois battements, mais il était toujours de bonne force.

Le malade, auquel, malgré les ordres du médecin, on avait donné du thé, l'avait rendu avec des vomissements une demi-heure auparavant. Après avoir pris un peu d'arrow-root, il s'endormit paisiblement jusqu'au lendemain matin, à sept heures.

Le 19, vers neuf heures trente minutes du matin, le pouls n'avait pas remonté au-dessus de 48, mais il était très-régulier et bon.

Le malade continua à aller de mieux en mieux, et devint rapidement convalescent.

Obs. IV. — T. A..., âgé de vingt-huit ans, matelot, homme petit, bien musclé, fut admis le matin du 12 novembre 1862. Il avait pris un demi-drachme de teinture d'opium quand il fut admis, vers huit heures du matin de ce même jour, à l'infirmerie. Il avait alors de grands tremblements, des spasmes, de la rigidité; il était agité, alarmé, et refusait de répondre aux questions qu'on lui faisait. Le pouls, plein, était entre 112 et 120. A dix heures du matin, on donna une demi-once de teinture de digitale.

Au bout d'une demi-heure, il était calme, répondait lentement, avec hésitation, mais sans incohérence, aux questions qu'on lui adressait. Le soir, quand il s'éveilla, il était tranquille et avait recouvré toute sa raison; il prit de l'arrow-root, et s'endormit de nouveau. Le pouls était à 96, régulier et bon. Le lendemain, il prit du columbo, du bismuth, et fut bientôt tout à fait rétabli.

Obs. V. — A. A..., âgé de vingt-neuf ans, matelot de cabotage, homme de bonne constitution, fort, est admis le 6 juin 1863. Il avait pris un grain de morphine le soir, lorsqu'il passa à la visite à bord du bâtiment où il servait.

A son entrée, il tremblait beaucoup; hagard, agité, il avait perdu en partie sa raison; il restait marmottant, articulant difficilement quelques syllabes; le pouls était de 96 à 108, plein et mou; la langue, recouverte d'un enduit blanchâtre, était humide.

A dix heures du matin, on donna une demi-once de teinture de digitale, diluée avec la même quantité d'eau.

A une heure de l'après-midi, il était beaucoup plus calme, et parait plus distinctement et raisonnablement; le pouls, toujours petit, régulier, était à 96. On donna de nouveau une demi-once de digitale; mais à deux heures de l'après-midi, il vomit des matières, surtout la digitale.

A six heures du soir, il avait pris et gardé un peu d'arrow-root et était resté un peu tranquille, mais il n'avait pas dormi; le pouls était à 72, de temps en temps intermittent.

A onze heures de la nuit, il avait un peu sommeillé, n'avait plus de tremblement; le pouls toujours intermittent était entre 60 et 72. Il se plaignait beaucoup d'oppression cardiaque et de céphalalgie.

Le 7 juin, il dormit presque quatre heures de suite pendant le quart de nuit; le pouls était entre 48 et 56, intermittent et de moyenne force.

Le malade était calme et avait toute sa raison; il se sentait beaucoup mieux, ne souffrait plus de la tête, mais se plaignait encore d'un peu de malaise et d'anxiété précordiale.

On ordonna une boisson amère et on lui fit prendre une forte solution de thé de bœuf avec un peu de pain. Le soir, le pouls, qui avait été de moins en moins intermittent, était tombé à 60, et il était presque entièrement régulier.

A neuf heures du soir, on donna comme anodin et calmant 2 grammes de la teinture; mais des vomissements survinrent vers les onze heures de la nuit. Cependant il dormit presque toute la nuit suivante.

La convalescence se fit rapidement et régulièrement.

Dans ce cas, comme dans les obs. Ire et II, la dose était un peu trop considérable.

Obs. VI. — B... S..., âgé de trente-quatre ans, marié, de taille moyenne, bien musclé, fut admis le 26 juin 1863, sans avoir subi aucun traitement antérieur. A la suite d'une orgie qui dura presque une semaine, il fut pris de tremblement. A son entrée, il avait un peu de subdélirium, il divaguait à peine, et en fixant un peu son attention, on obtenait de lui des réponses assez précises. Il restait assis avec une expression anxieuse, l'œil hagard, le visage inquiet. Le pouls est à 108, plein et mou; la langue enduite et sèche. A dix heures du matin, on donna une demi-once de digitale.

A trois heures de l'après-midi, il y avait peu ou point de changement; seulement le pouls était à 72 et très-régulier.

A cinq heures du soir, le malade vomit beaucoup de matières verdâtres n'ayant point l'odeur de digitale; le pouls est à 60 et encore régulier. Il avait une somnolence profonde. On donna de l'arrow-root, qu'il put prendre sans le vomir.

A huit heures du soir, il était sommeillant; le pouls était entre 48 et 52; intermittent après 12 ou 14 battements; il n'avait plus d'anxiété précordiale.

Le 27 juin, il dormit plusieurs heures pendant la nuit; le pouls, toujours intermittent, était entre 68 et 72. On donna un régime nourrissant et des toniques.

La convalescence s'établit lentement, à cause de l'état de délabrement dans lequel ses débauches l'avaient laissé.

Ces observations parlent suffisamment d'elles-mêmes et nécessiteraient à peine quelques réflexions: il est évident que dans quelques-uns de ces cas on donna trop de digitale ou tout au moins plus que cela n'était nécessaire.

Nous appellerons particulièrement l'attention sur la très-grande quantité de teinture qui peut être donnée sans amener de vomissements ni d'intermittence dans le pouls.

Nous ferons remarquer ce dernier fait curieux de l'action presque instantanée d'une seule dose dans l'observation IV, et le contraste de l'observation I avec les observations III, IV et VI.

Ce traitement paraît rationnel, surtout quand on peut avoir sous la main des gens de service zélés et intelligents. Tous les malades étaient robustes: peut-être ces cas étaient-ils plus favorables que s'il s'était agi d'ivrognes épuisés par des excès antérieurs.

On a toujours eu la précaution de bien faire attention si les malades n'avaient point de maladie du cœur, et on les a toujours fait maintenir dans leur lit jusqu'à convalescence entière.

On les nourrissait à intervalles convenables, avant le sommeil, de fort thé de bœuf et d'arrow-root.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 1er décembre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 décembre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Cressant (de Guéret), Cailleux (de Montreuil), et Joyeux (de Mirecourt). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de M. Lucas, membre de l'Institut, inspecteur général des prisons, qui demande communication des pièces relatives à l'influence du régime cellulaire sur la santé et l'état mental des prisonniers.

2° Un mémoire sur la fièvre jaune au Brésil, par M. le docteur Chomet (de Rio-Janeiro). (Commission de la fièvre jaune.)

3° Une observation d'éléphantiasis des Arabes, par M. le docteur Caradec (de Brest). (Commissaires: MM. Larrey, Devergie et Gibert.)

— M. Béclard présente: 1° un travail de M. le docteur Becquet (de Neuilly) sur le traitement de la coqueluche dans les usines à gaz (commissaires: MM. Blache, Delpech, Royer); 2° un travail de M. le docteur Malapert, médecin principal de l'armée, sur l'extension continue appliquée au traitement des fractures des membres supérieurs (commissaires: MM. Bouvier et Michon); 3° un mémoire de M. Fréderic Ceresoli, pharmacien, sur l'acide valérique, le valérate de quinine et de zinc, et l'arsénite de strychnine (commissaires: MM. Poggiale, Gobley et Gaultier de Claubry).

— M. Larrey présente le dessin d'une tumeur monstrueuse, bilobée, de nature lipomateuse, opérée avec succès en 1819 par Dagorn, ancien chirurgien de la marine, qui en a publié l'histoire détaillée en 1822 dans une brochure accompagnée de plusieurs planches. Cette loupe multiple se divisait en huit tumeurs, dont la plus volumineuse pesait 46 livres. Le développement s'en était effectué, sans cause appréciable, sur le côté gauche du dos, à partir de l'épaule, en se prolongeant jusqu'au bas des cuisses, chez une jeune fille de Morlaix, âgée de dix-huit ans. Laënnec et plusieurs autres médecins avaient eu occasion d'examiner ce cas extraordinaire, qui fut, du reste, l'objet d'un rapport à l'Académie le 22 avril 1822.

M. Larrey a rappelé ce fait dans la dernière séance pour le rapprocher de celui qui a été montré sur un homme adulte par M. Titon (de Châlons-sur-Marne).

MM. Velpeau et J. Cloquet rappellent quelques faits analogues qu'ils ont eu l'occasion d'observer.

— Une nouvelle discussion s'élève à l'occasion du procès-verbal entre M. Depaul et M. le secrétaire perpétuel au sujet de la partie scientifique du rapport sur la vaccine.

Après un échange d'explications assez vives, M. H. Bouley met un terme au débat en proposant de décider que le travail de M. Depaul porterait pour titre: *Projet d'un rapport sur la transmission de la syphilis par la vaccine.*

Cette proposition, soumise à l'Académie, est accueillie à une grande majorité.

— M. le Président fait part à l'Académie de la mort d'un de ses correspondants, M. le docteur Barilleau (de Poitiers).

M. le président informe l'Académie que la séance publique annuelle aura lieu mardi prochain à trois heures.

L'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie pour entendre le rapport du trésorier.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. Gobley, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture des sept rapports officiels dont les titres suivent:

1° Sur l'eau de Cizole (commune de Saint-Jean de Ceyrargues [Gard]), qui, d'après l'analyse, a de l'analogie avec les eaux d'Euzet et de Saint-Jean de Ceyrargues depuis longtemps utilisées. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée.

2° Sur une nouvelle source de Saint-Jean de Ceyrargues (Gard), dont la composition est analogue aux autres sources de la même localité et à la source précédente. Même conclusion.

3° Sur une source sulfureuse située sur le territoire de la commune d'Aspach. Cette eau étant séléniteuse et ne présentant, dans l'état actuel, aucun indice de nature à encourager la continuation des travaux, la commission propose d'engager le propriétaire à suivre cet avis.

4° Sur l'eau de Saint-Priest-des-Champs (bicarbonate calcaire et ferrugineux). La commission est d'avis que cette source n'est pas susceptible d'exploitation.

5° Sur une source de Cauvigny (Oise). Il n'y a pas lieu, pour le moment, d'accorder l'autorisation demandée.

6° Sur une source de Fourchambault (Nièvre) [bicarbonatée]. Il y aura lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter lorsque le captage sera reconnu satisfaisant.

7° Sur l'eau de Provins (Seine-et-Marne), dont le ministre a demandé une nouvelle analyse. Les dernières analyses ne concordant pas dans leurs résultats avec les analyses faites précédemment, l'administration locale sera invitée à faire rechercher les causes de ce changement.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Fonctions de l'hémisphère gauche du cerveau. — M. Béclard lit, pour M. Lélut absent, et au nom d'une commission composée de MM. Bouillaud, Béclard et Lélut, un rapport sur un travail de M. le docteur Dax, ayant pour titre: *Observations tendant à prouver la coïncidence constante des dérangements de la parole avec une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau.*

Suivant l'auteur du mémoire, 140 observations prises en presque totalité en dehors de sa propre expérience, prouvent que dans les dérangements de la parole, c'est toujours l'hémisphère gauche du cerveau qui est altéré, les lésions de l'hémisphère droit restant toujours étrangères à ces dérangements.

Si un pareil fait était vrai, le cerveau, ce mystérieux organe, serait bien plus mystérieux encore. Chacun de ses deux hémisphères, chaque partie même de chacun de ses hémisphères, pourrait être le siége de fonctions différentes.

Il en est des deux hémisphères du cerveau comme de tous les organes doubles, les yeux, par exemple; ils remplissent les mêmes fonctions: le gauche n'est ni plus ni moins lésé que le droit dans les dérangements de la parole, et si, à cet égard, on croyait devoir condescendre à citer des faits, j'en aurais, à l'instant même et sans plus d'efforts de mémoire, un bien magnifique à citer, consigné par moi, il y a plus de trente ans, dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (20 février 1830). C'est le fait d'un épileptique chez lequel la réduction en bouillie de tout l'hémisphère cérébral gauche n'avait pas même été soupçonnée, et avait laissé jusqu'au dernier moment la parole intacte.

Rappellerai-je encore, et comme une sorte de contre-épreuve, un autre fait d'une altération carcinomateuse du cervelet, avec altération de la parole, l'hémisphère gauche du cerveau étant complétement sain.

Rappellerai-je, enfin, ce fait général si remarquable de l'altération profonde de la parole chez les aliénés atteints de démence avec paralysie générale, et chez lesquels il n'y a d'autre lésion du cerveau que des adhérences inflammatoires des méninges à toute la surface de cet organe.

Mais je ne veux entrer dans aucune discussion contradictoire de faits, pas plus que de principes, à l'occasion du mémoire, du reste si consciencieux, de M. Dax, sur ces questions, *mon siége est fait.*

M. Bouillaud déclare qu'il se propose d'examiner les propositions émises par M. Lélut; mais il attendra, pour engager la discussion, que M. Lélut soit présent à la séance.

— M. le Président appelle à la tribune plusieurs personnes inscrites pour des lectures. Aucune d'elles ne répondant à l'appel de son nom, la séance publique est déclarée close.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 août 1864. — Présidence de M. Guersant, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. Guersant fait hommage à la Société d'un travail sur la chirurgie des enfants. (M. Duvivier.)

— La correspondance comprend:

Une lettre de MM. Péchelier et Saint-Pierre, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier, qui adressent différents mémoires sur l'hygiène et sollicitent le titre de membres correspondants;

L'Union médicale de la Seine-Inférieure;

L'Art dentaire;

Le *Bulletin médical du nord de la France;*

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

L'Association médicale.

— M. le docteur Aviolet, sur sa demande et quittant Paris, est nommé membre correspondant de la Société.

De quelques lésions de l'iris comparables à celles de la choroïde.

M. Courserant. L'enfant R..., âgé de douze ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, malgré une pâleur de teint telle qu'il serait difficile d'en trouver une plus prononcée, même dans les états chloro-anémiques les plus avancés, est atteint à l'œil droit par un anneau fixé au bout d'une corde: une solution de continuité assez étendue s'étant produite à la partie antéro-supérieure de la sclérotique, l'iris et la capsule furent largement divisés, et bientôt la vision se trouva entièrement et pour toujours abolie sans que le malade eût éprouvé à partir du deuxième jour la moindre douleur dans le globe oculaire, lequel en quelques semaines marcha rapidement vers une période terminale atrophique.

Six semaines environ après l'accident signalé ci-dessus, l'œil gauche, sans cause occasionnelle appréciable, devint malade. Avertis de l'invasion de la maladie plutôt par l'abaissement notable de la faculté visuelle que par l'apparition de quelques douleurs légères et passagères ressenties par l'enfant dans l'œil et dans la tête, les parents vinrent réclamer mes soins.

La conjonctive bulbaire est légèrement injectée, et le cercle vasculaire radié *péri-cornéo-sclérotical* encadre la cornée: celle-ci a conservé sa transparence à peu près normale, quoique l'iris ait perdu à sa surface ce poli, cette netteté de couleur, cette teinte brillantée enfin si caractéristique de son intégrité organique. Le trouble de la pupille, dont le contour est légèrement frangé de fines exsudations plastiques, empêche d'explorer le fond de l'œil au moyen du miroir ophthalmoscopique. Evidemment j'avais affaire à une iritis subaiguë à marche lente, telle en un mot qu'on l'observe assez souvent chez les scrofuleux.

En présence d'une constitution si appauvrie et d'un état chloro-anémique si prononcé, et vu surtout la lenteur avec laquelle l'affection semblait devoir progresser, *fallait-il,* considérant les lésions locales comme un retentissement, un écho, pour ainsi dire, des con-

ditions éminemment défectueuses dans lesquelles se trouvait la constitution en général, *fallait-il*, dis-je, corroborer cette dernière par une médication tonique appropriée? Ou bien était-il préférable de s'adresser aux révulsifs, aux antiplastiques, aux antiphlogistiques, etc., employés toutefois dans une certaine mesure en rapport avec les forces et la constitution du sujet?

Je m'arrêtai à ce dernier parti, mais ce fut sans aucun succès : le même sort attendait la médication tonique, fortifiante, réparatrice, etc., employés avec l'arsenal si compliqué de ses moyens. Enfin, voyant des vaisseaux sanguins apparaître en assez grand nombre dans l'iris, dont le tissu se désorganisait de jour en jour, en même temps que de nouveaux exsudats se déposaient dans l'ouverture pupillaire, je fis appliquer deux ventouses scarifiées entre les deux épaules, reprendre l'usage des antiplastiques, et entretenir d'une manière permanente derrière l'oreille une irritation artificielle au moyen de l'huile de croton.

Sous l'influence de ce traitement, les vaisseaux anormalement développés dans l'iris disparurent. Néanmoins tous mes efforts furent impuissants pour suspendre le processus morbide qui désorganisait l'iris, et pour empêcher les fausses membranes d'oblitérer entièrement la pupille et d'amener presque l'atrésie pupillaire : et, je le répète, tout ce cortége de destruction organique se montra dans l'œil, je devrais dire dans l'iris, sans que l'œil accusât la moindre souffrance, sans la manifestation d'aucune réaction soit locale soit générale de la part de l'organisme; mais qu'il me soit permis de m'arrêter un instant sur la nature de ces lésions organique. Ce sujet ne me paraît pas sans importance, et je prie en même temps les membres de la Société de vouloir bien examiner avec soin l'enfant P... que je leur présente en ce moment.

Examen de l'iris. — L'iris, vous le voyez, est décoloré et entièrement dépourvu de son tamentum. On peut suivre facilement la direction de ses fibres, car il se présente sous l'aspect d'un tissu de fine étoffe râpée et à demi-usée. Il touche presque immédiatement la face postérieure de la cornée, sans pourtant y adhérer; si sa surface est parsemée de petites saillies, celles-ci, loin de dépendre d'un épaississement notable de son tissu, sont, au contraire, produites par des fausses membranes déposées entre la capsule et l'iris, lesquelles, poussant ce dernier en avant vers la cornée, ont amené l'atrophie presque complète de sa trame vasculaire et produit la transformation fibreuse de son tissu, ainsi que l'ont démontré deux pupilles artificielles précédemment pratiquées sur l'enfant R....

En présence de tous les désordres subis par la matière organisée, au milieu, pour ainsi dire, du silence de la sensibilité générale ou spéciale, on ne peut se refuser à admettre la complète identité que présentent ces lésions de l'iris avec celles que subit la choroïde. Dans cet ordre tout nouveau de maladies que l'ophthalmoscope nous a révélées au fond de l'œil et qui surviennent sans que le malade en soit averti par le symptôme douloureux, détruiseut des parties considérables de la choroïde, et amènent dans la fonction visuelle des perturbations incurables et d'une gravité variable, en rapport avec leur étendue et leurs complications.

M. Caron présente quelques considération générales sur l'alimentation et la médication applicable aux enfants scrofuleux, et qui plus tard ont disparu presque sous l'influence de la rétraction concentrique des exsudats.

Cependant, en présence de cette congestion, de cette vascularisation pathologique passive de l'iris, s'opérant à sa surface, sans douleur, sans réaction aucune de l'organisme, à l'insu pour ainsi dire du malade, en présence de l'infiltration de ce tissu par des produits plastiques, dont l'organisation, la rétraction consécutive, tarissent les sources de la nutrition organique, effacent le calibre des vaisseaux sanguins, qui plus tard disparaissent dans le travail atrophique qui s'opère dans l'iris ou subissent la transformation fibreuse.

M. CARON. L'insensibilité, comme toutes les autres perversions des sens chez les scrofuleux, n'est pas chose si rare et si antiphysiologique que l'on se plaît communément à le supposer.

En effet, par le fait même de cette organisation toute spécifique qui caractérise les constitutions lymphatiques, tuberculeuses et autres, il est manifestement impossible que les organes, que les appareils présentent les mêmes aptitudes fonctionnelles que chez les individus physiologiquement constitués.

Pour bien comprendre la relation physiologique d'un pareil fait, il suffit d'étudier le mode suivant lequel s'effectuent les fonctions digestives de ces individus, les qualités physiques, chimiques et physiologiques des matériaux de l'assimilation qui concourent à leur édification individuelle, et l'on conçoit alors que ces organisations ne doivent, ne peuvent, en quoi que ce soit, être comparées aux organisations bien constituées, aux tempéraments physiologiques.

Aussi est-ce bien par une rigoureuse et très-logique déduction qu'il devient impossible, imprudent, de vouloir soumettre ces individus aux médications toniques, analeptiques, ferrugineuses, iodurées, aux mêmes doses qui réussissent chez les personnes affaiblies par des maladies aiguës ou chroniques, mais différentes des diathèses scrofuleuses, rachitiques, etc.

Nous ne sommes donc nullement surpris d'entendre notre confrère incriminer sa médication et échouer en quelque sorte là où les indications semblaient et sembleraient à beaucoup d'autres aussi rationnellement tracées.

C'est qu'il faut avant tout tenir compte de la nature du tissu, de la solidité des appareils et des aptitudes fonctionnelles qui, dans ces conditions maladives, doivent nécessairement différencier.

L'usage des viandes grillées et des toniques n'étant point en harmonie avec les aptitudes physiogéniques de ces organisations, les phénomènes digestifs et assimilateurs s'épuisent en de vains efforts, l'absorption est incomplète, souvent nulle, et comme l'a énoncé M. Bouchardat, les malades, les enfants meurent de faim au milieu de l'abondance.

Les éléments de nutrition incomplets, de mauvaise qualité, portent l'irritation, le trouble au sein des organes, déjà pathologiquement disposés. Les symptômes s'aggravent, et les malades succombent au milieu des soins les plus dévoués, dans les mains des praticiens les plus consciencieux, les plus justement recommandables.

Le secrétaire annuel, Dr DUPUY.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

85. Étude sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie, par M. Herrera Vegas.
86. Essai sur l'hygiène de l'ouvrier au point de vue de l'habitation, de l'alimentation et du travail, par M. Bertin.
87. Considérations générales sur l'action physiologique et thérapeutique des alcalins, par M. Quenouille.
88. Abcès sous le sterno-cléido-mastoïdien, par M. Dumestre.
89. Étude sur l'accommodation de l'œil normal pour la vision distincte à des distances différentes, par M. Goizet.
90. Des premiers éléments de diagnostic dans l'examen des tuberculeux, par M. Perry.
91. Du meilleur moyen pour déterminer l'accouchement prématuré artificiel, par M. Pétresco.
92. De la graine du croton tiglium (Du *curcas purgans*), par M. Vautherin.
93. Hygiène de la première enfance, par M. Defontaine.
94. Étude sur la coqueluche et son traitement, par M. Vignard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 16 novembre 1864 :

M. le docteur Minder est nommé chef des travaux anatomiques près l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble (emploi vacant);

M. le docteur Eugène Bertin, professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine à ladite Ecole (emploi vacant);

M. le docteur Ed. Lallement est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Bertin, appelé à d'autres fonctions;

M. Lallement est nommé en outre chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, en remplacement de M. le docteur Schacken.

— Par arrêté en date du 24 novembre 1864, M. le docteur Gérard est nommé médecin du collége de Draguignan.

— Par arrêté en date du 25 novembre 1864, sont institués en qualité d'aides d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris, pour entrer en fonctions le 1er avril 1865, MM. Polaillon, Ledentu et Gillette.

— Par arrêté en date du 25 novembre 1864, M. Brulet, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est chargé provisoirement du cours de clinique externe pendant la durée d'un congé accordé à M. Vallée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Descrozailles (de Naussac), et de M. le docteur Perrot, médecin de colonisation à Tlemcen.

— M. le docteur Guéneau de Mussy fait des leçons cliniques tous les mardis, sur les maladies du cœur et du système circulatoire, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Hôtel-Dieu.

Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils musculaires correspondant à la vessie et à la prostate dans les deux sexes, par M. A. SABATIER. Un vol. in-8° de 42 pages, 4 planches. Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, 1864, chez Savy, libraire, 24, rue Hautefeuille.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'isolement des varioleux dans les hôpitaux.

On se rappelle que M. le directeur de l'Assistance publique a adressé à chacun des médecins et chirurgiens des hôpitaux une circulaire par laquelle il les invitait à faire connaître les résultats de leur expérience et à formuler leur opinion sur l'utilité qu'il pourrait y avoir à isoler les malades atteints de maladies contagieuses, et sur le meilleur mode de séparation à adopter. Les médecins des hôpitaux ayant décidé qu'au lieu de réponses individuelles ils adresseraient à l'administration une réponse collective, une commission composée de MM. H. Roger, Guérard, Léger, Lailler, Jaccoud et Vidal, fut chargée de présenter un rapport sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux.

La commission, par l'organe de son rapporteur M. Vidal, présenta son rapport à la Société au mois d'août dernier; et c'est tout récemment seulement (dans les dernières séances de novembre) que la Société a discuté cette question. Avant de faire connaître la décision de la Société, nous allons exposer les points principaux traités dans le rapport.

Admettant en principe la nécessité de l'isolement de toutes les maladies reconnues contagieuses, comme le meilleur moyen d'en empêcher la propagation, mais ne pouvant embrasser dans une même étude une question aussi vaste et aussi complexe, la commission a décidé qu'elle s'appliquerait tout d'abord à résoudre le problème, en se limitant à la question de la variole, et pour les hôpitaux d'adultes seulement.

Le problème ainsi circonscrit, la commission s'est proposé d'étudier les deux questions suivantes, qui se présentaient tout naturellement à l'esprit:

1° Y a-t-il nécessité d'isoler les malades atteints d'affections varioleuses?

2° En cas d'affirmative, quels sont les meilleurs moyens de réaliser cet isolement et d'empêcher la contagion, en mettant les varioleux dans les conditions les plus favorables à leur guérison?

Nous dirons volontiers ici, comme le rapporteur de la commission, qu'il y a lieu de s'étonner d'avoir à discuter sur le premier point, tant il est vrai que la réponse affirmative s'impose d'elle-même, au premier abord, par l'évidence. En effet, la contagion de la variole, la facilité de sa propagation, d'autant plus grande et d'autant plus à craindre qu'elle a prise sur des sujets encore malades ou convalescents et affaiblis par la maladie, sont autant de vérités établies et que personne ne songe à contester. Aussi, dans un grand nombre de villes étrangères, dans les hôpitaux de la marine et de l'armée, en France, et dans nos asiles de convalescents, la mesure générale de la séparation des varioleux est-elle appliquée. Pour qu'elle ne l'ait pas été encore dans les hôpitaux civils de Paris, ainsi que dans la plupart des hôpitaux de nos grandes villes, il faut qu'il y ait eu des raisons majeures, de véritables impossibilités. C'est ce qu'il ne nous appartient pas d'examiner en ce moment. Nous nous bornerons, avec la commission, à constater le fait, nous la suivrons dans l'examen de la seconde question. Il va sans dire que sa réponse sur le premier point a été unanime.

Sur le second point, une question préalable a tout d'abord arrêté la commission.

« La condition essentielle du traitement des varioleux dans un local séparé, dit le rapport, c'est qu'il n'y ait pas aggravation de leur maladie par le fait de leur réunion. »

On comprend ces craintes, en effet, dans l'hypothèse de l'agglomération dans une même salle de tous les varioleux d'un hôpital.

Ce problème de la réunion des varioleux sans augmentation de mortalité est résolu, suivant la commission, non-seulement à l'étranger, mais en France, à Paris même.

Nous n'avons rien à objecter à l'expérience.

Les modes d'isolement des varioleux mis en usage tant en France qu'à l'étranger, se résument à trois:

1° Un hôpital spécial;

2° Un bâtiment isolé dans chaque hôpital;

3° Des salles ou des chambres séparées des autres parties de l'hôpital.

De l'examen comparatif des avantages et des inconvénients de ces divers systèmes, il résulte pour la commission:

1° Qu'un hôpital spécial de la petite vérole aurait, pour une ville aussi étendue et aussi populeuse que Paris, l'inconvénient grave d'être trop éloigné des quartiers extrêmes et de devenir peut-être insuffisant en temps d'épidémie.

2° Que la meilleure manière de séparer les varioleux des autres malades d'un même hôpital est de les réunir dans un bâtiment isolé, formant en quelque sorte un petit hôpital dans le grand, ayant son jardin, sa buanderie, sa cuisine, son linge et son personnel de service, etc., pour éviter toute communication avec l'hôpital. Ces pavillons seraient composés de chambres de deux à quatre lits pour les malades atteints de variole, et de chambres de quatre à six lits pour les cas de varioloïde. La ventilation de ces chambres serait réglée de manière à fournir par heure, à chaque malade, 120 à 150 mètres cubes d'air.

3° Que dans les hôpitaux dont les dispositions actuelles ne permettraient pas la construction d'un pavillon d'isolement, il conviendrait d'adopter le système mis en usage dans les asiles de Vincennes et du Vésinet et dans les hôpitaux militaires (1), et de créer dans l'hôpital un quartier de varioleux, ayant son escalier spécial, séparé, autant que possible, des autres services, avec lesquels toute communication serait sévèrement interdite aux malades.

Ce quartier des varioleux, distribué, comme les pavillons, en chambres de deux à quatre lits pour la variole, de quatre à six lits pour la varioloïde, aurait son service particulier et indépendant. Les malades, dès que leur état le permettrait, seraient transférés dans les asiles de convalescence, dans des voitures spécialement affectées à cet usage.

Les chefs de service, les internes et les élèves chargés du traitement des varioleux, n'entreraient dans le pavillon ou dans le quartier de ces malades qu'en terminant leur visite.

Tel est l'esprit des conclusions que la commission a proposé de transmettre en réponse à la demande d'avis de M. le directeur de l'Assistance publique.

La discussion qui a eu lieu sur ce rapport à la Société médicale des hôpitaux n'en a que mieux fait ressortir la justesse et l'opportunité.

La Société en a voté à l'unanimité toutes les conclusions, mais en réservant un point qui avait été intentionnellement écarté du rapport, celui qui est relatif à la vaccination ou revaccination des malades à leur entrée à l'hôpital. Quelques membres, convaincus que les vaccinations et revaccinations pratiquées avec soin suffiraient pour faire cesser les épidémies de variole et de varioloïde, et pour rendre par conséquent toute autre précaution inutile, auraient voulu qu'on spécifiât dans les conclusions la pratique obligatoire de cette mesure prophylactique. A cela il a été répondu avec raison qu'il ne fallait pas oublier qu'on avait affaire à des malades, et qu'il en était, dans le nombre, qu'il pouvait n'être pas toujours opportun ou même sans danger de vacciner.

D'ailleurs, a fait remarquer le rapporteur, malgré l'enquête de 1857, qui avait laissé croire que la vaccination et la revaccination suffiraient à faire disparaître la variole et la varioloïde des hôpitaux; malgré les recommandations du directeur de l'Assistance publique; à cet égard, le nombre des revaccinations est allé successivement en décroissant, ce qui, pour le dire en passant, n'est pas précisément un argument très-péremptoire contre son efficacité. En effet, ainsi que l'a dit avec raison M. Bouchut, la revaccination n'a jamais été tentée assez sérieusement pour que l'expérience ait pu être considérée comme concluante.

Quoi qu'il en soit, la question des revaccinations, écartée pour le moment, a été mise à l'ordre du jour et renvoyée à la même commission, qui en fera l'objet d'un nouveau rapport. Nous ne manquerons pas de mettre les conclusions de ce nouveau rapport sous les yeux de nos lecteurs.

(1) Aux asiles de Vincennes et du Vésinet, ainsi que dans les hôpitaux militaires de Paris, les varioleux sont placés dans des quartiers isolés, n'ayant aucune communication directe avec les autres quartiers, et pourvus de tout le personnel et de tous les accessoires nécessaires.

Parallèle entre les différentes espèces d'ostéomalacie ou de ramollissement du tissu osseux.

Certaines affections diathésiques exercent une influence marquée sur la consistance du squelette, et se traduisent par des déformations plus ou moins prononcées dans la continuité des os, résultant d'un ramollissement du tissu osseux.

Quelle que soit leur cause primitive, ces déformations offrent plusieurs traits de ressemblance, qui les font souvent confondre. Frappé des graves inconvénients qu'entraînent ces erreurs de diagnostic, M. le docteur A. Kuhn, dans un travail étendu, présenté à la Société de médecine de la Seine, a cherché à faire ressortir et à mieux fixer qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les caractères propres, essentiels des différentes espèces de ramollissement des os.

Les causes ordinaires de ramollissement du squelette étant: 1° le rachitisme, 2° l'ostéomalacie proprement dite, 3° le scorbut, 4° la syphilis; 5° la goutte, 6° la scrofule et le tubercule, et 7° le cancer, l'auteur admet provisoirement sept espèces d'ostéomalacie, à savoir: l'ostéomalacie infantile ou rachitique, l'ostéomalacie proprement dite ou rachitisme de l'adulte, l'ostéomalacie scorbutique, l'ostéomalacie syphilitique ou mercurielle, l'ostéomalacie arthritique ou goutteuse, l'ostéomalacie scrofulo-tuberculeuse et l'ostéomalacie cancéreuse.

« Chacune de ces causes, dit M. Kuhn, affecte le tissu osseux d'une façon qui lui est propre; l'une envahit spécialement la trame organique, l'autre s'attaque à l'élément calcaire; celle-ci s'en prend aux deux éléments à la fois, celle-là surtout aux extrémités articulaires, etc., sans compter que la manière dont chacune de ces causes procède dans tel ou tel élément de l'os est encore essentiellement variable: ici ce sera un simple défaut d'équilibre entre les fonctions assimilatrice et désassimilatrice du tissu osseux, d'où la diminution graduelle de l'un des deux éléments par rapport à l'autre; la cause de cette désharmonie cessant, l'os se reforme dans des conditions presque normales (comme dans le rachitisme, dans l'ostéomalacie essentielle et probablement aussi dans le ramollissement scorbutique); ailleurs, c'est une transformation lente et graduelle des deux éléments en matière grasse (comme dans la goutte); ou bien, enfin, une disparition graduelle des deux éléments devant des corps étrangers organisés, n'ayant aucune analogie avec les tissus normaux de l'organisme (ostéomalacie tuberculeuse et cancéreuse).

» De cette première notion du mode d'action de la cause résulte immédiatement ce fait capital pour le diagnostic, à savoir que chaque cause essentielle donne lieu nécessairement à un mode de déformation qui lui est propre, et qui permet de la reconnaître généralement à première vue, à la simple inspection des formes extérieures de la difformité (1). »

Il est inutile d'insister sur l'importance thérapeutique d'une diagnose précise de ces affections. Rachitisme, scrofule, syphilis, goutte, etc., voilà certes des affections distinctes, et personne n'aura jamais la prétention de les faire plier sous le même niveau; si chacune d'elles peut déterminer le ramollissement des os, cette maladie portera nécessairement l'empreinte de sa cause spéciale: l'ostéomalacie goutteuse, par exemple, n'est et ne peut être que la goutte, avec son cortége d'altération, transportée sur le squelette, et modifiée par la contexture spéciale du tissu osseux; l'ostéomalacie scrofulo-tuberculeuse ne différera pas foncièrement de l'affection scrofulo-tuberculeuse des autres tissus, et ainsi de suite pour les autres espèces.

Ces quelques jalons ainsi largement et hardiment plantés, l'auteur passe à l'examen de ses différentes espèces, dont il retrace succinctement les conditions étiologiques et les caractères anatomiques, physiologiques et pathologiques, en insistant d'une manière toute spéciale sur les différentes phases ou périodes et sur les différents degrés de chaque espèce.

La distinction des périodes et des degrés dans une même affection est surtout importante pour le traitement, qui ne peut être le même au commencement, au milieu et à la fin de l'affection. C'est ainsi que dans le rachitisme les moyens hygiéniques seuls sont de mise dans le cours de la première période; que dans la seconde il convient d'associer à l'hygiène des moyens externes, bains salins, frictions stimulantes, et l'usage de quelques amers à l'intérieur; que dans la troisième, aux moyens précédents il convient d'associer l'administration de l'huile de foie de morue, et les moyens mécaniques ou chirurgicaux propres à remédier aux difformités; qu'enfin à la quatrième période (période de consolidation) toute médication interne devient inutile, et que seuls les moyens mécaniques ou chirurgicaux pourront être employés pour corriger les difformités.

Nous avons remarqué que pour le rachitisme et l'ostéomalacie essentielle, l'auteur admet quatre périodes, à savoir: une pé-

(1) Ce fait a été entrevu et formulé en termes généraux dès 1837 par M. J. Guérin; mais c'est la première fois, croyons-nous, que les raisons de ce fait sont explicitement indiquées.

riode prodromique ou gastro-intestinale; une seconde ou période de ramollissement et de déformation; une troisième ou période de réparation, et une quatrième ou période de consolidation.

Quelque chose d'analogue existe pour l'ostéomalacie syphilitique, dans laquelle l'auteur a également constaté sur des pièces du Musée de Clamart les lésions correspondantes aux deuxième, troisième et quatrième périodes du rachitisme.

Ces différentes espèces offrent entre elles une assez grande analogie; c'est que la cause directe du ramollissement est une résorption interstitielle de l'élément calcaire des os, donnant lieu à la friabilité; c'est qu'ensuite la lésion osseuse poursuit à peu près la même marche dans son évolution, et peut être ramenée aux trois périodes suivantes :

1° Ramollissement avec friabilité;

2° Régénération par un tissu de nouvelle formation (tissu spongoïde);

3° Consolidation et éburnation de ce tissu spongoïde.

Il n'en est pas de même de l'ostéomalacie arthritique, dans laquelle les deux éléments de l'os se transforment lentement en tissu adipeux, et dans laquelle il n'y a point de réparation par un tissu osseux nouveau, ni de consolidation de ce tissu; dans les ostéomalacies tuberculeuse et cancéreuse, le procédé pathologique diffère encore essentiellement des précédents en ce que le tissu osseux disparaît devant des corps étrangers, que l'auteur assimile à d'autres productions parasites. Elles diffèrent entre elles en ce que la tuberculisation des os est susceptible de guérir, et la consolidation peut s'opérer au moyen d'un tissu osseux cicatriciel, qui n'est plus interstitiel, comme dans le rachitisme, mais qui est véritablement surajouté, tandis que dans l'ostéomalacie cancéreuse on n'observe point de tendance à la régénération des os une fois ramollis.

L'ostéomalacie essentielle offre dans ses débuts une grande analogie avec certains accidents de la goutte, mais elle s'en distingue essentiellement, même dès l'abord :

1° Par ses débuts, qui s'annoncent toujours par des douleurs dans un point quelconque de la région pelvi-sacrée ou de la partie supérieure des fémurs, tandis que les débuts de la goutte se font ordinairement sentir dans les petites articulations éloignées du centre, et notamment aux pieds;

2° Par sa marche ou franchement continue ou simplement rémittente, sans attaques ou accès séparés par des retours à l'état normal, tandis que la goutte dans sa première période se montre toujours par attaques séparées par des intervalles de retour à l'état sain des articulations ou des points du squelette primitivement atteints;

3° Par sa marche régulièrement progressive : l'ostéomalacie essentielle commence par la région pelvi-sacrée ou pelvi-fémorale, qui est en quelque façon le quartier général de la maladie; de là elle s'étend de proche en proche aux autres points du squelette; quand une fois elle a envahi un point, elle y reste à demeure jusqu'à ce qu'elle ait épuisé son action, et la cessation des douleurs coïncide habituellement avec la déformation ostéomalacique de cette partie; mais quand une fois la douleur a disparu dans un point, elle n'y reparaît plus.

L'ostéomalacie essentielle procède avec symétrie, c'est-à-dire que l'envahissement d'une région est accompagné, ou immédiatement précédé ou suivi, de l'envahissement de la partie similaire du côté opposé.

Rien de tout cela dans la goutte, laquelle procède par bonds irréguliers, de droite à gauche, de haut en bas, ou *vice versa*, et sans la moindre symétrie. Dans la première période de la goutte, l'articulation atteinte rentre après l'attaque dans les conditions normales, et cela souvent en moins de vingt-quatre heures; mais lorsqu'une articulation a été atteinte une première fois, elle est très-susceptible de redevenir plus tard le siége des mêmes accidents.

Dans l'ostéomalacie, le bassin est toujours déformé en premier lieu, et la déformation atteint surtout les os iliaques au niveau des cotyles et des branches horizontales du pubis; celles-ci sont invariablement déprimées de dehors en dedans, de façon à faire saillir en avant la symphyse pubienne, ce qui donne au détroit supérieur la forme d'un cœur de carte à jouer. Très-souvent la mâchoire inférieure présente au niveau des angles de cet os une double saillie, qui imprime aux traits du visage des ostéomalaciques un caractère tout spécial, comme s'ils avaient une fluxion dentaire de chaque côté. — Ces deux signes n'existent jamais dans la goutte.

Quant au traitement, les moyens pharmaceutiques les plus variés et les plus énergiques employés jusqu'à ce jour n'ont paru exercer aucune influence appréciable sur la marche et les progrès de l'ostéomalacie. L'hygiène seule peut avoir quelque action dans les deux premières périodes. M. Kuhn pense qu'on pourrait recourir avec avantage à l'emploi des bains excitants, de l'hydrothérapie, des frictions stimulantes, de l'électricité, etc., associés à une hygiène convenable.

Il va de soi que les ramollissements osseux, syphilitiques, goutteux et cancéreux ne sauraient être traités autrement que par les moyens appropriés aux périodes invétérées des diathèses correspondantes.

— Quelques objections ont été faites, au sein de la Société de médecine de la Seine, au sujet de ce travail : les unes portant sur quelques faits de détail, notamment sur les caractères tout à fait spéciaux des lésions osseuses syphilitiques, qui ne pourraient guère être confondues avec celles du rachitisme ou de l'ostéomalacie, à moins de complications avec elles; les autres portant sur l'ensemble même du travail sur le rapprochement fait par M. Kuhn, sous un terme générique, de lésions appartenant à des états morbides essentiellement différents. Nous ne pourrions, à l'occasion d'un travail dont nous ne rapportons qu'un court résumé analytique, entrer dans des considérations de détail qui nous mèneraient beaucoup trop loin. Mais nous ne saurions omettre de faire remarquer ici, à propos des dernières objections, que c'est précisément là, à nos yeux, le mérite du travail de M. Kuhn d'avoir momentanément rapproché des états morbides fort différents, mais que l'on pourrait confondre et que l'on a plus d'une fois confondus effectivement dans la pratique, à cause de la ressemblance d'un symptôme en apparence commun, pour en mieux faire ressortir les dissemblances et les caractères diagnostiques respectifs.

Redressement des fausses ankyloses coxo-fémorales.

Depuis les malheurs de la machine Louvrier, les chirurgiens sont devenus très-réservés à l'endroit du traitement des ankyloses. En 1858, cependant, Bonnet vint à Paris; il exposa longuement devant la Société de chirurgie les résultats de sa pratique, et le redressement brusque des ankyloses pendant le sommeil anesthésique a été remis à l'ordre du jour. Puis, comme toute idée nouvelle, elle a été agitée de tout côté, les expériences se sont multipliées avec des résultats divers. Le Congrès médical de Lyon a été saisi de cette question. M. Delore (de Lyon) a produit cinquante-neuf faits d'ankylose, ou mieux de roideurs articulaires, dans lesquels le redressement brusque a été tenté. Ces observations permettent d'établir des indications thérapeutiques. Voici les faits qui ont trait à l'articulation de la hanche :

Nous trouvons vingt-sept observations d'ankyloses ou roideurs de la hanche. Dans un cas, il y avait une ankylose vraie, dans les autres cas il s'agissait d'ankyloses fausses, de rhumatismes mono-articulaires avec immobilisation de la jointure, soit à cause des douleurs éprouvées par les malades, soit à cause de contractures musculaires.

Il y a eu deux guérisons complètes et une incomplète; les autres malades ont été améliorés. Or, voici en quoi consiste la guérison complète : les mouvements de l'articulation se rétablissent et le malade marche sans claudication.

L'amélioration n'est autre chose que la transformation d'une position du membre en une position plus favorable de la marche. Du reste, le membre ne recouvre pas ses mouvements; il y a claudication, les malades ne peuvent marcher qu'avec un tuteur, et il est des cas où, malgré les mouvements gradués exécutés avec régularité, la position vicieuse du membre se reproduit.

En examinant avec soin les faits invoqués, on arrive à cette conclusion que le redressement des ankyloses vraies ou fausses ne peut donner qu'un seul résultat, placer le membre dans une position plus favorable à la marche, substituer une ankylose à une autre ankylose. On voit aussi que dans les cas où les mouvements ont été rétablis, il n'y avait pas d'ankylose. La roideur articulaire n'était pas la conséquence d'une arthrite même un peu grave.

Voici quels ont été les trois faits de guérison rapportés par M. Delore :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme âgé de treize ans, qui après s'être endormi tout en sueur sur la terre, fut pris d'une coxalgie rhumatismale. Sept mois après il présentait un raccourcissement apparent du membre, et l'articulation coxo-fémorale était dans la flexion et l'adduction. Des manœuvres de redressement brusque ont été faites : le couturier, le tenseur du fascia lata ont été sectionnés. Le malade put quitter l'hôpital avec son membre redressé et ne boitant pas; mais il rentra deux mois après à l'hôpital, boitant de nouveau; le redressement fut de nouveau tenté, et le malade sortit en voie de guérison complète. Dans ce fait il y a évidemment une arthrite chronique rhumatismale à marche lente qui a pu être redressée, mais à coup sûr il n'est point question d'une ankylose.

Le second cas de guérison a trait à un enfant de douze ans qui depuis trois mois avait de la roideur de la hanche; les mouvements de cette articulation étaient nuls ou à peu près; il y avait flexion et adduction permanente : l'articulation a été redressée et immobilisée.

Deux mois après la flexion pouvait s'exécuter, et l'enfant marchait bien; mais l'adduction s'était légèrement reproduite.

Dans ce dernier cas, il est probable qu'il existait une coxalgie à forme lente, comme on en observe chez quelques enfants. L'articulation était roide; il y avait des contractures musculaires qui simulaient une ankylose.

Les effets du redressement et de l'immobilisation ont été efficaces au même titre que le repos et l'immobilisation simple, qui ont souvent réussi à guérir des coxalgies au début ou des coxalgies à marche lente. Il suffirait pour appuyer cette opinion de signaler deux observations de M. Delore, où il y a eu guérison complète d'ankylose ou plutôt de roideur articulaire, par la simple position du membre placé dans la gouttière Bonnet.

Enfin, il y a un troisième cas de guérison complète, c'est celui d'une femme de trente ans, qui pendant le cours d'une affection médicale, avait eu des contractures musculaires par suite desquelles la cuisse s'était repliée sur le bassin. Le membre a été redressé avec facilité et placé dans une gouttière.

Au bout de sept jours, la malade était dans un état à peu près satisfaisant, et après avoir été atteinte d'un gonflement douloureux de la hanche traité par l'application d'un emplâtre belladoné, elle est sortie guérie de l'hôpital.

Sur les 22 autres faits du mémoire de M. Delore, il y a deux cas où toutes les tentatives ont été impuissantes. Il y avait chez le premier malade une ankylose vraie, et chez le second une ankylose incomplète avec conservation de la rectitude de la jambe. Vingt fois il y a eu redressement du membre, mais les mouvements n'ont pu être rétablis.

Dans aucun cas les tentatives de réduction n'ont occasionné d'accidents. Il y a eu trois fois récidive de la position vicieuse du membre, et dans la majorité des cas il restait une tendance du membre à se porter dans l'adduction ou la rotation légère en dedans.

Tous ces faits ne sont point des redressements d'ankylose osseuse; les coxalgies complètes sont rares dans les antécédents des malades; les rhumatismes, les arthrites simples, ont été surtout les lésions primitives qui ont donné lieu à la roideur articulaire. Mais malgré cela, en n'envisageant la chose qu'au point de vue thérapeutique, on peut dire que le redressement des articulations coxo-fémorales est une chirurgie de symptôme qui n'offre pas de graves dangers évidents et rend des services.

Nous verrons dans une des prochaines Revues cliniques les résultats fournis par le redressement des articulations fémoro-tibiales.

Du cancer du cerveau.

Il y a fort peu d'exemples de cancer du cerveau. On connaît des tumeurs cancéreuses intra-crâniennes nées aux dépens de la dure-mère et de la pie-mère; mais les cancers propres à la substance cérébrale restent très-rares.

Nous reproduisons ici en quelques mots ce qui a trait au cancer du cerveau d'un livre récent que vient de publier M. Luys, livre considérable et jetant sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux un jour nouveau (1).

Il se forme, au dire de l'auteur, des tumeurs de nature cancéreuse, constituées par des masses marronnées fermes, d'aspect grisâtre, et implantées sur les confins de la substance blanche des hémisphères et de la substance grise à l'aide de prolongements multiples. Ces masses sont très-vasculaires; elles renferment beaucoup de tissu conjonctif; dures par places, elles présentent des points ramollis ou de petites hémorrhagies partielles. C'est autour des vaisseaux qu'a lieu l'hypergénèse d'éléments nouveaux.

Voilà ce que l'anatomie pathologique, aidée du microscope, a établi de nouveau à l'égard des tumeurs cancéreuses du cerveau.

En y joignant, d'une part, les tumeurs très-vasculaires qui, nées aux dépens des plexus choroïdes et de la pie-mère, qui se comportent comme des tumeurs érectiles fongueuses, ainsi que l'a établi M. Lebert; de l'autre, les tumeurs nées aux dépens de la pie-mère et de l'arachnoïde, et qui ressemblent à des cancers épithéliaux, on a toutes les variétés de tumeurs cancéreuses qui peuvent exister dans le crâne, en dehors des fongus de la dure-mère.

KYSTE SÉREUX DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Traitement par l'excision et la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Par M. le docteur Pize (de Montélimar).

Mme X..., âgée de quarante-sept ans, s'est aperçue, il y a deux ans, qu'elle avait à la joue gauche une tumeur de la grosseur d'une noisette. Elle a éprouvé depuis cette époque des douleurs s'irradiant vers l'œil et le front du côté affecté, douleurs qu'elle comparait au mal de dents.

La malade est venue me consulter le 7 juin 1864; la tumeur a acquis le volume d'une grosse noix; elle déforme la face, remplit presque tout l'espace compris entre le nez, l'os malaire, le rebord orbitaire et la partie du bord alvéolaire, et est située entre la dent canine et la troisième molaire. La peau de la joue est soulevée par la tumeur, mais ne lui est pas adhérente; le kyste fait également saillie du côté des gencives, et il est facile de l'apercevoir en soulevant la lèvre supérieure; il est ovoïde, sans bosselures, indolent à la pression. La fluctuation est facile à percevoir tant du côté de la gencive qu'à travers la joue. La pression ne fait pas diminuer le volume de la tumeur; il n'y a pas de sensation de parchemin. Presque toute la paroi antérieure du kyste paraît membraneuse au toucher; mais à sa circonférence, elle est plus dure, et elle fait corps avec l'os maxillaire, qui est lui-même atteint d'hyperostose tout autour de la tumeur. Sur le maxillaire malade, il ne reste plus qu'une seule dent, l'avant-dernière molaire : il n'y a pas de vestiges de la dent de sagesse.

J'opère la malade le 13 juin 1864; je fais d'abord une incision à la partie la plus déclive de la tumeur; un liquide clair et séreux s'échappe en jaillissant. J'excise ensuite une petite portion de la poche à sa partie la plus inférieure. J'aperçois alors l'intérieur du kyste, qui est uniloculaire et tapissé par une membrane blanchâtre, que je cautérise dans toute son étendue avec le crayon de nitrate d'argent. Je ne fais pas de pansement, et je me borne à prescrire à la malade des injections émollientes répétées plusieurs fois par jour dans le double but d'entraîner la sécrétion purulente et de maintenir béante l'ouverture du kyste.

Il s'est établi à l'intérieur du kyste une inflammation suppurative qui a duré plus d'un mois; le pus était séreux, en petite quantité. Le kyste a fini par s'oblitérer; aujourd'hui il n'en reste pour tout vestige qu'une petite cavité en cul-de-sac de 4 à 5 millimètres de profondeur dont l'ouverture est plus étroite que le fond; cette cavité est tapissée par une membrane rosée d'apparence muqueuse, qui ne donne lieu à

---

(1) Luys, *Recherches sur le système nerveux*. Paris, J. B. Baillière et fils. (Nous ferons prochainement l'analyse de ce livre.)

aucune sécrétion morbide. Le stylet et le toucher font voir que cette cavité a en outre des parois osseuses; c'est un petit sinus anormal qui ne cause aucune incommodité, si ce n'est qu'il s'y introduit parfois des parcelles alimentaires. La malade éprouve de temps en temps quelques douleurs qui s'irradient dans la partie gauche de la face, mais elles sont moins considérables qu'avant l'opération.

Cette observation est un exemple nouveau de l'efficacité du traitement des kystes osseux par l'excision, les injections et les pansements, ayant pour but de déterminer la suppuration du kyste. Nous renvoyons à cet égard nos lecteurs à l'une de nos Revues cliniques du mois d'octobre : *Kyste séreux du maxillaire inférieur. — Gazette des Hôpitaux*, 1864, n° 121. (*Note de la Rédaction.*)

VIN DIURÉTIQUE.

(Formule de M. le professeur TROUSSEAU).

Vin blanc	750 grammes.
Baies de genièvre	50 —
Scille maritime	10 —
Digitale	5 —
Acétate de potasse	15 —

Faire macérer pendant quatre jours les baies de genièvre, la poudre de scille et les feuilles de digitale.

Ajouter l'acétate de potasse et filtrer.

Prendre d'une à deux cuillerées par jour.

SOLUTION CONTRE LES CÉPHALALGIES.

Contre l'élément *douleur* des céphalalgies, on tirera bénéfice de l'usage de la solution dont suit la formule :

Cyanure de potassium	1 gramme.
Eau distillée	80 —

Imbiber des compresses de cette solution.

Les appliquer sur le front, en évitant de toucher les cheveux, qui rougissent au contact du cyanure de potassium.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 novembre 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de la semaine :

Le *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*;

Le *Bulletin médical du Nord de la France*;

Le *Journal de médecine de Bordeaux*;

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

— M. le docteur Delore, chirurgien-major désigné de la *Charente*, adresse à la Société une brochure intitulée *Du traitement des ankyloses*.

— M. Larrey fait hommage à la Société, au nom de M. le docteur Warlomont (de Bruxelles), d'une brochure ayant pour titre : *Quelques mots sur un nouveau cas de chromhidrose palpébrale*.

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une série de travaux pour l'examen desquels sont nommés commissaires MM. Giraldès, Guersant et Foucher.

— M. Foucher présente au nom de M. le docteur Monteil (de Mende) une série d'observations, avec la demande d'être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Commissaires : MM. Trélat, Boinet et Foucher.)

Hygiène hospitalière. — M. le docteur Jules Meugy (de Rethel) adresse à la Société de chirurgie une lettre intitulée *Un mot à propos du nouvel Hôtel-Dieu de Paris.*

— M. GUÉRIN demande qu'un *erratum* soit ajouté au procès-verbal de la dernière séance.

« On m'a fait dire que l'insalubrité de l'hôpital Saint-Louis est bien connue des malades.

» J'ai dit que des malades, frappés de la physionomie que revêtent les individus affectés d'infection purulente, demandent à ne pas être opérés quand cet accident des opérations règne dans les salles. »

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. TRÉLAT prononce le discours suivant.

Messieurs,

Je comprends qu'en touchant le terme de cette discussion déjà longue, notre attention doive être un peu épuisée; aussi ferai-je tous mes efforts pour rendre aussi bien et aussi concises que possible les observations que je désire vous présenter.

Nous avons exprimé, tous ceux au moins qui l'ont voulu, nos sentiments personnels sur les plus importantes questions de l'hygiène et de la salubrité hospitalières. Ces opinions, je voudrais, j'espère les voir réunir en faisceau et constituer le programme sur la matière, des membres de la Société de chirurgie.....

Si nous avons énoncé nos opinions d'une manière convaincue, si nous avons combattu vivement des projets qui nous paraissent mauvais, c'est que nous apportons dans cette lutte la sécurité de la science et la certitude de bien faire.

La science d'ailleurs marche sans cesse, en fait d'hygiène comme dans ses autres branches; il faut de temps à autre en constater les progrès. Depuis soixante-dix ans, des faits nouveaux, d'autres mal compris ou mal interprétés, nous commandent de mettre les uns en lumière et de rétablir les autres en signalant les erreurs d'application. Aussi ne puis-je, avec M. Verneuil, partager les opinions émises à cet égard par MM. Voillemier et Marjolin. Je crois que les programmes du commencement du siècle doivent être grandement modifiés, et si de tous côtés l'accord paraît s'établir sur ces questions, c'est aux discussions scientifiques, à celle de l'Académie de médecine et à la nôtre, que cet heureux résultat sera dû.

Au reste, l'administration elle-même semblait depuis longtemps nous convier à cette discussion, car elle a publiquement posé, par l'organe de son directeur général (1), les questions que nous avons examinées. Depuis deux ans on n'y avait fait aucune réponse; ce sera un honneur pour la Société de chirurgie d'avoir abordé la première la solution de ces graves et importants problèmes, et dès que les inévitables vivacités de la paroie se seront atténuées dans le silence, l'Administration elle-même trouvera, je n'en doute pas, dans notre discussion, des éléments de certitude plus grande pour ses résolutions ultérieures.....

Je reviens maintenant, Messieurs, aux questions qui se rattachent plus étroitement à l'hygiène hospitalière, et ici ma tâche s'abrége de toutes les considérations générales qu'a fait valoir M. Larrey dans l'important discours qui a rempli notre dernière séance.

S'il est une nécessité reconnue par tout le monde, au sein de la Société et ailleurs, c'est que le terrain d'un hôpital doit être spacieux; mais cet énoncé général risque fort d'être mal interprété. Il faut dire quel espace on veut allouer à 100, 10 ou 1 malade. C'est ainsi que j'ai cherché à le faire, c'est ce qu'ont fait aussi le conseil de salubrité de la Gironde et la commission sanitaire anglaise pour les hôpitaux militaires. Cette commission est encore plus large que nous ne l'avons été, puisqu'elle fixe pour les hôpitaux urbains un chiffre de 60 à 80 mètres carrés par malade.

Cette première donnée est insuffisante. A espace égal, une agglomération nombreuse est plus insalubre qu'une autre moins considérable. Rappelez-vous les hôpitaux de la guerre d'Orient, dont M. Michel Lévy a tracé l'histoire; rappelez-vous encore ce que disait M. Larrey de l'extrême diminution des malades pendant la guerre d'Italie et des heureux effets de cette dissémination, et vous adopterez l'opinion justement défendue par M. Lefort, opinion que partage M. Broca, et que je crois également vraie, à savoir, que l'espace alloué à une réunion de malades doit être d'autant plus considérable que cette réunion est elle-même plus nombreuse, c'est-à-dire que cet espace doit croître progressivement avec le nombre des malades, de sorte que si 5,000 mètres suffisent à 100 malades, il en faudra plus de 10,000 pour 200, et ainsi de suite. Quelle est la mesure, *la raison* de cette progression ? Il est difficile de le préciser avec les renseignements que nous possédons aujourd'hui; mais il n'en reste pas moins que l'augmentation progressive de l'espace est une mesure prudente et nécessaire pour combattre les effets de l'agglomération.

Tous, Messieurs, nous avons été d'accord pour reconnaître l'heureuse influence que la bonne atmosphère des champs exerce sur la salubrité des édifices, pour reconnaître en conséquence que les hôpitaux situés à la campagne présentaient par cela même de meilleures conditions hygiéniques. Je n'insiste pas sur ce point, qui me paraît acquis malgré l'opposition de notre collègue M. Gosselin. Qu'il me suffise de vous rappeler, après M. Verneuil, ce que plusieurs d'entre vous disaient lors de notre discussion sur les résections articulaires. On répétait que M. Verneuil avait opéré à la campagne ou dans de petites localités, que, dans ces conditions, les opérations les plus graves réussissent, qu'il ne faudrait pas conclure de là à la pratique hospitalière. N'était-ce pas reconnaître d'avance la supériorité des hôpitaux situés à la campagne ?

L'exiguïté d'un hôpital paraît non moins avantageuse à sa salubrité. Ai-je besoin de vous rappeler l'opinion à peu près unanime des orateurs qui m'ont précédé, celle que MM. Larrey et Blot énonçaient dans notre dernière séance, celle que M. Michel Lévy défendait, il y a deux ans, à l'Académie de médecine? M. Gosselin a contesté que les petits hôpitaux donnassent de meilleurs résultats que les grands. Il a cherché à expliquer les statistiques si probantes de M. Le Fort par la vigueur des malades, par leur rareté, etc. Mais il suffit de jeter les yeux sur ces statistiques, de voir l'énorme différence qui existe entre les résultats des grands et des petits hôpitaux, de constater que ces résultats suivent une marche régulière et parallèle pour les amputations de jambe et de cuisse, pour rester convaincu qu'il y a là une cause permanente et continue, une influence de milieu, c'est-à-dire une influence de petit nombre.

M. Gosselin a dit encore que nous avions à Paris de petits hôpitaux et que leurs résultats n'étaient pas supérieurs à ceux des grands. Cela est vrai pour Cochin, mais il ne faut pas oublier que Cochin, bâti pour recevoir 38 malades, en contient aujourd'hui 119; qu'il doit en conséquence être considéré comme un hôpital encombré, et que nous faisons tous nos efforts pour proscrire l'encombrement dans les petits hôpitaux comme dans les grands. Quant à la Clinique, vous avez entendu M. Blot vous en parler dans la dernière séance, au point de vue des accouchements. Il est possible que M. Giraldès y ait perdu quelques malades en 1848, car l'hôpital n'est pas irréprochable; mais je puis affirmer, en me fondant sur le relevé de M. Chedevergue, récemment publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, et sur un relevé des grandes opérations faites de 1855 à 1862, que la proportion des guérisons est très-supérieure à ce qu'elle est dans les autres hôpitaux, notamment pour les amputations de jambe, de pied, les résections et les hernies. Faut-il vous rappeler encore le fait si probant qu'a exposé M. Boinet? De 1825 à 1840, les hôpitaux Necker, Saint-Antoine, Beaujon, fournissaient des guérisons beaucoup plus nombreuses que l'Hôtel-Dieu pour les grandes opérations. C'est qu'alors ils étaient petits; en grandissant ils sont devenus mauvais, et maintenant, malgré toutes les améliorations du service, ils sont à peine égaux et même inférieurs à l'Hôtel-Dieu. Comme vous le voyez, grand nombre et salubrité sont deux éléments qui semblent se fuir. L'un disparaît quand vient l'autre...

Je crois que nous ferions bien d'insister sur la nécessité de donner un grand espace superficiel à toutes les parties de l'édifice. Cette nécessité a été signalée par MM. Le Fort, Giraldès, Verneuil; M. Larrey nous disait que la hauteur des églises ne compensait nullement l'insuffisance de l'espace transversal, ainsi que l'a prouvé l'expérience faite pendant la guerre d'Italie. Il est d'autant plus nécessaire d'énoncer clairement ce principe qu'il entraîne l'écart des lits, l'écart des bâtiments, la superposition d'un petit nombre d'étages, et que, s'il est en général observé pour certaines parties des édifices hospitaliers, on le voit très-souvent négligé dans d'autres, de sorte que l'ensemble des conditions d'espacement n'est pas réalisé et qu'on n'obtient pas les résultats cherchés.

L'Administration hospitalière semble avoir actuellement des idées arrêtées sur les avantages et le mode de la ventilation artificielle. Elle espère pallier ainsi quelques inconvénients, et trouve d'ailleurs une certaine économie à combiner le chauffage des salles avec leur ventilation.

Cependant, quels que soient les avantages théoriques de ce mode d'aération, je défie qu'on cite aujourd'hui un seul résultat de salubrité qui puisse lui être attribué. C'est qu'en effet, Messieurs, c'est un système trompeur. A la moindre négligence du personnel spécial qui lui est nécessaire, il ne fonctionne plus. Souvent même c'est volontairement qu'on en arrête la marche. Ainsi que je m'en suis assuré plusieurs fois pendant que je faisais le service, en été, à l'hôpital Beaujon, il nécessite des installations coûteuses et s'allie mal avec le chauffage à feu nu, dans des cheminées, si nécessaire à l'intérieur des salles. L'ouverture des fenêtres et des portes en trouble la marche en établissant des courants directs et des remous immobiles. Enfin, et par-dessus tout, il est inconstant et place par moments les malades dans des conditions d'autant plus mauvaises qu'elles sont plus imprévues ou plus ignorées.

Aussi nos voisins les Anglais, gens pratiques, ont-ils universellement renoncé à ces systèmes pour les hôpitaux civils et militaires; aussi avez-vous entendu MM. Giraldès, Le Fort, Larrey se prononcer contre eux en faveur des procédés de l'aération naturelle, qui est facile, constante, économique, et qui ne réclame pour condition essentielle que la pureté de l'air extérieur.

Il y a quelques années, mon frère, M. E. Trélat, professeur au Conservatoire impérial des arts et métiers, après des expériences comparatives sur les deux systèmes de ventilation employés à l'hôpital Lariboisière, avait conclu, au point de vue physique, en faveur du système par propulsion. Éclairé depuis par de nombreuses visites d'établissements ventilés artificiellement ou naturellement, tant en France qu'en Angleterre, il a modifié son opinion première, et pense, ainsi qu'il l'a écrit dans un rapport fait au jury de la dernière Exposition universelle, que si la ventilation artificielle est utile pour les nombreuses réunions qui s'entassent accidentellement dans un local insuffisant et ont besoin qu'on renouvelle activement l'air respirable, les procédés simples de l'aération naturelle conviennent de préférence aux individus qui vivent d'une manière permanente dans un même lieu; que ces procédés doivent être appliqués aux habitations, aux hôpitaux, qui sont aussi des habitations.

Je pourrais aller chercher des preuves en faveur de ces opinions, qui sont adoptées par le plus grand nombre des médecins, jusque chez les partisans les plus convaincus de la ventilation artificielle.

Voici une phrase que j'emprunte au livre bien connu du général Morin : « La purification des salles par la circulation de l'air extérieur (aération naturelle) est tellement salutaire et même, pour des malades, elle offre un si grand agrément, que, tout en attachant une grande importance à l'établissement d'une bonne ventilation artificielle, il faut bien se garder de se priver de ce moyen si simple. La vue du soleil, l'aspiration de l'air extérieur sont pour des malades des jouissances qui peuvent influer plus qu'on ne croit sur leur rétablissement. »

Vous le voyez, ce n'est pas seulement parmi nous, qu'on pourrait à la rigueur taxer d'incompétence sur le côté matériel de la question, c'est par des hommes spéciaux, par les commissions anglaises, c'est même par le général Morin que les avantages de l'aération naturelle sont reconnus. Ce concert d'opinions a une importance qui ne vous échappera pas.

(La fin de ce discours sera publiée au prochain numéro.)

En terminant son discours, M. Trélat donne lecture de conclusions, qu'il présente avec MM. Giraldès, Legouest, Verneuil et Le Fort.

La Société, consultée, décide à l'unanimité qu'elle votera des conclusions sur la discussion pendante.

M. LARREY préférerait que la Société votât des *propositions*, cela lui semblerait plus convenable que des *conclusions*; cette réserve serait de nature à disposer plus favorablement l'Administration.

M. TRÉLAT fait remarquer que l'on ne conclut à rien d'immédiat, que l'on ne voudrait ni ne pourrait rien imposer; que tout se borne à des souhaits, à l'expression des *desiderata* scientifiques les mieux fondés. Il y a donc accord avec M. Larrey.

— La Société vote sur les différents articles qui lui sont proposés. Elle adopte les premiers, et, vu l'heure avancée, renvoie le vote sur les autres à la prochaine séance.

M. GUERIN présente quelques observations sur l'article 3. Il voit plusieurs inconvénients à un petit hôpital dans la Cité; on y accumulera les cas graves, ce qui est une condition fâcheuse; on ne pourra pas suffire aux demandes d'admission. Ce qui se passe tous les jours aux consultations des grands hôpitaux le prouve surabondamment.

M. DEPAUL voudrait plus de précision dans la rédaction de l'article 5, dans lequel il est question du nombre des étages. Il est d'avis que l'on doit limiter à deux seulement les couches de malades superposées. MM. Larrey, Boinet, Blot, partagent cette opinion.

M. LEFORT reconnaît que de semblables conditions sont théoriquement très-désirables; mais il affirme qu'elles ne sont pas réalisables pratiquement. On ne peut, pour rester dans les limites du possible en fait de constructions, superposer moins de trois couches de malades. M. Le Fort ajoute qu'il a vu ce principe adopté dans tous les hôpitaux nouvellement construits en Europe, et qu'il n'y a pas trouvé d'inconvénients.

— M. Trélat est invité à modifier la rédaction de l'article 5.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er septembre 1864. — Présidence de M. GUERSANT, vice-président; puis de M. DUPERTUIS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de la Société impériale de médecine de Marseille* (juillet).

2° Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (août).

(1) Husson, *Étude sur les hôpitaux*, page 271. — *Questions sur les hôpitaux à créer.*

3° L'*Art dentaire* (juillet et août).

4° L'*Association médicale* (août).

M. DUVIVIER lit un rapport sur les candidatures de MM. Pécholier et Saintpierre (de Montpellier), qui sont nommés membres correspondants.

Pulvérisateur à refroidissement pour les opérations chirurgicales. — M. GEORGES. J'ai l'honneur de présenter à la Société un petit appareil pulvérisateur que j'ai fait construire pour produire, au moyen du froid et d'une manière peu coûteuse, l'insensibilité des diverses parties du corps.

C'est au moyen de l'éther de pétrole que j'arrive à ce résultat, et je le propose parce que son prix de revient est peu élevé et parce qu'il jouit d'une propriété spéciale qui n'appartient ni à l'éther, ni au chloroforme, ni au sulfure de carbone, ni à l'esprit de bois, ni à la liqueur des Hollandais, ni à l'acétone, ni à tous les autres éthers que j'ai essayés : éther chlorhydrique, chlorhydrique chloré, iodhydrique, bromhydrique, formique, nitrique, nitreux, etc., celle de ne produire aucune douleur sur les parties saignantes.

Mais l'emploi de cette essence de pétrole, versée sur les téguments ou sur des substances qui s'imbibent facilement, comme l'éponge, la charpie, n'est pas commode ; les appareils pulvérisateurs actuellement en usage sont peu portatifs et trop coûteux ; ces raisons m'ont engagé à faire quelques recherches physiques pour arriver à un meilleur résultat.

Dans un récipient quelconque, une boule par exemple, on place l'éther de pétrole ; cette boule se termine par une pointe effilée par laquelle cet éther tombe goutte à goutte. Une autre pointe effilée, placée en regard et sous la première, et faisant partie d'un tube de dégagement par lequel s'échappe un courant d'acide carbonique assez rapide, sert à pulvériser les gouttes. C'est l'effet de l'adhésion du liquide au verre, unie à la force tangentielle du courant d'air, qui produit la pulvérisation.

Cette pulvérisation se fait mieux lorsque l'air comprimé vient presser sur le liquide comme dans cet appareil en verre, que lorsque celui-ci s'écoule simplement sous l'action de la pesanteur ; mais le maniement en est plus difficile.

On peut remplacer le jet d'acide carbonique par une boule de caoutchouc.

J'ai varié de bien des façons la disposition de cet appareil, et j'ai tâché d'en rendre le maniement assez facile pour qu'on puisse s'en servir avec une seule main, l'autre étant libre pour pouvoir, par exemple, pratiquer une incision. Je n'entrerai pas dans le détail des modifications par lesquelles cet appareil a passé, mais le fait même de sa construction m'a appris qu'il pouvait se ramener à trois types.

Le premier se rattache à l'appareil de M. Sales-Girons. J'avais essayé, en faisant souder la boule au tube et en y plaçant une saillie, de déterminer par ce moyen la pulvérisation comme on le fait à Pierrefonds.

Le deuxième se rattache, si je suis bien renseigné, à l'appareil de M. Mathieu. J'avais ici supprimé la saillie dans le tube et fait en sorte que le liquide tombât simplement goutte à goutte.

Le troisième, qui n'est autre que celui que je présente à la Société, m'a semblé plus simple.

Je le recommande surtout dans les petites opérations chirurgicales, lorsqu'on agit sur les sens, comme sur l'œil, sur l'oreille, etc., lorsqu'on aura encore une petite tumeur à enlever. Pour les opérations plus longues ou plus graves, je me demande s'il pourrait rendre les mêmes services.

Les résultats que j'ai obtenus par l'emploi de cet appareil ne sont pas assez nombreux pour que je vous en parle en ce moment. L'éther de pétrole, que j'ai employé, ne m'a pas semblé encore assez volatil ; il donne cependant 10 degrés au-dessous de zéro, et l'éther ordinaire — 11 degrés. Du reste, je dois reprendre ces expériences, et tout le monde peut voir actuellement fonctionner cet appareil dans le service de MM. Gosselin, Laugier et Mounier, à la Pitié, à l'Hôtel-Dieu et au Val-de-Grâce.

Rhumatisme cérébral à la suite de couches. — M. E. DUBOIS lit une observation qui a paru dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Absence complète de l'utérus et du vagin chez une femme de vingt-deux ans. — M. ELLEAUME communique à la Société une observation sur ce sujet qui a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Le vice-secrétaire annuel, Dr DUPUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 4 décembre, M. le docteur Evrard, médecin des prisons de Beauvais, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 30 novembre 1864, ont été nommés dans le corps médical de la marine :

Au grade de chirurgien de 1re classe, les chirurgiens de 2e classe : MM. Dangaix, Martialis, *pour Brest ;* Delmas, Amouretti, *pour Toulon ;* Chastang, *pour Rochefort ;* Thaly, *pour le Sénégal.*

Au grade de chirurgien de 2e classe, les chirurgiens de 3e classe : MM. Privat de Garilhe, *pour Rochefort ;* Reynaud, Martin, Valleteau de Moulliac, Audry, Illy, *pour Toulon ;* Roux (Antoine), *pour la Guyane ;* Corre, *pour Brest ;* Leroy, *pour Toulon ;* Cheval, Roussel, Joüon, Foll, *pour Brest ;* Lelarge, Richard, *pour le Sénégal.*

Au grade de chirurgien de 3e classe, les élèves :

MM. Delisle, Brodut, *pour Rochefort ;* Nègre, *pour Toulon ;* Bernardini, *pour la Guadeloupe ;* Infernet, Bertrand, Boudet, *pour Toulon ;* Napias, *pour la Guadeloupe ;* Bœuf, *pour Toulon ;* Maréchal, *pour la Guyane ;* Vallon, Orbond, Vezin, Lenouricbel, Campion, Le Bunetel, Cousyn, *pour Brest ;* Vidaillet (chirurgien auxiliaire de 3e classe), *pour la Martinique ;* de Lostalot-Bachoué, *pour la Réunion ;* Mondesir La Cascade, *pour la Guadeloupe ;* Lacroix, Neveur, *pour la Guyane.*

— Les compositions écrites de la deuxième série pour le concours du prix des internes ont eu pour sujet :

Les internes de la 1re division : *De l'emphysème traumatique ;* — les internes de la 2e division : *Les phlegmons périnéphrétiques.*

— L'Académie impériale de médecine tiendra sa séance publique annuelle le mardi 13 décembre courant.

Dans cette séance, M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, lira un rapport général sur les prix décernés en 1864.

M. Jules Béclard, secrétaire annuel, prononcera l'éloge de Delpech.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lecanut (de Fécamp).

— La Société médicale du Panthéon a procédé, dans sa dernière séance, aux élections pour le renouvellement de son bureau pour l'année 1865. Ont été nommés :

Président, M. Aug. Mercier ; vice-présidents, MM. Dupré et Bossu ; secrétaire général, M. Domerc ; secrétaires annuels, MM. Sandras et B. de la Grandière ; trésorier archiviste, M. Girault.

— M. Daremberg ouvrira son cours d'histoire de la médecine au Collége de France le mardi 13 décembre, à midi, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours public d'anatomie médico-chirurgicale le jeudi 15 décembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 4 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jours, à la même heure.

Ce cours comprendra l'étude des principales régions du corps humain.

Nos souscripteurs qui n'ont pas encore soldé le prix de leur abonnement sont prévenus que d'ici à quelques jours nous ferons traite sur eux. — Pour éviter des frais de recouvrement toujours désagréables à supporter, nous prions instamment nos confrères de vouloir bien prévenir l'envoi de notre traité, et de nous envoyer le montant de leur abonnement en un mandat sur la poste.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Hygiène de la vue, par M. MAGNE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, officier de la Légion d'honneur, membre des ordres de la Conception de Portugal et des saints Maurice et Lazare, médecin oculiste des crèches du département de la Seine, de la Société de secours mutuels dite du Bois de Boulogne et du Bureau de bienfaisance de l'Elysée, ancien président de la Société médicale de la mairie de l'Elysée, secrétaire général de la Société de médecine pratique, membre correspondant de l'Institut de Valence (Espagne), des Sociétés médicales de Malte, Marseille, Rouen, etc. Ouvrage honoré des souscriptions du ministère de l'instruction publique et du ministère de la marine et des colonies. 3e édition, revue et corrigée. — Paris, 1864, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Le Règne végétal, divisé en Traité de botanique générale, Flore médicale et usuelle, Horticulture botanique et pratique, Plantes agricoles et forestières, Histoire biographique et bibliographique de la botanique ; par MM. DUPUIS, O. REVEIL, GÉRARD, HERINCQ. Ce splendide ouvrage formera 17 beaux volumes, dont 9 volumes grand in-8° jésus de texte et 8 atlas petit in-4° de planches gravées sur acier. Les atlas renfermant, avec des textes descriptifs en regard, plus de 5,000 dessins de plantes ou de détails botaniques très-exactement et très-finement coloriés. L'ouvrage paraîtra à la fois en volumes et en atlas et par livraisons chacune de 16 pages au moins, grand in-8° jésus, et deux belles planches coloriées. Il formera de 200 à 210 livraisons au plus. Prix de la livraison : 4 fr. Les livraisons paraissent très-exactement, de dix en dix jours, à partir du 1er mai 1864, jour où deux livraisons à la fois ont été mises en vente. Les trente premières livraisons sont en vente. — Paris, 1864, Th. Morgand, libraire-éditeur, rue Bonaparte, 5.

Le Directeur, Dr E. LE SOUEF.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL BEAUJON (M. Frémy). Chorée aiguë compliquée de délire maniaque; mort. — Quelques remarques à propos de posologie. — Observations d'ophthalmies traumatiques. — Julep anti-hémorrhagique. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 5 décembre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 30 novembre. Fin du discours de M. Trélat. — Nouvelles.

PARIS, LE 12 DÉCEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans diverses communications récentes sur l'origine des races humaines, que nous avons signalées ici, M. Trémaux a soutenu cette proposition : que l'homme blanc devient nègre et *vice versa,* selon le milieu qu'il habite et sans le concours de causes primordiales ou antédiluviennes. M. Trémaux appuyait principalement cette opinion sur ce que, en s'avançant de l'Egypte vers la Nigritie, il a vu les populations prendre successivement un teint plus noir, ainsi que les autres caractères des nègres. M. d'Omalius d'Halloy a adressé à ce sujet à l'Académie quelques observations nouvelles en faveur des idées différentes qu'il a déjà émises dans plusieurs publications. Il ne conteste pas le fait avancé par M. Trémaux, mais il lui donne une autre interprétation, et il résume son argumentation en soutenant la thèse que l'influence des causes extérieures actuelles n'a pu produire les différences qui existent entre les races humaines, sans rien préjuger d'ailleurs par rapport aux questions relatives au monogénisme et au polygénisme, qu'il place très-sagement en dehors du débat. — Nous sommes encore loin du terme de cette discussion.

Pendant que les anthropologistes dissertent sur l'unité ou la multiplicité des races humaines, sur l'invariabilité ou la variabilité de l'espèce sous l'influence de l'action des climats, les paléontologistes poursuivent leurs patientes recherches sur la contemporanéité de l'homme et des grands mammifères perdus de nos contrées depuis les premiers temps de la période quaternaire. M. Paul Gervais a présenté à l'Académie, de concert avec M. Brinckmann, un nouveau Mémoire relatif aux espèces animales dont les débris se trouvent associés à ceux de l'homme dans la caverne de Bize.

Les observations que renferme ce travail se rapportent en grande partie au Renne, dont les os, brisés par l'homme, sont enfouis dans cette caverne avec des instruments faits avec des bois de cette espèce de cerf ou avec des os, et se trouvent en même temps associés à des silex taillés, ainsi qu'à des coquilles marines ayant servi d'ornements. Elles complètent les observations que M. Paul Gervais a déjà présentées sur ce sujet dans ses précédentes communications.

Nous signalerons parmi les autres communications faites dans cette séance quelques considérations présentées par M. le général Morin; sur une question technique qui se rattache à l'hygiène des grands établissements et en particulier des hôpitaux. Il s'agit d'un nouveau système de cheminée imaginé par un ingénieur anglais, et qui aurait l'avantage de réaliser le double problème depuis si longtemps cherché, de chauffer avec économie et de faciliter le renouvellement de l'air sans refroidissement. Nous aurons l'occasion de revenir sur cet appareil, qui sera certainement mis à l'épreuve dans nos hôpitaux.

M. Colin a soumis à l'examen de l'Académie les résultats de recherches expérimentales qu'il a faites sur la circulation pulmonaire et sur les différences d'action des cavités droites et gauches du cœur. On trouvera les conclusions de son mémoire dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. FRÉMY.

Chorée aiguë compliquée de délire maniaque. Mort.

(Observation recueillie par M. LELION, interne du service.)

X..., âgé de dix-neuf ans, marbrier, entre le 9 mai 1864, à neuf heures du matin, et est couché au numéro 55 de la salle Beaujon. Vu au moment de son entrée à l'hôpital, il oppose une grande résistance et se débat entre les bras de ceux qui l'accompagnent, en même temps que son corps est animé d'un tremblement convulsif. Son père raconte qu'il n'est malade que depuis trois jours, qu'il a eu des frissons, un mal de gorge pendant deux jours; au bout de ce temps, des mouvements convulsifs ont apparu dans les membres supérieur et inférieur du côté droit, mais surtout localisés à la main et au pied. Un délire furieux est survenu presque aussitôt : le malade voulait absolument sortir, criait, et brisait tout dans la maison. Il n'a eu ni vomissements ni constipation.

D'après les renseignements recueillis par mon collègue M. Odier près de la famille, X... était bien portant auparavant. Il n'a eu ni rhumatisme ni mouvements choréiques dans son enfance; seulement son intelligence a toujours été bornée; il est incapable de lire et d'écrire, se met souvent en colère, et s'enivre fréquemment. Il serait surtout irritable depuis l'âge de six ou sept ans, époque à laquelle il aurait eu une grande frayeur, étant exposé par ses camarades à être mordu par un chien. Il n'y a pas d'aliénation mentale dans la famille. Le père avait autrefois des habitudes d'ivrognerie. La mère est bien portante ; tous deux paraissent peu intelligents. Ils ont eu quatre enfants, dont X... est le dernier. Les trois autres sont en bonne santé et ne présentent rien de particulier dans le caractère.

On parvient non sans peine à mettre le malade au lit, mais alors l'agitation redouble. Il veut se lever, retourner chez lui, et on est obligé de le tenir pour l'en empêcher. Voyant son père pleurer, il éclate en sanglots. On cherche alors à le rassurer, en lui promettant sa guérison prochaine. Ses yeux sont hagards. Le malade prononce des phrases sans suite et se plaint de céphalalgie frontale. On l'engage à boire un peu d'eau : il a une certaine peine à saisir le verre, refuse de boire; il finit cependant par s'y décider, avale alors une notable quantité de liquide; mais au moment de la déglutition, il s'arrête de nouveau comme s'il y avait répugnance de sa part, et prêt à lâcher le verre qu'il tient à la main, si on ne le lui avait pris immédiatement.

M. Frémy le fait conduire aussitôt à la douche froide, ce qui ne se fait qu'avec une grande difficulté, à cause de la résistance du malade. — Potion avec 1 gramme de chloroforme. Lavement avec décoction de valériane, 250 gr. Assa fœtida, 10 gr. Camphre, 10 gr.

Au sortir de la douche qu'on a eu beaucoup de peine à lui donner, l'agitation continue, et on est obligé de lui mettre la camisole pour l'empêcher de se lever. Indépendamment des mouvements que nous avons signalés à la main et au pied droits, la cuisse gauche en présente aussi, mais très-peu marqués. La langue, les yeux, les muscles de la face sont également un peu agités; la déglutition est difficile, mais la parole est libre.

Dans la journée on peut constater, si l'on abandonne le malade à lui-même sans avoir l'air d'y faire attention, de véritables paroxysmes dans lesquels les mouvements choréiques augmentent d'intensité, ainsi que l'état maniaque, et si l'on paraît s'occuper du malade, l'agitation redouble.

Il existe aussi des hallucinations de la vue et de l'ouïe, qui portent principalement sur ce qui l'a préoccupé en dernier lieu : son père, qu'il croit voir dans l'infirmier du service, qui lui parle, qu'il entend, ses camarades qui lui répondent et avec lesquels il se dispute, même des fantômes et des animaux qui le poursuivent et l'effrayent.

Il est difficile d'attirer son attention, et lorsqu'on y parvient, il accuse de la céphalalgie et retombe aussitôt dans ses idées incohérentes. Vers le soir, on lui fait prendre une potion au chlorhydrate de morphine. Il y a alors un peu de rémission; mais dans la nuit l'agitation reparaît : les yeux sont hagards, les joues rouges, les lèvres et la langue sèches et déchirées par les dents; il y a une expuition fréquente de salive mousseuse. La soif est vive et le malade demande même à boire; mais il ne veut que de la tisane et refuse de prendre la potion, disant qu'on veut l'empoisonner.

Le lendemain 10 mai, l'état est le même. Il n'y a eu ni fièvre, ni vomissements, ni garde-robes. Le facies est plus altéré que la veille. — Une seconde douche est administrée au malade. Potion avec 0gr,40 d'extrait thébaïque.

Un peu de calme succède à ces moyens. Le malade meurt presque subitement à deux heures de l'après-midi.

A l'autopsie faite le 11 mai, on trouve les vaisseaux de la pie-mère gorgés de sang noir, une injection des membranes sous forme d'arborisations et de suffusions sanguines; mais la lésion principale est la congestion de la substance grise de tout l'encéphale, qui présente une teinte rosée, tandis que la substance blanche est normale et ne présente même pas de piqueté prononcé. La moelle est un peu diminuée de consistance, mais cette lésion n'a rien de caractéristique. Les autres organes n'offrent rien de particulier.

La chorée aiguë, ainsi compliquée d'un délire tout à fait semblable au délire maniaque, est un fait assez rare. Cette observation est aussi un exemple de la rapidité avec laquelle le délire peut se montrer dans les cas aigus, car le plus souvent il ne survient qu'au bout de dix à quinze jours et même plus tard. Quant aux lésions trouvées à l'autopsie, elles sont entièrement conformes à celles que l'on a décrites dans les observations antérieures, et l'on sait qu'elles n'ont rien de pathognomonique.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DE POSOLOGIE.

Par M. CHAMPOUILLON.

Il résulte du texte même de la loi, que deux conditions sont nécessaires pour constituer le crime d'empoisonnement : la première, c'est qu'il y ait eu attentat volontaire à la vie d'une personne; la seconde, c'est que cet attentat ait eu lieu au moyen d'une substance capable de donner la mort. Mais qu'un médecin administre à son malade, comme médicaments, des substances vénéneuses à une dose considérable, hors des règles générales de son art, s'il cause la mort, il y aura impéripétie, ignorance, faute lourde; il n'y aura pas crime, parce qu'il n'y aura pas eu intention de porter atteinte à la vie d'autrui. (*Notions préliminaires sur l'empoisonnement,* TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE, par M. Devergie.)

L'empoisonnement involontaire, c'est-à-dire l'accident pur et simple, ne peut-il avoir lieu que par suite d'une infraction aux formules posologiques du Codex? A cette question, il est permis de répondre que des désordres graves, la mort même, résultent quelquefois de l'emploi très-circonspect, très-modéré pourtant, des médicaments toxiques, et par conséquent sans qu'il y ait de la part de celui qui les prescrit acte d'impéritie, faute lourde. L'honorable M. Devergie, dont le témoignage est une autorité, cite tout le premier plusieurs exemples de ces anomalies funestes.

J'ai vu, dit-il, donner impunément l'acétate de plomb à la dose de 1 gr. 25 par jour, dans un cas de phthisie, et dans une autre circonstance, il a suffi de 0,15 de ce sel, donnés à un intervalle de douze heures, pour amener des phénomènes d'empoisonnement, qui firent soupçonner de négligence le pharmacien chargé de la préparation du remède.

Ces faits exceptionnels étonnent et déconcertent souvent le médecin ; si quelques-uns s'expliquent, d'autres se comprennent moins aisément.

Étant donné un corps nouveau, produit de la science ou de la nature, avant de l'introduire dans le domaine de la matière médicale, il convient d'étudier d'abord ses propriétés : pour cela, on a coutume de suivre et d'analyser son action sur les animaux dont l'organisation se rapproche le plus de celle de l'espèce humaine. Lorsque, par cette épreuve, la substance est reconnue toxique, il ne s'agit plus que de lui assigner un rang parmi les remèdes vénéneux et d'en fixer les doses. La détermination de la mesure dans l'usage de ces médicaments dits héroïques se déduit naturellement des effets observés sur l'homme, la femme, l'enfant, le vieillard, les tempéraments, etc. Mais c'est en vain qu'après une série de tâtonnements prudemment essayés, l'expérience établit des distinctions rationnelles, quant à l'opportunité des doses. Il peut se faire que le praticien, tout en restant strictement dans la règle, voie se développer des accidents alarmants; c'est qu'alors il a offensé une de ces idiosyncrasies dont la susceptibilité ne pouvait être prévue, et à laquelle il faut rapporter uniquement la cause de ces aventures déplaisantes.

Ainsi, chez des adultes de même âge, de même constitution apparente, j'ai vu six gouttes de teinture d'opium, sortant du même flacon, donner lieu deux fois à un véritable narcotisme. Le même phénomène s'est produit sous mes yeux avec le sirop de lactucarium opiacé, et j'ai reçu de plusieurs médecins des hôpitaux de Paris, communication d'accidents semblables occasionnés par l'emploi de ce sirop.

Je puis bien, je crois, mettre ici hors de cause le lactucarium, substance insignifiante, et attribuer ces accidents à la seule influence de *l'affium* (opium indigène). On sait officiellement aujourd'hui que dans le sirop de lactucarium *composé, l'affium* (opium indigène) est représenté par un demi-centigr. pour chaque cuillerée de sirop. La dose régulière étant de 2 à 5 cuillerées, c'est-à-dire de 10 à 25 milligr. *d'affium* par jour, il devient tout aussi surprenant de voir certains sujets s'empoisonner avec cinq cuillerées de cette préparation qu'avec six gouttes de laudanum. Pure affaire d'idiosyncrasie, dira-t-on : soit; mais cette réponse suffit-elle pour étancher la soif de la curiosité scientifique?

Pour d'autres cas analogues, M. L. Orfila nous met en mains la clef de l'explication. Il fait remarquer, au sujet de l'arsenic, que l'élimination de ce poison commence peu de temps après son absorption, et que cette élimination peut n'être achevée qu'au bout de quinze ou vingt jours.

Voilà une donnée physiologique très-importante et qu'il faut se rappeler, afin de n'être ni surpris ni troublé à la vue des symptômes d'empoisonnement qui se manifestent quelquefois pendant le cours d'un traitement dans lequel intervient l'acide arsénieux.

Depuis que cet agent a été spécialement recommandé comme succédané du sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes, j'ai eu de très-nombreuses occasions de le prescrire, d'en surveiller l'ingestion et d'en noter les effets. Je vais résumer dans

l'observation suivante les accidents dont j'ai été trois fois témoin depuis [illegible].

Un jeune homme de vingt-quatre ans, D..., sous-officier dans un régiment de ligne, avait contracté, pendant son séjour dans la province de Constantine, une fièvre tierce, dont les accès furent souvent suspendus par le sulfate de quinine. Après quatorze mois de récidives fréquentes, D... rentra en France, muni d'un congé de convalescence. A peine installé à Paris, le malade, ressaisi par la fièvre, se fit admettre à l'hôpital du Val-de-Grâce.

D..., au moment de son arrivée dans mes salles, présentait tous les traits de la cachexie paludique, l'image du délabrement. Je le soumis d'abord à un régime tonique et réparateur, puis je lui fis prendre chaque matin, en ma présence, 1 centigramme d'acide arsénieux dissous dans du vin rouge. La fièvre reparut, mais deux fois seulement et à ses heures accoutumées. J'en étais au seizième jour du traitement arsenical, c'est-à-dire que le malade avait pris 16 centigrammes d'acide arsénieux, quand apparurent tout à coup des accidents formidables d'intoxication, qui faillirent emporter le sujet.

Dans les deux autres observations, lesquelles se rapportent à des jeunes gens fortement éprouvés aussi par l'impaludation, l'empoisonnement se manifesta, et toujours brusquement, après le quatorzième, le vingt et unième jour du traitement; les troubles cependant furent chez eux un peu moins sérieux que dans le cas qui précède.

A certains signes, les médecins reconnaissent, dans le cours de la médication hydro-minérale, une période de *saturation* qui ne peut être dépassée sans qu'il survienne de la fièvre, de l'embarras gastrique, des phénomènes d'irritation, etc. Il doit y avoir de même, dans la médication arsenicale, un point de saturation organique au delà duquel se produiraient des explosions plus prochaines et plus fâcheuses encore.

Je me figure que ce que l'on entend par excès de saturation commence dès que l'élimination n'est plus en rapport exact avec l'absorption, ou, si l'on veut, dès que les entrées dépassent de beaucoup les sorties.

Cette théorie admise, il s'ensuit une explication très-simple du mécanisme de l'empoisonnement par l'acide arsénieux administré comme médicament. Il n'y a plus rien d'étonnant, en effet, dans les catastrophes qui atteignent parfois les sujets débilités, à ce point que chez eux les fonctions centrifuges paraissent complétement suspendues. Les reliquats ou la totalité même des doses journalières de la substance toxique s'accumulent, s'emmagasinent en quelque point de l'économie, et, à un moment donné, l'intoxication se déclare avec plus ou moins de violence.

Si D... avait succombé, sa mort aurait pu donner lieu à une enquête. Les experts, en présence des lésions anatomo-pathologiques et des traces d'arsenic retrouvé dans le foie, par exemple, auraient-ils résisté au soupçon même le plus modéré, celui de l'homicide par imprudence? Peut-être; mais cela est peu probable.

Avis donc aux médecins traitants et aux médecins légistes, bien que je n'aie aucune prétention à secourir les uns ou les autres par cet avertissement.

Il ne faut confondre ni dans leur manière d'être ni dans leurs effets l'excès de saturation avec l'intolérance. Sur 142 malades atteints de fièvre intermittente bénigne et que j'ai été invité à traiter par l'acide arsénieux (selon la méthode de M. Boudin), j'ai vu deux fois des phénomènes de phlegmasie gastro-intestinale se manifester dès le début du traitement, c'est-à-dire dès la deuxième et la quatrième ingestion du remède dont j'avais surveillé moi-même le dosage.

Forget (de Strasbourg) me montra un jour, dans l'une des salles de sa clinique, une femme atteinte de douleurs rhumatismales, et qui fut en danger de mort après avoir pris pour la première fois 20 gouttes de teinture de semences de colchique.

Voici, sur la même ligne, deux autres exemples d'intolérance par rapport à la digitale :

S..., jeune et robuste chasseur à pied, éprouve de violentes palpitations depuis qu'il est exercé au pas gymnastique. Je fais prendre à cet homme en une seule fois, dans une potion gommeuse, 12 gouttes de teinture de digitale; au bout d'une heure surviennent de la diarrhée et des vomissements opiniâtres. Huit jours plus tard, je reviens à la teinture, mais à la dose de 6 gouttes seulement. Le lendemain, le malade avait la langue sale, la bouche amère, de la soif et une inappétence complète.

Mme B..., d'une constitution très-délicate, est fréquemment surprise pendant la nuit par des palpitations tumultueuses qui lui causent toujours quelque frayeur. Un jour elle prend à jeun 6 gouttes de teinture de digitale, qui sont presque aussitôt rejetées par le vomissement. La teinture est dans la suite remplacée par un granule de digitaline; au premier essai de cette substitution, le pouls descend rapidement à 44, et Mme B... a deux syncopes dans la journée.

En quoi consiste au juste cette intolérance physiologique, cette antipathie latente que montrent certains organismes pour telle ou telle substance médicinale? Au risque d'affadir l'explication de ces manifestations bizarres, il faut ici encore invoquer l'idiosyncrasie, en revenir au mystère.

En signalant tout à l'heure l'irrégularité d'action de la teinture d'opium, j'ai pris soin de faire remarquer que les gouttes administrées étaient de même provenance et par conséquent de même composition. Pareille observation est à faire relativement au sirop de lactucarium, puisqu'il provient d'une seule officine. Ici, l'hypothèse d'une idiosyncrasie est donc admissible et tout à fait à sa place. Mais en dehors de l'unité de préparation, s'il survient des mécomptes, il y a pour les interpréter mieux et plus que des vues conjecturales.

Une jeune fille de douze ans, atteinte de diarrhée, prend deux jours de suite 5 gouttes de laudanum de Sydenham; elle les supporte à merveille. Le troisième jour, le laudanum est acheté par hasard dans une autre pharmacie; il n'y a erreur ni sur la qualité ni sur la dose du médicament, et néanmoins la malade éprouve des nausées, tombe du délire dans la torpeur, etc. Si l'on cherche à donner à ces effets opposés leur véritable signification, il suffit de se rappeler que les opiums qui entrent dans la préparation du laudanum contiennent des proportions très-variables de morphine, de 8 à 25 p. 100.

On sait aujourd'hui tout ce qu'il est possible d'apprendre sur l'efficacité spéciale du sulfate d'atropine contre les douleurs névralgiques. M. le professeur Béhier a catégoriquement défini les conditions et la mesure suivant lesquelles il convient d'user de cet agent.

La solution (au 30e) doit être injectée à la dose de 6 à 10 gouttes; voilà la règle. Or dans la pratique il arrive parfois qu'une injection avec 6 ou 8 gouttes de cette solution provoque instantanément des symptômes d'empoisonnement, tandis que dans d'autres cas la même injection ne produit aucun effet, ni calmant ni toxique. Il semble pourtant que les mêmes manœuvres doivent fournir les mêmes résultats. Pourquoi le contraire? Pour des raisons que voici :

Si l'on épanche la solution dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'absorption sera très-rapide, l'effet immédiat et assuré; si par maladresse ou autrement on injecte le derme ou le tissu musculaire, la lenteur comparative de l'absorption nuit à l'activité du remède. D'autre part, il est assez probable que l'atropine, comme la digitaline, circule dans le commerce de la droguerie à divers degrés de pureté : M. le docteur Léon Boutin assure que la composition de cette substance varie d'une pharmacie à l'autre. Je crois cette assertion suffisamment fondée, car elle émane d'un praticien très-compétent dans la question, et de plus elle nous explique comment des injections à 20 ou à 30 gouttes ont pu être faites sans phénomènes *atropiques*.

Des faits que je viens de relater, et dont le nombre pourrait singulièrement grossir si chacun de nous voulait bien fouiller dans ses souvenirs, il résulte que, même en deçà des doses normales, les médicaments toxiques peuvent occasionner des accidents graves ou la mort; que ces catastrophes dépendent quelquefois d'idiosyncrasies d'autant plus perfides qu'elles ne s'annoncent par aucun caractère saisissable, et que dans ce cas il ne peut y avoir du côté du médecin ni impéritie ni responsabilité.

J'ajoute, comme conclusions pratiques, que certaines préparations pharmaceutiques, et notamment celles qui sont à base d'extrait gommeux d'opium, devraient être, à la rigueur, à cause de l'inconstance de leurs propriétés, bannies de nos formulaires, et remplacées par l'un des principes immédiats du pavot; qu'il y a économie et sécurité pour les malades à préférer la morphine aux sirops dits calmants, sédatifs, antiphlogistiques, etc.

Enfin, je rappellerai aux pharmaciens qu'ils sont tenus, comme nous, à la prudence, et que délivrer sans prescription de médecin des sirops opiacés, par exemple, c'est se mettre en contravention avec la loi.

OBSERVATIONS D'OPHTHALMIES TRAUMATIQUES.

Par M. le docteur MAGNE, secrétaire général de la Société de médecine pratique.

(Travail lu dans la séance du 7 avril).

La diversité des corps étrangers qui peuvent atteindre le globe oculaire, la variété des accidents que ces corps sont susceptibles de déterminer dans cet organe, accidents qui ne se présentent presque jamais d'une manière identique, nous avaient décidé à publier, il y a dix ans, un mémoire sur les ophthalmies traumatiques; les observations que nous venons aujourd'hui communiquer à la Société font suite à ce travail, et nous semblent présenter un certain intérêt pratique.

Coup de lime sur l'œil gauche. — Kératite; hypohéma; synéchie postérieure; perte de la vision. Guérison.

Notre collègue et ami M. le docteur Josias nous adresse, le 24 février 1864, le nommé D..., âgé de quarante et un ans, redresseur trempeur, demeurant à Gravelles (Seine), sur lequel M. Josias nous transmet les renseignements suivants :

Le 19 février dernier, D... frappait sur une lime pour la redresser; la queue de la lime se brise et l'éclat le frappe à l'œil gauche. Le docteur Bitterlin (de Saint-Maur), appelé au moment de l'accident, prescrit six sangsues au pourtour de la base de l'orbite et des applications de glace sur l'œil. Ce traitement est continué le lendemain par M. Josias, qui conseille des bains de pieds sinapisés et des applications de compresses imbibées d'eau végéto-minérale glacée.

Nous constatons à la partie externe de la cornée gauche une plaie superficielle, un hypohéma dans la chambre antérieure et une synéchie postérieure; pupille irrégulière, étroite; abolition de la vue de ce côté.

Quinze sangsues derrière l'oreille gauche; eau de Sedlitz; pommade hydrargyrique atropinée; instillations d'atropine dans l'œil; régime doux; repos de la vue.

Le 27, l'épanchement se circonscrit, la pupille est moins étroite, la vision moins obscure. — Huit sangsues derrière l'oreille gauche; continuer le reste du traitement.

Le 2 mars, l'épanchement a encore diminué. — Calomel à dose purgative; fumigations d'eau de fleurs de sureau; continuer la pommade et les instillations atropinées.

Le 7, amélioration sensible; une légère coloration rougeâtre rappelle le siége de l'hypohéma; la vue est presque entièrement rétablie. — Un large vésicatoire volant à la nuque.

Le 12, la vue est nette, la pupille presque régulière; nulle trace d'inflammation. Nous autorisons D... à reprendre son travail.

L'heureuse et rapide terminaison de cette ophthalmie traumatique nous semble due en grande partie à la vigueur du traitement antiphlogistique employé; mais nous pensons que l'usage des préparations mercurielles et atropinées a concouru à prévenir des accidents locaux, adhérences, opacités capsulaires, qui n'auraient pas manqué de surgir, si l'on eût négligé l'emploi journalier des mydriatiques.

Ophthalmie traumatique datant de quatre mois causée et entretenue par un fragment de périsperme de pepin d'orange. — Extraction du corps étranger simulant une papule; guérison rapide.

La sœur L..., de la communauté des dames de l'Espérance, 21, rue de Calais, est atteinte d'une ophthalmie de l'œil droit qui date depuis quatre mois, quand elle se présente à notre consultation, le 28 janvier 1864.

La conjonctive est injectée, surtout au côté interne de l'œil; à la naissance de la cornée, on observe une élévation jaunâtre qui simule parfaitement une papule. La malade interrogée affirme que l'inflammation s'est produite graduellement et n'a aucune souvenance de la pénétration d'un corps étranger; quant au point jaunâtre, elle assure qu'il existe toujours à la même place depuis le début de la maladie.

Nous ne nous arrêtons nullement à la pensée d'une papule *datant de quatre mois*, et nous parvenons à enlever assez facilement à l'aide de petites pinces la supposée papule, que nous étions tenté de prendre pour une coque de millet, bien que la malade n'eût jamais habité un appartement où il y eût des oiseaux. Nous examinons au microscope ce corps étranger, et nous reconnaissons un fragment de périsperme d'une graine d'orange. Cette découverte fut pour la sœur L... une révélation; depuis six mois elle donne des soins à une personne pour laquelle elle prépare chaque jour une orangeade de mandarines.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'ophthalmie a cédé rapidement.

On a des exemples de coques de millet simulant des conjonctivites papuleuses, nous en avons nous-même rapporté un cas (1), mais je considère comme à peu près unique ce fait d'un fragment de périsperme de pepin d'orange séjournant sur le globe oculaire durant quatre mois sans être reconnu.

La longue présence de ce corps étranger facilitait d'ailleurs le diagnostic en éloignant la supposition d'une papule; la persistance de cette élévation jaunâtre, qui n'avait rien non plus d'un pinguecula, ne permettait pas d'erreur.

Kératite datant de trois mois, causée et entretenue par un fragment d'acier. — Extraction du corps étranger. — Guérison rapide.

Le 21 décembre 1863, M. M..., meunier à Etampes (Seine-et-Oise), vient nous consulter au sujet d'une kératite de l'œil droit, qui remonte aux premiers jours de septembre.

Il se rappelle qu'à cette époque l'ophthalmie débuta subitement, pendant qu'il était occupé à rhabiller une meule de moulin. M. M... crut à la présence d'un corps étranger, mais un examen attentif, répété par plusieurs médecins habiles, constata la netteté parfaite de la cornée.

Nous examinons l'œil de face avec le plus grand soin, mais sans résultat; puis, plaçant le malade sous un éclairage oblique, nous distinguons enfin, vers le centre de la cornée, une toute petite tache rouillée, et au milieu de cette tache un presque imperceptible point noir.

Au moyen d'une lancette dont nous brisons la pointe, nous parvenons, sans trop de difficulté et assez rapidement, à ébranler et à détacher ce corpuscule étranger, que l'examen microscopique nous montra être un fragment d'acier.

Un collyre légèrement astringent et l'application sur l'œil de compresses imbibées d'eau de Goulard amenèrent rapidement la résolution de l'inflammation traumatique.

Dans ce fait, intéressant surtout par l'ancienneté du séjour du corps étranger, le diagnostic présentait une certaine difficulté; l'extrême ténuité de cette paillette d'acier la masquait aux recherches de l'observateur, et nous ne l'avons aperçue nous-même qu'en ayant recours à l'éclairage oblique; peut-être aussi la petite auréole de rouille a-t-elle contribué à nous mettre sur la voie.

Cataracte traumatique, kératite, iritis. — Guérison.

Le 25 avril 1861, C. B..., cantonnier, nous est adressé par notre excellent confrère et ami M. le docteur Reis, médecin en chef de la Société de secours du bois de Boulogne.

L'œil droit et l'arcade orbitaire sont le siége de douleurs intolérables; injection de la conjonctive oculaire; la cornée présente une cicatrice perpendiculaire qui la sépare en deux parties à peu près égales. Pupille déformée, triangulaire; iris refoulé en arrière par plusieurs corps opaques, débris de l'appareil cristallinien.

Il y a trois semaines, C. B... était occupé à casser des cailloux, quand un éclat de pierre vint le frapper à l'œil droit; cette pierre sans aucun doute était tranchante; les désordres qu'elle a produits démontrent cette configuration.

Une médication antiphlogistique a été vigoureusement conduite depuis le moment de l'accident.

Nous conseillons le traitement suivant :

Instillations journalières entre les paupières d'un collyre à l'atropine. Trois fois par jour, frictions sur les paupières, le sourcil et la tempe, avec gros comme une noisette d'onguent hydrargyrique atropiné.

Tous les jours, pendant trois jours, prendre d'heure en heure, durant huit heures, 1 centigramme de calomel dans une cuillerée à café de miel.

(1) *Ophthalmies traumatiques*, 1854, chez J. B. Baillière, page 11.

Nous écrivions en même temps à M. Reis : « Peut-être aurons-nous un heureux résultat en agissant ainsi ; je vous prie de m'envoyer votre malade tous les deux jours. »

Notre pronostic s'est réalisé ; les douleurs intolérables cédèrent comme par enchantement ; l'iritis finit par disparaître ; la cornée reprit sa transparence ; les débris de cataracte seuls persistèrent pendant plusieurs mois et laissèrent enfin libre la marge pupillaire ; quelques vésicatoires volants et des purgatifs complétèrent le traitement.

Nous avons revu M. C. B... le 7 mars 1864.

L'œil droit présente une très-légère cicatrice linéaire de la cornée. La vision de cet œil est parfaitement nette à l'aide d'un verre à cataracte, n° 4 1/2.

Dans ce cas, deux méthodes curatives pouvaient être tentées : l'emploi de l'instrument tranchant, ou bien un traitement purement médical.

Nous avons pour habitude de faire un usage modéré de l'instrument tranchant, auquel nous ne nous abandonnons pas avec trop de complaisance, et dans cette circonstance nous n'avons eu qu'à nous applaudir de notre réserve, puisque le succès a justifié notre temporisation, temporisation active à la vérité. Cependant, nous ne faisons aucune difficulté de l'avouer, si au lieu d'avoir affaire à une cataracte morcelée, dont les débris flottants permettaient de croire à un travail d'absorption, nous eussions constaté la présence d'un cristallin entier comprimant les membranes oculaires et entretenant un traumatisme dangereux, nous eussions demandé à la kératotomie la délivrance du corps étranger, et partant la cessation des accidents inflammatoires.

Ophthalmie traumatique ; coup de corne de vache. — Luxation sous-conjonctivale du cristallin. — Conservation de la vue.

Le 21 janvier 1864, Mlle L..., âgée de vingt ans, fille d'un cultivateur de Montdésir (Seine-et-Oise), reçoit un coup de corne de vache dans l'œil gauche ; cet organe devient le siége de violentes douleurs. Le traitement consiste en applications locales d'eau froide et d'extrait de Saturne.

Le 16 février, la malade se présente à notre consultation.

L'œil gauche étant fermé, la paupière supérieure offre une tumeur saillante, arrondie, de la grosseur d'une noisette, et qui simule un kyste palpébral.

Le doute n'est pas possible dès qu'on soulève la paupière. La tumeur, en effet, est située à la partie interne et supérieure du globe oculaire ; la conjonctive oculaire, du côté du grand angle, présente un aspect panniforme ; à l'endroit où cette membrane recouvre la tumeur, son tissu est parsemé de vaisseaux qui n'excluent pas cependant une certaine transparence ; la tumeur elle-même est d'une couleur légèrement citrine. Tout à fait en arrière, au dernier plan, on reconnaît la sclérotique, et tout près de l'union de celle-ci à la cornée, on remarque une ligne violacée d'un centimètre de longueur. La cornée est saine et transparente dans toute son étendue. De ce même côté interne, le quart environ de l'iris a disparu ; la pupille se présente comme si l'iridectomie eût été pratiquée, et n'a d'autre limite que la sclérotique.

En présence de semblables désordres et surtout en songeant au coup qui les avait produits, le diagnostic paraissait difficile. Comment se rendre compte de la non rupture de l'œil ? Comment expliquer cette pupille artificielle ? Quelle pouvait être la nature de cette tumeur arrondie, circonscrite, transparente, occupant la partie interne et supérieure du globe oculaire ?

Dans notre perplexité, une pensée, nous pourrions presque dire une inspiration, nous vint en aide. Nous plaçâmes la malade dans l'obscurité, nous agitâmes une bougie devant son œil, et nous constatâmes à plusieurs reprises que des trois lumières indiquées par Sanson, une seule était apparente.... Le jour se fit immédiatement dans notre esprit. Les deux images postérieures, droite et renversée, manquaient, donc cet œil était privé de cristallin. Qu'était devenu le cristallin, la conjonctive et la cornée demeurant intactes ? C'était lui sans aucun doute qui constituait la tumeur arrondie, située en dedans du globe oculaire, sous la conjonctive. Restait à expliquer comment la sclérotique avait pu être ouverte et livrer passage au cristallin et à une portion de l'iris sans que la membrane externe de l'œil, la conjonctive eût été déchirée.

Nous supposâmes, et nous étions dans le vrai, que la corne de la vache, au lieu de se terminer en pointe, devait présenter une extrémité arrondie ; la malade interrogée nous répondit qu'effectivement l'une des deux cornes était de forme ronde. Ainsi, sous l'impulsion du choc, la coque oculaire avait été brusquement rompue ; l'œil comprimé d'avant en arrière avait expulsé le cristallin, tandis que la conjonctive, grâce à son élasticité, avait cédé sans déchirure, s'opposant de la sorte à la perte complète des humeurs de l'œil, en même temps qu'elle appliquait le cristallin comme un bouchon sur la plaie de la sclérotique.

Notre ami le docteur Baret vit la malade le même jour et l'extraction du cristallin fut décidée pour le lendemain ; je la pratiquai avec l'assistance du docteur Milon. Si convaincu que nous fussions de la présence du cristallin sous la conjonctive, nous crûmes prudent de débuter par une ponction exploratrice.

La malade étant couchée sur le dos, nous introduisîmes une aiguille à cataracte dans la tumeur ; une légère hernie de matière gélatiniforme confirmant notre diagnostic, sans changer d'instrument nous agrandîmes l'incision avec le tranchant de l'aiguille ; le cristallin, en bouillie, sortit en entier, et fut recueilli immédiatement pour être conservé ; il s'écoula en outre de la plaie un peu de liquide filant constitué par de l'humeur aqueuse. La conjonctive reprit sa place, et nous constatâmes avec satisfaction la cicatrisation complète de la plaie de la sclérotique.

Nous bornâmes le traitement au repos au lit durant trois jours et à l'application de compresses imbibées d'eau glacée. Les douleurs cessèrent pour ne plus reparaître, et huit jours après l'opération la malade retournait dans son pays.

Je l'ai revue le 6 mars dernier ; la vue de l'œil gauche est celle de toutes les personnes opérées avec succès de la cataracte ; à l'aide d'un verre n° 5, la vision est parfaite.

Cette observation nous semble intéressante à plus d'un titre. Un animal furieux frappe d'un coup de corne le globe oculaire, et celui-ci se trouve merveilleusement préservé d'une perte totale par la conjonctive, cette mince membrane qui *plie et ne rompt pas*.

A ce même coup de corne nous serions redevables de l'iridectomie si la chirurgie n'avait pas été dotée depuis près d'un siècle et demi de cette précieuse opération.

Cette extraction accidentelle du cristallin par la sclérotique n'est-elle pas elle-même une véritable méthode sous-cutanée qui n'aura peut-être pas dit son dernier mot.

Nous ne saurions passer sous silence la précision mathématique du diagnostic dans cette circonstance, précision dont tout l'honneur revient à notre regretté maître Sanson, auquel nous devons la découverte des *trois lumières*.

Enfin, ce qui nous semble non moins digne de remarque, c'est l'heureuse terminaison d'un si grave accident.

M. CORLIEU. A la communication si intéressante de M. Magné, j'ajouterai l'observation suivante :

Au mois de juillet 1855, j'ai été appelé, dans la commune de Basseville, auprès d'une jeune fille, Joséphine A..., âgée de seize ans, qui, le soir, en revenant de travailler dans les champs, reçut par maladresse dans l'œil gauche un coup provenant d'un instrument légèrement aigu. Cet instrument traversa l'œil de haut en bas, faisant deux plaies : l'une, celle d'entrée, partageait obliquement l'iris en deux parties ; l'autre, celle de sortie, était située au côté externe et inférieur de la cornée.

La déchirure de la cornée avait environ 3 millimètres de longueur : il y avait au milieu une très-légère saillie occasionnée par le renversement du bord de la plaie. Absence de conjonctivite et de kératite. Abolition de la vision ; cependant, en promenant la main devant l'œil blessé, la malade s'apercevait qu'on lui présentait un corps opaque, sans pouvoir en distinguer la nature.

Je prescrivis un traitement antiphlogistique (saignée, calomel, frictions avec la pommade de belladone et d'onguent napolitain), et j'attendis.

Aucun accident ne survint : la plaie d'entrée se cicatrisa et donna lieu à de l'opacité ; mais l'ouverture de sortie resta béante et devint ainsi le siége d'une nouvelle pupille artificielle traumatique.

J'ai eu assez fréquemment l'occasion de revoir cette jeune fille depuis cet accident. Elle voit parfaitement par cette nouvelle pupille : l'axe de la vision est seulement un peu dévié, ce qui donne lieu à un très-léger strabisme.

La vue est aussi bonne à droite qu'à gauche.

JULEP ANTI-HÉMORRHAGIQUE.

Acide sulfurique.	10	grammes.
Mucilage de gomme arabique. .	200	—
Sirop de guimauve.	100	—
M.		

A prendre par cuillerées d'heure en heure.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 décembre 1864. — Présidence de M. MORIN.

M. le général MORIN fait hommage à l'Académie d'un opuscule concernant ses expériences sur une cheminée en usage dans les casernes et dans les hôpitaux d'Angleterre.

Origine des différences qui existent entre les races humaines. — M. J. J. D'OMALIUS D'HALLOY communique quelques observations sur ce sujet à l'occasion des considérations anthropologiques que M. Trémaux a présentées récemment à l'Académie et qui sont contraires aux opinions qu'il a lui-même émises dans diverses publications, notamment dans un ouvrage sur les races humaines.

M. d'Omalius d'Halloy, après avoir réfuté la plupart des faits avancés par M. Trémaux, termine en ces termes :

« Du reste, si je soutiens ici la thèse que l'influence des causes extérieures actuelles n'a pu produire les différences qui existent entre les races humaines, je crois devoir rappeler ce que j'ai dit ailleurs, c'est-à-dire que cette manière de voir est tout à fait en dehors des questions relatives au monogénisme et au polygénisme, attendu que je crois que l'influence des conditions extérieures a pu, pendant les périodes géologiques antérieures, produire des différences beaucoup plus considérables. J'ajouterai également que, dans l'état actuel de nos connaissances, la science n'a pas encore, selon moi, les moyens de remonter à l'état originaire de l'homme, et que si nous possédons quelques notions sur les populations qui, dans certains lieux, ont précédé les populations actuelles, rien ne nous autorise à dire que ces notions s'appliquent aux premiers hommes. »

— M. PAUL GERVAIS fait hommage à l'Académie d'un exemplaire du Mémoire relatif à la caverne de Bize (Aude) et aux espèces animales dont les débris y sont associés à ceux de l'homme, qu'il vient de publier avec la collaboration de M. Brinckmann, et présente quelques remarques au sujet des observations consignées dans ce travail.

— La commission chargée de constater les résultats obtenus par M. Turnbull de sa méthode de traitement de la surdi-mutité déclare, par l'organe de son doyen M. VELPEAU, qu'elle s'est mise en mesure de s'acquitter de la tâche qui lui était confiée, et a reconnu que cette tâche lui était rendue impossible. Voici en effet ce qui a eu lieu :

M. Turnbull, au jour qui lui avait été indiqué, a présenté aux commissaires les sujets sur lesquels il devait appliquer son mode de traitement ; mais quand on lui a demandé en quoi ce traitement consiste, on a appris que le remède dont il se proposait de faire usage, et dont il a dit avoir consigné la formule dans une note cachetée déposée aux archives de l'Académie, ne devait être communiqué à la commission que lorsqu'elle en aurait constaté les résultats.

Dans ces conditions, et pour se conformer aux règles qu'a toujours observées l'Académie relativement aux remèdes secrets, la commission n'a pas dû passer outre.

— M. REMAK dépose le mémoire, dont il n'avait donné qu'un court résumé dans une précédente séance, sur les effets thérapeutiques et physiologiques du courant galvanique constant. (Renvoi à l'examen des commissaires déjà désignés : MM. Velpeau, Rayer, Bernard.)

Circulation pulmonaire et différences d'action qui existent entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur. — M. G. COLIN présente un mémoire dans lequel il expose les résultats de ses recherches expérimentales sur la circulation pulmonaire et sur les différences d'action qui existent entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur.

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

« Il ressort des expériences et des faits relatés dans mon mémoire que les deux cœurs, quoique fonctionnant ensemble, n'ont point un mode d'action identique, et que les phénomènes de la circulation pulmonaire diffèrent très-notablement, sous plusieurs aspects, de ceux de la circulation générale. Voici, parmi ces différences, celles qui paraissent avoir le plus de portée, au point de vue de la physiologie et de la pathologie.

» 1° La force impulsive développée par la systole du cœur, mesurée à l'aide des deux manomètres que j'ai décrits, est, terme moyen, quatre fois aussi grande pour le ventricule gauche que pour le droit. Pendant que sur le cheval de taille ordinaire celle du premier ventricule s'élève de 115 à 120 kilogrammes, celle du second n'est que de 29 à 30. Cette force est en rapport, dans chacun des deux cœurs, avec l'épaisseur si différente de leurs parois et avec l'étendue du champ des deux circulations.

» 2° La force systolique des ventricules varie d'intensité d'un instant à l'autre, et sous l'influence de plusieurs causes. Ses variations les moins marquées sont liées aux mouvements d'inspiration et d'expiration : les plus étendues dépendent des divers efforts et des obstacles qui peuvent être apportés au cours du sang. Elle diminue dans les systoles qui coïncident avec la dilatation du thorax, et augmente dans celles qui correspondent à son resserrement. Au moment des violents efforts musculaires, la force du ventricule gauche s'accroît d'un cinquième, d'un quart, d'un tiers et même d'une moitié de son intensité moyenne. Celle du ventricule droit s'élève alors au double, et parfois au triple de son chiffre normal. Le manomètre montre clairement que les efforts, quels qu'ils soient, déterminent une gêne plus prononcée dans la petite circulation que dans la circulation générale. C'est pour cette raison qu'ils sont infiniment plus pénibles pour le cœur pulmonaire que pour le cœur aortique ; aussi tendent-ils à y produire l'anévrysme et à occasionner l'oppression, les palpitations, dès que l'amincissement des parois est devenu un peu sensible.

» 3° Les quantités de sang qui abordent à chaque moitié du cœur ou qui en sortent dans le même temps ne sont point égales pour les deux. L'oreillette droite, qui a une capacité bien supérieure à la gauche, se vide moins que cette dernière, lors de leur systole commune : une partie de son contenu n'est point lancée dans le ventricule correspondant et se divise en deux fractions ; l'une qui demeure là, l'autre qui reflue dans les veines-caves. L'oreillette gauche, au contraire, se débarrasse à peu près complétement de son sang à chaque contraction ; elle n'est pas le point de départ d'un reflux sensible du côté des veines pulmonaires. Le mouvement d'expiration, qui est pour sa congénère la cause du reflux, en devient pour elle un puissant obstacle.

» 4° L'injection sanguine effectuée par les ventricules dans les systèmes artériels n'est point uniforme des deux côtés. Le ventricule droit a un débit très-inégal. Au moment de l'inspiration, il se remplit mieux et lance une plus grande quantité de sang dans le poumon dont les vaisseaux s'agrandissent. Lors de l'expiration, il se remplit moins et injecte moins de liquide dans l'organe pulmonaire. Toutefois, si, à ce dernier moment, il contient trop de sang, sa systole est incomplète. L'observation attentive de ses mouvements montre que pendant l'expiration il ne se vide pas au même degré que l'autre. L'excédant de capacité qu'il a sur le gauche a évidemment pour but de lui permettre, d'une part, de recevoir et de lancer des ondées tour à tour fortes et faibles, et, d'autre part, de conserver ou de tenir en réserve les fractions d'ondées que le poumon, dans les périodes d'affaissement, n'est pas en état d'admettre. Mais, quelles que soient ces différences, il s'établit une compensation, un véritable balancement entre les deux cœurs. Si le droit reçoit et injecte plus de sang que l'autre dans l'inspiration, ce dernier prend sa revanche dans l'expiration. Les efforts seuls, dans les circonstances physiologiques, peuvent rompre cet équilibre.

» 5° La pression du sang dans le système artériel pulmonaire est, en moyenne, à peu près égale au cinquième de celle du sang des artères aortiques. Elle est extrêmement influencée par les mouvements du thorax et par les causes diverses qui modifient le rhythme de la respiration. Ainsi, elle diminue au moment de l'inspiration et augmente lors de l'expiration d'une manière très-marquée. Par le fait des efforts, elle peut atteindre et même dépasser un chiffre double de celui qui représente son intensité normale : dans ces conditions, elle égale le tiers et jusqu'à la moitié de celle du sang aortique. Au delà de ces limites, elle ne serait plus compatible avec le degré de résistance des minces parois artérielles du poumon, surtout au niveau de leurs petites divisions, dans les lobules et les dernières ramifications bronchiques. C'est là qu'a lieu, en effet, la rupture des artérioles sous l'influence des efforts qui élèvent la pression du sang à son maximum.

» 6° Quant à la vitesse de la circulation pulmonaire, elle est moindre que celle de la circulation générale, le plus grand trajet d'une ondée sanguine étant dans le poumon de quatre à six fois plus court que dans le système vasculaire général. Le jeu du thorax la rend inégale ; il l'accélère et la ralentit d'une manière alternative. Le caractère saccadé des courants pulmonaires s'exagère au plus haut degré par suite des efforts même les moins énergiques. » (Commissaires, MM. Serres et Cloquet).

— M. GEORGE présente le modèle et la description d'un nouveau *pulvérisateur à hydrure d'amyle*, pour le refroidissement des téguments dans les opérations chirurgicales. (Commissaires, MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe).

— M. MALLEZ soumet au jugement de l'Académie un instrument désigné sous le nom de *dynamomètre vésical*, et destiné à mesurer la puissance musculaire de la vessie. Cet instrument a été construit sous sa direction par M. Mathieu.

— M. MATHIEU présente, sous le nom de *pneumo-dynamomètre*, le modèle d'un appareil dont l'idée lui a été suggérée par celui de

M. Mallez et qu'il croit pouvoir être utilisé pour mesurer la force musculaire de la poitrine.

Ces deux instruments sont renvoyés à l'examen de MM. Velpeau et Cloquet.

— M. GIRAULT adresse d'Onzain (Loir-et-Cher) une note concernant un corps de provenance inconnue qui, après avoir séjourné quelque temps dans l'œsophage d'une vache, a été rendu par la bouche. Ce corps, qui a été conservé dans l'esprit-de-vin, est de forme allongée, irrégulière, cédant à la pression et de couleur blanchâtre.

MM. Serres et Rayer sont invités à prendre connaissance de la note et de l'objet auquel elle se rapporte.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de l'auteur, M. Colin, deux opuscules concernant l'histoire des entozoaires : l'un *sur le pentastome ténioïde des cavités nasales du chien et les échanges de ce ver entre les carnassiers et les herbivores*, l'autre *sur le développement et les migrations des sclérostomes.*

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale encore, parmi les pièces imprimées de la séance, trois discours prononcés par M. Beau dans une discussion récente qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur la question des mouvements du cœur.

— M. MAURIN, en adressant une brochure intitulée *Marseille au point de vue de l'hygiène et de la statistique médicale*, prie l'Académie de vouloir bien comprendre cette pièce dans le nombre de celles qui seront admises à concourir pour le prix de statistique de 1865. (Réservé pour la future commission.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 novembre 1864. — Présidence de M. RICHET.

Fin du discours de M. Trélat.

S'il fallait établir l'utilité des discussions scientifiques, je n'en voudrais pas de meilleure preuve que l'état actuel des opinions sur la meilleure disposition à donner aux bâtiments d'un hôpital. Les pavillons isolés comme à Lariboisière étaient considérés naguère comme le meilleur type, le *nec plus ultra* de l'architecture hospitalière. Or, ce type n'a pas trouvé parmi nous un seul défenseur. Tous, au contraire, pénétrés du besoin d'une large ventilation pour les cours, nous arrivons à préconiser des bâtiments simples, développés en une seule ligne ou en lignes parallèles très-écartées. C'est dans ce sens que se sont prononcés MM. Giraldès, Le Fort, Broca, Gosselin, et, dans la dernière séance, notre honorable collègue M. Larrey nous a apporté l'appui de son opinion. Ajouterai-je que cette idée est tellement rationnelle, tellement vraie sous tous les rapports, qu'un homme intelligent, M. Imard, directeur de l'Hôtel-Dieu actuel, qui s'est occupé, à son point de vue et avant notre discussion, de la meilleure forme d'un hôpital, M. Imard a pris cette idée pour base de son plan, dont je ne veux indiquer ici ni les défauts ni les avantages, en me bornant à dire que les derniers dominent de beaucoup.

Au reste, Messieurs, cette disposition, c'est à peu de chose près celle de l'hôpital militaire de Vincennes ; c'est celle de l'hôpital de Malte, auquel on s'accorde à donner de justes éloges. La question me paraît jugée, et je n'insiste pas.

La tendance générale à l'étranger et même en France, quoique nous soyons un peu récalcitrants, est de diminuer l'étendue des salles ou mieux le nombre de lits qu'elles renferment. C'est qu'en effet les salles peu nombreuses offrent d'incontestables avantages. Le malade est sous l'œil de la religieuse ou de la surveillante, ses moindres besoins sont facilement aperçus. Quinze ou vingt malades se gênent moins les uns les autres que trente ou quarante ; dans ce dernier cas, si des cris, des plaintes partent d'un lit, ce sont vingt-neuf ou trente-neuf malades troublés ; dans le premier il y en a un moins grand nombre. Cette observation s'applique également aux chances de contagion directe.

Je crois que M. Larrey a été trop loin en proposant de fixer le nombre des lits à vingt ou trente. Trente lits divisés en deux rangs, à 3 mètres par lit, cela fait 45 mètres ; c'est trop long. Le parcours du lit extrême à l'office et le retour à ce lit sera de 90 mètres, ce n'est une bonne condition ni de soins ni de propreté.

Nous pouvons, du reste, juger la valeur de cette capacité par les salles de Lariboisière. Elles sont grandes sans doute, donnent à chaque lit un beau cube d'air, mais que de bruit, de mouvement, de causes de trouble de toute sorte ! Le repos et le calme y sont bien difficiles. « Les salles d'un hôpital, écrit le général Morin, ne devraient contenir chacune qu'un nombre restreint de malades, douze à dix-huit lits. Dans les constructions anciennes ou récentes, on a beaucoup trop sacrifié les conditions hygiéniques à la facilité du service et de la surveillance, et les grandes salles des nouveaux hôpitaux, malgré leur belle apparence et l'espèce de luxe avec lequel elles sont établies, ne sont pas des modèles à imiter. »

J'aime à citer ce témoignage parce que le général Morin n'est pas médecin, c'est simplement un savant qu'on ne peut accuser de partager nos préjugés, si tant est que nous en ayons.

Je pense donc, et je crois en cela être l'interprète de l'opinion la plus générale, qu'il ne faudrait pas dépasser le chiffre de vingt lits pour les services ordinaires.

Mais ces salles ne seront elles-mêmes dans des conditions irréprochables que si tout malade gênant, bruyant, atteint d'une affection infectieuse ou contagieuse, peut en être enlevé, placé à l'écart, et d'autant mieux isolé que sa proximité est plus dangereuse. Aussi, sans entrer ici dans cet important sujet, me bornerai-je à énoncer que l'isolement ne saurait être le même pour un malade délirant et pour un varioleux, pour un opéré de la cataracte qui a besoin d'ombre et pour une victime de la pourriture d'hôpital. Aux uns, la petite chambre voisine de la salle suffit ; mais, pour les autres, le bâtiment séparé est indispensable.

Si vous croyez que la circulation facile de l'air est utile à l'intérieur des salles, vous serez conduits à faire supprimer les rideaux des lits. Quant à moi, je n'hésite pas à formuler cette opinion de la manière la plus catégorique, et je suis certain d'avoir l'assentiment de beaucoup de chirurgiens. Les rideaux des lits sont des réceptacles, des cribles où s'accumulent toutes les poussières impures ; ce sont des écrans qui gênent les mouvements de l'air, c'est leur but principal ; ce sont des obstacles absolus à une surveillance bien entendue ; ils servent à cacher ce qu'on ne sait pas empêcher. On dit, pour leur défense, qu'ils permettent de soustraire les malades aux courants d'air trop violents ; que, grâce à eux, ces malades peuvent s'isoler pendant le sommeil, les soins de toilette, etc. ; qu'ils sont un moyen de ménager la pudeur de tous pendant les pansements.

Mais dans des salles régulièrement aérées, on n'a pas à craindre les courants d'air ; dans une salle petite et tranquille, le sommeil est possible et facile sans rideaux ; enfin, si la pudeur doit être ménagée, rien n'est plus facile que d'atteindre ce but avec un paravent mobile, paravent qui intervient utilement dans toutes les circonstances où on veut soustraire un malade à la vue de ses voisins.

Sans nier que les rideaux puissent avoir quelques légers avantages, et cela est, puis qu'ils ont encore des défenseurs convaincus, il s'agit de choisir entre ces avantages que l'on peut obtenir par d'autres moyens, et les inconvénients majeurs que nous avons signalés. D'un côté, des avantages infiniment discutables, de l'autre, d'évidentes conditions de salubrité ; entre les deux, notre choix ne saurait être douteux. Pour ma part, chaque fois que je l'ai pu, j'ai fait opérer cette suppression, et je m'en suis bien trouvé....

Il y a encore un point que je ne puis passer sous silence, tant il a de valeur ; je veux parler de l'évacuation quotidienne ou prolongée des salles. Rappelez-vous ce que vous disait M. Verneuil de la salubrité de Lourcine, où les salles sont désertées pendant le jour. M. Follin pourrait vous dire que cette salubrité est la même à l'hôpital du Midi, qui est dans les mêmes conditions. Il y a là une indication qu'il ne faut pas perdre de vue, et qu'on peut réaliser facilement en fournissant aux malades qui se lèvent un séjour pour le repos, le travail et les repas. Mais il y a plus, MM. Giraldès, Legouest et Larrey nous ont suffisamment édifiés sur les excellents résultats de l'évacuation prolongée des salles dans les hôpitaux militaires et les hôpitaux étrangers, pour que nous soyons fondés à réclamer l'adoption générale de cette mesure....

A côté de ces faits importants qui ressortent de la discussion et qui représentent le contingent que nous apportons à la science de l'hygiène hospitalière, nous ne devons pas oublier notre but initial et immédiat....

Tout cela, Messieurs, tous ces faits généraux et spéciaux, nous les avons résumés sous une forme brève et aussi claire que possible, et nous les présentons à votre approbation. Elaborées isolément par plusieurs de nos collègues, nous avons soumis ces conclusions à une laborieuse révision ; et c'est après ce travail, accompli entre MM. Giraldès, Legouest, Verneuil, Le Fort et moi, que nous venons vous les soumettre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 4 décembre 1864 :

M. Sédillot, médecin inspecteur, est nommé directeur de l'Ecole de santé militaire de Strasbourg ;

M. Rouis, médecin principal de 2e classe, est nommé sous-directeur de ladite Ecole.

— M. le docteur Arnozan est nommé directeur médecin de l'asile des aliénés de Bruty, près Angoulême.

M. le docteur Laffitte est nommé directeur médecin de l'asile de Lafond, près la Rochelle.

M. le docteur Combes est nommé directeur médecin de l'asile de Laroche-Gandon, près Mayenne.

M. le docteur Barrey est nommé directeur médecin de l'asile de Rodez.

M. le docteur Piroux est nommé directeur médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère).

M. le docteur Charrière est nommé médecin préposé responsable du quartier des aliénés de Pontorson (Manche).

M. le docteur Faure est nommé médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes, près Angers.

— M. le docteur S. P. Gaillard, médecin honoraire de l'asile des aliénés de Saint-Alban, vient de mourir à Malzieu (Lozère), à l'âge de soixante-cinq ans.

— M. le docteur Dupont, de Haine-Saint-Pierre, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique, vient de mourir à l'âge de quarante ans, à la suite d'une longue maladie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez Majolez ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité du rhumatisme musculaire. Nouveau mode de traitement de cette maladie et des névralgies en général. Règles d'applications topiques du chloroforme ; par le Dr DUPUY (de Frenelle). Prix : 2 fr. 50. Chez Asselin, libraire, et chez l'auteur, rue Montmartre, 15.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 146. — JEUDI 15 DÉCEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 146. — JEUDI 15 DÉCEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance publique annuelle de l'Académie de médecine. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance publique annuelle du 13 décembre. — Rapport général sur les prix décernés. — Eloge de M. Delpech. — Nouvelles.

PARIS, LE 14 DÉCEMBRE 1864.

Séance publique annuelle de l'Académie de médecine.

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine a eu lieu hier, nous ne dirons pas avec l'éclat accoutumé, le mot serait un peu prétentieux, mais avec ce petit air de solennité que donne toujours à ces séances la présence d'un auditoire nombreux et choisi. Ce n'est pas un des signes les moins dignes d'intérêt de notre temps, que cet empressement à venir entendre l'Éloge des hommes qui ont marqué par leur savoir et par leurs services.

Le savant dont on venait entendre l'Éloge n'était point une célébrité de la veille, objet d'un deuil récent, enlevé d'hier à nos respects et à nos regrets; sa mort remonte à trente ans; il n'était déjà plus un contemporain pour la plupart d'entre nous, et bien peu de personnes parmi les assistants l'avaient connu. Mais les circonstances de sa mort, qui ont laissé dans tous les esprits une si vive et si profonde impression, l'éclat d'une réputation immense, qui a balancé les plus hautes réputations de la Capitale, et qui est restée sans rivale dans la ville où il a créé une Ecole féconde en chirurgiens éminents, des œuvres considérables dont le temps, loin de l'affaiblir, n'a fait qu'accroître la valeur, et par-dessus tout une noblesse de caractère qui a laissé dans le souvenir de tous ses disciples un sentiment profond de vénération, devaient donner à cet Éloge un intérêt qui pouvait se passer de l'actualité.

Tels sont, en effet, en raccourci les titres du savant que M. J. Béclard a eu l'heureuse pensée de louer devant l'Académie. Dans un tel Eloge, il ne pouvait y avoir de place ni pour la critique ni pour les réticences. Aussi M. Béclard s'est-il complu dans ce panégyrique sans mélange, qui ne pouvait rencontrer qu'un assentiment sympathique dans tout l'auditoire.

Peut-être, si le temps et l'espace nous l'avaient permis, aurions-nous fait quelques observations sur un point d'histoire contemporaine, au sujet de quelques appréciations des travaux de Delpech. Mais le temps et l'espace nous manquent, et nous aimons mieux nous borner à féliciter sans réserve M. Béclard du choix de son sujet, et à joindre nos applaudissements à ceux que lui a donnés hier l'assemblée tout entière, pour la manière dont il l'a traité. Nos lecteurs seront d'ailleurs à même d'apprécier les mérites de ce discours que nous mettons intégralement sous leurs yeux.

L'Académie s'est montrée cette année plus large que les années précédentes dans la répartition de ses récompenses. Nous avons vu avec satisfaction que la plupart des sujets proposés ont été traités de manière à satisfaire aux vœux des bienfaiteurs de l'Académie et à mériter les prix qu'ils ont mis à sa disposition. C'était la première fois, hier, que l'Académie décernait le prix Godard; nous sommes heureux de pouvoir féliciter publiquement dans le lauréat un de nos collaborateurs les plus assidus, M. le docteur Legros (d'Aubusson). — Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1864.

Présidence de M. GRISOLLE.

Ordre des lectures :

1° Rapport général sur les prix décernés en 1864, par M. Frédéric DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel.
2° Prix proposés pour 1865 et 1866.
3° Éloge de M. Delpech, par M. Jules BÉCLARD, secrétaire annuel.

Voici le discours prononcé par M. J. Béclard :

ÉLOGE DE M. DELPECH.

MESSIEURS,

Il y a trente ans qu'un grand chirurgien, professeur plein de verve, dans la vigueur de l'âge et dans tout l'éclat du talent, tombait, à Montpellier, sous les coups d'un assassin. Les œuvres qu'il laissait après lui auraient sauvé sa mémoire de l'oubli, si son enseignement ne l'avait placé de son vivant dans la glorieuse compagnie des maîtres de la science.

Il ne suffit pas, Messieurs, d'éclairer les esprits, il faut les émouvoir pour les subjuguer. Ce n'est pas tout de jeter la semence nouvelle; il faut creuser le sillon pour la rendre féconde. L'idée abstraite ne devient saisissante qu'en se réalisant dans les personnes. L'âme humaine est ainsi faite qu'elle a besoin de croire en quelque chose ou en quelqu'un. Dans tous les temps, les chefs d'école, ceux qui ont exercé sur leurs contemporains une influence décisive, ont fondé leur domination bien plus par la parole que par la plume.

N'est-ce pas la voix puissante de Broussais, n'est-ce pas cet enseignement original, ces peintures vives, colorées, et jusqu'à la hardiesse de ses attaques et de ses invectives qui ont entraîné la persuasion exaltée de ses auditeurs? La *doctrine physiologique* aurait-elle ébranlé l'édifice de la médecine jusque dans ses fondements si le grand agitateur n'avait fait partager, à la jeunesse ardente et enthousiaste qui se pressait autour de lui, la foi dont il était animé?

Dupuytren, cet observateur si profond, cet esprit si souple et si pénétrant, à part deux ou trois mémoires de physiologie publiés dans sa jeunesse et quelques travaux isolés sur divers points de chirurgie, Dupuytren n'a rien laissé. Qui donc cependant a brillé d'un plus vif éclat? De grands chirurgiens de nos jours ne tiennent-ils pas à honneur de se dire ses disciples? On lui reprochera de s'être occupé du soin de sa réputation avec trop de zèle et d'ardeur; mais qui pourrait ne pas reconnaître en ce maître de la parole l'une des plus grandes figures, la plus grande peut-être, de la chirurgie française au dix-neuvième siècle!

C'est aussi par son enseignement, avec moins de violence que Broussais, avec moins de méthode que Dupuytren, mais avec plus d'abondance et de chaleur, que Delpech, le plus fécond et le plus oublié des trois, fondait à la même époque à Montpellier, dans cette faculté que venait d'illustrer Barthez, une école chirurgicale dont l'influence est vivante encore.

Jacques-Mathieu Delpech naquit à Toulouse le 2 octobre 1777. Sa famille était peu favorisée de la fortune, mais il avait reçu de la nature des dons précieux : une imagination vive, une conception facile, et l'ardent désir de s'instruire. Son père, profondément versé dans la connaissance des langues anciennes, était correcteur dans la principale imprimerie de la ville. Il jouissait d'une considération méritée et comptait de célèbres amitiés. L'archevêque de Toulouse, M. le comte Loménie de Brienne, qui fut plus tard membre de l'Académie française, contrôleur général des finances, ministre de Louis XVI et cardinal, tenait en grande estime M. Delpech et avait pris son jeune fils en affection. L'enfant montrait un goût prononcé pour les arts. L'archevêque lui fit donner des leçons de chant dans la maîtrise de la cathédrale; puis comme il ne tarda pas à reconnaître en lui une remarquable aptitude en toutes choses, il conseilla à son père de le faire entrer dans les ordres sacrés. Soutenu par cette haute protection, secondé par ses heureuses dispositions, peut-être Delpech serait-il un jour devenu l'une des illustrations de la chaire chrétienne, lorsqu'un de ces événements imprévus, qui souvent décident de notre vie, donna un autre cours à sa destinée.

Le père de Delpech était depuis quelque temps atteint d'une affection grave de la jambe qui rendait nécessaires les soins assidus d'un chirurgien. Ce chirurgien, vieil ami de la famille, était M. Larrey, oncle du célèbre chirurgien de l'Empire. Jacques Delpech assistait à chaque visite et regardait sans rien dire. Retenu chez lui par une indisposition, M. Larrey, après trois jours, accourt impatient chez son malade. Le pansement avait été fait en son absence, et exécuté avec une rare précision. Supposant qu'un autre chirurgien a été appelé, et blessé de ce qu'il regarde comme un manque d'égards, M. Larrey déclare que sa présence n'est plus nécessaire et qu'il ne reviendra pas. Jacques Delpech avoue timidement que lui seul est venu en aide à son père, et pour dissiper tous les doutes, il enlève l'appareil et exécute de nouveau le pansement.

M. Larrey cachait sous une apparence un peu rude un cœur excellent; il félicite le jeune Delpech, l'embrasse, et conçoit immédiatement la pensée d'en faire son élève. Il se rend chez M. de Brienne, où s'engage une touchante discussion, chacun voulant s'attacher l'enfant et se charger de son avenir. Mis en demeure de se prononcer lui-même, Jacques se tourne vers M. Larrey, qui l'emmène et le fixe auprès de lui dans l'hôpital de la Grave, dont il était le chirurgien en chef. Delpech avait alors douze ans.

L'enfant se met au travail avec tout l'entrain de son ardente nature. Deux ans à peine s'étaient écoulés depuis qu'il avait quitté l'Eglise pour la science, qu'il remportait un prix à l'ancienne Ecole de chirurgie de Toulouse, et que déjà il enseignait l'anatomie à ses condisciples. C'est ainsi qu'Antoine Louis nous peint le grand chirurgien Jean-Louis Petit, à peu près du même âge, avec sa figure enfantine, sa petite taille, qui le faisait paraître plus jeune encore qu'il n'était, montant sur une chaise pour être vu de ses auditeurs, et répétant les leçons d'anatomie de Littre, son maître.

Cependant l'année 1793 touchait à sa fin, et la France, menacée de toutes parts, était en armes sur ses frontières. Entraîné par l'impulsion générale, Delpech se rend à l'armée des Pyrénées-Orientales que commandait Augereau, et se met à la disposition du chirurgien en chef, M. Ribes. Sa jeunesse, ses connaissances précoces, sa main exercée, ne tardèrent pas à le faire distinguer, et à lui concilier l'estime et la bienveillance de ses supérieurs.

Dans une circonstance assez critique, le jeune Delpech fit preuve de beaucoup de courage et de sang-froid. Le régiment auquel il appartenait fut obligé d'évacuer pendant la nuit une place non fortifiée qu'entouraient des forces supérieures. L'arrivée des Espagnols fut si subite que l'armée ennemie entrait dans la place quand notre arrière-garde en sortait à peine. Eveillé en sursaut, Delpech n'eut que le temps de s'habiller à la hâte. Déjà il avait laissé derrière lui les dernières habitations de la ville, lorsque, cherchant son épée à ses côtés, il s'aperçut qu'il l'avait oubliée. Un Français ne se résigne pas aisément à laisser ses armes à l'ennemi. Quand on a dix-huit ans et de braves compagnons autour de soi, le danger offre un attrait auquel on ne résiste guère. Le jeune chirurgien fait volte-face, rentre en ville au pas de course, et, à la faveur de l'obscurité, se glisse par des rues détournées jusqu'à la maison qu'il vient de quitter. Le retour fut moins facile; on l'aperçut, et c'est au milieu des balles, qui heureusement ne l'atteignirent pas, qu'il put rejoindre ses camarades.

Après un séjour de cinq années sur les frontières de la France et de l'Espagne, le corps d'armée auquel Delpech était attaché fut dirigé sur l'Italie. Avant de s'éloigner pour longtemps peut-être, Delpech demanda un congé de quelques jours, afin d'aller à Toulouse embrasser sa mère. A peine arrivé dans sa ville natale, une fièvre grave le saisit, qui mit sa vie en danger, et dont la convalescence fut longue. Ainsi se termina assez brusquement sa carrière de chirurgien militaire. Il avait alors vingt et un ans.

Revenu à la santé, Delpech fut attaché au service chirurgical de l'hôpital Saint-Jacques de Toulouse.

Ici se place un nouveau trait de généreuse hardiesse, où se révèle en même temps la bonté de son cœur. Il y avait, dans la prison attenante à l'hôpital, un émigré alors malade, coupable d'être rentré en France pour visiter sa famille. Touché de son infortune, Delpech résolut de le sauver. Sans en prévenir le prisonnier, il dispose tout dans ce but. Il prend avec de la cire l'empreinte des serrures, fait fabriquer des clefs, et, un jour de fête, tandis que les employés sont au dehors, il entre chez le prisonnier, et lui fait part de son dessein. Celui-ci hésite d'abord à le suivre; ce n'est qu'à ses vives sollicitations qu'il cède enfin. Il s'agissait de franchir une cour gardée par une sentinelle. Delpech avait tout observé d'avance. Pour traverser cette cour, qui séparait la prison des bâtiments de l'hôpital, il fallait saisir l'instant où la sentinelle aurait le dos tourné. Les moments étaient précieux; le moindre retard pouvait les perdre tous les deux. Affaibli par la maladie et brisé par l'émotion, le prisonnier s'affaisse sur lui-même. Delpech n'hésite pas, il le saisit, le charge sur ses épaules et franchit sans encombre le périlleux passage. Arrivés dans les dépendances de l'hôpital, les fugitifs montent sur une toiture peu élevée, et s'élancent dans la rue alors déserte. Tout était préparé au dehors. L'émigré gagne l'Espagne, d'où il écrit à son sauveur pour lui exprimer sa reconnaissance.

Deux ans plus tard, nous retrouvons Delpech à Montpellier. Il y était venu pour subir les actes du doctorat. Le 9 thermidor de l'an IX, six années jour pour jour après la mémorable journée qui devait changer le cours de la Révolution française, Delpech soutenait sa thèse. Le sujet choisi par le candidat soulevait une question délicate et litigieuse. Sa dissertation était intitulée : *De la possibilité et du degré d'utilité de la symphyséotomie*. Les avantages de l'hystérotomie et de l'accouchement prématuré artificiel n'étaient pas, à cette époque, appréciés à leur juste valeur, et l'opération proposée par Sigault comptait des défenseurs, au nombre desquels Delpech se rangeait sans hésiter.

Après un séjour de trois mois, Delpech, revêtu du titre de docteur, quitte Montpellier et retourne à Toulouse pour se livrer à la pratique de son art.

Déjà le jeune chirurgien de vingt-cinq ans voyait la fortune lui sourire; mais Delpech n'était pas de ces âmes vulgaires que ses faveurs enchaînent. Une plus noble passion s'allume dans son cœur : il brûle de se rapprocher du grand théâtre où se distribuent les couronnes de la renommée. Son parti est pris : il remet à sa mère soixante mille francs d'économies amassées en trois années, et se rend à Paris.

Boyer, chez lequel il se présenta, l'accueillit avec bienveillance, et, séduit par les brillantes qualités du jeune Toulousain, conçut bientôt pour lui une vive amitié. C'est grâce à son appui que Delpech fut, peu de temps après, attaché à la maison civile de l'Empereur.

Entré encore enfant dans les amphithéâtres de dissection et dans les salles de chirurgie, Delpech en était sorti avec des connaissances anatomiques étendues et riche d'une expérience précoce; mais ses études premières avaient été fort négligées. En possession d'un traitement annuel de six mille francs, Delpech, avec cette puissance de volonté qui est le signe de la force, se remet sur les bancs. Les langues anciennes, les langues vivantes, l'histoire, la littérature, il fait tout marcher de front, et, dans sa dévorante activité, il trouve le temps d'assister Boyer dans ses opérations et de se livrer à l'enseignement particulier.

Scarpa venait de publier ses *Recherches sur les anévrysmes;* Delpech donne peu de temps après une édition française de cet ouvrage. Il n'était alors que traducteur. Plus tard il ajoutera à l'œuvre du chirurgien de Pavie un mémoire sur le même sujet, intitulé : *Recherches*

sur les causes et réflexions sur les difficultés du diagnostic des anévrysmes

Delpech était à Paris depuis plusieurs années, lorsque la chaire de médecine opératoire devint vacante par la mort de Sabatier. C'est par le concours qu'on obtenait alors les chaires de professeur. Dupuytren, Roux, Marjolin et Tartra étaient sur les rangs. Animé du sentiment de sa valeur, confiant dans son talent de parole, Delpech se disposait à entrer en lice. Il ne céda que devant les conseils de celui qu'il se plaisait à nommer son maître.

L'occasion que Delpech ne laissait échapper qu'à regret ne devait pas tarder à se présenter de nouveau. Dans le courant de la même année, en 1812, la chaire de clinique externe de la Faculté de médecine de Montpellier fut déclarée vacante. Delpech quitte aussitôt Paris pour aller disputer l'héritage du professeur Poutingon. Le concours auquel il prit part a laissé à Montpellier de profonds souvenirs. Le 27 septembre 1812, il fut proclamé vainqueur.

Delpech était né professeur. Il avait ces dons de nature que rien ne remplace : l'accent de la voix, une parole claire, imagée, rapide comme sa conception. Ses descriptions étaient des tableaux achevés, où les traits dominants s'accusaient en relief et que nuançait une merveilleuse richesse d'expression. Il entremêlait à propos ses leçons de récits anecdotiques pleins de finesse et de gaîeté. Delpech avait cette sorte de tempérament qui plaît à la jeunesse jusque dans ses écarts. Il était de ces natures passionnées, peu façonnées à l'obéissance, qui cherchent le combat et qui ne connaissent pas de plus grand plaisir que le plaisir de vaincre ; lui aussi aurait pu répéter ces fières paroles de Broussais : « Aucun de ceux qui m'ont entendu n'a résisté à la force de la vérité. »

Delpech exerçait sur ses auditeurs une véritable séduction. C'est avec une émotion que trente ans n'ont pas affaiblie, qu'un éminent professeur du Collége de France, l'un de ses disciples de prédilection, M. Coste, parle encore aujourd'hui de l'enseignement de son maître.

« Je ne sais, disait le vénérable M. Ducasse devant la Société de médecine de Toulouse, je ne sais si le souvenir de mes premières impressions exerce sur moi trop d'influence, et si comme les vieillards je m'abandonne avec trop de complaisance aux charmes du temps passé, mais dans toutes les villes que j'ai parcourues, dans toutes les écoles que j'ai visitées, jamais je n'ai rencontré parmi les hommes qui en faisaient l'ornement et la gloire, un talent d'élocution aussi facile, une abondance aussi élégante, une parole plus brillante et plus animée que la sienne. »

Au moment où Delpech prit possession de l'enseignement clinique à la Faculté de Montpellier, la funeste guerre d'Espagne touchait à sa fin. Les services de chirurgie encombrés de blessés arrivés de l'armée du Midi, étaient en proie à cette redoutable maladie, à la fois ulcéreuse et gangréneuse, qui envahit indistinctement les plaies anciennes et récentes : la pourriture d'hôpital. Les salles remplies de malades ouvraient à Delpech une vaste perspective à son talent d'observateur. Il étudie les caractères, les formes et les variétés du mal, et consigne le résultat de ses recherches dans un mémoire écrit au lit du malade et d'après nature. Ce travail renferme des vues nouvelles sur le caractère contagieux et sur le traitement de la maladie. Ce qui importe avant tout, c'est d'enlever au fléau son aliment, c'est de s'abstenir de toute opération qui n'est pas immédiatement nécessaire, c'est de favoriser le plus rapidement possible la réunion des solutions de continuité traumatiques.

Généralisant ce qui n'était d'abord qu'un précepte émis en vue d'un cas particulier, Delpech insistera plus tard sur les avantages de la réunion immédiate des plaies, ou, pour parler le langage des chirurgiens, par première intention. Cette idée, il la soutiendra avec l'ardeur d'une conviction profonde. « La suppression du contact de l'air, dit Delpech dans son *Traité des maladies réputées chirurgicales*, réduit l'inflammation ; celle-ci s'arrête au point où les exsudations fournies par les parties divisées sont purement albumineuses. » Revenant plus tard sur ce sujet dans le *Mémorial des hôpitaux du Midi* : « C'est, dit-il, un sérum chargé de fibrine qui s'extravase en s'attachant, en se confondant pour jamais avec les parties environnantes. » Dirait-on mieux aujourd'hui ? Il enseignait encore que la réunion immédiate est un phénomène du même ordre que celui qui unit l'œuf à l'utérus dans les premières phases du développement.

Certes, Delpech n'est pas l'inventeur de cette méthode thérapeutique. Déjà Hunter avait tracé avec un rare talent le tableau des actes biologiques qui président à la réparation des solutions de continuité, et John Bell avait fait ressortir avec une grande sagacité l'indication générale de la réunion immédiate : « Une division récente, disait-il, se consolide en vertu d'une propriété absolument semblable à celle qui dans l'état normal préside à la nutrition et à l'accroissement des parties. » Mais ce qu'on ne saurait dénier à Delpech, c'est d'avoir combattu avec sa verve accoutumée les préjugés du temps sur l'utilité de la suppuration comme moyen de dégorgement des parties, et sur les suites prétendues fâcheuses de la suppression d'un travail morbide regardé par quelques-uns comme nécessaire. On peut dire que par sa persévérance peu commune Delpech a contribué plus que personne à introduire dans la pratique courante une grande méthode chirurgicale.

A cette époque, et aujourd'hui même, il faut bien le dire, la réunion immédiate des plaies un peu étendues, souvent tentée dans les hôpitaux de Paris, n'était et n'est encore que trop rarement obtenue. Joignant l'exemple au précepte, Delpech annonçait de son côté des succès qu'on crut devoir attribuer au climat méridional, mais dont il faut sans doute chercher ailleurs l'explication. Placé au sein d'un grand hôpital, dans le centre d'une grande ville, l'opérateur n'est pas toujours le maître de se mouvoir librement ; il est des nécessités qu'il doit subir ; il faut qu'il compte avec le milieu qui l'entoure.

Mais parce que le but est difficile à atteindre, l'excellence de la méthode n'en est point affaiblie. Elle est en quelque sorte un idéal vers lequel le chirurgien doit tendre sans cesse. S'il ne peut, aussi souvent qu'il le voudrait, créer d'emblée des adhérences et opposer en quelque sorte une barrière à l'inflammation, il cherche du moins, par des moyens appropriés, à diminuer l'étendue de la surface traumatique et à réduire la durée du travail de cicatrisation.

Partisan ingénieux des diverses opérations de greffe animale, Delpech, séduit par la simplicité du procédé indien, ne fut pas suffisamment pénétré peut-être des avantages de la méthode dite française ; mais ce qui n'échappa pas à son esprit clairvoyant, c'est que la réunion immédiate des lambeaux destinés à la réparation est la condition fondamentale de toutes les opérations d'autoplastie.

Le *Précis des maladies réputées chirurgicales* parut en 1816. Cet ouvrage, écrit en vue des études classiques et composé un peu à la hâte, ne répondit pas aux espérances de l'auteur ; il eut peu de succès. Il en est d'un livre comme d'un homme, il doit venir à son heure et répondre à un besoin. L'auteur d'un ouvrage didactique, s'il veut réussir, doit se contenir et s'effacer souvent ; jamais il ne doit oublier qu'il s'adresse à la masse des lecteurs, c'est-à-dire à ces esprits qui aiment les voies régulières et bien tracées. Delpech était peu fait pour ce genre de travail : le titre seul de son œuvre l'indique suffisamment. Il appartenait à cette génération créatrice qui s'occupait moins que la nôtre de ce qu'on avait pensé dans les siècles précédents et qui découvrait davantage. Dans cet ouvrage, ainsi d'ailleurs que dans la plupart de ses productions, on peut dire que Delpech appartient à cette école qu'un éminent historien de la chirurgie a caractérisée sous le nom de personnelle.

Si l'on ne savait que Delpech excellait dans l'art de la parole, la forme négligée de ses ouvrages qui ressemblent trop souvent à une improvisation écrite, son style inégal et embarrassé, ne pourraient donner une idée de l'influence qu'il a exercée de son vivant. M. Serres, qui a longtemps servi de secrétaire à Delpech, et qui devait plus tard lui succéder dans la chaire de clinique chirurgicale, nous apprend qu'il composait avec une inconcevable rapidité. En moins de quinze jours il a dicté en entier le premier volume de son *Traité de chirurgie*, et ce volume ne renferme pas moins de sept cents pages. Rarement il se donnait la peine de relire le manuscrit.

Au reste, Messieurs, ne nous y trompons pas : le temps seul assigne aux œuvres des hommes leur véritable valeur. Ces ouvrages devenus rapidement classiques, ces encyclopédies complètes, ces tableaux méthodiquement composés, qui embrassent dans leur cadre la science tout entière, se succèdent tous les dix ou vingt ans dans la faveur publique, pour disparaître à leur tour et demeurer ensevelis dans l'oubli. Telle est la loi du progrès. D'autres livres ne trouvent dans le présent que de rares lecteurs ; mais s'ils tiennent peu de compte de la tradition, du moins ils ne s'arrêtent pas toujours à la surface des choses. Parfois en arrière de l'expérience générale, souvent ils la devancent ; à travers leur obscurité apparente, de lumineux aperçus éclatent ; sous leurs pages imparfaites se cachent des germes précieux que féconde l'avenir et qui défient la main du temps.

Les publications de Delpech se succèdent rapidement. De 1823 à 1828, il donnait ses *Leçons de chirurgie clinique* ; en 1829, son *Traité de l'orthomorphie* ; de 1829 à 1831, il publiait le *Mémorial des hôpitaux du Midi*, journal mensuel écrit presque entièrement de sa main, et dans lequel il traite des sujets les plus variés, de chirurgie, de médecine, d'hygiène, de physiologie, de philosophie médicale. Les *Annales de médecine pratique de Montpellier*, la *Revue médicale de Paris*, les premiers volumes du *Dictionnaire des sciences médicales* renferment aussi un grand nombre d'articles dus à la fécondité de sa plume.

Donner une idée, même succincte, de ces divers travaux serait, Messieurs, une tâche trop vaste pour être resserrée dans les bornes étroites d'un discours académique. Nous ne pouvons que jeter un rapide coup d'œil sur les points que Delpech a marqués d'un progrès.

L'inflammation dite adhésive, qui supprime en quelque sorte l'état morbide par la formation rapide et immédiate de la cicatrice, conduisit naturellement Delpech à l'étude des productions nouvelles qui accompagnent toute plaie suppurante. Il crut que cette couche molle, de nouvelle formation, qui se montre à la surface des plaies et qui n'est que la première phase du travail de la cicatrisation, précédait le pus. Il crut que ce liquide était lié à l'apparition de la membrane nouvelle comme l'effet l'est à la cause. Cette doctrine, il l'a défendue dans de nombreux écrits, et elle a fait du bruit en son temps. Mais si la membrane pyogénique, tel est son nom, ne sécrète pas le pus comme il le pensait ; s'il est vrai que cette humeur se montre comme phénomène initial non-seulement dans les solutions de continuité dont la réunion n'est pas immédiate, mais encore sur toutes les surfaces libres et dans le sein même des organes, on ne peut refuser à Delpech d'avoir étudié avec une merveilleuse sagacité les transformations du tissu nouveau, qui peu à peu augmente d'épaisseur et se resserre dans tous les sens pour devenir la cicatrice. Ce tissu de cicatrice, tissu inodulaire, comme il l'appelait, il l'a particulièrement examiné en chirurgien. Peu extensible, mais doué d'une force de rétraction lente et continue plus énergique que celle des muscles, ce tissu détermine souvent des difformités plus ou moins étendues, des déviations, des occlusions, des renversements d'organes. Les effets du tissu inodulaire ne sont pas toujours nuisibles ; parfois ils sont salutaires, et le chirurgien peut trouver, dans la puissance rétractile dont il est doué, un précieux auxiliaire.

Le *Traité de l'orthomorphie* est sans contredit l'ouvrage le plus important et le plus original de Delpech. On trouve dans ce livre une foule d'idées neuves que les travaux modernes n'ont fait que confirmer ou développer. En mettant en pleine lumière l'une des causes les plus puissantes des déviations du système osseux, la rétraction musculaire, Delpech a jeté les véritables bases de l'orthopédie scientifique. Dans sa *Chirurgie clinique*, Delpech paraît encore imbu des idées anciennes sur l'étiologie des déviations ; mais dans le *Traité de l'orthomorphie*, sa pensée se révèle clairement dès les premières pages. « Les muscles, dit-il, sont des organes susceptibles de plus grandes variétés physiologiques que les os et les ligaments » ; et il ajoute : « Il me semble susceptible de démonstration que la plupart des difformités spontanées viennent de ce que les muscles ont une grande part à la solidité des connexions osseuses. »

Partant de cette donnée, il montre le rôle essentiel que jouent dans les rapports des pièces du squelette les troubles fonctionnels des muscles, l'abolition ou l'exagération de leur contractilité, leurs dégradations matérielles, surtout pendant la période de l'accroissement. Remontant plus haut, il recherche le point de départ de ces lésions dans le système nerveux.

Les idées de Delpech sur la genèse des difformités devaient naturellement le conduire aux applications pratiques. La suppression de la cause productrice par la section du muscle, dans sa partie la plus accessible et la moins étendue, c'est-à-dire la section du tendon, telle était la conséquence, en quelque sorte forcée, de la doctrine. Pratiquée autrefois en Hollande, vers la fin du dix-septième siècle, étudiée en Angleterre sur les animaux, par Hunter et par Brodie, longtemps oubliée en France, la ténotomie est aujourd'hui pratiquée par tous les chirurgiens. Si Delpech n'est pas le premier qui ait divisé les tendons, il a du moins contribué à constituer cette opération à l'état de méthode rationnelle.

Mais voici où apparaît le génie inventif de Delpech. C'est bien à lui qu'appartient l'idée première de la section sous-cutanée des tendons. Ce n'est point au hasard qu'il exécuta le premier la section du tendon d'Achille, sous la peau et à l'aide d'une double incision. Son but avoué et clairement exprimé, c'était d'opérer hors du contact de l'air, de prévenir ainsi la suppuration et d'obtenir une réunion par première intention.

Sans doute tout n'était pas fait, mais l'idée était jetée, elle devait grandir et donner enfin naissance à une méthode chirurgicale, l'une des grandes conquêtes de la chirurgie contemporaine.

On devait démontrer par l'expérience que l'obliquité des plaies, autrefois regardée comme défavorable, n'avait pas les dangers qu'on lui attribuait ; que les bouts d'un tendon divisé dans la profondeur des parties, ne se soudaient pas nécessairement aux parties voisines, qu'ils pouvaient se réunir à distance ; que le tendon glissait encore dans sa gaîne après la cicatrisation. Plus tard, on devait diminuer l'étendue des incisions, supprimer l'une d'elles ; maintenir écartés, à une distance convenable et progressivement croissante, les deux bouts du tendon divisé ; utiliser la contraction musculaire, pour faciliter la section des tendons ; reconnaître les tendons le plus convenablement disposés pour la réussite ; trouver sur leur parcours les points qu offrent à l'opération le plus de facilité et les chances les plus favorables à la production de la substance intermédiaire nouvelle ; diviser enfin à des hauteurs différentes les tendons contenus dans des gaînes communes, afin de fractionner le travail de régénération, et de conserver les mouvements partiels. Si je faisais de l'histoire, j'aurais, Messieurs, à citer bien des noms qui sont sur toutes les lèvres.

La méthode sous-cutanée devait prendre une extension plus grande encore. Afin d'obtenir sans inflammation la formation de la substance intermédiaire, on arriverait à couper profondément et dans les régions les plus diverses, non-seulement les tendons, mais toute partie trop tendue ou trop courte.

Les appareils qui maintiennent la position obtenue par la section, l'exercice gradué et progressif, destiné à rétablir la fonction abolie, le régime et les habitudes réglées, pour seconder l'action du temps ; en un mot, ce qu'on appelle le traitement consécutif, devait recevoir aussi de nombreux perfectionnements.

Il est une autre cause de déviation de la colonne vertébrale que Delpech a étudiée avec un soin tout particulier. Déjà il avait touché ce sujet dans son *Traité des maladies réputées chirurgicales* ; il y revient avec plus de développement dans son ouvrage *sur l'orthomorphie*. Les déviations de l'épine qui surviennent à la suite de la maladie connue sous le nom assez vague de mal de Pott, peuvent être rattachées, suivant Delpech, à trois ordres de lésions : aux tubercules des os, à la carie, ou à l'arthrite vertébrale, sorte de tumeur blanche des disques fibro-cartilagineux placés entre les corps des vertèbres.

Plus fréquents chez les enfants que chez les adultes, les tubercules des vertèbres débutent dans la profondeur de l'os ; ils sont généralement multiples, s'étendent à plusieurs vertèbres, siégent généralement dans la région cervicale ou dorsale, diminuent promptement la solidité de la colonne osseuse, et déterminent les grandes gibbosités. La déviation est souvent le premier signe apparent du mal. Plus fréquente dans la région lombaire, plus commune chez les adultes que chez les enfants, la carie débute par la surface de l'os, elle s'annonce par la douleur, et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que les vertèbres perdent leur résistance et s'affaissent sous le poids des parties supérieures. Quant à l'arthrite vertébrale, dont l'existence est encore révoquée en doute aujourd'hui par plus d'un chirurgien, Delpech est moins explicite. La maladie débute-t-elle par les disques intervertébraux, ou n'est-elle qu'une extension et une conséquence de l'ostéite développée sur les surfaces contiguës des corps des vertèbres ? Il est assez difficile de saisir sa pensée à cet égard.

Dans le cours de l'année 1834, Delpech avait entrepris avec M. Coste une série d'études sur l'embryogénie. Avec l'instinct supérieur d'un homme qui sait déjà choisir les vrais problèmes, s'il ne sait pas toujours les résoudre, il avait entrevu tout ce qu'un pareil sujet renfermait de fondamental. Sa pensée était celle-ci : éclairer, par la connaissance du développement normal des tissus, la genèse des éléments morbides. M. Coste avait été installé, à cet effet, dans une petite maison isolée, située dans l'un des faubourgs de Montpellier. Par une singulière coïncidence, le général Lamoricière, alors lieutenant, occupait la même maison, et se livrait à des recherches pratiques sur l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire et sur son introduction dans le régime des troupes. Chaque jour, Delpech examinait les préparations et dessinait lui-même les pièces, objet de leurs communes recherches. Ce travail terminé, M. Coste se rendit à Paris pour le présenter à l'Institut. Il faut voir dans la correspondance de Delpech, avec quelle sollicitude il recommande M. Coste à la justice éclairée de ses juges, avec quelle délicatesse il s'efface pour laisser tout l'honneur de ce travail au jeune collaborateur qui, plus tard, devait parcourir seul, avec tant de succès, la voie qu'ils avaient ouverte ensemble.

L'art d'opérer, Messieurs, n'est que l'une des parties de la chirurgie. Savoir s'abstenir des opérations ou les rendre inutiles, voilà surtout ce qu'il importe. Mais ce but que le chirurgien doit poursuivre sans relâche, il ne lui est pas toujours donné de l'atteindre, et l'opération est la dernière ressource. On peut dire que Delpech a excellé dans l'art de les pratiquer. Après l'enseignement de la parole venait l'enseignement de l'action. Son habileté, son adresse ont plus d'une fois arraché aux spectateurs d'unanimes applaudissements.

Il ne suffit pas au chirurgien d'être habile, il faut qu'il sache attendre le moment propice ; il faut qu'il soit résolu, mais non pas téméraire ; il doit épier les circonstances, saisir l'à-propos, et s'aider du temps sans le devancer. Avec sa vive imagination, ses allures primesautières, confiant dans la sûreté de son coup d'œil, Delpech ne fut peut-être pas en toutes circonstances suffisamment fidèle à ces principes, et il éprouva quelques revers qui ne furent pas sans retentissement. Ajoutons, pour tout dire, qu'il sut en faire l'aveu sans détours.

La réputation de Delpech s'était répandue au loin. Il faisait de fréquents voyages. Appelé en Espagne en temps de révolution, il fut arrêté un jour dans les défilés des Pyrénées par une bande de pillards. Déjà ses bagages étaient entre les mains des bandits, lorsque l'un d'eux, qu'il avait autrefois soigné gratuitement, le reconnut. Delpech fut aussitôt l'objet des attentions les plus délicates. Ses bagages lui

furent rendus, et la bande tout à l'heure offensive devint une escorte de défense. Il fut accompagné jusqu'à destination et reconduit ensuite jusqu'à la frontière.

Pour suffire à son enseignement, à ses nombreuses publications, aux soins d'une vaste correspondance et aux devoirs d'une clientèle étendue, Delpech déployait une activité qui ne se ralentit pas un instant. Tous les jours levé à six heures du matin, il veillait ordinairement deux nuits par semaine. Cette constance dans l'effort n'appartient qu'aux natures élevées; le but vers lequel elles tendent recule sans cesse, et elles s'élèvent en le poursuivant.

Delpech n'avait ni cette sévérité dans les habitudes, ni cette réserve calculée, ni cette solennité dans la tenue, qui sont trop souvent le voile de la médiocrité. Il connaissait d'autres rues que celles qui conduisaient à la Faculté ou à l'hôpital; il assistait au spectacle, on le voyait à la promenade, il conduisait dans le monde sa jeune femme. Delpech était fort recherché. A peine était-il entré dans un salon qu'on faisait cercle autour de lui. Il mettait une certaine coquetterie à parler sur tous les sujets : de lettres, de science, d'art, d'industrie. Ses connaissances étendues, son débit, son esprit, sa malice même, tout concourait à captiver ses auditeurs.

Passionné pour la musique, Delpech ne manquait ni un concert ni une représentation théâtrale. Il jouait du violon et chantait avec goût. Habile dans l'art de dessiner, il s'était donné un maître de peinture; dans ses moments de loisir, il s'essayait dans le portrait. Son habileté de main était extrême et s'étendait à tout. Un jour que Mme Delpech devait aller au bal, le coiffeur tardant à venir, il s'offrit à le remplacer; jamais Mme Delpech ne fut coiffée avec plus de grâce.

Tout était pour Delpech occasion d'études. Ayant été appelé à Cette pour donner des soins à un marin blessé par un requin, il voulut voir l'animal, qui avait été pris, l'ouvrit et en dessina l'anatomie. Un jour il fut accosté dans les rues de Montpellier par un petit mendiant. Le malheureux enfant n'avait pas de nez. « Je n'ai pas ma bourse, lui dit Delpech, je ne puis rien te donner; mais si tu veux venir avec moi, je te ferai un nez. » L'opéra, en effet, avec un plein succès. Ce fut sa première opération de rhinoplastie.

Quelques-uns des contemporains de Delpech ont insinué qu'il n'avait pas toujours su résister à cette ardeur d'amasser qui n'est pas rare chez les chirurgiens. Il importe, Messieurs, de rétablir ici la vérité, et de mettre en lumière un des plus beaux côtés de son caractère. S'il s'est plaint quelquefois de l'ingratitude de ceux qui oubliaient le service rendu, et s'il n'a jamais dissimulé aux riches qu'ils devaient libéralement reconnaître ses soins, le plaisir d'être utile fut toujours la plus grande satisfaction de sa belle âme. Delpech avait la fortune en main; il s'est toujours montré insensible à ses faveurs. De tout ce que son art lui avait rapporté, Delpech n'a rien laissé, et il n'a légué à ses enfants d'autre fortune que son nom.

Quand Delpech devait faire à des indigents des opérations délicates qui exigeaient une surveillance de tous les instants, il les faisait transporter dans sa propre maison. Des malades qu'une amputation avait privés de leur état et réduits à la misère ont été soutenus par lui. Plus d'un secret de ce genre n'a été divulgué qu'après sa mort.

Lorsque Delpech était appelé dans les villes voisines de Montpellier, les gens du pays s'informaient de l'itinéraire qu'il devait suivre. A cette époque, les communications étaient moins faciles et moins rapides qu'aujourd'hui. A son retour, il trouvait sur sa route des paysans qui l'entraînaient dans les localités voisines. Ces excursions rendaient ses voyages interminables, et il laissait souvent entre les mains des pauvres malades à peu près tout ce qu'il avait reçu.

Il y avait à Montpellier un jeune étudiant issu d'une riche famille grecque. La guerre de l'indépendance lui fit tout perdre, sa famille et sa fortune. Delpech le prit chez lui, le fit asseoir à sa table, pourvut à ses besoins, fit les frais de ses études, et le plaça plus tard comme médecin dans une ville voisine de Montpellier.

Si j'avais, lui dit un jour un garçon jardinier qu'il regardait travailler, si j'avais mille écus, je pourrais m'établir et gagner ma vie. Delpech le quitte un instant, et revient avec la somme. Les voilà, lui dit-il, tu me les rendras quand tu pourras. L'ouvrier est devenu un riche propriétaire.

Delpech avait organisé à grands frais une maison de santé pour le traitement des difformités. Ce qui conduit souvent à la richesse n'a jamais été pour lui qu'une source de dépenses. Le côté industriel de l'art répugnait à sa nature d'artiste. Sans cesse il faisait construire de nouveaux appareils. Tous les perfectionnements que lui suggérait son esprit ingénieux étaient aussitôt exécutés que conçus. Lorsqu'il mourut, sa veuve dut vendre ses diamants et réduire sa maison pour payer les dettes de son mari.

L'année même de sa mort, en janvier 1832, Delpech s'embarquait en compagnie de M. Coste et du jeune comte Des Fourneaux pour aller en Angleterre et en Ecosse étudier le fléau qui menaçait la France. N'est-ce pas un beau spectacle que de voir un homme arrivé à la célébrité, presque à l'âge du repos, céder à l'impulsion de sa généreuse nature, s'arracher à ses affaires, à sa famille, et courir audevant d'une épidémie meurtrière! Ce voyage ne fut pour Delpech qu'une source d'amertumes. De retour à Paris, il publia la relation de ses études sur le choléra, et fut nommé membre d'une commission présidée par le préfet de police, et dont faisait aussi partie Dupuytren. Convaincu de la nature contagieuse du mal, Delpech exposa ce qu'il regardait comme la vérité avec cette énergie courageuse qu'il apportait en toutes choses. On le blâma de sa franchise, on s'éleva avec une grande vivacité contre les mesures préservatrices qu'il proposait; peu s'en fallut qu'il ne fût taxé de mauvais citoyen.

Dans le cours de l'année 1815, Delpech avait été nommé membre correspondant de l'Académie des sciences. Il entra à l'Académie de médecine, l'année même de la fondation, en qualité d'associé ordinaire non résident. Sa nomination fut confirmée par ordonnance royale en date du 27 décembre 1820. Deux ans plus tard, les associés non résidents prirent le nom de correspondants. C'est à ce titre que Delpech a appartenu à l'Académie jusqu'à sa mort.

En 1820, Delpech avait épousé Mlle de Berre, jeune personne pleine de grâces et de qualités aimables, issue d'une ancienne famille de Narbonne. Quatre enfants sont nés de ce mariage. Celui d'entre eux que ses goûts, ses aptitudes remarquables et déjà de premiers succès semblaient appeler à continuer dans la science l'illustration paternelle, succombait en 1857, à peine âgé de trente ans. Engagés dans des carrières diverses, les trois autres fils de Delpech soutiennent dignement l'honneur de leur nom.

Delpech était de taille moyenne et d'apparence délicate; mais ce corps débile résistait à tout. Sa figure n'avait rien de remarquable, si ce n'est l'éclat des yeux et le jeu de la bouche, ce qui donnait à sa physionomie une grande mobilité et quelque chose de fin. Delpech était adoré dans sa famille. Il suivait avec la plus grande sollicitude l'éducation de ses enfants. Le soir, il faisait la lecture à haute voix, choisissant tantôt des morceaux de poésie, tantôt des fragments tirés de nos meilleurs moralistes. Comme par une sorte de retour aux impressions de ses premières années, Delpech aimait surtout à les conduire dans les grands établissements industriels de Montpellier. Ce n'était pas seulement pour les distraire par la variété du spectacle; il sentait que la démonstration des objets qui se voient et se touchent est celle qui convient le mieux à l'enfance.

Delpech avait cinquante-cinq ans. Il avait déjà beaucoup donné. Mûri par l'expérience, il promettait plus encore, lorsqu'il fut arrêté par un de ces coups du sort qui défient toutes les prévisions.

Dans l'après-midi du 29 octobre 1832, assis dans une voiture ouverte, ayant près de lui son domestique, il se rendait, suivant sa coutume, à l'établissement orthopédique qu'il avait fondé. Derrière la fenêtre d'une maison devant laquelle Delpech doit passer, attentif au mouvement de la rue, un homme était caché. Il voit venir la voiture, saisit un fusil, descend rapidement l'escalier et se place sur la porte de la maison. Delpech l'aperçoit, le reconnait et fait signe d'arrêter. Aussitôt part un coup de feu. Delpech s'affaisse sans pousser un cri. Le meurtrier craint d'avoir manqué sa victime, un second coup retentit. L'infortuné domestique qui avait reçu Delpech dans ses bras tombe à son tour mortellement frappé. Le cheval épouvanté entraîne la voiture, et lorsqu'il s'arrête à la porte de la maison de santé, le maître et le serviteur avaient cessé de vivre.

La nouvelle de ce funeste événement se répand aussitôt dans toute la ville, et c'est au milieu d'une foule immense et consternée que l'on rapporte à la famille éperdue le corps inanimé de celui qu'elle vient de quitter plein de vie, il y a quelques instants à peine.

Cependant l'indignation succède à la surprise; on pénètre dans la maison où s'est réfugié l'assassin. Déjà il était trop tard. Lorqu'on arriva près de lui, on le trouva baigné dans son sang. Emportant avec lui son secret, le malheureux ne donnait plus signe de vie.

Cette horrible catastrophe est restée enveloppée de mystère. On apprit seulement que Demptos, tel est le nom du meurtrier, recherchait en mariage une jeune personne dont la main venait de lui être refusée. On sut aussi que Delpech lui avait donné des soins. Les esprits impatients qui veulent tout expliquer s'arrêtèrent à la pensée que Delpech, consulté sur la convenance de l'union projetée, aurait donné un avis défavorable. Le caractère bien connu de l'éminente victime proteste contre une pareille indiscrétion. Violent et irascible comme l'était Demptos, il suffisait d'ailleurs qu'il le crût. Déjà, pour la cause la plus futile, il avait, peu d'années auparavant, attenté à la vie d'un notaire de Bordeaux, et subi quatre années d'emprisonnement au fort du Hâ.

Ainsi mourut l'un des hommes qui, dans la première partie du siècle, ont contribué avec le plus d'éclat à engager la chirurgie dans les voies nouvelles qu'elle parcourt aujourd'hui.

Delpech appartient à cette élite qui, laissant pour un instant les brillantes conquêtes de la médecine opératoire, s'est engagée, à la suite de Hunter, à la poursuite de problèmes nouveaux, et, qui, prenant en main des instruments que la chirurgie avait moins maniés, a surtout cherché, par l'étude des causes générales antérieures à la manifestation des lésions externes, et par la connaissance de phénomènes qui président à leurs terminaisons, à constituer l'unité de la pathologie.

Fière du grand citoyen auquel elle a donné le jour, la ville de Toulouse, par délibération du conseil municipal en date du 9 juin 1842, a conféré le nom de Delpech à l'une de ses rues. La rue que Delpech habitait à Montpellier porte également son nom.

Messieurs, les hommes qui dévouent leur vie à la culture des sciences ou aux arts utiles, n'obtiennent que rarement durant leur vie la gloire de ce monde et les applaudissements de la foule. Mais ce n'est pas à l'éclat qui entoure les hommes de leur vivant qu'il faut mesurer la grandeur des services qu'ils ont rendus. Ceux-là seuls méritent les hommages de la postérité, ceux-là seuls conquièrent une gloire durable, qui auront légué aux générations futures de belles actions ou des vérités utiles. L'antiquité payenne l'avait bien compris. Apollon, le dieu de la lumière, est aussi le dieu des arts et de la médecine. Y a-t-il rien de plus grand, en effet, Messieurs, que de pouvoir être utile aux hommes? Ecoutez ce que dit Massillon, l'orateur chrétien; écoutez ce langage simple et noble, qui semble ne lui avoir rien coûté, et où l'éloquence coule de source : « Ce n'est pas dans l'élévation de la naissance, dans l'éclat des titres, dans l'étendue de la puissance ou de l'autorité qu'il faut chercher les caractères de la véritable grandeur. Ce ne sont ni les statues ni les inscriptions qui immortalisent les hommes; elles deviennent tôt ou tard le triste jouet des temps et de la vicissitude des choses humaines. Les hommes ne seront véritablement grands qu'autant qu'ils seront utiles. » (Applaudissements prolongés.)

PRIX DE 1864.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait proposé pour question :

« Etudier d'après des faits cliniques les complications qui, dans le cours du rhumatisme aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

L'Académie décerne un prix de 600 fr. à M. le docteur Victor Desguin, médecin militaire, à Anvers (Belgique).

Elle accorde un encouragement de 400 fr. à MM. Auguste Ollivier et Louis Ranvier.

Prix Portal. — La question proposée par l'Académie était la suivante :

« Déterminer quel est l'état des nerfs dans les paralysies locales. »

Prix de la valeur de 1,000 fr.

Il n'y a pas lieu à décerner ce prix, aucun mémoire n'ayant été envoyé à ce concours.

Prix Civrieux. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix :

« Faire l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive. »

Prix de la valeur de 1,000 fr.

L'Académie décerne un prix de 600 fr. à M. le docteur Paul Topinard, médecin à Paris.

Elle accorde :

1° Une récompense de 400 fr. à M. le docteur Théodore Bach, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

2° Une mention honorable à M. le docteur Marius Carre, médecin à Avignon (Vaucluse).

Prix Barbier. — Prix annuel de la valeur de 4,000 fr.

Aucun des travaux envoyés au concours n'a été jugé digne de récompense.

Prix Itard. — Prix triennal de la valeur de 3,000 fr.

L'Académie décerne un prix de 2,000 fr. à M. le docteur Davaine pour son *Traité des entozoaires.*

Elle accorde :

1° Une récompense de 1,000 fr. à M. le docteur Bonnafont pour son *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille.*

2° Une première mention honorable à M. le docteur Robert de Latour, pour son ouvrage intitulé : *De la chaleur animale comme principe de l'inflammation et de l'emploi des enduits imperméables.*

3° Une deuxième mention honorable à M. Bonjean, pharmacien à Chambéry (Savoie), pour son *Traité théorique et pratique de l'ergot de seigle.*

Prix Capuron. — La question mise au concours par l'Académie était ainsi conçue :

« Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Poreau (d'Ancenis), médecin à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire).

Elle accorde une première mention honorable à M. le docteur G. Leuduger-Fortmorel, médecin à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord); une deuxième mention honorable à M. le docteur Louis-Auguste Klée, médecin à Ribeauvillé (Haut-Rhin).

Prix Orfila (de la valeur de 6,000 fr.). — L'Académie avait proposé pour la troisième fois la question relative aux champignons vénéneux.

L'Académie décerne le prix à M. Boudier (Emile-Jean-Louis), pharmacien à Montmorency (Seine-et-Oise).

Elle accorde une première mention honorable à M. le docteur O. Reveil, agrégé à la Faculté de médecine de Paris; une deuxième mention honorable à M. le docteur Cordier.

Prix Ernest Godard (de la valeur de 1,000 fr.) pour l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Victor Legros, médecin à Aubusson (Creuse).

Prix et médailles accordés aux médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1863. — M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a accordé, sur la proposition de l'Académie :

1° Un prix de 1,500 fr. partagé entre MM. Catelan, médecin cantonal à Saint-Bonnet (Hautes-Alpes); Ricard, docteur en médecine à Angoulême (Charente); Lalagade, docteur en médecine à Alby (Tarn).

2° Des médailles d'or à MM. Verdier, docteur en médecine à Grenoble (Isère); Lalande, officier de santé à Périgueux (Dordogne); Lallour, docteur en médecine à Quimper (Finistère); Mlle Moulin, sage-femme à Serverette (Lozère).

Cent médailles d'argent sont, en outre, décernées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns pour le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées aux médecins des épidémies. — Sur les propositions de l'Académie, M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a accordé pour le service des épidémies en 1863 :

1° Une médaille d'or à M. le docteur Le Cadre (du Havre), pour les nombreux rapports qu'il a adressés à l'Académie sur les épidémies de l'arrondissement du Havre (Seine-Inférieure).

2° Des médailles d'argent à MM. les docteurs Benoist (de Guingamp), pour son rapport sur les épidémies observées dans l'arrondissement de Guingamp (Côtes-du-Nord); Carassus (de Milly), pour son rapport sur le choléra infantilis de Milly (Seine-et-Oise); Couzinier, de Dourgne (Tarn), pour son très-remarquable mémoire sur l'épidémie de variole qui a régné dans la ville d'Aramont, arrondissement de Nîmes; Dusouil (de Melle), pour sa relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui s'est produite dans plusieurs communes de l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres); Martin Duclaux (de Villefranche), pour son mémoire sur la pellagre de Villefranche (Haute-Garonne); Mialet (de Gourdon), pour son rapport sur l'épidémie de variole de Carducet, arrondissement de Gourdon (Lot); Palanchon (de Cuisery), pour son rapport sur l'épidémie d'angine diphtéritique de Loisy, arrondissement de Louhans (Saône-et-Loire); Reverchon (de Nogent), pour son rapport sur l'épidémie d'angine diphtéritique et de croup qui a régné dans la ville de Nogent-le-Roi (Haute-Marne); Vicherat (de Nemours), pour son rapport sur une épidémie de coqueluche observée dans le canton de Nemours, arrondissement de Fontainebleau (Seine-et-Marne).

3° Des médailles de bronze à MM. les docteurs Bogros (de Château-Chinon), pour son rapport sur la fièvre typhoïde qui a sévi à Château-Chinon, à Arleuf et à Dun (Nièvre); Bouchet, médecin des épidémies à Lyon, pour ses rapports sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la ville de Lyon (Rhône), et sur la contagion de la teigne observée dans les asiles et les orphelinats de la même ville; Le Cœur (de Caen), pour sa relation d'une épidémie de rougeole qui a régné à Caen (Calvados) et dans les environs; Pasturel (de Saint-Sernin), pour son histoire d'une stomatite pseudo-membraneuse qui a régné dans les cantons d'Alban, de la Canne, de Villefranche (Tarn), et dans ceux de Belmont et Saint-Sernin (Aveyron); Rebory (de Digne), pour son rapport sur le service médical gratuit dans le département des Basses-Alpes.

4° Rappels de médailles d'argent à MM. les docteurs Bordes (de Beauvais), pour son rapport sur l'épidémie de rougeole et l'épidémie de suette de la commune de Libus, arrondissement de Beauvais (Oise); Dumouchaux (de Saint-Quentin), pour son rapport sur l'épidémie d'érysipèle de la face et du cuir chevelu de Fresnoy-le-Grand, et pour un second rapport sur l'épidémie de scarlatine de Châtillon-sur-Oise, arrondissement de Saint-Quentin (Aisne); John La Caze (de Montauban), pour son rapport sur les maladies épidémiques observées dans l'arrondissement de Montauban (Tarn-et-Garonne); Masse, d'Oran (Algérie), pour son mémoire sur la non identité de la fièvre typhoïde et du typhus; *travail complémentaire* d'une étude soumise par l'auteur à l'Académie, dans la séance du 26 mai 1857; Prosper Millon (de Revel), pour deux dissertations très-intéressantes

sur l'épidémie de rougeole qui a régné en 1855 et 1863, à Revel, arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne).

5° Rappels de médailles de bronze à MM. les docteurs Mignot (de Gannat), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Gannat (Allier); Meilheurat (de la Palisse), pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement de la Palisse (Allier).

6° Mentions honorables à MM. les docteurs Braye (de Tarascon), pour son rapport final sur les épidémies observées dans l'arrondissement d'Arles (Bouches-du-Rhône); Bergne (d'Agen), pour son rapport sur l'épidémie de rougeole qui a éclaté en janvier 1863 dans l'arrondissement d'Agen (Lot-et-Garonne); Poussié (de Marvéjols), pour son rapport sur l'état sanitaire de Marvéjols (Lozère); Scelle-Montdezert, pour son rapport au conseil d'hygiène de Saint-Lô (Manche), sur l'état sanitaire de Carrentan, et sur les moyens de remédier à l'insalubrité de la contrée; Le Maire (de Cosne), pour son rapport sur une épidémie de variole qu'il a traitée avec le plus grand zèle dans l'arrondissement de Cosne (Nièvre).

Médailles accordées aux médecins-inspecteurs des eaux minérales. — Sur la proposition de l'Académie, M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a accordé pour le service des eaux minérales en 1862 :

1° Médailles d'argent à MM. feu Allard, de son vivant médecin inspecteur des eaux de Royat (Puy-de-Dôme), pour son précis sur les eaux thermales de Royat et pour un rapport très-remarquable sur ces mêmes eaux; Artigues, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), pour un mémoire remarquable sur le rôle des eaux thermales, et particulièrement celles d'Amélie, dans le traitement de la goutte; Verjon, médecin en chef des salles militaires à l'hôpital de Plombières (Vosges), pour un mémoire des plus intéressants sur les thermes de Plombières; Vidal, médecin inspecteur des eaux d'Aix-les-Bains (Savoie), pour son nouveau et intéressant travail sur l'action des eaux d'Aix agissant comme pierre de touche de la syphilis; Chabannes, médecin inspecteur des eaux de Vals (Ardèche), pour un rapport très-détaillé et la première partie d'un traité complet sur les eaux de Vals; Brochard, docteur en médecine à la Tremblade (Charente-Inférieure), pour son ouvrage sur les bains de mer chez les enfants.

2° Rappel de médailles d'argent à MM. F. Payen, médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie), pour son rapport sur ces eaux, qu'on peut offrir comme un modèle à suivre; Chapelain, médecin inspecteur des eaux de Luxeuil (Haute-Saône), pour son rapport riche de cent observations détaillées et se terminant par un excellent résumé; Caillat, aujourd'hui médecin inspecteur des eaux de Contrexeville (Vosges), pour ses études très-originales sur la poussée consécutive des eaux de Bourbon-l'Archambault; Camille de Laurès, inspecteur des eaux de Néris (Allier), pour son mémoire sur le traitement de certaines altérations du col utérin par les injections prolongées avec l'eau minérale de Néris; Herpin (de Metz), pour son important ouvrage sur les propriétés physiologiques et les applications thérapeutiques de l'acide carbonique.

3° Médailles de bronze à MM. le docteur Collin, ancien médecin militaire, attaché à l'établissement thermal de Guagno (Corse), aujourd'hui inspecteur des eaux de Saint-Honoré (Nièvre), pour un travail considérable sur le service médical de cet établissement; Raoul Deslonchamps, médecin militaire des thermes d'Hammam-Meskoutin (Algérie), pour un travail étendu et consciencieux, avec d'excellentes observations sur les effets consécutifs de ces eaux; Bories, pharmacien de 2e classe de la marine impériale, pour un mémoire intéressant sur les eaux minérales de l'île de la Réunion.

4° Mentions honorables à MM. Arrat-Balous, médecin inspecteur des eaux d'Eugénie-les-Bains (Landes), pour son rapport étendu, renfermant des faits intéressants, surtout en ce qui se rapporte à l'action de ces eaux dans la pellagre; Bignon, médecin inspecteur des eaux de Bagnols (Orne), pour un mémoire sur ces eaux; Rigaud, docteur en médecine à Dinan (Côtes-du-Nord), pour ses études de topographie et statistique médicales de Dinan et ses eaux minérales; Tillot, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), pour un bon rapport et un travail important sur l'action des eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christau dans quelques affections cutanées; Bourgeois, médecin à Pierrefonds (Oise), pour un mémoire sur le traitement des affections du poumon par l'inhalation des poussières sulfureuses.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1865.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose la question suivante :

« Des paralysies traumatiques. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — L'Académie met au concours cette question :

« Existe-t-il des caractères anatomiques spécifiques du cancer, et quels sont ces caractères ? »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Civrieux. — La question proposée par l'Académie est celle-ci :

« Des rapports de la paralysie générale et de la folie. »

Les concurrents auront surtout à décider si la paralysie générale est une maladie primitive débutant d'emblée chez des sujets jusque-là sains d'esprit, ou bien, au contraire, si elle survient souvent comme complication dans le cours de la folie simple.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Capuron. — L'Académie propose la question suivante :

« Du pouls dans l'état puerpéral. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Barbier. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus approchés.

Prix Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,000 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 27 novembre 1864, M. Bourgarel, chirurgien de 1re classe, a été promu au grade de chirurgien principal.

— Par décision ministérielle, en date du 2 novembre 1864, M. le docteur Jossic, second médecin en chef de la marine, est chargé du cours de clinique médicale près l'Ecole de médecine navale de Brest.

— Par décision ministérielle en date du 5 novembre 1864, des témoignages de satisfaction ont été adressés :

A M. J. Roux, directeur du service de santé à Toulon, pour les éminents services qu'il a rendus à l'Ecole de médecine navale de Toulon pendant le semestre d'été.

A M. Barallier, second médecin en chef, qui, indépendamment du cours de pathologie médicale qu'il professe à cette Ecole, s'est chargé, en l'absence du premier médecin en chef, du cours de clinique médicale et s'est acquitté avec distinction de ces doubles fonctions.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Majolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Schepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Agenda médical pour 1865, contenant : 1° Un Formulaire et Mémorial thérapeutique du praticien, par MM. Trousseau, Cazenave, Pajot et Dinay; 2° Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie, par M. le docteur Réveil; 3° Résumé pratique des Eaux minérales, contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies pour lesquelles on les prescrit avec le plus de succès, par M. le docteur Constantin James. — Plus un Calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France, les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 450 pages, dont 190 de calendrier et 260 de renseignements utiles. — Prix, broché, 1 fr. 75 c.; cartonné à l'anglaise, 2 fr. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 fr.

RELIURES DIVERSES.

N° 1. Maroquin, à coulisseau avec crayon, doublé en papier.	3 fr.	»
N° 2. Id. à patte avec crayon, doublé en papier.	3	50
N° 3. Id. à patte, avec crayon, l'agenda divisé en 5 cahiers.	3	75
N° 4. Id. à patte avec crayon, en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille.	4	50
N° 5. Maroquin à patte avec crayon, l'agenda divisé en 5 cahiers.	4	75
N° 6. Id. à patte avec crayon, et petite trousse.	5	»
N° 7. Id. à patte avec crayon et petite trousse.	7	»
N° 8. Id. avec fermoir en maillechort.	9	»

Nota. Ces divers agendas sont expédiés *franco* dans toute la France et l'Algérie aux prix annoncés, mais alors il faut en envoyer le montant en un mandat de poste ou en timbres de 10 et 20 centimes. — A Paris, chez P. Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Des affections blennorrhagiques et de leur traitement, par le docteur Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, etc. Un vol. in-8°. Prix : 4 fr.

Maladies des organes génitaux de la femme, par le docteur Guérin, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, etc. Un vol. in-8°. Prix : 7 fr.

Leçons sur les hernies, faites à la Faculté de médecine de Paris par le professeur Gosselin. Un vol. in-8°, avec figures. Prix : 7 fr.

Ces trois ouvrages sont en vente chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Traité de l'érysipèle, par M. le docteur A. Desprès, chirurgien des hôpitaux. Prix : 3 fr. 50. — Paris, chez A. Delahaye, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 147. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 147. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DU L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Quelques exemples de l'hérédité de l'asthme.

La question de l'asthme est peut-être une de celles qui ont été le plus souvent soulevées, et sur lesquelles il reste encore le plus à dire. Dans une leçon clinique insérée dans le numéro du 30 juillet 1861, M. le docteur Guéneau de Mussy soutenant, contrairement à une doctrine bien connue, l'opinion que l'asthme est une névrose liée à divers états diathésiques, rattachait surtout cette maladie à l'herpétisme et à l'arthritis. Dans un article récent publié dans le numéro de novembre des *Archives générales de médecine*, il s'est proposé d'étudier l'influence réciproque de l'asthme et de la tuberculisation pulmonaire, qui a été le sujet des leçons qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu en 1863. Nous réservons, pour y revenir plus tard, cette question de la complication de deux diathèses différentes qui fait l'objet principal de ce travail, et nous nous bornerons, pour le moment, à lui emprunter une petite statistique de faits très-intéressants placés en manière d'appendice à la suite de cette dissertation, et qui sont relatifs à l'hérédité de l'asthme et aux formes morbides diverses sous lesquelles cette maladie peut se manifester en passant d'une génération à une autre.

Les observations recueillies sur ce sujet pendant tout le cours de l'année dernière, dans le service de M. Guéneau de Mussy, sont au nombre de dix-sept, accusant des accès d'asthme au moment de leur admission ou en ayant été affectés antérieurement.

Sur ces dix-sept cas, six fois l'asthme était héréditaire : quatre fois dans la ligne paternelle, avec cette particularité qu'une fois le père et l'aïeul en avaient été successivement atteints ; deux fois il avait été transmis par la mère, et une de celles-ci avait eu des rhumatismes, des migraines, des hémorrhoïdes, et avait succombé à une hémiplégie.

Deux de ces six asthmatiques avaient été affectés de rhumatisme articulaire, deux de rhumatisme musculaire ; un autre était hémiplégique.

Cinq fois M. Guéneau de Mussy a constaté une lésion grave du cœur : hypertrophie avec insuffisance mitrale, trois fois ; avec insuffisance aortique, une fois ; hypertrophie simple, une fois.

Dans cinq de ces six cas, les artères, trouvées athéromateuses, l'ont été quatre fois au degré le plus avancé.

D'autres phénomènes, qui se montrent souvent sous la dépendance de l'arthritisme, comme des hémorrhoïdes, de la gastralgie, des vertiges, ont été observés chez deux malades.

Des onze autres asthmatiques, pour lesquels on ne peut pas établir une transmission héréditaire directe, deux ont subi plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, deux autres ont souffert de rhumatismes musculaires. Avec ces manifestations, on a observé, chez l'un d'eux, des migraines ; chez deux, des vertiges, des crampes, de la gastralgie. Ces derniers symptômes, accompagnés une fois de varices et de migraine, ont été dans deux autres cas les seuls phénomènes qu'on puisse attribuer à la diathèse arthritique.

Neuf fois le cœur était malade, hypertrophié, avec rétrécissement mitral dans quatre cas, avec insuffisance mitrale dans trois cas.

Dix fois les artères étaient plus ou moins athéromateuses, et dans le seul cas où elles n'étaient pas altérées, il y avait un rétrécissement mitral.

L'examen des antécédents héréditaires, malgré des lacunes inévitables, a donné des résultats encore plus significatifs.

Sur ces onze malades, six avaient eu des parents atteints de goutte ou de rhumatisme, et, parmi ceux-ci, trois seulement avaient présenté des manifestations analogues ; chez les trois autres, l'asthme avait été le seul témoignage de l'héritage arthritique. En les ajoutant aux quatre rhumatisants dont il vient d'être parlé plus haut, on trouve que dans sept de ces onze cas d'asthme, l'arthritisme s'est manifesté avec des caractères incontestables, soit chez les malades eux-mêmes, soit chez leurs ascendants.

Des 4 autres malades, l'un, qui ignorait les antécédents, avait des varices ; un autre, qui en était également affecté, se rappelait que sa mère avait des varices et des hémorrhoïdes. La mère du troisième était morte subitement ; celle du quatrième souffrait d'une dyspnée dont il n'a pas été possible de déterminer la nature.

Pour contrôler ces résultats, en étudiant la question sous une autre face, M. Guéneau de Mussy a recherché quels sont, chez les enfants des asthmatiques, qui ne le deviennent pas eux-mêmes, quels sont les états morbides qu'on observe le plus souvent et qu'on peut attribuer à une origine diathésique commune? Il a observé 10 malades qui se trouvaient dans cette condition. Dans 5 cas, 2 fois le père était affecté d'asthme compliqué de goutte ; 3 fois la mère était sujette à la migraine, affection qui relève souvent de la même diathèse ; 1 fois l'aïeul était asthmatique et le frère hémorrhoïdaire. Dans les 4 derniers cas, l'asthme existait chez la mère, 1 fois accompagné des symptômes de la goutte.

Voici maintenant ce qui s'est passé chez leurs descendants :

Deux d'entre eux ont eu des rhumatismes articulaires, auxquels s'ajoutèrent, chez l'un d'eux, des céphalalgies fréquentes et de la gastralgie ; un autre, après avoir souffert de céphalalgie, de crampes, de douleurs erratiques, devint hémiplégique ; 3 autres se plaignaient de rhumatismes musculaires. Une des femmes qui composent ce groupe avait été affectée d'hémiplégie faciale, d'hémorrhoïdes et de céphalalgie ; une autre avait des crampes.

Ainsi six fois sur dix l'asthme a été suivi, chez les descendants, de rhumatisme articulaire ou musculaire. Deux autres malades avaient des migraines intenses, accompagnées chez l'une de vertiges, d'hémorrhoïdes et de varices, chez l'autre de gastralgie et d'hypochondrie. Celui dont l'aïeul était asthmatique et le frère hémorrhoïdaire était hémorrhoïdaire lui-même. Le dixième n'accusait d'autres phénomènes morbides que ceux qui dépendaient de l'affection grave du cœur dont il était atteint.

Enfin, en dirigeant son attention sur l'appareil cardio-vasculaire, si souvent touché par la diathèse arthritique, M. Guéneau de Mussy a trouvé sept fois le cœur hypertrophié, avec insuffisance aortique dans un cas, dans trois cas avec insuffisance mitrale, dans deux cas avec rétrécissement mitral. Chez ces dix malades, les artères étaient athéromateuses. (M. Guéneau de Mussy fait remarquer ici que ces observations, ayant été recueillies dans l'intention d'éclairer l'histoire de l'athérome et presque exclusivement sur des sujets atteints de cette affection, ne peuvent donner la proportion véritable des lésions cardio-vasculaires chez les asthmatiques et chez leurs ascendants ; cependant, tout en admettant que cette proportion peut être exagérée ici, il se croit fondé à la croire, en général, très-considérable.)

De cet ordre de faits, M. Guéneau de Mussy a été conduit à examiner une autre question qui n'a pas été moins vivement discutée que celle de l'asthme, et qui s'y rattache par des liens d'affinité pathologique, nous voulons parler de la question de l'identité ou des différences de nature de la goutte et du rhumatisme. Ce nouvel ordre de considérations nous mènerait trop loin aujourd'hui, nous y reviendrons dans une autre occasion.

Nous profitons de cette circonstance pour annoncer que nous publierons prochainement une série de leçons cliniques de M. le docteur G. Sée sur les maladies des organes thoraciques, dans lesquelles cette question de l'asthme sera traitée avec tous les développements qu'elle mérite.

Du résultat de l'uréthrotomie interne.

Nous avons reçu de M. le docteur Sarrasin une lettre à l'occasion d'une note que nous avons publiée récemment sur des opérations remarquables de M. Sédillot, dont les détails avaient été donnés par la *Gazette médicale de Strasbourg*.

M. Sarrazin est un élève de M. Sédillot ; il a généreusement pris parti pour lui, et réclame contre une réflexion que nous avons faite et qu'il appelle un reproche.

Nous ne saurions trop applaudir aux sentiments affectueux des élèves envers leurs maîtres. Mais lorsqu'il s'agit de questions de science pure, et que les formes du langage scientifique sont observées, il n'y a plus de maîtres, il n'y a que des faits, et leur logique est implacable.

Nous avons dit en terminant nos réflexions sur le fait qui s'est passé à Strasbourg : L'uréthrotomie ne guérira pas sans doute radicalement le rétrécissement, et n'aura d'effet qu'autant que le malade aura soin de se sonder tous les jours.

Ce sont les faits publiés jusqu'à ce jour qui autorisent cette conclusion, et parmi eux nous compterons même les cas dans lesquels les malades sont sortis des mains d'un chirurgien un ou deux mois après l'opération, ne se sondant plus et urinant relativement très-bien, n'ont pas été suivis. On commence à voir rentrer aujourd'hui dans nos hôpitaux des malades qui ont été soumis à l'uréthrotomie interne, aussi bien que ceux qui ont été traités par la dilatation.

Nos lecteurs ont assisté l'année dernière à une discussion sur

---

HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

COURS PROFESSÉ AU COLLÉGE DE FRANCE PAR M. LE Dr DAREMBERG.

PREMIÈRE LEÇON.

Messieurs,

Autrefois, sous l'empire des vieilles doctrines, dans nos anciennes écoles et dans l'ancien Collége de France, personne n'eût songé à instituer une chaire d'histoire de la médecine ; l'enseignement de la médecine n'était lui-même que de l'histoire : on observait les maladies présentes avec les yeux des Grecs ou des Arabes ; on pliait la nature à l'autorité d'Hippocrate, de Galien ou d'Avicenne, mal compris, mal expliqués. Quelques révoltes partielles, quelques grandes découvertes combattues à outrance, l'exemple de quelques praticiens éminents, surtout parmi les chirurgiens, ne suffisaient pas à détourner le courant : les professeurs n'étaient pas des médecins, mais des commentateurs ; on faisait de la clinique les yeux bandés et les *Aphorismes* d'Hippocrate dans la mémoire.

La révolution, qui semblait n'avoir accumulé que des ruines et détruit toute science comme toute politique, avait semé au milieu de ces ruines des germes féconds ; en rompant violemment avec le passé, et en ravivant au fond de tous les cœurs le sentiment peut-être exagéré du mérite personnel et de l'indépendance d'opinions, elle a du même coup ouvert de nouvelles voies aux sciences naturelles comme aux sciences sociales. Aussi nos écoles de 1794 sont-elles bien différentes de nos écoles de 1789, et nos professeurs de la fin du dix-huitième siècle ne ressemblent guère aux docteurs-régents qui traitaient Louis XIV ou Louis XV.

Au moment où le comité de l'instruction publique réorganisait l'École de santé, on ne voulut ni maintenir, comme autrefois, la suprématie de l'autorité sur la nature, ni rompre avec la tradition, comme on l'a fait depuis ; en conséquence, aux dix-sept chaires dans lesquelles siégeaient les plus illustres représentants des théories nouvelles et de la pratique moderne, on adjoignit une dix-huitième chaire où l'on réunit, en instituant deux professeurs, la *médecine légale* et l'*histoire de la médecine*, association singulière qui réduisait la médecine légale et l'histoire de la médecine à de fort mesquines proportions ; mais alors on ne pouvait pas avoir une idée bien nette de la dignité et de l'étendue de ces deux sections de l'enseignement. Il paraît toutefois qu'on voulut, au moins sur deux points, établir une compensation, car peu de temps après l'institution de ces cours jumeaux, le bibliothécaire de l'école, Pierre Sue, fut chargé d'enseigner la *Bibliographie médicale*, et le directeur Thouret reçut la double mission d'expliquer la *Doctrine d'Hippocrate* et de commenter les observations des faits qu'on observe rarement dans la pratique (*Clinique des cas rares*).

Hier aucune des branches de l'érudition médicale n'était officiellement représentée, et en 1794 l'École comptait trois cours historiques ; encore Thouret n'était pas satisfait. A la rentrée solennelle de l'École, le 14 octobre 1799, après avoir célébré les avantages de l'histoire de la médecine, « si recommandable par les utiles exemples qu'elle nous propose, plus instructive peut-être par les erreurs qu'elle nous apprend à éviter que par les enseignements qu'elle transmet ; si féconde au moins par les germes d'émulation qu'elle répand, » l'insatiable directeur réclamait une chaire de *philosophie de la médecine*, « de cette science mère qui devait rendre de si grands services à l'art médical en lui apprenant à perfectionner les différentes méthodes de l'enseignement. » Mais Thouret choisissait mal son moment. Le pouvoir, qui voulait favoriser les provinces, ne se montrait pas très-disposé à augmenter la prépondérance de l'École de Paris, et la chaire ne fut pas créée.

Le cours sur la doctrine d'Hippocrate finit avec Thouret, en 1809 ; celui de bibliographie, supprimé en 1808 par suite d'une permutation, fut rétabli dès les premiers temps de la restauration (1816), en faveur du bibliothécaire Moreau (de la Sarthe) ; quant à la chaire d'histoire, réunie (d'après l'*Almanach royal*) en 1821 à la chaire de bibliographie, elle subsista jusqu'aux fâcheuses ordonnances de 1822-1823, qui sacrifièrent l'École à des préventions mal fondées.

Cet enseignement de l'histoire, créé à bonne intention, n'eut pas un grand éclat et n'a pas rendu de très-grands services ; il n'a laissé que de faibles traces et de plus faibles souvenirs. L'*Histoire de la médecine clinique* de Mahon (1) est de peu de valeur ; les *Discours* de Cabanis (2) *sur les révolutions de la médecine* sont plus ornés que so-

(1) Paris, 1804, in-8°.
(2) Paris, 1804, in-8°.

l'uréthrotomie interne, qui a occupé plusieurs séances de la Société de chirurgie, là où il y a du contrôle et où les faits incomplets ont de la peine à passer librement. Deux statistiques ont été produites, celle de M. Maisonneuve et celle de M. Dolbeau. Le premier chirurgien spécifiait ainsi les cas de guérison : *Guéris de l'opération* (*Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 391).

M. Dolbeau, après avoir énuméré 36 cas d'uréthrotomie interne, sur lesquels une seule fois il y a eu des accidents mortels, dit que l'uréthrotomie est un adjuvant de la dilatation temporaire.

M. M. Perrini (*loc. cit.*, p. 322) a publié la même année 12 observations, qui montrent de la façon la plus évidente la fréquence des récidives des rétrécissements après l'uréthrotomie interne, dans presque tous les cas où les malades sont restés un certain temps à l'hôpital. Le mémoire, consciencieusement écrit, a été, nous l'avouons, un des arguments les plus puissants pour nous convaincre que l'uréthrotomie interne ne guérit pas *radicalement* les rétrécissements de l'urèthre.

Est-il besoin d'ajouter que, dans le fait même dont nous avons parlé et qui est le sujet de la réclamation de M. Sarrazin, le malade a été opéré il y a environ un an, et qu'il passe encore aujourd'hui une bougie dans son canal tous les huit ou dix jours ?

Cessons donc de vouloir faire rendre à une opération plus qu'elle ne peut donner. Les faits nous enseignent que l'on doit se considérer comme très-heureux si l'on parvient à améliorer l'état des individus atteints de rétrécissement du rectum, de l'œsophage et de la trachée. Il en est de même de l'urèthre. On sait aussi que des faits opposés, les dilatations bronchiques, les dilatations partielles du rectum, sont des maladies qu'on ne guérit pas. Le vrai rôle du chirurgien est de prévenir les accidents des lésions de canalisation, et cela est toujours possible. Ce serait, à notre sens, une chose fâcheuse que d'ajouter une trop grande foi à la valeur de l'uréthrotomie ; elle a causé la mort, et elle n'a pas produit jusqu'ici une guérison radicale d'un rétrécissement vrai, qui puisse compenser le danger de la section de l'urèthre.

S'il est juste de dire que l'uréthrotomie est absolument nécessaire dans certains cas pour favoriser la dilatation, il est néanmoins préférable de recourir, dans la majorité des cas, à la dilatation méthodique, qui améliore aussi bien que l'uréthrotomie l'état des malades atteints de rétrécissement de l'urèthre.

Du redressement des ankyloses du genou.

Pour le redressement des fausses ankyloses du genou, comme pour celui des ankyloses incomplètes de la hanche (1), le redressement a donné des résultats qui ne manqueront pas de porter leurs enseignements.

Onze tentatives de redressement ont été faites. Dans un seul cas, les mouvements se sont un peu rétablis ; il s'agissait d'une arthrite consécutive à une contusion du genou chez un enfant. Comme observation complémentaire qui permet de juger quel a été l'effet réel du redressement, M. Delore rapporte un fait où, grâce à des cautères placés autour de la jointure, grâce au repos et à la section des tendons du biceps, les mouvements ont été rétablis en partie. Dans cette observation un redressement a été fait, mais il a sans doute été très-facile après la section des tendons, car il n'est point fait mention qu'on ait été obligé de recourir à la force, et qu'il y ait eu des craquements dans l'articulation.

Dans un cas de tumeur blanche guérie par ankylose vraie, ni les efforts pendant le sommeil anesthésique ni l'appareil à extension élastique de MM. Delore et Blanc n'ont pu obtenir le redressement et les mouvements.

Huit fois le membre a été redressé par des mouvements forcés, et la jambe a été maintenue dans l'extension avec le bandage amidonné et avec l'appareil à traction élastique. La lésion primitive était dans tous ces cas une synovite fongueuse ou une ostéite péri-articulaire, une fois seulement accompagnée d'abcès. Plusieurs observations sont désignées sous le nom d'ankyloses consécutives à des arthrites rhumatismales, mais le mot synovite nous paraît ici plus convenable.

La dernière observation a trait à un enfant de neuf ans. Elle offre un exemple de réduction d'une flexion consécutive à une fausse position gardée sans doute pendant longtemps. La réduction a été très-facile, il n'y a pas eu de craquement, et l'enfant marchait assez bien au bout d'un mois ; il y avait alors un mouvement de flexion de la jambe qui mesurait un angle de trente degrés environ. Il faut noter qu'avant le redressement, il y avait quelques mouvements.

Les résultats obtenus par les manœuvres de réduction des ankyloses incomplètes du genou n'ont donc pas été plus favorables que pour l'articulation de la hanche. Si entre les mains de M. Delore, qui s'est occupé sérieusement et avec soin de ces lésions, le redressement des articulations immobilisées dans une fausse position n'a pas eu plus de succès, il faut s'en prendre assurément à la nature de la lésion.

Ainsi il n'y a eu de redressement complet et de restitution de quelques mouvements que quand la roideur articulaire ne datait pas de longtemps, c'est-à-dire seulement lorsque les surfaces articulaires n'étaient point soudées par des brides fibreuses et à plus forte raison par des ponts osseux. Et c'est dans les cas où il existait véritablement une fausse ankylose que le redressement n'a donné qu'un résultat incomplet, la transformation de la position vicieuse du membre en une autre position plus compatible avec la régularité des mouvements.

A la fin de son mémoire, M. Delore formule des conclusions pratiques sur le mode de redressement des ankyloses et sur les indications à remplir dans les cas d'ankylose osseuse, et nous y trouvons cette proposition à leur égard : « On est autorisé, je crois, à produire une fracture dans le voisinage plutôt que d'employer l'ostéotomie cunéiforme. » Nous apprendrons à ceux de nos lecteurs qui l'ignorent que cette opération a été faite et que, à notre connaissance, elle a réussi deux fois pour des ankyloses coxo-fémorales. M. Nélaton et Després, vers 1860, ont rompu le col du fémur pour des ankyloses vraies de la hanche consécutives à des coxalgies. Cette pratique n'a présenté aucun danger. La première observation est restée en possession de M. le docteur Verdureau (d'Etampes) ; la seconde nous a été communiquée par M. V. Duval, chez qui la malade a été opérée par M. Nélaton. Les membres ont été redressés et les fractures se sont transformées en fausse articulation, ou réunies en laissant le membre dans la rectitude.

Quelle que soit l'opinion qui doive rester de ce fait, on ne peut conclure que pour l'articulation de la hanche, car *a priori* une fracture de la jambe pour une ankylose osseuse du genou, une fracture de l'avant-bras pour une ankylose du coude, seraient, il nous semble, difficiles à produire, et on ne serait pas sûr d'obtenir ensuite une fausse articulation ou une consolidation dans une bonne position.

(1) Voir la *Revue clinique* de samedi dernier.

Paralysie atrophique de l'enfance.

Dans le compte rendu que nous avons fait récemment (voir la *Revue clinique* du 3 décembre dernier) de la thèse de M. Duchenne fils (de Boulogne), intitulée *De la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance*, se sont glissées plusieurs erreurs auxquelles nous avons été entraîné par le texte même du travail que nous avions à analyser ; nous nous faisons un devoir de les rectifier dans l'intérêt de la science.

Ce n'est pas à M. Cornil qu'appartient la description des altérations musculaires à leurs divers degrés, telle que nous l'avons donnée et telle que l'a donnée M. Duchenne fils lui-même.

Le fait auquel se rapportent ces altérations est *le même* que celui qui a été l'objet des recherches de M. Laborde, recherches communiquées à la Société anatomique le 15 avril 1864, reproduites *in extenso*, avec un dessin micrographique à l'appui, dans son travail sur la paralysie dite essentielle de l'enfance, etc. (pages 110 et 132), et desquelles il résulte que les muscles frappés de paralysie et d'atrophie n'avaient subi *aucune espèce de dégénération graisseuse*.

De très-notables différences existent aussi dans la description respective de M. Duchenne fils et de M. Laborde relativement aux altérations de la moelle épinière dans le même cas.

Quels que soient les motifs de pareilles divergences, nous ne saurions assez dire combien elles sont regrettables, quand il s'agit de faits si importants et destinés à éclairer un point des plus obscurs et des plus ignorés de la science.

Aujourd'hui M. Nélaton a enlevé la tumeur qui a été présentée à l'Académie de médecine par M. le docteur Titon, le 28 novembre dernier. L'opération a été faite à l'aide de ligatures destinées à transformer la base de la tumeur en une série de pédicules au nombre de vingt, qui ont été coupés à 2 centimètres en avant de la ligature. Cette manœuvre avait pour but d'empêcher les hémorrhagies abondantes pendant l'opération : elle a rempli l'attente du chirurgien.

C'était une tumeur hypertrophique du derme ; elle pesait 11 kilogrammes. La pièce a été présentée à la Société anatomique par M. Chedevergne, interne de M. Nélaton. Il a recueilli l'observation, nous la publierons prochainement.

DES EAUX MINÉRALES DE VALS.

Par M. le Dr Tourrette.

« A mon âge, on n'est plus enthousiaste. Il y a longtemps que la neige des ans a blanchi ma tête. J'ai dit ce qu'une longue expérience m'a enseigné. J'ai accompli un devoir. »

Telle est la dernière phrase d'un travail que vient de nous adresser notre honorable confrère le docteur Tourrette. Nous la reproduisons en tête des quelques lignes que nous voulons consacrer à l'étude des eaux de Vals. Elles portent avec elles une confiance si absolue, que nous, les jeunes de la médecine, nous ne pouvons résister à suivre avec intérêt le consciencieux travail d'un médecin dont la vie est toute d'honneur et de loyauté.

Ce préambule n'est peut-être pas inutile, aujourd'hui où l'on hésite à parler des eaux minérales. L'hydrologie a beau s'affirmer chaque jour de plus en plus comme science, le médecin qui lui doit souvent des cures importantes ne lui rend pas toute justice. Nous ne partageons pas cette manière de voir. L'étude des eaux minérales est pour nous chose très-sérieuse, et si nous entreprenons de faire mieux connaître Vals à nos lecteurs, c'est que cette station est une de nos plus importantes, au point de vue scientifique.

C'est à l'entrée d'une vallée délicieuse de l'Ardèche qu'est situé Vals. A quelques kilomètres d'Aubenas, à 20 kilomètres des stations de Privas ou de Montélimar (chemin de fer de Lyon à Marseille). L'aspect du pays rappelle les sites les plus charmants des Pyrénées et des Alpes. A côté des merveilles de la nature, la culture du mûrier jette sur ce pays l'abondance et le confortable. Ce sont des conditions nécessaires au bien-être des malades, si le médecin sait les prendre en considération.

Les eaux de Vals ont leur histoire. La tradition rapporte que ses sources furent découvertes en 1602 par un pêcheur du nom de Brun Martin. En 1609, un illustre président du parlement de Grenoble, Claude Expilly, se rendit à Vals. Un an auparavant, il avait subi l'opération de la taille ; son médecin l'envoya prendre les eaux, qui le guérirent d'une manière aussi prompte que radicale. L'opération avait été pratiquée, alors que Claude Expilly avait quarante-sept ans ; il ne mourut que vingt-huit ans après son retour de Vals. Ce malade avait conservé une grande reconnaissance pour la station qui lui avait été si favorable ; il fit imprimer une notice, et célébra — en vers peut-être trop élogieux — une source dont la réputation ne tarda pas à s'établir.

En 1657, le docteur A. Fabre fit paraître un travail dans lequel les eaux de Vals étaient étudiées avec soin.

Nous retrouvons ces eaux sous le règne de Louis XV. Les

---

lides ; les opuscules de Sue attestent plus de bonne volonté que d'érudition ; je ne sache pas que Leclerc ait jamais rien écrit sur l'histoire de la médecine ; Moreau (de la Sarthe) ne s'est guère occupé que de ces questions générales et creuses que l'on appelait alors *philosophie médicale* ; Lassus a publié, mais en 1783, un essai fort estimable *Sur les découvertes faites en anatomie* (1) ; Goulin seul paraît avoir pris sa tâche au sérieux, puisqu'il a laissé en cinq volumes in-folio, encore manuscrits, les matériaux de son cours ; toutefois Goulin était plutôt un érudit qu'un historien.

Au Collége de France l'histoire des sciences médicales était vers la même époque représentée, non dans la chaire de médecine, mais dans celle de philosophie ancienne, par Bosquillon, qui expliquait et commentait Hippocrate avec une connaissance plus étendue du grec que de la médecine.

Il y a plusieurs raisons qui expliquent le peu de faveur ou du moins le peu de succès et la chute de l'enseignement de l'histoire ; je n'en veux indiquer que trois : deux fondamentales, tirées de l'état même où se trouvaient la médecine et l'histoire ; une accessoire.

Ni la médecine ni l'histoire n'étaient assez avancées pour se prêter de mutuelles lumières ; on était trop près de la médecine ancienne pour la bien comprendre ; on en avait trop souffert pour la juger avec impartialité. Le champ de l'observation était encore trop limité et l'interprétation des textes était trop arbitraire ou trop systématique pour qu'on pût établir de solides et fructueuses comparaisons. D'un autre côté, l'enseignement de la médecine était si neuf, la génération présente était si mal préparée, les besoins étaient si urgents, qu'il fallait courir au plus pressé et rechercher l'instruction clinique qui fait les praticiens, avant de songer aux avantages des études historiques qui constituent le savant et qui donnent au praticien confiance et sûreté. Ceux que leur goût entraînait vers ces études n'avaient eu ni le loisir ni le recueillement indispensables pour s'y préparer avec fruit ; les connaissances préliminaires et les vues générales leur faisaient également défaut ; l'érudition et la critique n'avaient ni déblayé ni éclairé la route, et l'on se traînait péniblement dans les ornières du passé.

Un enseignement qui pouvait à peine se défendre par ses propres forces ne put résister longtemps aux attaques violentes dont la vieille médecine, et par conséquent l'histoire, était l'objet de la part de l'impétueux réformateur, qui répétait à toutes les pages de son *Examen des doctrines médicales* : « La médecine, c'est moi ». Broussais ne pouvait souffrir de rival ni dans le présent ni dans le passé ; la gloire d'Hippocrate ou de Galien l'offusquait presque autant que l'offensaient la renommée et la résistance de M. Chomel ou de M. Louis. Ses disciples, qui avaient alors le haut du pavé, venant en aide, il demeura convenu que l'histoire ne servait à rien autre chose qu'à embarrasser les étudiants et à gêner les professeurs.

Lorsqu'en 1830 on voulut réparer l'injustice et le dommage causés par l'ordonnance de 1823, on réclama la chaire d'histoire de la médecine ; mais l'ancien titulaire était mort, et à vrai dire on n'avait sous la main personne pour le remplacer ; d'ailleurs les circonstances n'étaient pas beaucoup plus favorables en 1830 qu'en 1823, et les choses en restèrent là jusqu'en 1837, où M. Dezeimeris, bibliothécaire de la Faculté, réclama énergiquement, et avec toutes sortes de droits pour lui-même, devant la Faculté et auprès du ministre, le rétablissement de la chaire d'histoire : les questions de personnes semblent avoir prévalu en cette occasion sur les questions de principes ; la chaire ne fut pas rétablie.

Dans sa séance du 3 novembre 1845, le Congrès médical vint en aide, sinon à M. Dezeimeris, du moins à la réorganisation de l'enseignement historique dans les facultés ; tout semblait alors préparé pour le succès de cette nouvelle démarche ; mais les apparences sont souvent trompeuses, et parmi tous les vœux que le Congrès avait exprimés, celui de la création d'une chaire d'histoire n'est pas le seul que l'autorité supérieure n'exauça pas ; de légitimes ambitions avaient été mises en éveil, aucune ne fut satisfaite.

En 1859, la Faculté de médecine, consultée par M. Rouland, alors ministre de l'instruction publique, sur la question de savoir s'il existait des lacunes dans l'enseignement et s'il y avait lieu à les combler, répondit, par l'organe de M. Gavarret, remplaçant le doyen empêché (1), qu'il n'y avait pas de bonnes raisons pour introduire officiellement dans la Faculté l'enseignement de spécialités auxquelles le ministre faisait une allusion évidente dans sa lettre du 15 janvier ; le rapport insistait, au contraire, sur les avantages que pouvait offrir la

(1) *Essai ou Discours historique et critique sur les découvertes faites en anatomie par les anciens et par les modernes*. Paris, 1783, in-8°.

(1) Voir *Gazette hebdomadaire* du 13 mai 1859.

plus hauts personnages de la cour, le cardinal de Fleury, le comte de Cossé, le marquis de Rouillé, font venir l'eau de Vals à Versailles. On savait déjà qu'elle ne perd pas sa valeur par le transport : on la trouvait sur les tables les plus élégantes; son usage était des plus répandus.

Un détail assez curieux, est le prix exorbitant que les lettres de ces grands seigneurs accusent pour le transport. En ce temps-là — Louis XV régnait, — douze bouteilles d'eau de Vals, rendues à Versailles, coûtaient 71 livres 2 sols! Aujourd'hui, à Paris, ces 12 bouteilles ne coûtent que 6 francs.

On nous pardonnera cette petite revue historique. Il est bon de ne pas négliger les enseignements du passé, et les succès obtenus depuis deux siècles aux sources de Vals ne peuvent que nous donner plus de confiance dans leur emploi.

Les eaux de Vals sont des eaux acidules, gazeuses, bicarbonatées, sodiques. Cette composition est des plus heureuses. MM. Pétrequin et Socquet font remarquer avec raison que : « il ne saurait être indifférent qu'une eau minérale soit gazeuse ou non, et, à circonstances égales, nous donnerons la préférence à une eau acidule, gazeuse, sur celle qui ne le serait pas. » (*Traité général des eaux minérales*, p. 183.) Toutes les eaux minérales de Vals sont froides, claires, limpides, onctueuses au toucher, d'une saveur alcaline, d'un goût aigrelet, piquant, qui plait. Elles ont été l'objet d'un nombre considérable d'analyses et de recherches que l'on peut résumer ainsi :

Ces eaux sont alcalines, acidulées, ferrugineuses et gazeuses. Leur action est complexe; elles se rapprochent sensiblement des eaux de Vichy, mais l'acide carbonique qu'elles contiennent en plus grande abondance les rend plus légères et d'une ingestion plus facile que ces dernières.

« Vals est un Vichy au petit pied, disions-nous un jour à un médecin de nos amis. — Pardon, nous répondait-il, c'est Vichy qui est un Vals au petit pied. »

Et en effet, Vichy est loin de posséder des sources aussi riches que celles de Vals, c'est ce que nous n'aurons pas de peine à démontrer, les analyses les plus rigoureuses en main. Les chimistes sont unanimes sur ce point.

Il est encore un point important à noter dans l'histoire des sources qui nous occupent. Ces sources sont exploitées, et leurs eaux sont exportées sans altération; elles se conservent indéfiniment. A côté des premières, il en est d'autres qui ne sont pas exploitées et dont les captages laissent à désirer. Or, les sources exploitées offrent au praticien une série de principes minéralisateurs, identiques au fond, mais variant en proportion pour chacune d'elles. Le praticien peut donc graduer facilement la médication, il possède une véritable gamme de principes minéralisateurs.

Que le lecteur jette les yeux sur l'analyse que M. O. Henri a faite des eaux de Vals, et il se convaincra facilement de la réalité de notre assertion.

Quatre sources principales ont reçu les noms de Saint-Jean, de Précieuse, de Désirée et de Rigolette.

L'acide carbonique libre est à la dose de 0,425 (Saint-Jean), 2,095 (Rigolette), 2,145 (Désirée), 2,218 (Précieuse).

Le bicarbonate de soude : 1,480 (Saint-Jean), 5,800 (Rigolette), 5,040 (Précieuse), et 6,040 (Désirée).

Nous pourrions continuer ce rapprochement pour les autres principes minéralisateurs (bicarbonate de potasse, de chaux, de magnésie, de fer et de lithine; chlorure de sodium, sulfate de soude et de chaux; silicate et silice; alumine et phosphate de fer, iodure alcalin, arsenic ou arséniate), mais nous pensons que nos lecteurs ont déjà pu se rendre compte de la composition générale de ces eaux, qui sont en réalité les eaux de Vichy portées à une plus haute puissance, et enrichies des passages intermédiaires qui facilitent leur maniement.

Les eaux de Vals, disent MM. Pétrequin et Socquet dans leur *Traité des eaux minérales*, s'emploient dans les débilités de l'estomac, l'ictère, les obstructions du foie et de la rate. Elles réussissent dans la chlorose, la leucorrhée, la gravelle rouge, le catarrhe de vessie, etc.

Nous ne faisons qu'indiquer ici les maladies dans lesquelles elles ont été le plus souvent employées. Les observations de M. Tourrette, sur lesquelles nous aurons à revenir, font ressortir le bienfait qu'un habile praticien sait en tirer. Notre but n'est aujourd'hui que de solliciter l'attention sur le *Vichy* du midi de la France. Si nos confrères du Midi savent apprécier Vals, il est bon de le faire connaître aux confrères éloignés. Nos malades peuvent souvent trouver bénéfice dans cette station, à nous de la signaler.

MÉLANGE STYPTIQUE DE FABRICE DE HILDEN.

Dans les cas d'épistaxis rebelles, Fabrice de Hilden avait recours au moyen suivant :

Farine d'orge.	90 grammes.
Sang-dragon.	ãã 4 grammes.
Bol d'Arménie.	
Terre sigillée.	
Safran de Mars (oxyde rouge de fer).	
Ecorce de grenades.	
Sucre épaissi de prunes sauvages dissous dans du vinaigre.	30 grammes.
Ajoutez blanc d'œuf et eau.	Q. S.

pour donner au mélange une consistance sirupeuse.

Enduisez-en fortement un tampon allongé et introduisez-le dans la narine.

On peut rapprocher de ce mélange celui que recommandait Fernel.

Mélange styptique de Fernel.

Vitriol brûlé (sulfate de fer calciné).	2 grammes.
Chalcite calciné.	4 —
Eau de plantain.	8 —

Enduire une tente de ce mélange, et la porter dans les narines en comprimant l'aile du nez au point où le cartilage s'insère sur l'os.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 décembre 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Les *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— M. Larrey fait hommage à la Société du discours prononcé par M. Cazalas, médecin inspecteur, à l'inauguration de la statue du baron Larrey, le 15 août 1864, à Tarbes.

— M. A. Schœdelin fait hommage à la Société de deux exemplaires d'un mémoire intitulé : *Mémoire sur les pastilles de phosphate de fer*.

— M. Giraldès fait hommage à la Société, au nom de M. le docteur Prescott Hewett, président de la Société pathologique de Londres, du XV[e] volume des *Transactions* de cette Société.

Entre autres faits curieux, M. Giraldès signale un cas de tumeur pileuse de la conjonctive, et un cas d'affection parasitaire du membre inférieur observée dans l'Inde. Cette curieuse affection, due à la présence d'un parasite végétal, a reçu le nom de *mycetoma*. M. Carter en a déjà donné la description dans les *Transactions médicales de Bombay*.

— M. Delore (de Lyon) adresse à la Société une observation intitulée : *Renversement du pied consécutif à un allongement du tibia; résection de cet os à sa partie moyenne; redressement du pied*. (Commissaires : MM. Huguier, Béraud, Verneuil.)

ÉLECTION.

La Société vote sur la demande de M. Jarjavay, qui désire devenir membre honoraire.

Sur 26 votants : 20 oui, 2 non, 4 bulletins blancs.

M. Jarjavay est nommé membre honoraire.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. TRÉLAT a la parole pour présenter la fin des conclusions.

L'article V est adopté après modification.

Les articles VII, X, XI, XII, sont adoptés sans discussion.

Les articles VI, VIII, IX, adoptés après discussion.

L'article IX est rejeté après discussion et remplacé par un amendement proposé par M. Broca.

Discussion sur l'article VI, relatif à la ventilation. — M. LARREY pense que cet article est trop absolu. Il croit, lui aussi, que rien ne peut remplacer la ventilation naturelle; mais dans certaines circonstances exceptionnelles, des ventilateurs pourraient être utilisés. Il ne faudrait pas laisser place à des objections fondées en négligeant de prévoir l'utilité éventuelle de ces appareils.

MM. TRÉLAT et GIRALDÈS font remarquer qu'ils n'ont d'autre but dans leurs conclusions que d'établir des principes généraux applicables aux hôpitaux à construire, et non d'indiquer ce qu'il convient de faire pour améliorer les conditions des anciens hôpitaux.

Discussion sur l'article VIII, relatif à l'espacement des lits. — M. GUÉRIN propose et développe l'amendement suivant :

« Prenant en considération que l'infection purulente, l'accident le plus terrible et le plus fréquent des opérations, est une maladie infectieuse, c'est-à-dire transmissible d'un malade à un autre par l'intermédiaire de l'air, nous demandons que des chambres soient disposées pour isoler les individus qui subissent de grandes opérations. »

Je crois, dit M. Guérin, les termes de l'article trop généraux. Il ne faut pas oublier que ce ne sont pas des médecins qui l'interpréteront, mais des personnes étrangères à l'art de guérir, qui ne savent pas ce que c'est que l'érysipèle et l'infection purulente. Nous devons nous occuper de tous les hôpitaux en même temps que de l'Hôtel-Dieu futur, et je voudrais que nous eussions tous à notre disposition des chambres d'isolement pour les malades infectés et pour les grands opérés. Je me demandais autrefois ce qui pouvait transmettre l'infection purulente, mais aujourd'hui chacun sait que l'on trouve des globules de pus dans l'air des salles, le long des poutres et des murailles. J'ai fait analyser il y a quelque temps la poussière prise sur les poutres de mes salles. Elles sont nettoyées tous les trois mois, et cependant les poussières qui les recouvrent contenaient une grande proportion de matières animales, que M. Lutz, pharmacien de l'hôpital, chargé de l'analyse, n'a pas rencontrées dans la poussière de sa chambre à coucher. Pour toutes ces raisons et d'autres déjà indiquées, je demande des chambres d'isolement pour les malades auxquels elles seront jugées nécessaires.

M. LARREY croit qu'il suffit de s'en tenir aux termes généraux proposés.

M. LE FORT appuie la motion de M. Guérin.

M. GIRALDÈS croit devoir la combattre. L'idée de M. Guérin, dit-il, n'est juste que théoriquement, elle peut, dans l'application, présenter de grands inconvénients. Il est bien prouvé, en effet, que les chambres séparées sont négligées; que les malades y sont moins bien soignés, peu surveillés. Dans les hôpitaux d'enfants, en particulier, cela serait d'une application presque impossible.

Je suis convaincu que la moitié des enfants trachéotomisés meurent empoisonnés par l'air non renouvelé des salles, et ce fâcheux résultat serait encore bien mieux atteint dans de petites chambres séparées.

Dans les hôpitaux d'adultes où elles existent, les chambres particulières n'ont rendu que de médiocres services. J'ai taillé un malade à l'hôpital Necker, je l'ai mis dans une chambre, il y est mort d'infection purulente. Je crois donc que des salles bien aménagées seraient, pour presque tous nos malades, préférables à des chambres particulières, et qu'il suffirait de demander un espacement exceptionnel pour les opérés et les femmes en couches.

M. MARJOLIN. Nul doute que si ces chambres destinées aux malades dont l'état réclame l'isolement comme une mesure de prudence, sont trop peu spacieuses ou trop éloignées de la surveillance, il ne puisse en résulter de graves inconvénients. Mais à côté de ces *desiderata* que nous reconnaissons et que l'on pourrait facilement faire disparaître, il y a d'autres conséquences bien autrement fâcheuses résultant de la présence dans les salles communes de malades atteints d'affections contagieuses ou de délire furieux. N'est-il pas triste, par exemple, dans un hôpital comme Sainte-Eugénie, d'en être réduit à se servir du cabinet de la sœur surveillante pour isoler un enfant hydrophobe, ou d'être contraint de reléguer pendant près de deux semaines dans la salle d'opérations une pauvre fille dont plus de la moitié de la face était détruite par une vaste ulcération gangréneuse? A ces faits, j'ajouterai que chaque année je vois dans mon service se développer des épidémies de fièvres éruptives d'autant plus funestes qu'elles viennent compliquer l'état de malades affaiblis par de longues suppurations, et naguère encore j'ai vu dans la même salle trois enfants, dont un amputé de cuisse, atteints en même temps du croup.

Je crois donc que, sans vouloir exiger l'impossible, nous devons dans cette discussion, qui a pour but d'introduire dans les hôpitaux

---

création d'une chaire d'histoire de la médecine. Comme la Faculté proposait ce qu'on ne lui demandait pas et refusait les cadeaux qu'on avait grand désir de lui faire, on ne voulut ni lui donner trop d'ennuis en introduisant des spécialistes dans son sein, ni lui causer trop de plaisir en lui accordant un professeur d'histoire.

Une des premières pensées de M. Rayer en entrant à la Faculté comme doyen et comme professeur, fut de tirer profit de la délibération de 1859 pour demander le rétablissement de la chaire d'histoire de la médecine; et il n'a pas manqué, quand les circonstances lui parurent favorables, de mettre sous les yeux du nouveau ministre de l'instruction publique, de M. Duruy, l'auteur justement renommé de l'*Histoire des Romains* et de l'*Histoire de la Grèce*, le fondateur du cours d'histoire générale à l'Ecole polytechnique, les motifs pressants, les raisons décisives qui ne permettaient pas, suivant lui, de retarder plus longtemps une création souvent réclamée, et toujours ajournée par des fins de non-recevoir.

Je ne connais pas le texte des arguments que M. Rayer a dû faire valoir à l'appui de sa demande, mais je suis bien certain d'en résumer le sens en vous disant qu'il les a présentés à peu près dans cet ordre et dans cette teneur :

La médecine a un passé des plus glorieux; le génie de la Grèce et le génie de Rome ont été mis à son service par les meilleurs écrivains ou les auteurs les plus savants : Hippocrate, Hérophile, Celse, Rufus, Soranus, Galien; — puis, lorsqu'on croit que les sciences et les lettres se sont perdues dans la nuit de la barbarie, l'histoire, mieux informée, nous montre la médecine scientifique toujours debout et produisant, sinon des chefs-d'œuvre, au moins des ouvrages considérables où la tradition se perpétue et se développe dans des écrits originaux, dans des compilations ou dans des traductions qui sont comme les derniers reflets de la grande antiquité. Les Arabes nous ont montré que les fièvres décrites par Hippocrate dans les *Épidémies*, sont non pas des fièvres *malignes* ou *typhoïdes* comme on l'avait cru, mais des fièvres *rémittentes* ou *pseudo-continues*, identiques avec celles qu'on observe encore dans les pays chauds. Non, ce n'est point un médecin praticien; car, en arrivant sur les côtes de la Grèce et de l'Algérie, nos médecins militaires ne savaient trop à quelles maladies ils avaient affaire; c'est à un médecin historien, c'est à M. Littré qu'on doit cette assimilation rigoureuse et inattendue. — C'est encore M. Littré, et non pas un médecin praticien, qui a reconnu dans l'*épidémie de Corinthe* décrite par Hippocrate, diverses espèces d'angines accompagnées de ces paralysies consécutives sur lesquelles l'attention est éveillée depuis quelques années seulement. — Qui a établi par des témoignages authentiques l'influence de la ligature de la carotide dans le traitement de certaines maladies? Ce n'est pas un médecin praticien, mais un bibliographe distingué, M. Dezeimeris.

Entre les mains de M. Malgaigne, le *Traité d'Hippocrate sur les fractures et les luxations* est devenu pour ainsi dire un traité moderne. Si l'on s'était souvenu que Galien a fait de très-belles expériences sur le système nerveux, on n'aurait pas attendu si longtemps pour remettre en honneur la distinction des nerfs du mouvement et des nerfs du sentiment. — Si l'on avait plus soigneusement consulté les archives de la médecine, on aurait trouvé dans Hippocrate les germes de l'auscultation; — dans Rufus, dans Soranus, dans Héliodore et dans Galien la torsion des artères; — dans Hérophile et dans Rufus toute une théorie des mouvements du pouls, mouvements qu'on apprécie aujourd'hui à l'aide d'instruments ingénieux; — dans vingt auteurs anciens et du moyen âge l'emploi d'anesthésiques puissants; — dans Héliodore le traitement par l'excision des rétrécissements de l'urèthre; — dans Albucasis l'opération de la cataracte par succion, opération que M. Laugier a imaginée de nouveau; — dans un écrit salernitain, la mention de capsules glutineuses destinées à dissimuler le mauvais goût de certains médicaments.

La description de l'érysipèle typhoïde gangréneux et épidémique, celle de la phthisie aiguë sous forme endémique, se lisent tout au long dans Hippocrate; et pour parler de temps beaucoup plus rapprochés de nous, c'est-à-dire de quelques mois, on a vu combien l'histoire a efficacement aidé à résoudre le problème soulevé à l'Académie de médecine par les discussions sur la variole et sur la vaccine chez l'homme et chez les animaux.

---

toutes les améliorations désirables, émettre le vœu qu'à l'avenir chaque service soit pourvu d'un certain nombre de salles d'isolement; et bien certainement cette sage mesure, réclamée depuis nombre d'années, amènerait, si elle était adoptée, une notable diminution dans la mortalité de nos grands blessés.

M. TRÉLAT. L'amendement proposé a ceci de défectueux, qu'il semble considérer l'isolement comme un remède d'une efficacité presque certaine contre les maladies des opérés. Sans nier les incontestables avantages de l'isolement pour certains malades, nous croyons qu'il importe beaucoup plus de créer des conditions générales de salubrité que de séquestrer dans des conditions douteuses les individus frappés de maladies infectieuses. D'ailleurs, les termes de l'article indiquent la nécessité de dispositions spéciales pour les malades infectés ou pouvant l'être.

M. GUÉRIN. Un seul argument pourrait rendre mon amendement inutile. Ce serait la preuve du caractère non infectieux de l'infection purulente et de l'érysipèle. Je reconnaîtrais alors que l'on peut préserver les malades en aérant les salles. Mais à défaut de la preuve que je réclame, je persiste à croire à l'utilité des chambres d'isolement; ma conviction est telle, que je me déclarerais prêt à en construire de mes propres deniers, si l'on m'y autorisait.

M. VERNEUIL. Je trouve très-légitime que chacun de nous désire de bonnes salles et de bonnes chambres isolées, mais il est inutile de spécifier leur usage. Nous serons seuls appelés à juger à quels malades elles doivent servir. Si M. Guérin nous démontre que l'infection purulente ou l'érysipèle sont infectieux, nous y renfermerons les malades atteints de ces terribles affections, ou bien nous les utiliserons pour nos opérés; mais nous n'avons pas, je le répète, à préjuger de leur emploi : c'est là une question de pratique chirurgicale.

M. VELPEAU. Il y a dans la proposition de M. Guérin deux choses bien distinctes, dont l'une est d'ordre purement scientifique. Or l'opinion scientifique défendue par M. Guérin, à savoir, que l'infection purulente est une maladie contagieuse, est loin d'être admise par tous, au moins d'une façon absolue; aussi ne voudrais-je pas que la Société acceptât comme démontré un fait qui ne l'est pas.

M. GUERIN. Je crois que je me mettrai d'accord avec tous mes collègues, si je me contente de demander des chambres d'isolement sans en indiquer l'emploi.

La Société, consultée, adopte l'article modifié dans ce sens.

Discussion sur l'article IX, relatif aux rideaux. — M. DEPAUL. Je suis opposé à la suppression absolue des rideaux. Tels qu'ils sont installés dans nos salles, ils ne font pas obstacle à l'aération si l'on a soin d'exiger qu'ils soient toujours ouverts, en dehors des cas où le malade a besoin de se cacher aux regards, ou de se garantir des courants d'air. Ces cas justifient pleinement leur emploi, surtout dans les salles de femmes. Ne sont-ils pas indispensables pour permettre les soins de toilette, les injections, etc., pour cacher le spectacle de l'agonie ou de la mort? Vous préconisez l'ouverture des fenêtres; j'ai l'habitude de les faire ouvrir trois fois par jour dans mes salles; mais si je n'avais pas de rideaux pour protéger certains lits, je ne pourrais plus recourir sans danger à cette mesure salutaire.

M. LE FORT. La question des rideaux est jugée à l'étranger. J'en ai rencontré dans quelques hôpitaux anglais, à Dublin, et encore sont-ils bien autrement simples que dans nos hôpitaux; mais il n'y en a dans aucun hôpital allemand, même pas aux lits réservés pour les sœurs. Je suis, pour ma part, convaincu de leur action nuisible; ils empêchent la circulation de l'air et servent de réceptacles aux miasmes. Chacun de nous sait que l'on ne change les rideaux que deux fois par an dans nos hôpitaux. Aussi la contagion se perpétue-t-elle dans certains lits. Les petits avantages rappelés tout à l'heure ne justifient pas leur emploi; des paravents légers et bien construits rendent les mêmes services.

M. LARREY est d'avis que les rideaux doivent être conservés dans les salles de femmes, mais supprimés pour les hommes et les enfants.

M. BOUVIER croit que c'est une question qui doit être entièrement réservée et laissée au jugement de chacun; il demande la suppression de l'article.

M. VERNEUIL. S'il est un hôpital où les rideaux devraient exister, c'est assurément à Lourcine. Il n'y en a pas, et personne ne s'en plaint. Vous voulez exiger que les rideaux soient ouverts, mais il suffit d'avoir été la nuit dans une salle d'hôpital pour savoir qu'il n'y a pas un seul malade qui ne s'enferme systématiquement dans ses quatre rideaux. Il en est fort souvent de même pendant la journée pour bon nombre de malades. On ne peut donc nier que la circulation de l'air ne soit interrompue. Comment ne pas admettre que les rideaux renferment des germes de contagion, quand on vient de vous rappeler qu'ils ne sont changés que deux fois par année?

M. DEPAUL. La contagion dont vous parlez, vous êtes libre de l'éviter; jamais l'on ne m'a refusé de changer complétement la literie et les rideaux lorsqu'une femme succombe à la fièvre puerpérale. Vous me dites que les rideaux sont fermés la nuit et quelquefois le jour. Je crois que si vous vouliez exiger qu'ils fussent ouverts, vous l'obtiendriez aussi. Il vous est donc loisible de supprimer tous les inconvénients des rideaux et de profiter de leurs avantages.

M. GUERSANT croit les rideaux utiles, même dans les salles d'enfants. Quelques-uns d'entre eux, atteints d'affections graves ou éruptives, ont besoin d'être protégés contre les courants d'air venus des fenêtres ou des portes quand on les ouvre.

M. FOLLIN est de l'avis de M. Depaul, les rideaux sont utiles dans bien des cas, et avec une ferme volonté on peut supprimer leurs inconvénients.

MM. GIRALDÈS et LE FORT insistent sur les inconvénients des rideaux et la nécessité de leur suppression.

M. LARREY. Je suis opposé en principe à l'emploi des rideaux, mais ils peuvent être exceptionnellement utiles. Je crois donc que c'est aller trop loin que de réclamer leur suppression; il faut que chaque chef de service ait la possibilité de s'en servir lorsqu'il le jugera nécessaire, ce à quoi vous n'arriveriez pas s'il était une fois établi qu'ils doivent être supprimés.

M. TRÉLAT. Sans contester que les rideaux puissent avoir quelques avantages, nous avons pensé que la somme de leurs inconvénients est encore plus grande; nous croyons que ce sont des cribles qui retiennent les miasmes, des écrans qui gênent la circulation de l'air. Il faut choisir entre ces avantages qui s'exclnent, et nous n'avons pas hésité à choisir la disposition qui nous paraissait et nous paraît encore la plus favorable à une bonne aération.

— La Société consultée rejette l'article relatif à la suppression absolue des rideaux.

M. BROCA dépose et développe l'amendement suivant :

« Il est nécessaire que les chefs de service aient le droit de faire supprimer les rideaux des lits lorsqu'ils le jugent convenable. »

Il y a deux ans que M. le directeur général consulta la commission instituée pour les questions d'hygiène hospitalière sur la question des rideaux. Je votai seul la suppression absolue; mais il fut unanimement adopté que la portion des rideaux qui orne la partie supérieure du lit, et que l'on désigne sous le nom de *pentes*, serait supprimée. Malgré cela, l'administration est si bien renfermée dans ses habitudes que l'on n'y est pas encore arrivé. Je crois donc indispensable que le chef de service puisse facultativement prescrire la suppression des rideaux, comme il prescrit un médicament ou tout autre chose jugée utile aux malades.

La Société adopte l'amendement de M. Broca, il prendra la place de l'article supprimé.

Discussion sur les conclusions relatives à la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. — La Société consultée demande la modification de quelques mots dans ces dernières conclusions.

Elle les adopte après modifications.

M. TRÉLAT rappelle que M. Larrey avait soumis à la Société une importante proposition sur l'organisation d'une commission ou d'un comité d'hygiène.

Le vote sur cette proposition est renvoyé à la prochaine séance.

— La séance est levée à six heures.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Daremberg a ouvert mardi dernier son cours sur l'histoire de la médecine. Nous sommes heureux de reproduire la leçon d'ouverture, qui a été accueillie avec la plus vive sympathie par les auditeurs, au nombre desquels on comptait plusieurs de nos illustrations médicales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez Majolez; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Agenda-Formulaire des Médecins praticiens pour 1865, et Carnet de poche réunis, contenant, outre le Calendrier-Agenda à deux jours à la page : 1° Petit Dictionnaire de médecine et de thérapeutique, avec la posologie et plus de 500 formules empruntées aux auteurs les plus estimés, mises en regard des maladies qui en réclament l'emploi; 2° Accouchements; 3° Rapports complets et authentiques sur diverses questions de médecine légale, sur l'avortement, l'infanticide, etc.; 4° Analyse des urines au point de vue séméiotique; 5° Renseignements divers; 6° Guide dans Paris (cahier séparé); publié par le Dr Antonin Bossu.

PRIX DES AGENDAS-FORMULAIRES.

	fr.	c.
N° 1. Reliure chagrin, fermant au crayon	3 fr.	»
N° 2. — — — en portefeuille	3	50
N° 3. Le même avec trimestres mobiles	4	»
N° 4. Reliure forme serviette, trimestres mobiles	5	»
N° 5. Reliure chagrin, portefeuille, avec petite trousse, poche en soie	6	»
N° 6. Idem, avec trimestres mobiles, etc.	7	»
N° 7. Idem, avec poche et portefeuille intérieurs, petite trousse, trimestres mobiles, etc.	8	»
N° 8. Le même, avec fermoir en maillechort, etc.	9	»
Broché, avec couverture imprimée	1	75
Cahier plein, doré sur tranche	2	50
Cahier recouvert en soie, avec trimestres mobiles	3	»

Les *Agendas* reliés sont tous dorés sur tranche; ceux à petite trousse sont, par privilége, munis des *passettes élastiques* brevetées de M. Charrière.

NOTA. — Le cahier séparé des rues de Paris ne sera envoyé qu'à ceux qui le demanderont.

L'*Agenda-Formulaire* a été entièrement refondu pour 1865, et les médicaments nouveaux dont le livre de M. Reveil fait l'histoire, y ont trouvé place. (Envoi *franco*.)

Guérison de la phthisie pulmonaire et de la bronchite chronique à l'aide d'un traitement nouveau, par M. le docteur Jules BOYER. 5e édition, revue et augmentée, in-8° de 116 pages. Prix : 1 fr. 50 c. *franco*. — Paris, chez Adrien Delahaye, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 148. — MARDI 20 DÉCEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 148. — MARDI 20 DÉCEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 DÉCEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Chevreul a donné lecture, dans cette séance, de la première partie d'une note historique sur les manières diverses dont l'air a été envisagé dans ses relations avec la composition des corps. La première partie de cette note comprend l'exposé des diverses théories relatives à l'air envisagé comme *élément* ou comme *corps simple*, qui ont été enseignées depuis la plus haute antiquité jusqu'à la grande époque de la découverte de l'oxygène et de la composition de l'air. Nous reviendrons sur cette communication à l'occasion de la deuxième partie, qui présentera probablement un intérêt plus direct.

Pendant que l'attention du monde savant, attirée par les découvertes de M. Boucher de Perthes, se portait sur les vestiges d'une antiquité voisine de l'époque diluvienne, un savant minéralogiste, poursuivant un but plus modeste, mais non moins utile, faisait une découverte d'un grand intérêt historique. En exploitant une mine de sel gemme à Hallstatt, en Autriche, au cœur des Alpes, M. Ramsauer rédigeait avec soin les objets trouvés dans toutes les tombes que les fouilles faisaient découvrir. Au bout de quatorze ans de recherches, son journal mentionne la découverte de 963 tombes, dont la moitié à peu près contenaient le squelette, et l'autre moitié les cendres des morts. En outre, un petit nombre entre elles renfermaient des corps qui n'avaient subi qu'une combustion partielle. Les fouilles de ces 963 sépultures ont fourni un très-grand nombre de vases en bronze, d'épées et de ceintures en lames de bronze, à ornements repoussés, comme les pièces qu'on trouve dans les tumulus helvétiens antéromains, des épées, poignards, couteaux, pointes de lances, haches, etc.; et un grand nombre d'objets divers d'ornement en bronze également, en ivoire, en ambre et quelques-uns en or. Absence complète d'argent métallique et de plomb, de signes alphabétiques et de monnaies. Cette dernière circonstance a porté ce savant ingénieur à conclure que la date des exploitations de sel gemme dans cette contrée devait remonter beaucoup au delà du règne de Philippe de Macédoine, qui répandit en quantités considérables les monnaies d'argent. Il croit pouvoir faire remonter l'époque où vivait la population qui repose dans les 963 tombeaux de Hallstatt au dixième siècle au moins avant l'ère chrétienne.

M. Fournet, qui a exposé ces faits curieux dans une lettre adressée à M. Elie de Beaumont, fait remarquer une particularité également digne d'intérêt. On a vu que, tandis que quelques corps avaient été incinérés complétement, d'autres n'avaient subi qu'une combustion partielle : quand la tête seule avait été brûlée, ses cendres gisaient aux pieds du squelette; dans d'autres cas, le bassin avec les jambes étaient intacts, tandis que le reste du corps avait passé au feu; ailleurs, c'était l'inverse. M. Fournet pense que ces étranges différences signalées entre les diverses combustions des cadavres de Hallstatt étaient peut-être liées à quelques cérémonies symboliques en usage chez les anciens mineurs et analogues à celles qui se pratiquaient en Egypte pour les momies.

Enfin, suivant M. Fournet, ces antiques industries de la Germanie seraient un nouveau témoignage de plus que ses anciennes peuplades étaient tout aussi peu sauvages que nos ancêtres les Gaulois, chez lesquels les Romains ont trouvé des arts qui leur étaient inconnus.

Il y a là un intéressant sujet d'études pour les anthropologistes.

— On trouvera dans le compte rendu de la séance les conclusions qui résument un important travail de M. Roudanowski, sur la structure du système nerveux et sur une nouvelle méthode d'étude de ces organes. — Dr Brochin.

La discussion sur l'hygiène hospitalière à la Société de chirurgie a été terminée mercredi dernier.

Nos lecteurs n'ont assisté qu'à une partie des débats; la longueur des séances ne nous avait pas permis de reproduire intégralement tous les discours. D'un autre côté, les chirurgiens avaient cru pouvoir, sans sortir de leur rôle, discuter des sujets qui touchaient aux intérêts administratifs et aux conditions économiques de l'Assistance publique. Ces points, agités librement dans une Société autorisée comme Société d'utilité publique, ne pouvaient être reproduits *in extenso* dans un journal soumis aux règlements qui régissent les feuilles exclusivement scientifiques.

La Société de chirurgie publie à ses frais un volume qui renferme intégralement le compte rendu de ses séances.

Nous qui avons eu entre les mains tous les procès-verbaux de la Société, nous pouvons dire à l'avance à ceux que les grandes questions hospitalières occupent tout ce que les chirurgiens ont apporté de conscience et de bon vouloir pour approfondir les meilleures données hygiéniques qui assurent la salubrité d'un hôpital.

Cette discussion marquera une époque importante dans l'histoire de la Société de chirurgie, et M. Trélat, qui par un excellent travail a mis la question à l'ordre du jour et qui l'a éclairée, ainsi que MM. Broca, Giraldès, Gosselin, Larrey, Lefort, Marjolin, Verneuil et Voillemier, aura, comme ces derniers, gagné un titre qui certainement ne sera pas oublié.

Dr Armand Després.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Du traitement des polypes utérins.

(Leçon recueillie par M. BURLAUD, interne des hôpitaux.)

Le 16 novembre 1864, entre à la Charité, salle Sainte-Vierge, lit n° 26, la nommée X..., journalière, âgée de cinquante-deux ans.

Cette femme, d'une constitution chétive, d'une figure pâle, a les chairs molles, les muqueuses décolorées; elle offre toutes les apparences de l'anémie. Elle n'a jamais cessé d'être réglée assez régulièrement; mais, dans ces derniers temps, les règles ont dégénéré en véritable métrorrhagie. La malade se plaint d'avoir depuis huit mois des pertes presque continuelles; l'écoulement sanguin ne cesse qu'à de rares intervalles, pour faire place à un écoulement ichoreux, et pour reparaître bientôt.

En pratiquant le toucher, on trouve le col libre au fond du vagin; il est un peu entr'ouvert : ses bords sont lisses, fermes, réguliers, sans indurations ni fongosités. Le doigt, introduit dans la cavité du col, rencontre immédiatement une tumeur unie, résistante, élastique, tout à fait insensible; son extrémité inférieure est arrondie, elle est complétement indépendante des parois utérines, dont elle est séparée par un sillon. Toutefois il est impossible de contourner la tumeur et d'arriver jusqu'à sa racine. L'exploration ne donne lieu qu'à un écoulement sanguin insignifiant, sans aucune odeur fétide.

Le diagnostic, sans doute, aurait pu se discuter entre un polype, un cancer, un renversement de la matrice; mais l'indécision n'était pas longtemps permise, et, en présence des signes énumérés plus haut, on voyait évidemment qu'il s'agissait d'un polype fibreux encore contenu en grande partie dans la cavité utérine, et commençant à franchir le col. Le diagnostic en lui-même n'avait rien d'obscur.

Voici ce que disait M. Velpeau à cette occasion :

On ne peut guère espérer que les polypes utérins disparaissent sans traitement. Cependant on a cité quelques exemples de guérison spontanée. On observe alors différents phénomènes : ou bien la tumeur se ramollit, elle s'imbibe de liquides, elle se fragmente et tombe en gangrène; ou bien elle franchit le col, elle fait saillie dans le vagin, s'allonge et finit par se rompre au niveau de son pédicule. Mais dans l'immense majorité des cas, on est obligé d'avoir recours à une opération chirurgicale.

Les procédés opératoires que l'on a conseillés sont très-nombreux, aussi sont-ils bien loin d'avoir tous la même valeur : ils sont d'ailleurs variables suivant la nature du polype. Les polypes fibreux nous occuperont ici exclusivement.

La *cautérisation* est d'une application difficile, de plus elle est dangereuse, car l'action du caustique ou du fer rouge ne peut être exactement mesurée.

Dans le siècle dernier, on vanta beaucoup la *ligature*, parce qu'elle prévenait les hémorrhagies. Cet avantage pourtant est loin de compenser tous les inconvénients de la méthode. Malgré la multiplicité des instruments que les chirurgiens se sont plu à inventer, il n'est pas toujours aussi facile qu'on peut le croire de porter le serre-nœuds jusque sur la racine de la tumeur. Plus tard, lorsque le pédicule se ramollit, le fil se desserre et n'a plus aucune action; enfin, si la tumeur tombe en

---

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur les hernies abdominales, faites à la Faculté de médecine par le professeur GOSSELIN, recueillies et publiées par le docteur Léon LABBÉ, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central ; revues par le professeur (1).

M. Gosselin porte depuis plusieurs années son attention sur les hernies. Ses cours et ses leçons cliniques, soit à la Faculté de médecine, soit dans les hôpitaux, ont eu pour sujet cette partie de la pathologie externe. Plusieurs travaux originaux ont déjà publiés soit par M. Gosselin, soit par ses élèves. Aujourd'hui un des élèves aimés du professeur, M. le docteur Labbé, en faisant paraître les *Leçons sur les hernies abdominales*, vient de reproduire dans leur ensemble tous les enseignements du maître. Il n'est besoin de dire les mérites de ce livre. Le professeur qui l'a dicté est fait depuis longtemps connaître, l'élève est devenu maître à son tour; ils répondent tous deux à l'avance à ce que le public attend de leurs ouvrages.

Le livre, qui n'est pas un traité didactique des hernies, renferme toutes les variétés de hernies que l'on décrit dans l'enseignement et dans les livres classiques, et leur histoire est précédée d'une étude générale des hernies; les hernies dans le vagin, les hernies périnéales et la hernie lombaire, décrites par plusieurs auteurs avec les tumeurs de ces régions, les hernies de l'utérus et de la vessie ont été à dessein laissées de côté.

Comme il est admis qu'un professeur a le droit d'avoir une opinion, les cours ne devant pas être un simple exposé des faits antérieurs, M. Gosselin, suivant un principe qui nous paraît des plus justes, a enseigné la pathologie herniaire en s'appuyant sur son expérience et sur ses convictions personnelles. C'est là que se trouvent les parties capitales des Leçons dont il est ici question.

Deux chapitres réclament l'attention du lecteur : la discussion de l'inflammation herniaire ; les indications thérapeutiques convenables pour l'étranglement herniaire à ses différentes périodes.

M. Gosselin attaque la théorie de l'inflammation herniaire et de l'étranglement par inflammation, que M. Malgaigne, dans toute la vigueur et toute la maturité d'un talent qui laisse de mémorables traces, avait brillamment exposée depuis douze ans. Malgré ce que peut conserver de séduisant l'explication de l'étranglement par inflammation, plus généralement admissible que l'étranglement par engouement, les raisons invoquées par M. Gosselin devaient être prises en sérieuse considération. Suivant le professeur, il n'y a de hernies enflammées que les épiplocèles et les grosses hernies adhérentes. Il prend tous les faits pathologiques, toutes les autopsies de hernies données, comme des exemples concluants, ceux de M. Malgaigne en particulier, et il les discute.

Dans les unes, dit-il, il s'agissait de grosses hernies chez des vieillards, et qui étaient irréductibles. La XVe observation du mémoire de M. Malgaigne avait une grosse hernie composée d'anses intestinales adhérentes entre elles. Quoiqu'il n'y eût pas d'anneau qui étranglât, M. Gosselin juge ce fait une exception, et il croit que les symptômes d'étranglement dans ce cas n'indiquaient pas qu'il y eût un étranglement, mais qu'il existait plutôt une obstruction intestinale par le fait de l'adhérence des anses d'intestin herniées.

Enfin, l'auteur pense que les expressions de péritonite herniaire et d'inflammation n'ont d'importance que parce qu'on leur rattache des déductions thérapeutiques dangereuses et qu'il convient de désapprouver.

Au point de vue de la thérapeutique, M. Gosselin croit que le taxis est la première de toutes les médications. Le taxis prolongé pendant le sommeil anesthésique, tel que le pratique le professeur, est connu de nos lecteurs. L'année dernière, cette méthode était exposée avec une statistique dans les colonnes de la *Gazette des Hôpitaux*. Les conditions de ce taxis sont consciencieusement discutées et approfondies. Ces pages sont suivies de l'histoire du débridement dans les hernies, et après cette dernière vient un résumé général des indications du traitement des hernies. Il sera plus profitable de le donner sommairement que de l'analyser.

Si le chirurgien est appelé dans les vingt-quatre premières heures, le taxis sans chloroforme, puis le taxis avec le chloroforme, doivent être mis en usage, que la hernie soit petite ou grosse.

Si le chirurgien est appelé après la vingt-quatrième heure, le taxis prolongé sera fait sur les grosses hernies; pour les petites, le

(1) In-8°. Paris, chez A. Delahaye, place de l'Ecole de médecine.

gangrène, il en résulte une odeur fétide, repoussante, qui n'est pas sans de graves inconvénients pour la malade. Aujourd'hui, au lieu de la ligature simple, on emploie l'*écrasement linéaire*, et cette opération est très-avantageuse quand la tumeur est bien pédiculée.

Dupuytren mit en honneur l'*excision*, et cette méthode fut adoptée par presque tous les chirurgiens. Elle ne convient qu'aux polypes fibreux, lesquels ne renferment que peu ou point de vaisseaux dans leur pédicule. On serait tenté dès lors de se croire à l'abri de toute hémorrhagie. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi : des rameaux vasculaires, même très-grêles, peuvent donner lieu à un écoulement de sang redoutable.

J'ai opéré autrefois, en présence de M. Rayer, une dame qui présentait, sur la lèvre antérieure du col utérin, un polype du volume d'une noisette. Un coup de ciseaux suffit pour exciser le pédicule, et les suites de l'opération paraissaient devoir être des plus simples, quand tout à coup survint une hémorrhagie que rien ne put arrêter.

La malade était exsangue, et la mort semblait imminente. Par bonheur il se produisit une syncope, le sang cessa de couler et l'on put cautériser la petite plaie au fer rouge. L'hémorrhagie ne se renouvela plus et la malade guérit.

Ce sont là, il faut le dire, des cas exceptionnels, mais qu'un chirurgien prudent doit toujours avoir à l'esprit. Aussi, disait M. Velpeau, vaut-il mieux combiner les deux méthodes, la *torsion* et l'*excision*. Avant de faire la section du pédicule, le chirurgien le tord plusieurs fois sur lui-même à l'aide d'une pince ; les parois des vaisseaux, irrégulièrement rompues, sont un obstacle à l'hémorrhagie. Quelquefois même, lorsque le polype est mou, la *torsion* constitue le seul temps de l'opération ; le pédicule se déchire, et une légère traction amène la tumeur hors de la vulve.

L'excision est en général facile, lorsque la tumeur a franchi le col, lorsqu'elle fait saillie dans le vagin et que son pédicule peut être atteint avec le doigt. Mais chez la malade qui fait le sujet de cette observation, les conditions sont tout autres : le polype est encore contenu tout entier dans la cavité utérine ; il entr'ouvre seulement le col, et fait une légère saillie par son extrémité inférieure. Il est impossible d'en déterminer le volume, de sentir son pédicule et d'en reconnaître le point d'implantation.

Dans ces cas, beaucoup de chirurgiens nient l'opportunité de l'opération ; ils préfèrent attendre que les progrès de la maladie aient amené la tumeur jusque dans le vagin. L'expectation, sans doute, est plus commode pour le chirurgien, mais elle est moins avantageuse pour la malade. L'hémorrhagie, en effet, persiste, devient incessante, la malade s'affaiblit de jour en jour, elle est en danger de mort. L'opération est donc nettement indiquée.

On a conseillé alors de saisir le col utérin avec une pince de Museux, de l'abaisser jusqu'à l'orifice vulvaire et de fendre le col : on met ainsi le pédicule à nu, et on en fait la section. L'opération, comme on le voit, se compose de deux temps principaux : 1° abaissement de l'utérus ; 2° excision du polype.

M. Velpeau, dans son procédé opératoire, a fait disparaître ce premier temps, qu'il regarde comme extrêmement dangereux. Les tractions, quelquefois violentes, exercées sur l'utérus et sur ses ligaments ne sont pas en effet sans avoir de très-sérieuses conséquences : outre qu'elles provoquent de la douleur, elles prédisposent aux hémorrhagies, aux métro-péritonites consécutives.

M. Velpeau opère de la manière suivante :

La malade est placée dans une position convenable, couchée en travers sur le bord de son lit, le bassin un peu élevé, les membres inférieurs fléchis, les genoux écartés et maintenus par des aides.

Le chirurgien porte alors deux doigts jusqu'à l'orifice du col, qu'il dilate par des mouvements bien dirigés, jusqu'à lui donner le diamètre d'une pièce de dix centimes. Cela fait, fléchissant le médius dans la paume de la main, il glisse l'indicateur entre la tumeur et les parois du col ; puis, de la main restée libre, il saisit une érigne qu'il conduit sur la pulpe du doigt et qu'il enfonce dans le polype, en prenant bien garde de léser le tissu utérin. Il reste à faire sortir la tumeur fibreuse de la cavité utérine ; mais cette tumeur ayant la forme d'un ovoïde à grosse extrémité tournée en haut, on comprend qu'elle ne puisse franchir le col. Confiant l'érigne aux mains d'un aide, l'opérateur prend le couteau utérin, qu'il glisse à plat sur la face palmaire du doigt indicateur toujours laissé en place.

Arrivé à une profondeur suffisante, il dégage son doigt, et en même temps tourne le couteau, le tranchant vers les parois du col, qu'il incise par une légère pression.

Une simple incision ne suffit pas toujours, on pourrait craindre d'ailleurs de la faire trop profonde et d'intéresser les tissus jusqu'au péritoine : aussi est-il préférable de faire des débridements multiples. Le col ainsi débridé, le doigt peut facilement contourner la tumeur, parcourir toute sa surface et remonter jusqu'à sa racine. Le couteau utérin introduit de nouveau avec les mêmes précautions que précédemment, on excise aisément le pédicule : la tumeur alors est facilement entraînée au dehors.

Dans certaines circonstances, il n'existe pas de pédicule, et cette particularité est due au mode de développement de la tumeur. Qu'un épanchement quelconque, de lymphe, de sang, etc., se fasse dans l'épaisseur des parois utérines, par suite de son contact avec un tissu vivant, il se met lui-même à vivre, il s'isole des parties voisines, il constitue une véritable tumeur adénoïde. Peu à peu il se développe en repoussant devant lui le tissu utérin. Ce tissu diminue graduellement d'épaisseur et finit par ne plus former à la tumeur complétement isolée qu'une paroi d'une minceur extrême.

L'opération se fait alors comme précédemment ; seulement, au lieu d'exciser un pédicule, on porte le couteau sur la paroi utérine elle-même. L'énucléation se fait ensuite très-facilement.

Ce fut précisément ce qui arriva chez notre malade, dont la tumeur, du volume d'un œuf de poule, ne présentait aucune trace de pédicule.

La marche de la maladie ne présenta rien de particulier, et la malade sortit en voie de guérison le 11 décembre.

DE L'ANESTHÉSIE EN OBSTÉTRIQUE.

Par M. le docteur Verrier.

(Communiqué à la Société de médecine pratique (séance du 7 juillet).

Dès que la connaissance des propriétés stupéfiantes de l'éther et du chloroforme se fut répandue, des médecins distingués, amis du progrès et de l'humanité, songèrent à en faire profiter les pauvres femmes pendant le travail de l'accouchement.

M. Simpson, on le sait, administra le premier l'éther pour une version dans un rétrécissement assez prononcé du bassin. Bientôt il étendit l'emploi des anesthésiques aux accouchements naturels, et les succès lui parurent assez probants pour mériter d'être signalés à la Société obstétricale d'Edimbourg. La confiance de l'éminent praticien sur ce point était justifiée dès 1849, deux ans après l'adoption de sa méthode, par 1,519 accouchements et 1,519 succès.

Le même engouement se fit bientôt remarquer en Amérique, où les succès ne se comptent plus. En France seulement, nos maîtres ont continué d'entourer l'anesthésie obstétricale de réserves formelles ; ils semblent n'avoir d'autre but que de constater la possibilité de soustraire la femme en couches à la douleur sans nuire au travail ; en un mot, l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels est encore à la Clinique de Paris, en 1864, une curiosité scientifique.

Deux points principaux font repousser à M. Depaul un emploi plus étendu de l'anesthésie obstétricale (*Leçons cliniques*, 1864) :

1° La crainte d'un accident foudroyant, comme on en a vu des exemples en chirurgie.

2° L'impossibilité où se trouve la femme plongée dans le sommeil anesthésique de pousser, à la volonté de l'accoucheur, pour aider les contractions.

La crainte d'un accident foudroyant est certainement exagérée ici. Depuis plus de seize ans que l'éther et le chloroforme sont employés dans les accouchements, aucune mort subite n'a pu être démontrée provenir de ces agents ; tandis qu'il n'en est malheureusement pas de même en chirurgie.

La raison de cette différence, c'est que la chirurgie exige, la plupart du temps, une anesthésie complète, afin d'obtenir la résolution musculaire ; alors on commence par des inspirations profondes, et si l'idiosyncrasie du sujet est trop impressionnable à l'agent employé, le malade peut être sidéré dès les premières inspirations.

En obstétrique, au contraire, la méthode consiste à ne provoquer qu'une anesthésie incomplète, *avec conservation de l'intelligence ;* ce procédé atténue les douleurs, s'il ne les fait disparaître, et il est toujours exempt d'inconvénients et de danger pour la malade, qui respire peu à peu le chloroforme sur un mouchoir qu'on tient sous son nez et qu'on ôte alternativement, suivant que la contraction commence ou cesse. De cette façon, une grande quantité d'air atmosphérique pénètre avec les vapeurs anesthésiques dans les voies respiratoires, et en bannissant tout autre appareil, on peut toujours se tenir en deçà de la résolution musculaire et arriver sans danger à l'abolition de la douleur. On peut aussi prolonger cet état tout le temps nécessaire à l'expulsion du fœtus, en ne commençant qu'au moment où le col est dilaté avec 5 à 6 centimètres de diamètre, et replaçant le mouchoir sous le nez de la patiente au moment où la tête de l'enfant franchit l'anneau vulvaire.

Il est reconnu, et M. Blot l'a signalé dans sa thèse de concours, que le chloroforme a une action stupéfiante moins grande dans la deuxième partie du travail : une fois donc la première période traversée, plus de dangers à craindre.

La deuxième objection de M. Depaul ne tombe-t-elle pas d'elle-même, si, familiarisé avec l'emploi du chloroforme tel que nous l'entendons, l'accoucheur sait maintenir à sa malade la conservation de l'intelligence ? Il est évident alors qu'il pourra la guider, la faire pousser à sa volonté, s'il a besoin de ce secours pour terminer l'accouchement.

Dans les observations XXXVIII et XXXIX de M. Chailly, rapportées ci-dessous, la femme, tout en étant anesthésiée, causait avec liberté d'esprit.

D'ailleurs, le secours de la femme est rarement nécessaire ; il n'a été réclamé qu'une seule fois par l'opérateur sur les neuf observations que j'ai publiées dans la *France médicale* le 23 janvier dernier, et encore il y avait là une complication. C'était pour une version pratiquée pour une présentation de l'épaule compliquée d'une tumeur fibreuse.

La femme était endormie déjà depuis vingt-cinq minutes, elle l'avait été à l'aide d'un cornet tel que l'emploie M. Depaul ; la dose que nous recommandons avait été évidemment dépassée, quoique la résolution musculaire n'existât pas encore. L'opérateur fit suspendre l'inhalation, secoua la femme, qui revint à elle et poussa ; on reprit ensuite le cornet, et l'opération fut rapidement terminée.

Par opposition, j'ai vu, le 2 juin dernier, M. Guéniot, chef de clinique, pratiquer une version pour une présentation de l'épaule dans un bassin notablement rétréci, et terminer cette opération en un quart d'heure, sans que la femme, qui était endormie, eût besoin de pousser.

Parmi les neuf observations que j'ai fait paraître dans la *France médicale*, nos 6 et 7, 1864 (*De l'emploi des anesthésiques dans les accouchements*), quatre sont des accouchements naturels, dans lesquels l'opérateur a fait usage du chloroforme quand les douleurs lui parurent exagérées. Ainsi :

Obs. I. — Le 20 avril 1860, M. P..., âgée de vingt-trois ans, primipare ; chloroforme pour des douleurs extrêmement vives survenues pendant la deuxième période du travail ; elles ont cédé rapidement après quelques inspirations : enfant bien portant, 2,600 gr.

Obs. V. — Le 26 juin, Pauline C..., âgée de vingt-trois ans, primipare, atteinte d'hydrorrhée, accouchant à huit mois. Les douleurs sont tellement violentes chez cette femme naturellement sensible, qu'on la soumet au chloroforme pendant vingt minutes. Elle le supporte parfaitement ; on lui évite ainsi les douleurs plus déchirantes encore de la dernière période, et elle sort le 6 juillet parfaitement guérie : enfant faible, qui n'est pas à terme ; 2,600 gr.

taxis sera fait avec prudence, et on opérera de suite s'il y a de l'empâtement sous-cutané.

Si le chirurgien est appelé après la quarante-huitième heure, le taxis prolongé, la compression avec des bandes de caoutchouc, qui produit une sorte de taxis prolongé, sont toujours indiqués pour les grosses hernies. Pour les petites, et particulièrement pour les hernies crurales chez la femme, l'opération est ce qu'il y a de mieux à faire, et le taxis peut être plus nuisible qu'utile.

Lorsque la hernie est au quatrième jour de l'étranglement, la détermination du chirurgien dépend encore du volume de la hernie. Mais M. Gosselin pense qu'à ce moment l'opération est presque toujours préférable.

Enfin, lorsque l'on est arrivé au cinquième jour après le début des accidents, le débridement immédiat est toujours indiqué.

Ce n'est pas tout de formuler des préceptes de thérapeutique, M. Gosselin appuie ses propositions sur des faits ; le lecteur trouvera une liste de succès obtenus par le taxis, et cette liste est encourageante.

Qu'il nous soit permis une réflexion à cette occasion : la proportion des guérisons obtenues par le taxis est plus grande que la proportion des guérisons par l'opération dans la statistique de M. Gosselin. Cette différence a son analogue dans les statistiques anglaises. On sait que les Anglais pratiquent peu le taxis ; ils opèrent de bonne heure, et surtout par la méthode de J. L. Petit, c'est-à-dire sans ouvrir le sac. Cette méthode semble donner des succès. Mais ils correspondent, ainsi que nous l'avons montré ailleurs, aux succès obtenus en France par le taxis. Nos lecteurs se persuaderont qu'il devait en être ainsi en considérant que le débridement sans ouvrir le sac est un taxis avec opération préliminaire d'une utilité qui n'est pas démontrée. Ils trouveront encore une confirmation de cette interprétation en remarquant que les débridements après ouverture du sac donnent dans les statistiques anglaises ou françaises le même chiffre de mortalité.

M. Gosselin formule de la sorte une définition de l'étranglement : la constriction plus ou moins dangereuse d'une anse intestinale, constriction dont les effets fâcheux sont évités par une réduction immédiate lorsque le chirurgien est appelé en temps opportun. L'idée dominante du livre, la valeur du taxis, a donné ici une forme pratique à une explication du fait de l'étranglement, qui jusqu'ici n'a pas été déterminé d'une façon absolue.

Il y a dans tous les livres qui traitent des hernies une série de points sur lesquels les auteurs ont à faire leur profession de foi. Ils ont à se prononcer sur le siége de l'étranglement objet de tant de controverses, et sur plusieurs autres parties de la pathologie herniaire.

Voici quelles sont les propositions admises dans les leçons sur les hernies abdominales :

Aux yeux de M. Gosselin, le collet du sac, les anneaux fibreux accidentels, tels que les trous du *fascia crebriformis*, sont les agents ordinaires de l'étranglement. L'auteur considère comme extrêmement rare l'étranglement par les anneaux naturels, et dans les cas où ceux-ci semblent le point où siége la constriction, le collet du sac entre encore pour quelque chose dans le mécanisme de l'étranglement. M. Gosselin croit que la gravité de l'étranglement des entéro-épiplocèles est moins grande que celle de l'étranglement des entérocèles. L'engouement gazeux, tel que l'ont exposé O. Beirne et M. Guyton, paraît à l'auteur une théorie acceptable.

Au point de vue du traitement, M. Gosselin se prononce contre le purgatif d'emblée. « Comme moyen de diagnostic, dit-il, je l'admets ; mais dans la plupart des cas les purgatifs font perdre un temps précieux. » Même après l'opération, le purgatif ne lui paraît pas indispensable, et lorsque M. Gosselin a recours aux purgatifs dans le but de rétablir le cours des selles lentes à se produire, il se sert de préparations qui peuvent être prises sous un petit volume, telles que le calomel.

L'auteur ne se prononce pas sur la méthode de l'opération de la hernie sans ouverture du sac. Enfin, pour la hernie ombilicale étranglée, il croit que le débridement est une meilleure ressource que l'expectation, en vue de laisser un anus contre nature s'établir. A cet égard, le professeur diffère complétement des jugements émis par M. Huguier à la Société de chirurgie.

En résumé, le lecteur trouvera dans les *Leçons sur les hernies abdominales* une discussion consciencieuse des ressources de la thérapeutique herniaire. Ce qu'il y a d'obscur dans le mécanisme des hernies est indiqué avec soin. Les médecins qui voudront à l'avenir faire de nouvelles recherches sur les hernies trouveront dans le livre de M. Gosselin un excellent point de départ.

Dr Armand Després.

Obs. VI. — Le 3 juillet, Marie R..., âgée de dix-neuf ans, primipare ; accouchement naturel, première position du sommet. Les douleurs très-violentes lui font pousser des cris. M. Dubois l'endort avec le chloroforme, non sans peine, quoiqu'elle ait été soumise aux inhalations pendant vingt-cinq minutes. L'enfant vient bien portant : 2,720 gr. La femme sort le 11 juillet.

Obs. VIII. — Venant de ma pratique.

Le 19 mars 1860, Mme B..., âgée de trente ans, primipare, rue Michel-le-Comte, 31. Après dix heures de travail, elle traduisait ses douleurs par des cris violents et une exaltation extrême. Le col est dilaté ; les eaux écoulées, la tête se trouve sur le plancher du bassin. J'administre le chloroforme ; après dix minutes, la résistance du périnée est vaincue. L'enfant vient bien portant ; la mère guérit.

Je pourrais multiplier les citations, car j'ai dans ma clientèle privée quelques faits qui militent en faveur de mes conclusions ; mais pour donner à ces conclusions toute l'autorité voulue, je ne m'appuierai que sur les trois faits d'accouchements naturels que j'ai rapportés ci-dessus, et qui appartiennent à M. P. Dubois. Trois primipares : chez la première, douleur vive pendant la deuxième période ; chez la deuxième et la troisième, douleur plus vive encore, débutant au commencement du travail.

Si à ces faits on ajoute ceux rapportés dans l'excellent livre de M. Chailly, qui fait aussi autorité en pareille matière, on a un total de dix-sept accouchements naturels dans lesquels l'emploi du chloroforme a été d'un grand secours. Ainsi :

Obs. XXXVII (page 758). — Mme de S..., contractions pathologiques, douleur exagérée au moment où la tête va franchir le col. Chloroforme, malgré les contractions énergiques de l'utérus ; expulsion spontanée ; enfant vivant.

Obs. XXXVIII. — Mme G..., multipare (son premier enfant est venu à terme). Au moment de la dernière expulsion, elle éprouve une douleur insupportable ; agitation, exaspération, divagation dans les idées ; il faut la maintenir de force sur son lit. Chloroforme ; toute agitation cesse ; Mme G... parle avec calme à son mari, signale les progrès du travail, ne sent plus aucune douleur, et accouche sans accident d'un enfant bien portant.

Obs. XXXIX. — Mme B..., primipare, âgée de dix-neuf ans. Premières douleurs le 10 janvier, à huit heures du matin ; le soir, au moment de la dilatation du col, douleur exagérée. Chloroforme. La douleur cesse immédiatement, et le travail a repris sa physionomie de la journée. La patiente retrouva même souvent sa gaieté naturelle ; la nature de sa conversation et ses saillies purent nous convaincre que son esprit n'était pas engourdi.

L'utérus, pendant ce temps, continuait à se contracter avec force et régularité ; après quatre ou cinq heures d'inspiration, la dilatation était complète et la tête engagée.

Cessation du chloroforme ; la femme accouche d'une fille bien portante.

Le 8 février, la mère était bien rétablie.

La douleur a paru dans ce cas à M. Chailly devoir être attribuée à la rigidité du col, pour laquelle il avait employé en vain l'extrait de belladone.

Obs. XL. — Mme B..., deuxième grossesse. A part la longueur moindre du travail, mêmes faits, mêmes résultats.

Obs. XLI. — Mme B..., troisième grossesse. La malade demande elle-même le chloroforme à grands cris ; mêmes résultats.

Obs. XLII. — La même dame vient d'accoucher de son huitième enfant, avec le même agent et des résultats semblables à chaque couche.

Obs. XLIII. — Mme M..., troisième couche à terme. Chloroforme pendant la deuxième période ; accouchement spontané, enfant vivant.

Obs. XLIV, XLV et XLVI. — Le chloroforme est encore employé pour atténuer la douleur au moment de la dernière expulsion.

Obs. XLVII. — Mme L... ; chloroforme pour contractions pathologiques ; accouchement spontané, enfant vivant.

Obs. XLVIII et XLIX. — Mmes de P... et de T... ; accouchements naturels, chloroforme, bons résultats.

Je ne veux pas abuser de vos instants, Messieurs, en décrivant plus longuement les avantages des anesthésiques dans les accouchements. Vous les trouverez dans les travaux de M. Liégard (de Caen), dans le Mémoire que M. Houzelot (de Meaux) a présenté à la Société de chirurgie, etc. ; je voulais seulement répondre aux deux plus sérieuses objections qui persistent contre leur emploi ; je termine en citant les cas qui me paraissent les réclamer.

On verra que si j'étends le bénéfice du chloroforme à toutes les primipares dans l'accouchement naturel, parce que cette condition de primiparité me paraît liée à l'existence d'une douleur plus grande, j'en restreins l'emploi pour les opérations chez les multipares, car il y a des applications de forceps tellement simples que l'introduction et le placement des branches peuvent se faire, comme le dit M. Depaul, sans que la femme s'en aperçoive. Dans ces cas, je ne commence les inspirations qu'au moment d'exécuter les tractions.

Dans la version, au contraire, je donne le chloroforme pendant le temps d'introduction, et pendant celui de mutation si les eaux se sont écoulées. De cette façon, je puis compter plus sûrement sur le concours de la femme pendant la période d'expulsion.

TOUX CATARRHALES

et états phlegmasiques des voies respiratoires. — Traitement ;

Par M. le docteur A. Raimbert.

Nous appelions, il y a quelques mois, l'attention de nos lecteurs sur la singulière constitution médicale que nous traversions. L'automne avait présenté des vicissitudes atmosphériques considérables, et la santé publique en avait sensiblement souffert. Nous signalions alors l'apparition à peu près assurée des toux catarrhales et des états phlegmasiques des voies respiratoires.

Chacun sait combien sont opiniâtres ces premières bronchites, qui, négligées, peuvent avoir les suites les plus désastreuses. Le mot de Celse restera toujours vrai, et on ne saurait trop le répéter pour tenir les malades en éveil : « Un rhume négligé est une phthisie commencée. »

Nous sommes trop rarement consultés au début de ces affections, et il n'est pas de médecin qui n'ait eu à enregistrer quelques suites funestes de ces premières négligences. Il est cependant si facile d'avoir recours à un de ces médicaments dont l'action est toujours suivie de succès ! Le sirop de Lamouroux présente à un haut degré cette sûreté d'action. Pour notre part, nous lui avons dû si souvent des résultats inespérés, que nous n'hésitons jamais à le prescrire dans le traitement des bronchites. Tous les thérapeutistes sont d'accord sur sa valeur, et nos maîtres les plus célèbres ont recommandé son usage.

Chomel, Louis, Gendrin, le recommandent dans leurs cliniques ; leurs ouvrages relatent les succès qu'ils en ont obtenus. La rapidité avec laquelle il se rend maître des bronchites les plus intenses, en fait un précieux agent thérapeutique dans le traitement des personnes vouées à l'enseignement, au barreau ou à la chaire. La bronchite est chose commune pour les orateurs, et nous gardons encore le souvenir de la reconnaissance que conserve au sirop Lamouroux un artiste dramatique auquel nous donnions nos soins. Six jours avaient suffi pour lui permettre de remonter sur la scène.

Nous avons déjà dit comment nous comprenions l'effet produit par cet agent thérapeutique ; sa composition rend parfaitement compte des bons effets obtenus.

Mais il se présente un cas où l'emploi du sirop devient difficile. Il est en effet un certain nombre de malades qui ne peuvent supporter de boire un sirop. C'est pour eux que Lamouroux fit une *pâte* dont la composition résume parfaitement les éléments du sirop. Cette pâte constitue un de nos meilleurs béchiques et calmants. Nous la recommandons aux praticiens ; ils en tireront le même bénéfice que du sirop.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 décembre 1864. — Présidence de M. Morin.

M. Remak présente la deuxième partie de son mémoire *sur les effets thérapeutiques et physiologiques du courant galvanique constant.* (Renvoi à l'examen des commissaires déjà nommés, MM. Velpeau, Rayer, Bernard.)

— M. V. Poulet envoie une rectification pour un travail *sur le goître à Plancher-les-Mines,* précédemment adressé comme pièce de concours pour le prix de statistique.

A cette rectification l'auteur a joint des considérations sur une des causes qu'il considère comme favorisant l'apparition du goître, l'humidité de l'air habituelle aux vallées resserrées. (Renvoi à la commission du prix de statistique.)

Structure du tissu nerveux. — M. P. Roudanowsky adresse un mémoire ayant pour titre : *Observations sur la structure du tissu nerveux par une nouvelle méthode.*

La méthode que je propose, dit l'auteur, est la suivante :

I. Préparer, avec un couteau à double tranchant, des coupes de tissu nerveux gelé par une température de — 10 à — 15 degrés Réaumur.

II. Les colorer au moyen de la décoction aqueuse de cochenille.

III. Couvrir les pièces avec le baume de Canada ou bien avec un mélange spécial composé d'une solution assez concentrée de colle d'esturgeon (*ichthyocolla*), 6 ou 7 parties, réunie à de la glycérine, 8 parties.

I. — *Sur la structure des nerfs spinaux.*

1. En examinant une section transversale des nerfs, on voit que *les éléments primitifs des nerfs sont des tubes avec une configuration pentagone ou hexagone.*

2. *Les parois des tubes nerveux,* formées par le tissu conjonctif, représentent dans tout le faisceau des tubes, par leur continuité, un véritable réticulum.

3. Le même tissu, formant les parois des tubes, laisse en quelques endroits, entre les tubes eux-mêmes et entre les faisceaux des tubes, des cavités closes étoilées (*réservoirs*) par lesquelles s'opère la nutrition des éléments nerveux.

4. La représentation isolée des tubes nerveux est un phénomène artificiel.

5. Les *cylindres des axes* sont colorés par la cochenille ainsi que les parois des tubes ; les cylindres des axes se voient dans le centre des tubes sous la forme de fibres noueuses.

6. Dans un faisceau de tubes nerveux, les cylindres des axes donnent sur leur longueur des *fibres transversales* qui traversent les parois des tubes et communiquent avec les fibres transversales des autres cylindres.

7. Dans toute la longueur d'un cylindre de l'axe, les groupes de fibres transversales qui partent d'une section de cylindre de l'axe ne se trouvent pas placés au même niveau, mais à des distances à peu près égales les uns des autres.

8. Les fibres transversales de l'axe se trouvent dans les racines antérieures et postérieures des nerfs spinaux, mais il est possible qu'elles manquent dans quelques nerfs.

9. On sait que les cylindres des axes sont entourés dans les tubes nerveux par la myéline (substance blanche), qui ne se colore presque jamais avec la cochenille, et, dans les pièces préparées avec le baume de Canada, elle a toujours l'aspect d'une masse amorphe grenue.

10. Dans la composition du faisceau des tubes entrent des *tubes gros, ténus* et *très-ténus.*

Le nombre des tubes ténus et des tubes très-ténus varie dans les différents nerfs et dans leurs différents faisceaux. Les tubes ténus et très-ténus se rencontrent dans les racines antérieures et postérieures des nerfs spinaux, surtout dans les racines postérieures, et ont la même structure que les gros tubes avec leurs cylindres des axes.

11. Il est très-probable que les tubes ténus et très-ténus appartiennent au cerveau, où ils se trouvent comme éléments prédominants, si ce n'est exclusifs, de toute la substance blanche.

12. Chaque nerf contient à la fois un *substratum* anatomique du cerveau, de la moelle épinière et probablement des ganglions.

II. *Caractères généraux de la structure des organes centraux du système.*

Dans les coupes minces, la substance grise paraît toujours diaphane et d'une couleur gris jaunâtre, ce qui dépend surtout de l'absence de la myéline, donnant à la substance blanche un aspect mat qui la rend opaque. Dans les pièces microscopiques préparées avec la gélatine, la myéline a l'aspect de gouttes de graisse ou quelquefois de gouttes grenues.

La quantité de la myéline augmente jusqu'à l'âge adulte ; chez les jeunes animaux, elle est en quantité moindre. On peut supposer que le développement de quelques fonctions nerveuses dans les différents âges de la vie est correspondant à l'augmentation de la quantité de myéline.

1. La *substance grise* des organes centraux est composée de cellules et fibres nerveuses comme leurs prolongements ou embranchements ; la substance blanche se compose de tubes avec les caractères que nous avons décrits dans les nerfs.

2. Les éléments les plus importants du tissu nerveux qui doivent être considérés, sans conteste, comme l'origine des nerfs, sont ce que l'on appelle les cellules nerveuses (*cellula nervea*).

La différence entre les cellules nerveuses est due à leur volume et à leur configuration, à la présence ou à l'absence des prolongements et au nombre de ces derniers, suivant les différents lieux.

3. Dans certaines parties des organes centraux, les cellules nerveuses, par quelques-uns de leurs prolongements, se réunissent mutuellement en formant ainsi des mailles, aux angles desquelles se trouvent les cellules nerveuses elles-mêmes : de là résulte le réseau des cellules nerveuses.

4. En beaucoup d'endroits des organes centraux, le tissu de la substance grise présente des mailles formées exclusivement de fibres nerveuses : c'est ce qui forme un réseau des fibres.

5. Sur la surface des *thalami nervorum opticorum*, ces faisceaux des fibres s'infléchissent dans une direction opposée, en formant une disposition spéciale des mailles, réseau des nœuds.

6. Comme caractère essentiel de la texture des parties centrales, on voit des mailles ou des réseaux formés par la substance grise, ainsi qu'une direction opposée entre les faisceaux des fibres de la substance grise et entre les faisceaux de tubes nerveux de la substance blanche.

Il en résulte qu'une partie des fibres nerveuses de substance grise se recourbent ou s'infléchissent dans la substance blanche, où elles apparaissent comme les cylindres des axes dans les tubes de cette substance.

7. C'est la substance grise qui est la substance nerveuse fondamentale ; elle remplit le principal rôle dans la fonction des nerfs.

8. En divisant le cerveau en lames verticales antéro-postérieures, on constate que la partie périphérique du cerveau a l'aspect d'un ruban ou d'un cylindre qui, par sa marche sinueuse, forme ce que l'on appelle les circonvolutions cérébrales (*gyri cerebri*). Ce cylindre contient à l'intérieur une substance blanche, et à l'extérieur une substance grise ; il se réunit dans chaque hémisphère avec les parties centrales du cerveau, à leur base.

9. Presque dans toute la moelle épinière, on observe la loi générale de la structure des organes centraux, la disposition opposée des fibres de substance grise aux tubes de substance blanche.

10. Les cornes antérieures communiquent entre elles en formant ainsi la commissure antérieure. Cette commissure représente trois ou quatre faisceaux de fibres passant d'une corne antérieure à l'autre, en se trouvant toujours à quelque distance l'une de l'autre et toujours dans la direction perpendiculaire à l'axe de la moelle épinière. Quelques-unes des fibres des faisceaux de commissure antérieure s'entre-croisent au fond de la fissure antérieure. Il n'existe point de commissure postérieure dans le sens d'une communication des cornes postérieures entre elles, mais cette commissure est formée de tissu conjonctif qui appartient à la substance blanche du cerveau.

11. Les cellules nerveuses communiquent entre elles par quelques-une de leurs prolongements dans le même groupe où elles se trouvent, soit dans les cornes postérieures, soit dans les cornes antérieures.

12. Quelques-unes des branches des cellules nerveuses, passant transversalement à l'axe de la moelle épinière, s'infléchissent et deviennent parallèles à cet axe, et prennent place dans les tubes de substance blanche pour former les cylindres de l'axe.

13. Il existe des nerfs qui sortent des parties centrales, du cerveau et de la moelle épinière déjà complétement formés comme les tubes, et d'un autre côté il y a des nerfs qui se transforment de fibres en tubes seulement hors des parties centrales.

14. L'un des caractères les plus frappants dans les cornes postérieures, c'est la formation des mailles par les fibres de cellules nerveuses ; ces mailles manquent dans les cornes antérieures, où l'on ne voit qu'une simple irradiation des nerfs.

III. — *Observations pathologiques sur l'action de quelques poisons.*

1. Après avoir empoisonné des chats, des chiens et des lapins par la strychnine, la nicotine, l'opium et le chloroforme, nous avons remarqué que toutes ces substances altèrent toujours le tissu nerveux.

2. Quelques-uns de ces poisons, les plus énergiques, comme la strychnine et la nicotine, altèrent les cellules nerveuses et leurs embranchements. Les autres poisons, comme le chloroforme, l'opium et peut-être l'alcool, modifient la myéline.

3. Les altérations après la nicotine s'étaient indiquées par la forte pigmentation et destruction des cellules nerveuses avec leurs prolongements seulement dans la moelle épinière où commencent les nerfs vagues et hypoglosses. Dans ce cas les cellules nerveuses et leurs prolongements sont devenus brun foncé et ont pris un aspect de désorganisation.

4. Sous l'influence de ces poisons, j'ai remarqué qu'avec la congestion dans les vaisseaux sanguins des racines des nerfs de la moelle épinière, les réservoirs augmentent aussi en volume.

5. De tout ce que nous venons de dire, on peut conclure qu'il suffit d'une goutte d'un énergique poison, comme la nicotine, pour tuer un grand animal, non parce qu'il altère chimiquement la métamorphose de tout l'organisme, mais parce que ce poison détruit les petits organes comme les cellules nerveuses qui sont l'origine des nerfs des principaux organes de la vie.

6. L'influence de l'opium et du chloroforme agit sur la myéline, qui, au lieu de prendre la forme amorphe grenue, prend ici l'aspect de petits corps brillants.

— M. BERNARD présente, au nom de MM. SAINTPIERRE et ESTOR, une note sur un appareil propre aux analyses des mélanges gazeux et spécialement au dosage des gaz du sang.

Par décret de l'Empereur, en date du 27 novembre dernier, l'érection d'une statue à Laënnec est autorisée.

On sait que deux commissions ont été instituées, dans la dernière assemblée générale de l'Association, dans le but de provoquer une souscription pour accomplir ce pieux devoir envers l'immortel auteur de l'auscultation.

La Commission générale est composée des présidents des Sociétés locales agrégées ou non à l'Association générale.

La Commission centrale des voies et moyens est composée ainsi que suit :

MM.

Rayer, président de l'Association générale des médecins de France.

Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Grisolle, président de l'Académie impériale de médecine.

Lévy, directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce.

Reynaud, inspecteur général du service de santé au ministère de la marine et des colonies.

Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie.

Andral, professeur à l'École de médecine, membre de l'Institut, membre de l'Académie impériale de médecine.

Bouillaud, professeur à l'École de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine.

Louis, membre de l'Académie impériale de médecine.

De Kergaradec, membre de l'Académie impériale de médecine.

Barth, membre de l'Académie impériale de médecine.

Latour (Amédée), secrétaire général de l'Association.

Lediberder, auteur de la proposition relative à la statue de Laënnec.

Sanderet, rapporteur.

Halleguen, président de la Société locale du Finistère.

Roger (Henri), membre de l'Académie impériale de médecine, secrétaire de la Commission.

Monseigneur l'évêque du diocèse.

M. le préfet du Finistère.

M. le maire de Quimper.

Les autorités civiles et religieuses de la Bretagne, et en particulier celles du département du Finistère, sont invitées à prendre une part active à cette patriotique manifestation.

Cette Commission s'est réunie mardi dernier, et, après avoir entendu la lecture du décret impérial, a déclaré la souscription ouverte.

Les souscriptions sont reçues aux Bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*. Les listes de souscription seront publiées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours de l'internat a été terminé dimanche. Voici la liste des élèves internes :

MM. 1. Henocque, 2. Peulevé, 3. Folet, 4. Causit, 5. Burlaud, 6. Gadaud, 7. Panthin, 8. Obedenare, 9. Louvet, 10. Petit.

MM. 11. Pilate, 12. Mahot, 13. Lolliot, 14. Farabeuf, 15. Choyau, 16. L. de Lignerolles, 17. Roques, 18. Jolivet, 19. Blache, 20. Sanné.

MM. 21. Boucher, 22. Molinier, 23. Betbeze, 24. Carbonell, 25. Fredet, 26. Bozonet, 27. Lafaurie, 28. Planchon, 29. Rist, 30. Pichereau.

MM. 31. Serres, 32. Lefeuvre, 33. Zaepffel, 34. Jubin, 35. Pentray, 36. Labbée, 37. Millet, 38. Bourdillat, 39. Penières, 40. Colas.

Internes provisoires. — 1. MM. Machenaud, 2. Cabadé, 3. Marie, 4. Leboeuf, 5. Wiart, 6. Puel, 7. Dantagnan, 8. Laburthe, 9. Seuten.

10. MM. Menière, 11. Shweich, 12. Thévenin, 13. Levêque, 14. Olivier, 15. Roulet, 16. Liouville, 17. Labory, 18. Voyet, 19. Rengade.

20. MM. Herbert, 21. Challier de Grandchamps, 22. Attimon, 23. Carré, 24. de Font-Réaulx, 25. Vieille, 26. Navarro y Villar, 27. Castro y Parra, 28. Renault, 29. Boussard.

— Le concours pour les prix des internes a été terminé de la manière suivante :

Internes de 3e et 4e année. — Médaille d'or, M. Fernet ; médaille d'argent, M. X. Gouraud ; 1re mention, *ex æquo*, MM. Damaschino, Anger et Cornil ; 2e mention, *ex æquo*, MM. Coctau, Lemoine et Rigal.

Internes de 1re et de 2e année. — Médaille d'argent ; M. Henrot ; accessit, M. Terrier ; 1re mention, M. Ledentu ; 2e mention, M. Larcher.

— Par décret en date du 18 décembre 1864, ont été nommés :

M. le docteur Tessereau, adjoint au maire du 1er arrondissement.

M. le docteur Brierre de Boismont, adjoint au maire du 11e arrondissement.

M. Boucher, pharmacien, adjoint au maire du 15e arrondissement.

— Par décret impérial, en date du 27 novembre 1864, la Société chimique de Paris est reconnue comme établissement d'utilité publique.

— Par décret impérial en date du 27 novembre 1864, l'article 2 du décret du 5 mars 1864, par lequel l'Académie française a été autorisée à accepter le legs que lui a fait le docteur Toirac, est modifié ainsi qu'il suit : « Le capital légué à l'Académie française par M. le docteur Toirac sera placé en rentes sur l'Etat français, et le revenu en sera destiné, après l'extinction de l'usufruit, à la fondation d'un prix qui portera le nom de *Prix Toirac*, et que l'Académie française décernera tous les ans à l'auteur de la meilleure comédie en vers ou en prose jouée dans le courant de l'année au Théâtre-Français. »

— Par arrêté du 30 novembre 1864, M. Flaubert, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur de ladite chaire, en remplacement de M. Leudet père, en congé d'inactivité.

M. Duménil, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Flaubert, appelé à d'autres fonctions.

M. Merry-Delabost, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, en remplacement de M. Duménil, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté du 3 décembre 1864, M. Eudes-Deslongchamps, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Caen, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année classique 1864-1865, par M. Eudes-Deslongchamps (Eugène), docteur ès sciences, préparateur du cours de géologie à la Faculté des sciences de Paris.

— La Société de médecine de Louvain, en séance du 7 décembre dernier, a arrêté comme suit le programme du concours de 1865 :

1° Quelles sont les causes de la fréquence des épidémies de fièvre typhoïde dans les communes rurales ? Quelles sont les mesures à prendre et quels sont les moyens à employer pour prévenir et pour combattre ces épidémies ?

2° Quel est l'état actuel de nos connaissances sur les désinfectants ?

3° De l'emploi thérapeutique des préparations zinciques.

4° Rédiger un mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements.

Les manuscrits, lisiblement écrits en français, devront être adressés *franco*, avant le 1er octobre 1865, au secrétaire de la Société, le docteur Guibert, rue de la Station, 37.

Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement ; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté, contenant le nom et le domicile de l'auteur.

Les membres actifs et les membres honoraires de la Société ne peuvent prendre part au concours.

Des médailles en or, en vermeil ou en argent, aux armes de la ville, ainsi que le titre de *membre correspondant*, seront décernés aux auteurs des meilleurs mémoires adressés à la Société.

— M. le professeur Claude Bernard ouvrira son cours de médecine expérimentale au Collége de France le 23 décembre, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à une heure et demie.

— M. le docteur Coursserant commencera ses conférences publiques et gratuites sur les maladies des yeux le mercredi 21 décembre, à onze heures et demie, à son dispensaire, rue Paillet, 19.

La conférence du dimanche est consacrée à la chirurgie oculaire et à l'ophthalmoscopie.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finira le 31 décembre sont priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. DECQ, *libraire, rue de la Madeleine*, 9 ; *ou à* M. MAYOLEZ, *libraire, rue de l'Impératrice*, 35 ;

Ceux de l'Angleterre, à M. H. BAILLIÈRE, *libraire, à Londres*, 219, *Regent street ;*

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires à Genève ;*

Ceux des autres Etats, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Recherches physiologiques et philosophiques sur le magnétisme, le somnambulisme et le spiritisme. Théorie nouvelle de la pensée et de l'extase, etc. Rôle du cœur et du cerveau. Par M. le docteur GUYOMAR. In-8° de 40 pages. Prix : 1 fr. 25 c. *franco*. — Paris, chez Adrien Delahaye, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 DÉCEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a procédé hier au renouvellement de son bureau pour l'année 1865. Aux termes du nouveau règlement modifié de l'Académie, M. Malgaigne, vice-président en 1864, passe au fauteuil de la présidence pour 1865. M. Bouchardat a été nommé vice-président; M. J. Béclard a été réélu secrétaire annuel. Ces deux élections ont eu lieu à la presque unanimité. L'Académie a élu ensuite deux membres du conseil, en remplacement des deux membres dont les fonctions sont périmées. Les nouveaux membres élus sont MM. Barth et Gosselin. Voilà le bureau et le conseil constitués pour l'année prochaine; il ne reste plus, pour compléter les travaux de fin d'année, qu'à nommer les commissions permanentes : ce sera l'affaire de la prochaine séance.

Après l'accomplissement de ces travaux, M. Devergie a lu la première partie d'un rapport sur un mémoire de M. Bergeron, relatif à la prophylaxie des teignes. M. le rapporteur a réservé pour la séance prochaine la partie de son travail dans laquelle il examine et discute les opinions de M. Bergeron sur ce sujet. Nous attendrons cette discussion pour dire un mot du mémoire et du rapport. — Dr Brochin.

La séance de réouverture des Facultés de médecine de Strasbourg et de Montpellier a été cette année, comme les années précédentes, l'occasion d'un exposé de situation qui constate un progrès toujours croissant dans les études.

A Strasbourg, indépendamment des trois cliniques magistrales (accouchements, médecine, chirurgie), quatre cliniques spéciales ont eu lieu : sur les maladies des enfants, sur l'ophthalmologie, sur les maladies syphilitiques, et sur les maladies chroniques. Les chaires de clinique nouvellement créées auprès de cette Faculté viendront accroître encore pour l'année prochaine cette source abondante de véritable enseignement médical.

Ainsi que cela avait eu lieu précédemment, les professeurs de chimie, de physique et de physiologie ont bien voulu se joindre aux agrégés pour compléter l'enseignement pratique donné dans les conférences. Ces conférences, dont les sujets ont porté sur la chimie et sur la physique médicales, sur l'anatomie et l'histologie, sur la physiologie, sur la pathologie interne, le diagnostic et la médecine pratique, sur la pathologie et l'anatomie chirurgicales, sur la médecine opératoire, sur l'embryologie, sur la toxicologie, la matière médicale, la médecine légale, la botanique, etc., ont constitué, comme on le voit par cette seule énumération, à côté de l'enseignement normal un enseignement pratique embrassant toutes les branches de la médecine, de la chirurgie et des sciences accessoires. — Nous souhaitons un semblable complément d'instruction pour les élèves de Paris.

Voici quel a été pour la dernière année scolaire le mouvement des élèves :

Le nombre total des élèves civils, soit réguliers, soit libres, a été de 187.

Les élèves du service de santé militaire, qui étaient en 1862-1863 au nombre de 292, ont été pendant l'année scolaire 1863-1864 au nombre de 333. — Différence en plus pour 1863-1864 : 41.

En résumé, le chiffre total des étudiants en cours d'inscriptions ou d'examens, soit civils, soit militaires, a été de 496; il était en 1862-1863 de 472. — Différence en plus pour 1863-1864 : 24.

En ajoutant au chiffre des étudiants réguliers, civils et militaires (496), celui des auditeurs bénévoles (24), on trouve le nombre total de 520.

Les prix décernés par la Faculté ont été ainsi répartis :

1re ANNÉE. — *Histoire naturelle, physique et chimie médicales.* — M. Mathias-Marie Duval, de Grasse (Var).

2e ANNÉE. — *Anatomie et physiologie.* — M. Maurice Claudot, de Neufchâteau (Vosges).

Mentions très-honorables : MM. Léon Lereboullet, de Strasbourg; Joseph Marvaud, de Saint-Jean d'Angély (Charente-Inférieure; Joseph-Dieudonné Feltz, de Gueberschwihr (Haut-Rhin); Jean-Henri Thorens, de Mulhouse (Haut-Rhin).

3e ANNÉE. — *Médecine.* — M. Edmond Guillemin, de Rambas (Moselle).

Mentions honorables : MM. Albert-Hippolyte Robert, de Saint-Mihiel (Meuse); Marie-Xavier-Louis-Albert Blum, de Rosheim (Bas-Rhin).

A Montpellier, la séance de rentrée a eu cette année un éclat tout à fait exceptionnel. On se rappelle qu'il y a quelques années, à pareille époque, M. le professeur Bouisson formula la proposition d'élever une statue aux deux anciens maîtres qui avaient le plus illustré l'enseignement ou le mieux servi les intérêts de cette Ecole, à Barthez et à Lapeyronie. La Faculté inaugurait ces deux monuments qui décorent la façade de l'École, le même jour et en même temps qu'elle faisait sa rentrée scolaire solennelle.

La première partie de la séance s'est passée, comme d'habitude, dans le grand amphithéâtre.

Après un discours de M. le recteur Donné qui a ouvert la séance, M. le professeur Bouisson, en remplacement de M. le doyen Bérard absent, a lu le rapport sur les travaux de la Faculté pendant l'année scolaire 1863-1864; puis M. Cambouliu, professeur de littérature ancienne à la Faculté des lettres, a lu un discours intitulé : *La critique au dix-neuvième siècle.*

La Faculté et le nombreux concours des invités se sont transportés ensuite sur l'emplacement qui précède l'entrée de l'École, et là a eu lieu la cérémonie d'inauguration des deux statues. MM. les professeurs Dupré et Bouisson se sont partagé l'honneur de louer devant l'assistance d'élite qui se pressait autour de ces monuments, les deux hommes illustres dont l'Ecole de Montpellier s'honore à juste titre.

Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de rapporter quelques extraits de ces deux remarquables discours, dans lesquels les orateurs ont lutté de science et de talent.

Nous reviendrons sur le compte rendu de l'année scolaire, dont tous les détails ne sont pas encore parvenus à notre connaissance.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Histoire d'une chute de l'utérus

observée par CAZEAUX (1849) et par M. GOUPIL (1863).

(Recueillie par M. BOURNEVILLE.)

M... (Désirée-Marie), âgée de quarante ans, est entrée le 10 juin 1863 au n° 31 de la salle Sainte-Marguerite (hôpital Saint-Antoine, service de M. Goupil).

Son enfance a été heureuse; jamais de maladie grave. Les règles sont apparues à treize ans et demi, sans avoir été précédées de leucorrhée ou de douleurs abdominales. Elles ont été régulières jusqu'à dix-huit ans, époque où, après avoir pris prématurément un bain froid, elle resta six mois aménorrhéique.

Elle se maria à vingt-deux ans. Les rapports sexuels, très-douloureux les premiers jours, surtout au fond du vagin, ont toujours été pénibles; aussi les appréhende-t-elle plutôt qu'elle ne les recherche. Elle devint enceinte pour la première fois en 1846; pour la seconde, en 1847, et enfin, pour la troisième, en 1849. Le 18 octobre de cette année, elle entra dans le service de Cazeaux, à l'hôpital des Cliniques. Nous trouvons consignée dans le *Traité de l'art des accouchements* (1) de cet auteur, l'histoire des trois grossesses de Marie M.. Nous la reproduisons textuellement :

« Elle était alors au commencement du neuvième mois de sa grossesse. Il y a quatre ans, la malade eut une première grossesse vers la fin de laquelle elle sentit et vit une petite tumeur rouge, du volume d'une noix environ, sortir par la vulve, mais peu proéminente, et qui gêna peu la malade et nullement l'accouchement, puisque celui-ci s'est terminé assez rapidement. Après ses couches, elle continua à ressentir la même tumeur, moins proéminente, à la vérité, que pendant sa grossesse, entrant et sortant alternativement, selon qu'elle gardait le repos ou se livrait à des courses fatigantes. Dans ces derniers cas, elle souffrait beaucoup de tiraillements dans les aînes et le haut des cuisses. Elle avait habituellement une constipation opiniâtre, et quelquefois des difficultés assez grandes d'uriner.

» Il y a deux ans (1847), la même personne redevint enceinte pour la seconde fois, et pendant les trois premiers mois de sa grossesse, elle vit sa tumeur devenir progressivement plus proéminente, sortir de la vulve et pendre très-bas, si bas, dit-elle, qu'une sage-femme, après avoir fait rentrer les parties sorties, lui mit un pessaire, lequel procura de la gêne et ne fut conservé que deux jours. Huit jours après l'application du pessaire, elle fit une fausse couche d'environ trois mois et demi à quatre mois. La sage-femme qui l'assista ne put

(1) Sixième édition, page 320.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

COURS PROFESSÉ AU COLLÉGE DE FRANCE PAR M. LE Dr DAREMBERG.

PREMIÈRE LEÇON (1).

Les Arabes nous apportent ensuite tout un corps de doctrines empruntées aux Grecs, et qui servit à l'éducation médicale de la seconde période du moyen âge. Les écoles se constituent; elles ajoutent chaque jour quelque observation nouvelle au fond primitif; enfin, quand la Renaissance ramène à la lumière les textes grecs et latins, les médecins se trouvent à la tête du mouvement scientifique et littéraire.

S'il n'y avait dans l'enseignement de l'histoire de la médecine d'autre intérêt que de montrer aux élèves cet imposant spectacle du développement continu de la science depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, l'utilité d'un tel enseignement serait déjà pleinement justifiée; mais à côté de ces raisons générales et spéculatives, on peut faire intervenir d'autres arguments non moins considérables et d'une application pratique plus immédiate.

Les observations en médecine ne ressemblent pas aux observations en physique ou en chimie : dans ces sciences, les phénomènes, parfaitement définis, se reproduisent à volonté; au contraire, en médecine, les phénomènes organiques, physiologiques ou morbides, portent trop fortement l'empreinte des lieux, des temps, des races, des circonstances de toute nature, et sont trop mobiles pour que l'observateur d'aujourd'hui n'ait pas quelque chose à apprendre de l'observateur d'hier ou de celui qui pratique à côté de lui.

Quand on parcourt les recueils d'observations, trop restreintes du reste, que nous ont laissés les anciens, ou ceux plus abondants que nous devons aux auteurs de la Renaissance et des temps plus rapprochés de nous, il n'est pas malaisé d'y découvrir pour les maladies les plus simples des différences considérables dans leurs manifestations, différences qui, rapprochées des phénomènes que nous avons sous les yeux, éclairent à la fois le diagnostic et la thérapeutique. Ainsi, soit pour tracer le tableau réel et complet d'une maladie, soit pour en avoir le signalement plus authentique, soit enfin pour la traiter avec plus de chances de succès, il importe de retrouver par l'histoire les diverses formes sous lesquelles elle s'est produite, et les divers moyens thérapeutiques qu'on a mis en usage, suivant les temps et suivant les climats. Cette pathologie comparée, qui embrasse les maladies sporadiques aussi bien que les maladies épidémiques, est une des faces les plus curieuses et les plus instructives de l'histoire.

Les exemples ne manqueraient pas pour prouver combien l'histoire a rendu ou peut rendre de services à la pratique, car l'histoire n'a pas seulement la vertu négative que lui attribuait Thouret; il ne lui suffit pas de faire éviter des erreurs, elle a de plus la prétention justifiée de donner des enseignements positifs.

Est-ce un médecin praticien ou un médecin historien qui a démontré que les fièvres décrites par Hippocrate dans les *Épidémies*, sont non pas des fièvres *malignes* ou *typhoïdes*, comme on l'avait cru, mais des fièvres *rémittentes* ou *pseudo-continues*, identiques avec celles qu'on observe encore dans les pays chauds? Non, ce n'est point un médecin praticien; car, en arrivant sur les côtes de la Grèce et de l'Algérie, nos médecins militaires ne savaient trop à quelles maladies ils avaient affaire; c'est à un médecin historien, c'est à M. Littré qu'on doit cette assimilation rigoureuse et inattendue. — C'est encore M. Littré, et non pas un médecin praticien, qui a reconnu dans l'*épidémie de Corinthe* décrite par Hippocrate, diverses espèces d'angines accompagnées de ces paralysies consécutives sur lesquelles l'attention est éveillée depuis quelques années seulement. — Qui a établi par des témoignages authentiques l'influence de la ligature de la carotide dans le traitement de certaines maladies? Ce n'est pas un médecin praticien, mais un bibliographe distingué, M. Dezeimeris. — Entre les mains de M. Malgaigne, le *Traité des fractures et des luxations* d'Hippocrate est devenu pour ainsi dire un traité moderne. Si l'on s'était souvenu que Galien a fait de très-belles expériences sur le système nerveux, on n'aurait peut-être pas attendu si longtemps pour remettre en honneur la distinction des nerfs du mouvement et des nerfs du sentiment.

Si l'on avait plus soigneusement consulté les archives de la médecine, on aurait trouvé dans Hippocrate les germes de l'auscultation; — dans Rufus, dans Soranus, dans Héliodore et dans Galien la torsion des artères; — dans Hérophile et dans Rufus toute une théorie des mouvements du pouls, mouvements qu'on apprécie aujourd'hui à l'aide d'instruments ingénieux; — dans vingt auteurs anciens et du moyen âge l'emploi d'anesthésiques puissants; — dans Héliodore le traitement par l'excision des rétrécissements de l'urèthre; — dans Albucasis l'opération de la cataracte par succion, opération que M. Laugier a imaginée de nouveau; — dans un écrit salernitain, la mention de capsules glutineuses destinées à dissimuler le mauvais goût de certains médicaments. — La description de l'érysipèle typhoïde gangréneux et épidémique, celle de la phthisie aiguë sous forme endémique, se lisent tout au long dans Hippocrate; et pour parler de temps beaucoup plus rapprochés de nous, c'est-à-dire de quelques mois, on a vu combien l'histoire a efficacement aidé à résoudre le problème soulevé à l'Aca-

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 décembre.

avoir le placenta, et deux jours après un médecin essaya d'abord avec la main, puis avec une pince, d'extraire le placenta, et il ne put avoir que quelques débris.

» Elle s'est bien rétablie; sa tumeur restait au dedans quand elle gardait le repos dans sa chambre, et paraissait au dehors quand elle marchait beaucoup.

» Devenue grosse pour la troisième fois, elle n'a pas été gênée beaucoup plus que d'habitude par cette tumeur durant les trois premiers mois; mais, à partir du quatrième mois, celle-ci a fait une saillie plus considérable hors de la vulve, et vers les trois derniers mois de la grossesse, elle a été plusieurs jours sans pouvoir rentrer, lors même que le repos le plus absolu était gardé au lit. Aujourd'hui que la malade est enceinte de huit mois et demi, voici ce qu'on observe :

» Une tumeur cylindrique, longue de 5 centimètres, apparaît hors de la vulve; elle a 13 centimètres de circonférence, un peu plus grosse à son extrémité inférieure et plus dure qu'à son extrémité supérieure. Sa surface externe est divisée, à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, par un cercle un peu blanchâtre, lequel limite deux colorations et deux surfaces d'aspects différents. La partie supérieure est rosée et lisse, et n'est que la surface interne du vagin renversée de haut en bas, avec lequel elle se continue en haut de la vulve; la surface interne du vagin est donc devenue surface externe de la tumeur. Sa partie inférieure, d'un rouge plus foncé, présente des rides aux plis dirigés de haut en bas et de dedans en dehors, et séparée sur la partie médiane par des fibres d'apparence longitudinale. Ces plis ne sont autre chose que l'arbre de vie du col renversé de bas en haut : de sorte que la surface interne de la cavité du col est devenue surface externe de la tumeur dans l'étendue d'un centimètre et demi.

» L'extrémité inférieure de cette tumeur, un peu renflée, est percée d'une ouverture froncée en nœud de bourse, et dans laquelle le doigt pénètre facilement. C'est la cavité du col à travers laquelle on arrive en parcourant un canal long de 7 centimètres au moins sur les membranes, et une partie dure qu'on reconnaît être la tête du fœtus. L'orifice interne est assez largement dilaté, comme une pièce de 1 franc à peu près. On peut sentir que la tête est tout entière dans l'excavation et tout à fait derrière la symphyse des pubis, par laquelle elle semble arrêtée.

» Si l'on cherche à pénétrer dans le vagin en contournant l'extrémité supérieure de la tumeur, on arrive dans un cul-de-sac profond de 7 à 8 centimètres sur les côtés, de 6 à 8 en arrière, et de 5 à 6 seulement en avant, où l'on est arrêté par les parois de l'urèthre épaissies et comme recourbées en arrière. Ce cul-de-sac est formé par le vagin renversé de haut en bas; et si l'on cherche à le repousser en haut, on est bientôt arrêté par la tête du fœtus plongé dans l'excavation et appuyant sur le plancher du bassin.

» La malade accuse une constipation opiniâtre (1), et quelquefois seulement une difficulté dans l'émission de l'urine, qui s'échappe par jets de forces différentes.

» Si nous résumons ce qui précède, on trouve :

1° Descente de matrice qui ne semble retenue dans le bassin que par le plancher, les arcades et la symphyse des pubis, contre lesquelles elle s'appuie, le rectum et le canal de l'urèthre se trouvant également comprimés.

2° Prolapsus hors de la vulve du col utérin, qui entraîne avec lui le vagin, dont il se revêt à la manière d'un doigt de gant renversé, par sa partie supérieure, qui se renverse lui-même de bas en haut dans l'étendue de 1 centimètre 1/2, pour former de sa face interne la surface externe de son extrémité inférieure : c'est cette extrémité du col qui forme la portion renflée et ridée de la tumeur.

3° Constipation et difficulté d'uriner par compression.

» Du 20 octobre au 3 novembre, la tumeur a augmenté un peu d'étendue, de 2 centimètres environ; mais elle a augmenté beaucoup plus de volume par suite de l'œdème des parties prolapsées.

» Après quelques efforts infructueux pour réduire la partie prolapsée, je crus ne pas devoir insister davantage et me borner à faciliter les garde-robes par des laxatifs doux, la malade ne pouvant prendre de lavement; à prescrire un bain tous les deux ou trois jours, et des lotions et injections fréquentes. Aidés de la position horizontale, ces moyens suffiront pour faire cesser complétement les souffrances de la malade.

(1) La malade nous apprend qu'elle était souvent constipée avant d'avoir sa chute de l'utérus.

» Le 3 novembre, à midi, les eaux se sont écoulées sans douleurs, après des efforts pour aller à la selle. L'orifice interne du col n'était pas plus dilaté qu'une pièce d'un franc; le col un peu plus long qu'il ne l'était avant le 3 novembre, et un peu plus ramolli. Pendant les dix derniers jours, la malade sentait son ventre se durcir de temps en temps, sans en éprouver la moindre douleur.

» De midi à dix heures du soir, les douleurs ont été très-faibles et très-éloignées. De dix heures à trois heures du matin (le 4), elles sont devenues plus fortes, plus énergiques et plus rapprochées. Enfin, l'accouchement s'est terminé à trois heures du matin, le 4 novembre, après un travail de quinze heures, si l'on compte à partir de la rupture des membranes et de l'écoulement des eaux, et seulement de cinq heures, si on ne le fait partir que de dix heures du soir, époque où il n'y avait encore rien de changé dans la longueur ni dans la dilatation du col, et où les douleurs ont vraiment commencé d'être franches et régulières.

» Voici les principaux phénomènes qui accompagnèrent l'expulsion du fœtus : au commencement de l'accouchement, le col resta en dehors absolument comme il se trouvait avant le travail, et quand vint l'expulsion de la tête, il se dilata à la vue et fut le dernier obstacle que cette partie eut à vaincre. Aucune résistance ne fut apportée par la vulve, qui fut dépassée avant l'orifice externe du col utérin. Le fœtus, du sexe masculin, naquit vivant. Son poids et ses dimensions étaient les suivantes.

Poids.	2,290 grammes.
Longueur totale.	$0^m,46$
Du sommet à l'ombilic.	$0^m,23$
De l'ombilic au talon.	$0^m,23$
Diamètre occipito-frontal. . . .	$0^m,105$
— occipito-mentonnier. . .	$0^m,126$
— bipariétal.	$0^m,085$
— sous-occipito-bregmatique.	$0^m,090$

» Le lendemain de l'accouchement, le col présentait la même saillie hors de la vulve, et les parties étaient un peu plus flasques : l'engorgement s'était dissipé; on fit rentrer le col dans le vagin; la malade garda le repos horizontal, et un mois après elle sortait sans que le col se fût présenté à l'orifice vulvaire. »

Nous reprenons maintenant les notes recueillies en 1863, à l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de notre regretté maître M. Goupil.

Huit jours après sa sortie de l'hôpital des Cliniques, la tumeur est ressortie. Depuis lors, jusqu'à l'époque actuelle, elle est toujours restée au dehors, causant de la gêne et de la douleur dans le bas-ventre, des tiraillements dans les aines. Règles régulières durant trois jours, plus abondantes depuis quelques mois. Pas de leucorrhée.

Il y a sept ans, une hernie crurale droite s'est formée, à la suite de courses et de fatigues nombreuses. La sortie de la hernie a été accompagnée de douleurs très-vives et de vomissements. Ces crises reviennent assez souvent, avec ou sans nausées; la dernière, cinq jours avant l'entrée, a été suivie de vomissement. A la fin de la crise, la malade dit sentir quelque chose se détacher, et bientôt elle éprouve le besoin de la défécation. Entre ces attaques, ventre sensible, borborygmes, tumeur plus dure, plus sensible.

A partir de décembre 1862 jusqu'en mars dernier, diarrhée presque continuelle, attribuée à des purgatifs drastiques. Au commencement de 1863, en plus des tiraillements dans les aines et les cuisses, sont apparues des douleurs dans les reins; elles sont presque constantes. Ces symptômes existent aussi bien à droite qu'à gauche. De plus, la malade se plaint de coliques sourdes, qu'elle compare aux mouvements de l'enfant pendant la grossesse, et de douleurs à peu près continuelles dans la fosse iliaque et l'hypochondre du côté droit; c'est celui de la hernie. Actuellement (13 juin) le ventre est souple, à peine douloureux à la pression. Santé générale bonne; pas de signes d'anémie.

État local. — La vulve est complétement entr'ouverte; il en sort une tumeur de forme cylindrique, longue et large de 4 centimètres. A son extrémité inférieure, un peu plus en avant qu'en arrière, on voit l'ouverture externe du col, ressemblant à une fente transversale de 2 centimètres. La muqueuse au pourtour de cet orifice est légèrement violacée; l'épiderme est sec, comme fendillé. Sur le reste de la tumeur, les parois, constituées par le vagin renversé, sont sillonnées de plis transversaux; jusqu'à 1 centimètre de l'orifice externe, elles sont douées de contractions vermiculaires que ne possède pas le col.

En suivant la face antérieure de cette tumeur, on s'aperçoit que la portion correspondante du vagin est entièrement retournée : il n'y a plus de cul-de-sac. En arrière, au contraire, le doigt passe entre le sphincter vaginal et la tumeur, et s'avance jusqu'à 2 centimètres et demi, point où l'on sent le repli du vagin. Le cul-de-sac latéral droit a 4 centimètres, le gauche 2 seulement.

Le méat urinaire, occupant sa position normale, regarde un peu en haut. La miction n'offre rien de spécial.

En pressant la tumeur entre les doigts, on sent au centre un corps cylindrique et dur, mais assez mince. L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine pénètre jusqu'à 11 centimètres, sa concavité étant tournée en arrière. Si alors on palpe l'abdomen, on trouve que l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Il est situé assez profondément pour qu'on ne puisse plus le découvrir lorsque l'hystéromètre est retiré.

Par la pression, on fait rentrer facilement la tumeur au-dessus du sphincter vaginal, qui est parfaitement conservé, mais l'orifice vulvaire reste ouvert et élargi; il ne se ferme que si l'on rapproche les cuisses l'une de l'autre. Si, la tumeur étant réduite, on pratique le toucher, on sent l'orifice du col dirigé en arrière et le col complétement replié sur le corps. Le toucher rectal dans cette condition est impossible. Mais, la tumeur étant sortie, on constate que le rectum ne lui envoie pas de prolongement, et que le col dans sa portion interne est très-étroit. Enfin, une sonde introduite dans le canal de l'urèthre se porte directement en haut et un peu à droite. La vessie ne se prolonge pas non plus vers la tumeur.

La réduction de la tumeur faite lentement ramène le col dans le vagin, au-dessus de l'orifice vulvaire, sans le plier en arrière. La malade est reportée dans son lit; repos.

Jusqu'au 16 juin, on fait rentrer chaque jour la tumeur; elle sort quelque temps après.

Du 16 au 19, la malade ayant ses règles, on la laisse tranquille.

Le 24, réduction de la tumeur; trois tampons de ouate renfermant de la poudre d'alun et de tannin sont placés dans les culs-de-sac latéraux et postérieur; repos.

Le 27, la tumeur n'est pas ressortie; pas de douleur; parois vaginales couvertes de mucus blanchâtre coagulé par le tannin. Application de tampons seulement dans les culs-de-sac latéraux.

Le 2 juillet, les tampons ont été retirés hier matin; le soir, la tumeur a sailli de nouveau sous l'influence des efforts de la défécation. Sensation de pesanteur sur le fondement. — Même traitement.

Le 6, la tumeur est ressortie hier après l'extraction des tampons. Apparition des règles; plus abondantes que de coutume, elles ont persisté jusqu'au 10, après une courte interruption.

Le 12, une sonde introduite dans l'utérus mesure, comme à l'entrée, 11 centimètres. La tumeur vulvaire offre les mêmes dimensions. — Tampons dans les quatre culs-de-sac.

— La malade se plaint de cuissons à la vulve et au col (25 juillet). — Bain amidonné tous les jours. — Les règles, apparues le 30, ont fini le 3 août.

Le 18 août, les cuissons ont disparu; aussi depuis deux jours M. Goupil a remplacé les tampons par un bandage à cystocèle. Il a été bien supporté.

Du 23 au 27, nouvelle éruption menstruelle.

Le 29, le bandage appliqué de nouveau hier a été gardé pendant dix heures. Ce matin, la malade accuse le bandage de lui causer des douleurs dans les reins, de la fatigue dans les jambes, et de lui donner de fréquentes envies d'uriner, surtout dans les grandes inspirations, le rire, etc. Du reste, le bandage ne peut être toléré que dans la station verticale. — Injection de morelle et de pavot.

Le 3 septembre, le col sort moins au dehors (environ de 1 centimètre) qu'au début; ni érosion ni rougeur; il rentre facilement au-dessus du sphincter vaginal. Dans cette position, le cul-de-sac postérieur reprend sa longueur normale; la vessie pèse toujours en avant sur le vagin, qui est moins rouge qu'autrefois, sans excoriations. Le bandage demeure en place pendant dix heures. — Bandage en T pour rapprocher les lèvres de la vulve.

Le 29 octobre : du 16 au 20 septembre, puis du 9 au 13 octobre, l'écoulement menstruel a seul suspendu l'application du bandage. — La tumeur, laissée libre, ne fait plus qu'une saillie de 3 1/2 centimètres de hauteur sur 3 de largeur. Le col tend à se fermer; nul changement à l'orifice vulvaire.

Du 3 au 6 novembre, règles. — Depuis une dizaine de jours, la malade éprouve de nouvelles démangeaisons. — Bains amidonnés. Injection d'écorces de chêne.

Le 11, la tumeur mesure 3 1/2 centimètres en largeur et 3 en hauteur.

---

démie de médecine par les discussions sur la variole et sur la vaccine chez l'homme et chez les animaux.

Il ne faut pas, du reste, faire consister uniquement l'histoire de la médecine dans l'examen de nos plus anciens monuments, et ne la voir jamais apparaître que chargée de la poudre séculaire des bibliothèques. L'histoire est de tous les temps; le livre qui a paru hier sera demain de son domaine. Le dix-huitième siècle vient de finir; le connaissons-nous? Savons-nous ce que nous devons et ce que nous pourrions encore emprunter à l'Académie de chirurgie (1), à la Société royale de médecine? Qui lit maintenant Bichat, même Broussais, même l'immortel Traité de Laënnec *sur l'auscultation?* Qui se souvient de Haller ou de Franck, de Sydenham ou de Stoll? Qui consulte aujourd'hui les anciens recueils périodiques français ou étrangers? Savons-nous même exactement quels systèmes dominent à Berlin, à Florence, à Vienne ou à Londres? Connaissons-nous les faits qu'on observe en Russie, en Angleterre, en Hollande, en Amérique, en Italie ou dans les colonies? Sortons-nous de nos hôpitaux et dépassons-nous les *Manuels du médecin praticien?* Cependant qui serait assez présomptueux dans une science d'observation pour prétendre sérieusement qu'il n'est l'élève de personne et qu'il ne doit rien qu'à ses propres recherches? Celui qui est maître aujourd'hui était disciple hier; et pour me servir, en la détournant, d'une heureuse expression qu'on prête à Aristote : « Toute science vient d'un œuf »; pour aucune il n'y a de génération spontanée.

Faire prévaloir tant et de si forts arguments, c'est tracer en même temps tout un programme, et quel programme, s'il faut s'y conformer rigoureusement! Réunir dans une seule chaire les connaissances médicales anciennes et modernes; tout lire, tout méditer, tout comparer, tout rassembler en des aperçus généraux, et préparer ainsi l'essor de l'avenir par le rapprochement incessant du passé et du présent!

Accepter sans réserve un pareil programme après en avoir mesuré l'étendue et reconnu les difficultés, ce serait affecter une grande présomption; mais prétendre qu'on ignorait quand on s'en est chargé, combien la tâche est lourde et périlleuse, ce serait montrer beaucoup d'imprévoyance et marquer peu de respect pour son auditoire. Lorsque j'ai recherché l'honneur qui m'est fait aujourd'hui, je n'avais point oublié le mot de Pline, « qu'il est aussi malaisé de donner de la nouveauté aux vieilles choses que de l'autorité aux nouvelles, » mot profond qui rend plus difficile pour soi-même et moins exigeant pour les autres. Je savais donc à quoi, et dans quelles limites, je m'engageais; je n'ai certes pas plus le droit de me plaindre que la volonté de m'enorgueillir; je ferai de mon mieux pour ne pas rester au-dessous de votre attente : voilà ce que je puis promettre sans trop de présomption et sans trop d'imprévoyance. Vous ferez le reste, Messieurs, et aussi les circonstances me viendront en aide.

Je vous indiquais tout à l'heure les raisons qui, suivant moi, n'ont pas permis que l'enseignement de l'histoire prît au commencement de ce siècle ni l'autorité ni l'importance qu'il comporte, je veux maintenant vous dire pourquoi cet enseignement ne peut manquer de réussir sinon par moi, du moins par d'autres; je retrouve comme causes de succès précisément les motifs opposés à ceux que je signalais comme causes de discrédit.

D'abord la médecine a fait aujourd'hui de tels progrès par l'observation directe et par l'expérimentation, qu'elle n'a plus à redouter ni l'éclat ni les leçons de l'histoire; au contraire, plus elle est originale et puissante, plus il lui importe de rendre justice à ce qu'elle a détruit, de profiter de ce qu'elle a laissé debout, et de renouer ainsi les deux extrémités d'une chaîne depuis longtemps rompue. — D'un autre côté, la médecine actuelle est si loin de la médecine ancienne; elle a cherché avec tant d'opiniâtreté et de bonheur à substituer des lois à des hypothèses, qu'elle possède les meilleurs moyens de vérification qu'on puisse souhaiter pour juger les systèmes ou les théories, et pour se rendre compte de la vraie signification des faits de toute nature qu'on retrouve en grand nombre dans les annales de la science; en d'autres termes, elle est merveilleusement préparée pour refaire le diagnostic ancien à l'aide du diagnostic moderne.

Tout cela constitue sans doute un ensemble de circonstances très-favorables, mais tout cela ne suffit pas : les conditions extérieures d'une bonne histoire sont réunies; les moyens de contrôler le passé par le présent sont entre nos mains; mais le corps même de l'histoire et la méthode qu'il faut appliquer à son exposition nous font encore défaut, ou plutôt nous n'en avons encore rien dit.

Ce sont les textes qui constituent le corps de l'histoire. Comment en effet écrire l'histoire d'une science quand les textes ne sont pas corrects, quand le sens littéral n'en est pas fixé, quand l'interprétation en est laissée à l'arbitraire, quand la fantaisie et non la critique en a déterminé la provenance; et surtout comment l'écrire quand, loin de rechercher les textes inconnus, on ne se soucie même pas des textes déjà publiés.

(1) Voyez dans la *Gazette médicale de Paris* les curieux articles de M. Guardia, intitulés : *Les autographes de l'Académie de chirurgie*, tirés des Archives de l'Académie de médecine. Ce travail est en cours de publication.

Études de pathogénie et de séméiotique. Les paraplégies et l'ataxie du mouvement; par M. le docteur Jaccoud, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. — 1 vol. in-8° de 688 pages. Prix, 9 fr. franco. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le 27, rien à noter; le bandage est parfaitement supporté pendant sept heures. La miction est difficile; la malade est obligée d'appuyer sur la vessie. — Elle demande à sortir.

RÉFLEXIONS. — Cette observation ne diffère pas notablement de la plupart de celles qu'on a rapportées sur la chute de l'utérus; néanmoins nous avons cru devoir la publier, car, outre qu'elle complète le récit de Cazeaux et permet de suivre la marche de la maladie, elle offre quelque intérêt au point de vue du traitement.

I. La tumeur mesurait en 1849 cinq centimètres de longueur sur treize de circonférence; en 1863, quatre sur 12 centimètres. A ces deux dates aussi l'extrémité inférieure était plus volumineuse que la supérieure. La tumeur aurait donc subi une sorte de retrait plus apparent que réel, car, lors de la première mensuration, elle avait dû se développer momentanément sous l'influence de la grossesse.

II. Quant à l'étiologie, notons que la mère de la malade a été atteinte de la même affection. Cette coïncidence a déjà été signalée par M. Goupil non entre la mère et la fille, mais entre les sœurs :

1° W... M. S., vingt-cinq ans, est entrée à l'hôpital pour une chute de la matrice. « De ses huit sœurs, sept ont émigré avec leur père en Amérique : elle sait seulement que trois d'entre elles sont mariées, ont une maladie qu'elle croit analogue à la sienne et n'ont d'enfant ni l'une ni l'autre; la seule de ses sœurs restée à Paris est en ce moment à l'Hôtel-Dieu pour une maladie tout à fait semblable à la sienne. » M. Goupil a vérifié l'exactitude de ce dernier renseignement. (*Clinique médicale des maladies des femmes*, par MM. Bernutz et Goupil, t. II, p. 657.)

2° J. P..., quarante-trois ans, mère encore bien portante. « De ses treize frères et sœurs, P... n'en a plus que huit; une sœur paraît être morte de phthisie pulmonaire peu après l'accouchement; les autres sont morts en très-bas âge; cinq frères sont très-bien portants, et de ses trois sœurs, une, plus âgée qu'elle, a également, comme suite de ses accouchements, une sorte de descente de matrice... » (*Loc. cit.*, p. 740.)

III. La dilatation permanente de la vulve a modifié cet orifice; il reste constamment béant, ayant une forme quadrangulaire. Les phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum ont été mentionnés par tous les auteurs. Souvent les malades affectées d'un prolapsus utérin sont sujettes à l'incontinence d'urine, et dans le cas où l'hérédité semble jouer un rôle, cette prédisposition à l'incontinence d'uriner existerait quelquefois dès l'enfance. (Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, II, obs. 10, 13, et en note, p. 671, 678, etc.)

IV. Le flux menstruel ne paraît pas avoir été troublé; il était régulier, d'une abondance ordinaire, et, seules, des douleurs dans les reins servaient de signe avant-coureur. Cette observation montre encore que si, selon la coutume dans cette maladie, les rapports sexuels étaient douloureux, la fécondation pouvait se faire et l'accouchement s'opérer sans accidents graves.

V. Le traitement organisé d'abord par M. Goupil, — tampons de tannin et d'alun, — a été avantageux en tonifiant pour ainsi dire localement les parois vaginales, en diminuant le volume de la tumeur extra-vulvaire, principalement suivant son diamètre (trois centimètres au lieu de quatre). Outre ce premier palliatif, l'application d'un bandage particulier (1) maintenant la tumeur dans la cavité vaginale, facilitant la progression, mettant obstacle aux excoriations auxquelles les frottements répétés exposaient le col, apporta un véritable soulagement à la malade.

VI. Outre la chute de l'utérus, Marie M... portait une hernie crurale droite. Une malade du service de M. Axenfeld, à l'hôpital Saint-Antoine, est dans le même cas. C'est probablement plutôt une simple coïncidence qu'une véritable complication du prolapsus utérin.

(1) Voir pour la description de ce bandage : *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, t. II, p. 732.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LE DISTICHIASIS.

Par M. le Dr H. CHAMPOUILLON, médecin-major à Dunkerque.

Le distichiasis, suite si fréquente des conjonctivites catarrhales et des blépharites ciliaires, m'a toujours paru rebelle aux moyens médicaux. Bon nombre de malades, de guerre lasse ou opérés par un procédé dont les résultats sont incomplets, se résignent à enlever avec une pince les cils dirigés contre le globe de l'œil, quand la douleur provoquée par leur présence devient trop vive.

Mon intention n'est pas de faire l'histoire d'une maladie parfaitement connue. Je veux seulement dire à mon tour par quel moyen je suis parvenu à débarrasser de cette affection les malades que j'ai rencontrés dans ces derniers temps. Leurs cils déviés étaient presque incolores, poussant jusque sur la vive arête du bord palpébral, et se développant surtout aux paupières supérieures, principalement dans les deux tiers externes.

Après avoir employé quelques-uns des procédés décrits dans les auteurs et en avoir recueilli peu d'avantage, je me suis arrêté à la manière suivante. C'est à peu près le procédé du docteur Rainy, ou mieux celui de Vacca Berlinghieri, modifié par Mackensie.

OBS. I. — P..., infirmier à l'hôpital de Dunkerque, est atteint depuis plusieurs années d'un distichiasis, conséquence d'une conjonctivite catarrhale chronique et affectant toute l'étendue du bord libre de la paupière supérieure gauche. Les cils normaux ont presque tous disparu. Ceux qui existent sont implantés sur l'arête du bord libre. Leur déviation vers le globe de l'œil occasionne un larmoiement constant, de la douleur et une conjonctivite que l'épilation ralentit momentanément. La loupe est nécessaire pour apercevoir les plus fins d'entre eux.

Le 10 mars 1864, P... étant couché, je glisse sous la paupière malade une plaque d'ivoire que je confie à un aide. Avec une pince je soulève le bord libre de cette paupière de façon à le présenter directement en avant. Armé d'un petit bistouri très-aigu, j'incise le bord libre en parcourant la ligne des ouvertures des glandes de Meibomius dans toute l'étendue occupée par les cils anormaux. L'incision a une profondeur d'au moins 3 millimètres. Les tissus sont très-denses et l'écoulement de sang est assez peu abondant pour qu'un instant je puisse voir à découvert les bulbes les plus gros et les plus colorés. Je donne un moment de repos au malade, pour permettre à l'hémorrhagie de s'arrêter. Je soulève le lambeau formé par l'incision, et je cautérise la plaie dans toute son étendue et dans toute sa profondeur avec un pinceau très-effilé et trempé dans l'acide nitrique. La douleur est des plus vives. La plaque d'ivoire retirée, le malade retourne à ses occupations après avoir recouvert l'œil d'une compresse trempée dans l'eau fraîche. Le soir, les lèvres de la plaie sont agglutinées malgré la cautérisation. Je me hâte de les entr'ouvrir avec l'extrémité mousse d'une spatule et je cautérise de nouveau, mais cette fois avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe aiguë. Le lendemain la plaie suppure et les cils se retrouvent dans les pansements journaliers. En huit jours la petite plaie est guérie et la cicatrice ne tarde pas à devenir invisible.

La guérison date aujourd'hui de huit mois, les cils déviés n'ont pas reparu. Il en existe quelques-uns, mais dirigés convenablement.

OBS. II. — Mme L..., âgée de trente-cinq ans, habitant Tlemcen, est atteinte d'une déviation des cils en dedans aux quatre paupières, affection consécutive à de nombreux abcès du bord libre. Il n'y avait pas d'autre complication au moment où je la vis que la conjonctivite occasionnée par la déviation elle-même. J'opère par le procédé décrit dans l'observation précédente les deux paupières supérieures le 14 février 1863. Les deux paupières inférieures, malades à un degré supportable, sont laissées de côté. La réunion des lèvres des deux plaies exige que j'emploie, le soir même de l'opération, la spatule pour rétablir l'écartement et amener la suppuration. Au bout de quatre jours, la guérison existe sans cicatrice visible. J'ai suivi l'opérée pendant plusieurs semaines, et quelques cils ont repoussé vers l'angle externe seulement. Cette circonstance ne dépose que contre l'opérateur et non contre le procédé. J'avais négligé d'empêcher l'épilation pendant quelque temps avant l'opération, et j'avais mal jugé de l'étendue qu'il fallait donner à l'incision.

OBS. III. — François H..., âgé de douze ans, atteint d'ophthalmie granuleuse à un faible degré, porte un bouquet de cils gros et longs déviés vers le globe de l'œil, au tiers externe de la paupière supérieure droite. L'épilation a été faite un grand nombre de fois. — Opération le 19 juillet 1863 comme dans les deux cas précédents. Réunion le soir même, réparation à l'aide de la spatule des lèvres de la plaie, qui est cautérisée avec le nitrate d'argent. Quatre jours après la guérison était définitive, sans cicatrice apparente. Le frère de ce jeune garçon avait subi aux deux paupières supérieures le procédé à lambeau triangulaire comprenant dans sa base tous les cils déviés. Les cicatrices occupaient presque toute la hauteur de la paupière; elles étaient visibles et formaient une encoche au bord libre. Le contraste entre ces deux résultats était des plus frappants.

L'histoire de mes autres malades n'offre rien de particulier à noter.

RÉFLEXIONS. — Comme il est indispensable de bien connaître dans quelle étendue siége le mal afin de ne point compromettre le résultat, comme cela a eu lieu chez la malade de la deuxième observation, il faut laisser pousser pendant quelque temps tous les cils, puis les examiner à la loupe. Il résulte bien de leur présence une assez vive irritation du globe de l'œil, mais cette irritation tombe facilement après l'opération, et l'on a l'avantage de préciser l'étendue qu'il faut donner à l'incision.

Les tissus à inciser sont denses, fibreux et crient sous le bistouri. La petite hémorrhagie est quelque peu gênante. Elle doit être entièrement tarie avant l'application du caustique. La profondeur à donner à l'incision doit être de 3 millimètres au moins.

L'acide nitrique est assez difficile à manier, en raison du voisinage de l'œil. Le nitrate d'argent, renouvelé le soir même, vaudrait déjà mieux; mais je pense que le cautère actuel, soit électrique, soit le cautère de M. Desmarres pour la destruction du sac lacrymal, remplirait toutes les indications. Quelques gouttelettes de sang ne l'affaibliraient point. Son application serait ce que le chirurgien en déciderait. Point de danger de léser l'œil. Les caustiques laissent toujours à désirer, soit par la timidité du chirurgien, soit par les difficultés d'une application à un degré donné.

J'insiste particulièrement sur la facilité de la réunion immédiate des lèvres de la plaie que j'ai dû surveiller chez tous mes malades, la suppuration étant indispensable à la destruction des bulbes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 décembre 1864. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Dagaud (d'Albi), sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Cuzy (commission des épidémies);

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Fonsanges (Gard), par M. le docteur Zaleski, et de Cauvalat (Gard), par M. le docteur Verdier (commission des épidémies).

— M. le surintendant des beaux-arts informe l'Académie qu'il a chargé M. Robinet, sculpteur, d'exécuter, aux frais de l'Etat, la statue en marbre du baron Desgenettes, destinée à l'Académie de médecine.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire sur l'emploi de l'arsenic en médecine, par M. le docteur Wahu (commissaires, MM. Jolly et Gibert);

2° Une lettre relative à la syphilis vaccinale, par M. le docteur Albert de Parthenay;

3° Trois observations de transmission de la syphilis par la vaccine, par M. le docteur Sébastian (de Béziers);

4° Un mémoire de M. le docteur Philipeaux (de Lyon), sur les résultats de la vaccination animale, dite napolitaine, avec un travail imprimé sur le même sujet, de M. le docteur Palasciano (de Naples) (commission de vaccine);

5° Une lettre de M. Pons de Bez (Hérault), sur les mariages consanguins et sur la syphilis vaccinale;

6° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Chabannes, de Vals (Ardèche) : le dépôt du paquet cacheté est accepté;

7° M. Mathieu présente un nouveau releveur des paupières en écaille, muni d'un cordon en tissu élastique qui permet de maintenir la paupière supérieure ouverte sans le secours d'un aide et sans exercer de compression sur le globe oculaire. Il suffit, lorsqu'on a passé



la partie recourbée de l'abaisseur sous le couvercle de l'œil, de fixer le cordon élastique au bonnet de coton du malade ou bien à une bande quelconque placée à l'avance. C'est sur les indications de M. le docteur Foucher, que M. Mathieu a d'abord construit ce petit appareil, qui peut servir à la fois à écarter les paupières et à fixer le globe oculaire. Il a également appliqué ce même principe au fixateur de l'œil de M. Nélaton, en prenant le point d'attache sur l'oreille du côté de l'œil à opérer.

8° M. le docteur Gaillard (de Poitiers) adresse une lettre relative à la question de l'hygiène des hôpitaux.

— M. TARDIEU présente, au nom de M. Jaccoud, agrégé à la Faculté, un volume intitulé : *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*; et au nom de M. Naquet, un ouvrage ayant pour titre : *Principes de chimie fondés sur les théories modernes.*

— M. MÊLIER présente, de la part de M. le docteur Robert Latour, un travail sur l'inflammation des conduits imperméables contre les affections inflammatoires.

— M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Merchie, médecin en chef de l'armée belge, deux brochures, l'une sur les maladies des organes respiratoires, et l'autre sur les secours à porter aux blessés.

— M. GRISOLLE fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la nouvelle édition de son *Traité de pathologie interne.*

— M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y aura comité secret dans la prochaine séance, pour entendre le rapport de M. Bouley sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle les élections pour la constitution du nouveau bureau de 1865.

M. Malgaigne, vice-président en 1864, passant de droit président pour l'année 1865, aux termes du nouveau règlement, il y a lieu à élire seulement un vice-président et un secrétaire annuel.

Pour le vice-président, le scrutin donne 64 voix sur 66 à M. Bouchardat.

En conséquence, M. Bouchardat est proclamé vice-président pour l'année prochaine.

Pour le secrétaire annuel, M. Béclard est réélu à l'unanimité moins une voix et un billet blanc.

L'Académie procède ensuite à l'élection de deux membres du conseil. Sont élus MM. Barth et Gosselin.

RAPPORT.

Prophylaxie des teignes. — M. DEVERGIE lit un rapport sur un mémoire de M. Bergeron, ayant pour titre : *Note sur la prophylaxie des teignes.*

Dans ce mémoire, dit M. le rapporteur, il ne s'agit que de la teigne faveuse, de la teigne décalvante et de la teigne tondante ou herpès tonsurant. Après avoir établi géographiquement la fréquence des teignes dans les différents départements, l'auteur appelle l'attention sur une circonstance importante à noter, à savoir : que le *favus* ou la teigne s'observerait principalement dans les campagnes, tandis que l'herpès tonsurant serait surtout d'origine urbaine. D'un autre côté, une statistique de neuf années (de 1854 à 1862) dressée par M. le directeur de l'hôpital Sainte-Eugénie, tend à démontrer que le chiffre des teigneux augmente à Paris, malgré l'extension donnée par l'administration de l'Assistance publique aux moyens de traitement de cette maladie. Quant à l'herpès tonsurant, il s'est assez fréquemment montré sous forme épidémique. M. Bergeron a cherché à établir le chiffre de la population teigneuse en France, il le porte à 12,000.

En résumé, M. Bergeron demande :

1° Qu'il soit pris des mesures sérieuses et efficaces pour l'exécution des règlements inhérents à la loi de 1850 sur l'instruction primaire;

2° Qu'il soit fait partout ce qui a été fait par l'Administration de l'assistance publique à Paris, c'est-à-dire établissement de services de teigneux dans les grands hôpitaux pour les enfants les plus nécessiteux; établissements multipliés de traitements externes aux hôpitaux, avec soins non-seulement gratuits, mais, au besoin, avec rétributions ou primes d'encouragement pour les mères des enfants teigneux; isolement, autant que possible, des enfants atteints de teigne d'avec les enfants sains.

Il fait, à cet égard, appel à la sollicitude des Conseils généraux, des grandes et des petites administrations de charité publique, et à l'aide de ces mesures prévoyantes, il espère qu'on arrivera un jour à l'extinction complète de la teigne en France.

M. Devergie demande à l'Académie la permission de remettre à mardi prochain la lecture de la suite de ce rapport, consacrée à la discussion des opinions de l'auteur du mémoire.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

L'accueil bienveillant qui a été fait dans *la Gazette des Hôpitaux* du 22 novembre à ma communication sur l'unité du virus syphilitique, m'encourage à faire une petite réclamation relativement à cette nouvelle doctrine. Quand il est question de la priorité, on ne peut se tenir qu'à la date des publications. Or, je vous prie de remarquer que les premières publications que j'ai fait imprimer sur ce sujet remontent à l'année 1861, que mes expériences ont été faites publiquement à l'hôpital de l'Université de Christiania, que M. Boeck et d'autres auteurs, parmi lesquels M. Langlebert, en ont fait mention, et qu'enfin la dissertation, dans laquelle se trouve un résumé complet des expériences et des observations avec les conclusions qui en résultent, a été remise à la Faculté de médecine de Christiania, le 1er mai 1863, et imprimée dans la même année, après avoir obtenu la médaille.

Il se trouve en outre dans cette dissertation un fait qui n'a pas été mentionné par M. Langlebert, mais qui est plus concluant que tous les autres : c'est l'inoculation à des sujets sains du chancre artificiel. En outre, j'ai décrit le double effet de l'inoculation de la matière infectante, que j'ai observé chez quelques sujets syphilitiques, tantôt un chancre mou, tantôt un chancre avec les caractères du chancre infectant. Quant à l'auto-inoculabilité des tubercules muqueux, je l'ai déjà signalée dans ma communication de 1861, avant qu'aucun auteur en eût fait mention.

Je n'aurais certainement pas fait cette réclamation si je n'étais pas sûr que M. Langlebert lui-même est loin de vouloir s'attribuer la priorité des idées que j'ai émises et qu'il a été conduit aux mêmes conclusions par des expériences analogues, ce qui ne peut qu'ajouter à leur importance en constatant leur vérité.

Veuillez agréer, etc. L. BIDENKAP.

Nous avons déjà fait remarquer, en parlant des travaux récents de MM. Langlebert et Bidenkap, que la nouvelle doctrine syphiliographique qu'ils ont édifiée ne pouvait faire entre eux l'objet d'une discussion de priorité. Les faits sur lesquels cette doctrine repose sont d'ailleurs connus depuis longtemps dans la science. Dès 1861, ils avaient été signalés par MM. Pirondi, Melchior Robert et Ladureau. Il reste donc à M. Langlebert et à M. Bidenkap le mérite d'avoir, chacun de son côté, déduit de ces faits une théorie qui nous paraît destinée à réunir tous les suffrages et à mettre fin aux discussions qui depuis si longtemps ont occupé l'attention du public médical.

(*Note de la Rédaction.*)

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS *pendant l'année* 1864.

96. De la commotion du cervelet, au point de vue de la médecine légale, par M. de Ferry de la Belle.
97. Du diabète sucré, par M. Dupla.
98. De la valeur séméiologique des colorations et des enduits de la langue, par M. Guichard.
99. Essai sur la séméiologie des crachats, par M. Viple.
100. Essai sur les tubercules du cervelet, par M. Allo.
101. Du forceps et de ses applications dans certains accouchements difficiles observés pendant les onze années de ma pratique médicale, par M. Bernard.
102. Des obstacles à la délivrance dont le placenta est la cause, par M. Brunel.
103. Des fractures des condyles externe et interne de l'humérus, par M. Martin.
104. De quelques faits pathologiques pour servir à l'étude du pancréas, par M. Besson.
105. De la sensibilité réflexe dans les maladies, par M. Ducrot.
106. Essai sur les cantharides, par M. Guizot.
107. Essai sur les préparations pharmaceutiques du quinquina, par M. Destouche.
108. Étude sur les embolies de l'artère pulmonaire, par M. Groussin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris a été terminé lundi soir par la nomination de :

MM. 1 Lelong, 2 Labadie-Lagrave, 3 Lépine, 4 Carville, 5 Hybord (Albert), 6 Vallet, 7 Raynaud (Marie-Léon), 8 Jolly (Jacques), 9 Jaubert, 10 Laugier.

MM. 11 Bassereau, 12 Hybord (Paul), 13 Lafond, 14 Fontaine, 15 Bourgeois (Maurice), 16 Prompt, 17 Delpral, 18 Lediberder, 19 Hallopeau, 20 Margerin.

MM. 21 Meplain, 22 Galvani, 23 Reverdin, 24 Dissandes-Lavilatte, 25 Depelchin, 26 Habran, 27 Vairrailhon, 28 Joly (Charles), 29 Bourgeois (Ernest), 30 Larmande.

MM. 31 Sautereau, 32 Lescardé, 33 Huret, 34 Marchal, 35 Fortin, 36 Bourneville, 37 Villiers-Herluison, 38 Froment, 39 Gillot, 40 Cade.

MM. 41 Petrucci, 42 Raymond, 43 Meusnier, 44 Lamy, 45 Pouliot, 46 Bessay, 47 Holmes, 48 Lordereau, 49 Castiaux (Jules), 50 Bezard.

MM. 51 Saison, 52 Breton, 53 Lombard, 54 Lenglet, 55 Stoulz, 56 Nottin, 57 Choussy, 58 Curtis, 59 Fleury, 60 Jacquemet.

MM. 61 Tardieu, 62 Vaille, 63 Courtois, 64 Guignard, 65 Quinquaud, 66 Molé, 67 Chaulet, 68 Armengaud, 69 Martin (André), 70 Lemaire.

MM. 71 Crauck, 72 Reynaud (Gustave), 73 Comoz, 74 Guihal, 75 Chevillion, 76 Maréchal, 77 Vigier, 78 Markheim, 79 Andral, 80 Senac-Lagrange.

MM. 81 Morand, 82 Bazin, 83 Isambard, 84 Bourguet, 85 Mansier, 86 Blancquinque, 87 Denizet, 88 Felizet, 89 Grousset, 90 Martin (Prosper).

MM. 91 Humbert, 92 Blum, 93 Laisné, 94 Piton, 95 Cornillon, 96 Couvreur, 97 Fontagnères, 98 Hardy, 99 Carles, 100 Aubry.

MM. 101 Darvaris, 102 Giraud, 103 Champagnat, 104 Devignevieille, 105 Douillet, 106 Dubois, 107 Huchard, 108 Pomier, 109 Noir, 110 Masbrenier.

MM. 111 Micault, 112 Courteau, 113 Masson, 114 Lescure, 115 Candellé, 116 Macquarie, 117 Martin (Gustave), 118 François, 119 Misset, 120 Malherbes.

MM. 121 Joly (Louis), 122 Piron, 123 Thibaut, 124 Bourgeois (Achille), 125 Bergeron, 126 Dumée, 127 Roustan, 128 Michel (Adolphe), 129 Bax, 130 Pillot.

MM. 131 Ségogne, 132 Hubert, 133 Cornevin, 134 Prieur, 135 Merlateau, 136 Vérité, 137 Maillard (Paul), 138 Fourcher, 139 Serée, 140 Latour.

MM. 141 Delafaye, 142 Martineau, 143 Brousse, 144 Villard, 145 Piettre, 146 Cuttoli, 147 de Lolme-Lalaubie, 148 Baille, 149 Chaume, 150 *ex æquo* : Peytard, Pelissard, Legendre.

— Par décret en date du 3 décembre 1864, les élèves de la Faculté de médecine de Paris qui ont obtenu au concours le titre d'élève de l'Ecole pratique, sont admis gratuitement à tous les exercices pratiques institués dans cette Faculté.

— Par décret en date du 30 novembre 1864, il est créé à la Faculté de médecine de Strasbourg une chaire de pathologie interne et une chaire de pathologie externe; les deux cours de pathologie seront annuels. Chacune des deux chaires actuelles de clinique et de pathologie médicales de la Faculté de médecine de Strasbourg est transformée en une chaire de clinique médicale; chacune des deux chaires actuelles de clinique et pathologie chirurgicales est transformée en une chaire de clinique chirurgicale; les quatre cours de clinique seront annuels.

— Par décret en date du 30 novembre 1864, il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux une chaire de physiologie, qui sera confiée à un professeur titulaire. La chaire actuelle d'anatomie et de physiologie est transformée en une chaire d'anatomie, et restera confiée à un professeur titulaire. Les fonctions de professeur adjoint attaché à la chaire d'anatomie et de physiologie sont et demeurent supprimées; le nombre des professeurs adjoints est réduit à deux; l'un de ces professeurs adjoints continuera, conformément aux dispositions du décret du 8 décembre 1863, à être chargé du cours de pathologie interne, et l'autre demeurera, comme par le passé, attaché à la chaire de clinique interne.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris a renouvelé, dans sa dernière séance, son bureau pour l'année 1865. Ont été élus :

Président, M. Perrin; *vice-présidents*, MM. Hutan et Coursserant; *secrétaire général*, M. Thibault; *secrétaires annuels*, MM. Magnin et Domerc; *archiviste*, M. Machelard; *trésorier*, M. Chaillery.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur d'Ukedem, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Bruxelles.

Erratum. — Par une interversion des plus regrettables, la fin du premier article consacré à la reproduction de la leçon de M. Daremberg, est devenue complétement inexacte et inintelligible. Nos lecteurs doivent considérer ce feuilleton comme terminé à la quatrième ligne de la septième colonne, aux mots *Les Arabes nous ont.* Nous rétablissons aujourd'hui le texte dans sa pureté, en reprenant la suite de la leçon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez Majolez; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus chez ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Le Monde de la mer, par A. FREDOL. Paris, 1865. Un volume grand in-8°, illustré de 22 planches en couleur et de 200 vignettes par Lakerhauer. Prix : broché, 30 fr.

Le Ciel, par Amédée GUILLEMIN. Paris, 1865. Un vol. grand in-8°, illustré de 11 planches en couleur et de 216 vignettes. Prix : broché, 20 fr.

Histoire des plantes, par Louis FIGUIER. Paris, 1865. Un vol. grand in-8°, illustré de 415 vignettes par A. Faguet. Prix : broché, 10 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie L. Hachette et Cie, boulevard Saint-Germain, 77.

Traité élémentaire de pathologie interne, par M. Ed. MONNERET, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu. La 4e livraison, qui complète le 1er volume, vient de paraître. Prix de chaque livraison : 3 fr. rendue *franco* dans toute la France et l'Algérie. — Paris, 1864, chez P. Asselin, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

NOTA. — L'ouvrage se composera de trois forts volumes grand in-8° et sera publié en 12 livraisons de 160 pages chacune, qui paraîtront régulièrement de quatre en quatre mois.

Histoire de la médecine et des doctrines médicales, leçons faites à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine en 1862, 1863 et 1864, par M. le Dr E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un vol. in-8° de 544 pages. Prix : 6 fr. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Le Directeur, Dr E. LE SOUED.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 150. — SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1864. (37e ANNÉE.) N° 150. — SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Névralgie réflexe, suivie d'anesthésie du trijumeau, en rapport avec une névrite du tronc du facial.

Dans une note lue à la Société de biologie en 1859, M. Gubler a proposé une explication nouvelle du phénomène désigné par les physiologistes sous le nom de sensibilité récurrente. D'après son opinion, la douleur excitée par l'irritation du bout périphérique d'une racine antérieure spinale serait due à la transformation du courant nerveux propagé jusqu'à la périphérie par le nerf exodique et revenant au centre par les filets de sentiment. Cette transformation s'opérerait soit par le fait seul du changement de direction d'un même tube nerveux recourbé en anse à son extrémité, soit plutôt par l'intermédiaire de cellules multipolaires, semblables à celles de la substance grise de la moelle ou de l'encéphale, qui ont été signalées par plusieurs anatomistes, et dont il a donné l'interprétation en les considérant comme jouant à la périphérie du corps le rôle d'une moelle diffuse.

M. Gubler pensait que cette théorie des sensations réflexes permettrait de comprendre un certain nombre de phénomènes morbides dont les uns, bien connus, n'ont cependant pas trouvé encore d'explication complétement satisfaisante, et dont les autres paraissent avoir échappé jusqu'ici à l'attention des pathologistes. « C'est ainsi, dit-il, que cette théorie m'a permis d'expliquer rationnellement les faits pathologiques qui sont compris en Allemagne sous le titre de *loi d'excentricité des phénomènes*, et que je propose de désigner par l'expression de *périphériques des sensations* (1). »

Dans le nombre des faits explicables par cette théorie, il signale particulièrement :

1° Les douleurs prémonitoires des lésions cérébrales dont l'apparition précède de plusieurs mois, et souvent davantage, les accidents paralytiques;

2° Certaines douleurs fugaces liées à des contractions musculaires irrégulières ou spasmodiques, certains tics douloureux;

3° Les points douloureux périphériques, tels que le point de côté de la pleurésie, liés à des inflammations situées vers l'origine des rameaux nerveux, moteurs ou mixtes;

4° Les douleurs qu'éveille dans une région déterminée du corps l'irritation douloureuse d'un autre point éloigné;

5° Enfin les douleurs consécutives à des lésions de nerfs purement moteurs.

M. Gubler a observé récemment dans son service de l'hôpital Beaujon un fait qui lui a fourni un exemple très remarquable de ce dernier genre.

Voici une relation abrégée de cette intéressante observation, que nous empruntons à la *Gazette médicale de Paris*.

Un jeune homme de vingt-six ans entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler, le 1er octobre dernier, se plaignant de douleurs dans la région lombaire qui dataient de cinq semaines. Ces douleurs avaient été précédées d'un simple sentiment de gêne à droite de la colonne lombaire pendant les mouvements. Le malade souffrait, au moment de son entrée, d'une douleur sourde qui s'accroissait de jour en jour, et qu'exaspérait la moindre pression.

M. Gubler découvrit au niveau du rein droit une légère tuméfaction sans empâtement ni changement de couleur à la peau. En même temps qu'apparurent ces accidents, le malade fut pris d'accès fébriles quotidiens, revenant régulièrement tous les soirs.

Ce jeune homme avait le teint blafard, les muqueuses très-pâles et l'aspect cachectique. Il ne présentait d'ailleurs aucun signe de diathèse tuberculeuse ni aucune trace d'œdème. La miction était fréquente, douloureuse et accompagnée d'un peu de ténesme vésical. Enfin, les urines laissaient déposer une couche glaireuse épaisse, dans laquelle on reconnut la présence du pus.

M. Gubler diagnostiqua une pyélo-néphrite avec cystite du col.

On soumit le malade pendant quelques jours à un traitement par les balsamiques.

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, t. Ier de la 3e série, p. 125.

Vers le milieu d'octobre, le malade est pris d'une douleur excessivement vive dans l'oreille, bientôt suivie d'un écoulement purulent par le conduit auditif externe. Trois ou quatre jours plus tard, il survient de la tuméfaction au-devant de l'oreille, et la région parotidienne devient douloureuse, ainsi que la gorge du même côté. Il en résulte un peu de gêne dans les mouvements de la mâchoire et dans la déglutition. En même temps, le côté gauche de la face perd son expression; les traits se dévient et sont de plus en plus attirés à droite. L'orbiculaire ne se contracte que très-incomplétement, et l'œil gauche ne se ferme plus qu'à moitié. La bouche est fortement tirée par le rire vers le côté sain, et dans l'action de souffler, la joue gauche se distend comme une paroi molle et presque inerte.

Au bout de deux ou trois jours, cette paralysie par inflammation du nerf facial se complique de douleurs névralgiques vives et constantes, occupant non-seulement les nerfs de sentiment placés au voisinage du foyer phlegmasique, mais aussi tous les rameaux, sans exception, du trijumeau.

Les jours suivants, cette névralgie s'accroît encore. M. Gubler prescrit alors deux pilules d'un demi-milligramme d'aconitine. Une sédation prompte succède à l'emploi de ce médicament, dont on cesse l'usage au bout de cinq jours. Il ne reste plus à ce moment que la douleur parotidienne notablement amoindrie. La paralysie faciale est également diminuée. Cette névralgie de toutes les branches du trijumeau gauche n'a été accompagnée, à aucun moment de sa durée, ni de douleurs profondes dans l'oreille, ni de céphalalgie gravative, ni d'insomnie, ni d'agitation et de délire.

Le 8 novembre, il ne reste plus qu'un peu de douleur au-devant de l'oreille; la paralysie faciale persiste encore à un certain degré; l'appétit et les forces renaissent.

Le 12, la sensibilité de la face est encore altérée. Le malade sent moins et autrement à gauche qu'à droite. Le toucher est obtus dans la région frontale et dans la région maxillaire inférieure. L'irritabilité musculaire du côté paralysé se montre très-affaiblie. On applique l'électricité dans le but de favoriser la nutrition des muscles.

Le 14, le malade accuse une sécheresse désagréable de la bouche du côté gauche, existant, dit-il, depuis le début de l'inflammation du voisinage de l'oreille.

Le 18, il se plaint, en même temps que de cette sécheresse, d'une sensation d'irritation, de cuisson et d'une saveur désagréable. L'exploration de la bouche révèle : une siccité plus marquée des gencives et de la joue gauche, une réaction très-fortement acide de ce côté et la présence de plaques de muguet.

Le 22, la paralysie faciale persistait encore au même degré, ainsi que l'anesthésie.

En résumé, otite purulente du côté gauche se propageant dans la région parotidienne correspondante, inflammation atteignant le tronc de la septième paire au sortir de l'aqueduc de Fallope, paralysie musculaire de la face du côté correspondant, et bientôt douleurs névralgiques intenses dans la même région, ayant leur siége dans les branches inférieures du trijumeau situées au voisinage du foyer de la phlegmasie, et se répandant dans tous les rameaux du nerf de la cinquième paire; telle a été la succession des phénomènes dont il nous reste maintenant à rechercher, avec M. Gubler, la liaison physiologique.

L'une des premières idées qui pouvaient venir à l'esprit, était celle-ci : propagation du travail inflammatoire depuis l'oreille externe jusqu'aux méninges de la base du crâne et au ganglion de Gasser couché sur le rocher, soit le long du canal de Fallope, soit au travers de la substance osseuse de l'oreille interne. Mais une objection puissante s'élevait contre cette interprétation. Il n'y avait eu ni céphalalgie intra-crânienne, ni agitation, ni délire, en un mot aucun des troubles fonctionnels pouvant dépendre d'une méningite. Rien n'autorisait, par conséquent, à chercher dans une inflammation de la base du crâne, intéressant le tronc de la cinquième paire, la cause de ces douleurs répandues dans toutes les expansions périphériques de ce nerf sensitif. Il fallait chercher d'un autre côté l'explication du phénomène. Voici celle qu'a proposée M. Gubler, et qu'il a déduite de la doctrine des sensations réflexes rappelée plus haut.

Il s'agissait d'appliquer les vues émises dans l'exposé de cette doctrine sur les manifestations de sensibilité du bout périphérique d'une racine antérieure spinale, à la physiologie du nerf trifacial envisagé comme racine motrice d'une paire cérébrale dont le trijumeau serait la racine sensitive. Magendie, après avoir coupé le facial à la sortie du trou stylo-mastoïdien, avait déjà constaté que l'irritation de ses trois branches continue à faire pousser des cris à l'animal, preuve décisive de l'existence d'une sensibilité récurrente, et conséquemment d'une sensation réflexe. D'un autre côté, M. Longet a reconnu par une dissection minutieuse une disposition en anses terminales des extrémités périphériques des divisions du facial et du trijumeau, ce qui l'a porté à admettre que les tubes sensitifs accolés aux filets moteurs, se recourbant sur eux-mêmes, allaient porter aux centres nerveux les impressions douloureuses excitées dans les bouts périphériques des rameaux du facial. Enfin, on sait qu'il a établi que le nerf facial n'est autre que la racine motrice d'une paire cérébrale dont la racine sensitive est représentée par le trijumeau.

En excitant ce nerf moteur, on devrait par conséquent obtenir de la douleur aussi bien que dans les expériences faites sur une racine spinale antérieure. C'est précisément ce que M. Gubler croit avoir observé dans le cas pathologique que nous venons de rapporter; seulement, chez son malade, c'est l'inflammation qui est devenue la cause excitatrice, et l'ébranlement propagé jusqu'aux extrémités des filets moteurs s'est réfléchi dans les filets sensitifs en produisant ce qu'il propose d'appeler une *névralgie réflexe*. Il serait aussi permis de prévoir, d'après M. Gubler, que des troubles analogues, déterminés par un semblable mécanisme, pourront être reconnus dans d'autres régions du corps, ce qui conduirait à la nécessité de constituer une nouvelle classe de névralgies, méritant une place séparée, au même titre que les contractures ou les paralysies réflexes.

M. Gubler fait remarquer, enfin, comme un phénomène non moins digne d'attention, la paralysie du sentiment qui succède à cette névralgie réflexe, et qui montre l'évolution parallèle des troubles fonctionnels dans les deux ordres de nerfs qui animent la face.

Rétrécissement du bassin. — Rupture spontanée de l'utérus. — Céphalotripsie. — Version podalique.

La rupture de l'utérus, soit traumatique, soit spontanée, présente des symptômes tellement certains et tellement graves, que presque toujours l'autopsie vient confirmer le diagnostic.

Quand l'utérus vient à se rompre sous l'influence d'un effort violent, la partie fœtale voisine du point où s'est faite la rupture s'engage à travers l'ouverture accidentelle; les contractions utérines diminuent ou cessent; la malade devient pâle, le pouls baisse, des nausées, des vomissements surviennent, et généralement la mort ne tarde pas à survenir. Cependant, dans quelques cas rares, cet accident peut être suivi de guérison, ainsi que cela est arrivé dans le fait suivant, recueilli à l'hôpital des Cliniques, et que M. le docteur J. de Soyre a bien voulu nous communiquer.

Le 30 octobre dernier, à trois heures du soir, on amena à la Clinique une femme enceinte et à terme, qui avait subi chez elle plusieurs tentatives infructueuses de version. Déjà trois fois elle était accouchée d'enfants morts, et chaque fois elle n'avait été délivrée qu'après un travail pénible qui avait constamment exigé l'intervention d'un accoucheur.

Sa grossesse n'avait d'ailleurs été troublée que par quelques nausées. Dans son enfance, cette femme n'avait marché qu'assez tard; ses tibias sont incurvés, et elle a de la claudication pendant la marche. Elle avait ressenti les premières douleurs le 30 octobre, à quatre heures du matin. A dix heures du matin, les membranes s'étaient rompues spontanément.

A son entrée à la salle des accouchements, le bras et le cordon occupaient le canal vaginal, et la tête de l'enfant reposait en avant, au-dessus du détroit abdominal. L'angle sacro-vertébral est très-saillant; on peut y arriver très-facilement, et l'on mesure alors un diamètre antéro-postérieur de 8 centimètres à peine. Avec la réduction de 1 centimètre et demi pour l'épaisseur de la symphyse des pubis et des parties molles, ce n'est qu'un diamètre réel de 6 centimètres et demi. C'est sans doute à cause de la saillie de l'angle sacro-vertébral que s'est produite l'issue du bras et du cordon, qui ne présente pas de pulsations.

Bien qu'il existât de violentes contractions utérines, secondées par les efforts énergiques des muscles abdominaux, aucune partie fœtale ne s'engageait dans le bassin. On fut frappé, à la première inspection du ventre, de la forme irrégulière qu'il présentait. Il était partagé en deux tumeurs inégales, mais bien distinctes; l'une en bas et à droite, s'étendant des pubis à l'ombilic; l'autre en haut et à gauche, au-dessus de l'ombilic, paraissant former le fond de la matrice. Cette conformation fit penser un instant qu'il pourrait y avoir deux enfants, dont l'un se présenterait par l'épaule et le second par le sommet; mais l'examen du bras, qui était de la dimension de celui d'un bel enfant à terme, fit repousser cette idée, quoiqu'on ne pût d'ailleurs s'expliquer l'existence de ces deux tumeurs.

Telle était la situation de la malade lorsque arriva M. le professeur Depaul, qui avait été mandé. Pendant que M. Depaul pratiquait le toucher, on remarqua une petite tumeur dure, de la grosseur d'une noisette, qui venait de se former au-dessus de l'ombilic, à gauche; bientôt une autre tumeur se produisit, de la grosseur d'une aveline, au-dessus de l'ombilic, à gauche, mais plus près de la ligne médiane. Ces tumeurs s'accrurent rapidement et offrirent tous les caractères d'un pied. En faisant un pli avec les parois abdominales, M. Depaul sentait distinctement un petit membre de l'enfant, et il eut la pensée qu'une rupture de l'utérus venait de se produire spontanément. Cette conjecture se fortifia par la persistance de cette saillie jusqu'au moment de l'extraction du fœtus.

M. Depaul fit la perforation du crâne de l'enfant avec les ciseaux de Smellie, puis il appliqua le céphalotribe, qui glissa sans amener la tête. Ces moyens n'ayant pas permis l'accouchement, M. Depaul employa le crochet mousse, puis le crochet aigu pour abaisser la tête; mais n'obtenant pas de succès, il pratiqua sur cet enfant mort la désarticulation de l'épaule à l'aide de longs ciseaux courbes sur le plat. Cette opération fut faite pour faciliter le passage de la main et l'engagement du fœtus. M. Depaul pratiqua la version podalique; mais malgré ces diverses opérations, l'extraction présentait encore quelques difficultés.

Les manœuvres avaient duré une demi-heure environ, et la malade avait perdu une notable quantité de sang. Son pouls était faible et lent; elle tomba dans un état de débilité douloureuse avec de fréquentes nausées. Son état inspirant de sérieuses inquiétudes, on lui administra du rhum dans du thé.

Le jour suivant, 31 octobre, le pouls était à 112 pulsations par minute; il y avait une amélioration inespérée. L'utérus était très-élevé, et l'on voyait encore une légère saillie à l'endroit où la rupture de l'utérus s'était produite.

Les jours suivants, le ventre fut ballonné et une péritonite se déclara. Cette affection fut combattue par des frictions mercurielles, des cataplasmes, etc.

La malade, après avoir eu des alternatives inquiétantes, suivies d'amélioration, sortit de la Clinique en voie de guérison, le 27 novembre 1864.

La plaie de l'utérus a paru contracter des adhérences avec la face interne des parois abdominales, et l'utérus était maintenu à une hauteur inaccoutumée.

— Une rupture spontanée de l'utérus à peu près semblable a été observée dans le même service par M. Blot, pendant les vacances dernières.

Une femme à bassin rétréci a été amenée à la Clinique; il s'opéra à la salle d'accouchements une rupture spontanée de l'utérus, à travers laquelle un coude de l'enfant était passé dans l'abdomen. Cette femme fut très-gravement malade, et elle eut le ventre extrêmement météorisé pendant deux jours. Elle sortit cependant de la Clinique presque complétement guérie.

Tumeur fibro-plastique généralisée.

Les diathèses cancéreuses telles que les envisagent les chirurgiens, c'est-à-dire une disposition telle que le développement rapide d'une tumeur est suivi fatalement de récidive et de généralisation, semblent n'être plus exclusivement liées à la présence d'éléments squirrheux et encéphaloïdes dans la tumeur initiale. Les tumeurs fibro-plastiques, les enchondromes, les tumeurs épithéliales se comportent comme les cancers encéphaloïdes et le squirrhe de Laënnec.

Voici un exemple de généralisation de tumeur fibro-plastique, qui a été observé à la Maison de santé, dans le service de M. Cazalis, et dont l'observation a été donnée à la Société anatomique par M. Fontan, interne des hôpitaux.

Un homme âgé de quarante-trois ans, entré à la Maison de santé dans le service de M. Cazalis, se plaignait d'éprouver des étouffements répétés. Il était pâle, anémique, et présentait un certain degré d'anasarque. L'auscultation pratiquée immédiatement apprit qu'il existait du côté gauche une matité complète avec absence de murmure respiratoire. D'un autre côté, les urines ne renfermaient pas d'albumine.

En même temps, le malade portait à la racine de la cuisse gauche une tumeur énorme, dont le début remontait à dix-huit mois. Cette tumeur s'étendait depuis le pli de l'aine jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; la masse de la tumeur offrait des inégalités de consistance et une résistance élastique; elle était mobile dans tous les sens et ne semblait pas tenir au fémur.

Un enchondrome fut diagnostiqué par MM. Cazalis et Demarquay. Ce diagnostic, au dire du malade, avait été déjà porté par d'autres chirurgiens.

M. Cazalis pensa qu'il y avait une corrélation intime entre cette production morbide et les phénomènes observés du côté de la poitrine, c'est-à-dire que l'épanchement pleurétique était survenu sans doute par suite d'une manifestation pathologique de même nature que celle qui existait à la cuisse, et qui occupait la cavité thoracique.

Le traitement institué eut pour base les préparations diurétiques. Aucune amélioration n'eut lieu, la dyspnée devint extrême; les garde-robes étaient rares, une douleur au creux épigastrique et le ballonnement du ventre apparurent. L'affaiblissement fit des progrès rapides et le malade finit par succomber après douze heures de délire.

A l'autopsie, on trouva dans la plèvre gauche les traces d'une hémorrhagique. Le poumon était un peu revenu sur lui-même et affaissé; il était fixé à la plèvre costale et à la plèvre diaphragmatique par des fausses membranes épaisses et solides : le poumon droit était libre de toute adhérence.

La surface des deux poumons était parsemée d'un grand nombre de tumeurs saillantes, dures, arrondies, d'une coloration blanchâtre, dont le volume variait d'un grain de millet à une noix. Toute l'étendue du parenchyme pulmonaire était comme farcie des mêmes noyaux; ceux-ci présentaient à la coupe un aspect lardacé, blanc jaunâtre.

Les autres organes ne présentaient rien d'anormal, sauf que le cœur paraissait atteint de dégénérescence graisseuse.

La tumeur de la cuisse était composée d'une enveloppe fibrineuse doublée de graisse, renfermant un grand nombre de kystes. En plusieurs points de l'enveloppe il existait des plaques osseuses qui envoyaient des prolongements dans l'intérieur de la tumeur.

Les kystes étaient remplis d'un liquide muqueux un peu trouble, contenant quelques caillots sanguins. La masse de la tumeur, où il n'y avait pas de kystes, était constituée par un tissu opaque, blanc jaunâtre, d'une consistance ferme et élastique, ne donnant pas de suc et ayant le même aspect que les tumeurs qui existaient dans le poumon.

L'examen microscopique des tumeurs de la cuisse et des poumons a donné le même résultat pour les portions du tissu jaune et élastique qui semblait être la substance fondamentale. Elles renfermaient des éléments fibro-plastiques abondants.

Les plaques osseuses de la tumeur de la cuisse renfermaient du véritable tissu osseux, mais on n'avait pas trouvé de cellules cartilagineuses.

Ce fait démontre une fois de plus que le tissu fibro-plastique est susceptible de donner à des tumeurs le caractère de malignité. La nature même des tumeurs du poumon, qui sont semblables à la partie fondamentale de la cuisse, montre clairement que les tumeurs fibro-plastiques se rapprochent tout à fait des cancers.

TUMEURS LARYNGÉES.

Étude sur les divers procédés d'extirpation en général, et sur la cautérisation en particulier.

Par M. le Dr Édouard FOURNIÉ.

C'était déjà un résultat immense que de pouvoir établir un diagnostic immédiat et précis au moyen du laryngoscope. Dès lors, il n'était plus permis de faire subir aux malades un traitement douloureux et pénible, mais sans fruit; il n'était plus permis de couvrir le cou de sangsues, de vésicatoires, de moxas, sans avoir, pour agir ainsi, d'autre justification que la présence d'un signe diagnostique tout à fait insuffisant : l'altération de la voix.

Mais là seulement ne devait pas se borner l'utilité du laryngoscope. Il est une médication précieuse entre toutes, la médication topique, dont l'efficacité dépend de l'exactitude de son application. Or, pour diriger convenablement les instruments dans la cavité laryngienne, le spéculum laryngien était indispensable. Grâce à ce moyen d'investigation, nous pouvons atteindre aujourd'hui tous les points de l'organe vocal et appliquer dans toute son étendue la médication topique. Les affections aiguës et chroniques de la muqueuse laryngienne retirent ainsi les avantages d'une médication qui, appliquée sur des parties plus accessibles à nos moyens d'action, a toujours rendu d'éminents services.

L'expérience justifie pleinement les conséquences de cette analogie.

La cautérisation dont nous devons nous occuper ici est une des branches les plus importantes de la médication topique. Notre but est de faire connaître les indications qui la réclament et la manière dont il faut l'exécuter. Mais avant, quelques considérations nous paraissent indispensables.

Les tumeurs, végétations, polypes, etc. (1), qui peuvent se développer dans la cavité laryngienne sont tellement différentes par la forme, le volume, le siége d'implantation, la nature organique, qu'il serait insensé de vouloir les détruire toutes par la même méthode ou par le même procédé. Il est donc indispensable de classer ces tumeurs d'après leurs indications thérapeutiques. A cette fin, et pour mieux préciser ensuite les cas où la cautérisation nous paraît formellement indiquée, nous exposerons succinctement les circonstances dans lesquelles d'autres méthodes et d'autres procédés doivent être employés de préférence à la cautérisation.

Et d'abord, faisons un classement à part pour les tumeurs qui exigent l'ouverture artificielle du tube aérien sur un point quelconque de son étendue; nous nous occuperons ensuite de celles qui peuvent être extirpées par les voies naturelles.

Voie artificielle. — Dans cette classe, il faut ranger toutes les tumeurs qui adhèrent à la muqueuse par une base assez large pour ne pouvoir pas être excisée en une fois. Il faut excepter toutefois les tumeurs molles, certains polypes muqueux, par exemple, qui, par des incisions multiples, peuvent s'affaisser et se réduire à de si faibles proportions qu'il suffit ensuite de quelques cautérisations pour les détruire tout à fait.

Les tumeurs qu'il faut enlever par l'ouverture artificielle sont charnues, fibreuses et assez vasculaires pour donner lieu à une hémorrhagie abondante. Le volume de la tumeur doit être pris aussi en grande considération; si ce volume est considérable et si la respiration est très-gênée, il serait, croyons-nous, très-imprudent d'opérer l'extirpation sans avoir assuré la respiration par l'introduction d'une canule dans la trachée. Or, la trachéotomie et la laryngotomie sont trop voisines pour que du même coup on ne les pratique pas toutes les deux. Dans tous les cas, si la tumeur est implantée par une large base au-dessous de la glotte, il faut ouvrir la trachée.

M. le docteur Follin ayant reconnu avec le laryngoscope la présence de plusieurs tumeurs à base large, recula devant l'opération par les voies naturelles et préféra s'ouvrir une voie artificielle par la laryngotomie thyro-hyoïdienne. Cette conduite, très-rationnelle d'ailleurs, fut savamment justifiée par notre confrère dans la séance de la Société de chirurgie du 4 février 1863.

M. le docteur Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, ayant constaté dans le larynx la présence d'une tumeur grosse comme une noix, s'insérant sur le ligament ary-épiglottique, dans le ventricule du même côté et sur l'aryténoïde par une base large, pratiqua également la laryngotomie thyro-hyoïdienne; il s'aperçut après l'opération que la tumeur était un fibrome; cette circonstance venait, après coup, ajouter un motif de plus en faveur de la méthode qu'il avait adoptée. (*Gazette des Hôpitaux*, 19 avril 1863.)

Nous pourrions multiplier ces exemples, car depuis les travaux du célèbre professeur de Strasbourg, M. Ehrmann, les opérations de laryngotomie ont été pratiquées assez souvent; mais il nous paraît plus opportun de renvoyer le lecteur à l'ouvrage intitulé *Histoire des polypes du larynx*, par M. Ehrmann, Strasbourg, 1850.

Après avoir déterminé par l'examen laryngoscopique la voie la plus convenable à travers laquelle on doit extirper la tumeur, c'est encore le laryngoscope qui doit nous servir de guide pour fixer le point d'ouverture des voies aériennes.

Si la tumeur est implantée sur les replis ary-épiglottiques, il sera plus avantageux d'ouvrir la membrane thyro-hyoïdienne, ou, en d'autres termes, de pratiquer la laryngotomie thyro-hyoïdienne.

Si la tumeur occupe la cavité laryngienne proprement dite, si elle s'insère dans les ventricules ou sur les cordes vocales, la laryngotomie thyroïdienne se présente naturellement à l'esprit. Enfin, si le point d'insertion se trouve au-dessous des cordes vocales inférieures, l'on devra nécessairement pratiquer la laryngo-trachéotomie.

Pour exécuter cette dernière opération, nous ne connaissons pas de procédé plus commode et plus régulier tout à la fois que le procédé de M. Maisonneuve avec le trachéotome de son invention. Malgré toute sa simplicité, ce procédé exige, comme dans toutes les opérations chirurgicales, une certaine habitude du manuel opératoire et l'observation des quelques précautions indispensables.

L'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu nous excusera si, empiétant sur ses droits, nous donnons ici quelques observations pratiques sur la manière de se servir de cet instrument. Le premier après lui nous l'avons employé sur le vivant, et, le premier aussi, nous avons apprécié les services qu'il était destiné à rendre.

Dans sa plus grande simplicité, cet instrument se compose d'une aiguille courbe à bord tranchant du côté de la concavité et fixée à angle droit à l'extrémité d'un manche.

Pour plus de clarté, nous diviserons l'opération en quatre temps.

L'introduction de l'aiguille à travers la membrane thyro-cricoïdienne constitue le premier temps; c'est le temps le plus simple et le plus facile à exécuter. Cependant cette introduction doit être faite lentement et avec mesure, surtout si le calibre de la trachée est petit comme chez les enfants.

L'absence de résistance indique que l'aiguille a pénétré.

Cette ponction ayant été faite perpendiculairement à l'axe du corps et le talon de l'aiguille tourné en bas, on commence le deuxième temps en retournant lentement cette dernière par un mouvement d'avant en arrière et de bas en haut, de manière à porter le talon à la partie supérieure. Dans cette position, l'aiguille est parallèle à l'axe du tube aérien, et présente son bord tranchant en avant; puis elle est poussée lentement dans l'intérieur de la trachée, suivant une direction toujours parallèle à l'axe, jusqu'à ce qu'elle y soit enfermée tout entière.

La ponction de la trachée d'arrière en avant et de dedans en dehors constitue le troisième temps.

Il est très-important que la ponction soit pratiquée sur un point qui divise le tube aérien, sur la partie médiane, en deux portions symétriques. S'il n'en était pas ainsi, si la division des tissus était pratiquée un peu trop à droite ou un peu trop à gauche, l'incision définitive serait oblique, et pourrait intéresser les masses latérales du corps thyroïde, voire même des vaisseaux importants.

Pour être certain que l'aiguille occupe bien dans la trachée la place qu'elle doit occuper, il suffit de tenir constamment le manche qui la porte dans une direction perpendiculaire à l'axe du corps. La ponction est pratiquée par un mouvement d'avant en arrière, et la pointe de l'aiguille vient se montrer à la partie inférieure et antérieure du cou.

Le quatrième temps consiste à diviser les parties situées entre les deux piqûres par un mouvement de bascule de bas en haut. Cette division ne présente aucune difficulté.

Pour faciliter l'introduction de la canule dans la trachée,

(1) Parmi ces tumeurs, il en est un grand nombre qui appartiennent à la classe des végétations papillaires et des tumeurs fibreuses. — Rokitansky, cité par M. le docteur Turk (*Etude clinique des maladies du larynx*, page 37), avait déjà fait cette remarque.

l'aiguille se dédouble après l'incision des parties au moyen d'un ressort, et l'écartement de ses branches remplit parfaitement l'office d'un dilatateur.

Dès que la canule est placée, il est prudent de laisser reposer le malade et de ne pas chercher à explorer la cavité laryngo-trachéale.

Cette exploration d'ailleurs n'est pas facile en ce moment : elle est bien plus commode lorsque tout écoulement sanguin a cessé, et que l'ouverture trachéale commence à rester béante d'elle-même sans le secours du dilatateur.

Cette manière d'agir présente l'immense avantage que, si le cas l'exige, on peut inciser l'anneau du cricoïde et le thyroïde sans se préoccuper de l'état de la respiration du malade, qui se trouve sauvegardée par la présence de la canule dans la trachée. Nous rentrons ainsi dans les principes que M. le professeur Ehrmann a posés, concernant l'opération préventive de la trachéotomie avant de procéder à l'extirpation des tumeurs situées dans la cavité laryngienne. Cette conduite est prudente et doit quelquefois être suivie.

Si l'on désire plus de détails sur ces diverses opérations, nous recommandons encore une fois la lecture de l'histoire des polypes du larynx par le professeur Ehrmann, qui le premier pratiqua la laryngotomie avec succès, dans le but d'extirper une tumeur laryngienne ; également, les séances de la Société de chirurgie pendant l'année 1863, et les savants articles de M. le docteur Verneuil, dans la *Gazette hebdomadaire* de la même année.

Voies naturelles. — Les tumeurs que l'on peut détruire par les voies naturelles sont sans contredit celles qui se présentent le plus souvent à l'observation ; en général, elles restent pendant longtemps réduites à de petites proportions, n'entraînant d'autre trouble que l'altération de la voix. Ceci explique pourquoi l'on trouve dans l'histoire de la science un si petit nombre d'observations de tumeurs laryngées : souvent, en effet, l'on a dû méconnaître leur présence, et attribuer l'altération de la voix, dont elles étaient la seule expression symptomatique, à des lésions bien différentes.

Considérant toujours ces productions morbides au point de vue thérapeutique, nous examinerons d'abord celles qui réclament l'emploi de divers instruments, et nous terminerons en exposant les caractères de celles qui doivent être détruites par le caustique.

Les tumeurs qui peuvent être enlevées par les instruments présentent un volume variable entre celui d'un gros pois et celui d'une aveline ; très-souvent molles, elles se laissent facilement déchirer par la pince qui les saisit, et présentent tous les caractères des polypes muqueux ; plus rarement, elles ont une consistance ferme, fibreuse ou charnue : généralement, dans ce dernier cas, ce sont des végétations papillaires à forme lobulée et dont la surface est plus ou moins chagrinée.

D'après le relevé des observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour, ces tumeurs prennent naissance le plus souvent dans l'angle formé par les deux lames du thyroïde, immédiatement au-dessus des cordes vocales inférieures ; un peu moins souvent on les trouve implantées dans les ventricules, et plus rarement encore sur les autres parties de la surface laryngée.

Pour extirper ces tumeurs, le procédé doit nécessairement varier selon la forme, le volume et le lieu d'implantation du pédicule. Cela est si vrai que, parmi les chirurgiens habiles qui ont enlevé des tumeurs par les voies naturelles, il en est peu qui aient employé le même procédé et des instruments analogues ; chacun possède sa manière et parfois aussi son instrument. Il est donc tout naturel que nous décrivions chacun de ces procédés, de cette manière nous pourrons signaler avec plus de clarté et de précision les indications qu'ils doivent remplir.

Incisions multiples, scarifications. — C'est à M. le docteur Burns, de Tubingen, que nous devons la première observation de polype enlevé avec succès par les voies naturelles. Nous avons vu là un motif suffisant pour mettre le procédé dont il s'est servi en première ligne.

Ce polype, mesurant 12 à 14 millimètres de long sur 7 ou 8 millimètres de large, prenait naissance au point de réunion des deux cordes vocales inférieures en avant, et adhérait à toute la corde vocale gauche par un repli muqueux.

Après avoir préparé le malade, qui était son propre frère, pendant deux mois, M. le docteur Burns pratiqua l'opération. L'instrument dont il se servit est de son invention, et consiste principalement en deux lames tranchantes fixées à l'extrémité d'une tige recourbée ; au moyen d'un mécanisme ingénieux et très-simple, ces deux lames, comme les lames des ciseaux, peuvent saisir la tumeur et l'inciser.

Le polype fut donc incisé en plusieurs endroits et à trois reprises différentes ; chacune de ces opérations était suivie d'un léger écoulement de sang qui réduisait d'autant le polype. La trame cellulaire ayant été détruite par ces nombreuses incisions, le polype s'affaissa sur lui-même et fut rejeté peu à peu, mais complétement, avec les produits de l'expectoration. M. Burns a opéré depuis d'autres malades avec le même succès.

Le procédé que nous venons de décrire peut être employé toutes les fois qu'il se présente une tumeur molle, un polype muqueux, par exemple, dont le pédicule est trop large pour permettre l'arrachement ou l'excision complète en un seul coup. En pratiquant des incisions multiples, on fait plus que de vider momentanément le polype des liquides qui le gonflent, on empêche aussi la reproduction de ce liquide par la destruction du tissu aréolaire qui le contient et qui constitue à lui seul la partie solide de la tumeur. Il est certain que ce procédé ne donnerait pas les mêmes résultats, si l'on opérait sur une tumeur fibreuse ou charnue.

(La suite à un prochain numéro.)

SYPHILIS COMMUNIQUÉE PAR UN NOURRISSON A SA NOURRICE

et de celle-ci à son propre enfant.

Par M. le docteur E. Bruneau, de Raon-l'Etape (Vosges).

Bien qu'aujourd'hui la contagion des accidents secondaires soit complétement admise, l'observation suivante me semble digne d'être rapportée.

La femme D..., de la commune de ***, se présente à ma consultation le 29 août 1864. Cette femme, âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, est mère de cinq enfants, dont elle nourrit encore le dernier, âgé de dix mois.

Elle se plaint d'une grosseur au sein, qui l'affecte d'autant plus vivement qu'une de ses voisines est atteinte d'un cancer. Je trouve, en effet, à l'un des seins une grosseur de forme irrégulière, assez peu étendue, et qui me paraît d'une nature suspecte. J'interroge cette femme sur ses antécédents : elle n'a jamais eu d'affection de la peau ni de la gorge, point de croûtes dans les cheveux, point de démangeaison à l'anus, point d'adénite cervicale, en un mot aucun des symptômes d'infection syphilitique. J'interroge de même son mari, qui l'accompagne ; même réponse négative.

Elle me déclare toutefois qu'il y a environ cinq semaines elle a pris un nourrisson dont les membres inférieurs et les fesses étaient couverts de boutons et de croûtes, et qui avait les glandes du cou engorgées. Cette circonstance l'avait d'abord engagée à le refuser, mais, sur les instances des parents et l'affirmation de quelques commères, qui prétendaient reconnaître la *goutte*, elle se décida à l'accepter. Au bout de quelques jours, elle remarqua des ulcérations aux lèvres et à la langue de cet enfant, qui commença à maigrir et ne tarda point à succomber.

Ce récit ne me laissant aucun doute, je prescrivis à cette femme la lotion suivante pour la plaie :

Bichlorure de mercure.	0 gr. 50 centigr.
Laudanum de Sydenham. . . .	4 — 00 —
Eau de laitue.	120 — 00 —

Et à l'intérieur, une d'abord, puis cinq cuillerées à bouche de la liqueur de Van Swieten ; je l'engageai de plus à sevrer son propre enfant et à revenir au bout de quelque temps. Elle revint en effet six semaines après : l'ulcération était complétement cicatrisée et la grosseur notablement diminuée. Je lui prescrivis une solution iodurée. Quant à son enfant qu'elle n'avait point voulu sevrer, malgré mes conseils, il avait successivement présenté les mêmes symptômes que le premier (croûtes aux jambes et aux fesses, ulcérations à la langue et aux lèvres), sauf l'adénite cervicale : de gros et gras il était devenu d'une maigreur squelettique ; depuis quelques jours il refusait le sein, et elle s'attendait d'un moment à l'autre à le voir succomber. Je n'ai plus revu cette femme, mais je suppose que ses prévisions se sont réalisées.

Je rapporte ce fait sans le faire suivre de commentaires ; il est, ce me semble, assez éloquent par lui-même. Si, comme cela s'est déjà vu, un fait semblable donnait lieu à une action civile devant les tribunaux, les conclusions, à mon avis, ne sauraient être douteuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 décembre 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Montpellier médical*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

— Le Conseil d'administration de l'Académie impériale de médecine a fait l'honneur à la Société de chirurgie de lui envoyer un certain nombre d'invitations pour la séance publique du 13 décembre.

— M. Cullerier demande à échanger son titre de titulaire en celui d'honoraire.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière. — Fin.

M. Trélat rappelle que la Société doit encore se prononcer sur la proposition qu'avait faite M. Larrey relativement à l'organisation d'un comité ou d'une commission d'hygiène. En l'absence de M. Larrey, M. Trélat propose, en son propre nom, une rédaction qui lui paraît renfermer l'idée de M. Larrey, en lui donnant plus de précision.

Il n'y a dans cet article qu'un seul point nouveau, celui de la permanence et des réunions périodiques du comité. Quant à la création du comité, elle est conforme aux vœux exprimés bien souvent par le corps médical ; elle est d'accord avec les vues de l'Administration, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur la première page du livre de M. Husson. On y verra que l'Administration considère comme une de ses plus précieuses et plus utiles traditions l'échange de vues et d'idées entre elle et les médecins ; qu'elle ne saurait prendre sur elle de consacrer dans la pratique aucune mesure d'hygiène sans faire appel aux lumières et à l'expérience du corps médical des hôpitaux. C'est l'idée fondamentale qui a été exprimée dans la conclusion soumise au vote de la Société.

M. Marjolin croit qu'il serait bon de rappeler que des vœux semblables ont été émis par M. Lévy à l'Académie de médecine, et que nous aurions tout bénéfice à invoquer le patronage de cette éminente Compagnie.

M. Trélat ne pense pas qu'on doive introduire de nom propre dans la rédaction des conclusions. Il a pris soin, dans son dernier discours, de rappeler l'opinion de M. Lévy.

M. Broca. On pourrait dire que cette mesure est conforme aux vœux exprimés à l'Académie de médecine.

— Ces mots seront introduits.

M. Giraldès voudrait que les chefs de service ne faisant pas partie du comité y fussent appelés, avec voix délibérative, pour toutes les questions relatives à l'hôpital auquel ils sont attachés.

M. Broca craint que les expressions de M. Giraldès ne répondent pas à son idée. Si on appelait dans le comité tous les chefs de service d'un hôpital sur une question donnée, il pourrait arriver que cet hôpital fût représenté par trois, quatre, cinq personnes, tandis que d'autres hôpitaux ne le seraient pas ou le seraient par un seul membre.

M. Larrey pense que ce sont là des détails de réglementation, et qu'il faut s'en tenir à l'énoncé du principe.

M. Giraldès insiste sur sa proposition. Si les chefs de service, dit-il, ne sont pas appelés dans le comité, celui-ci sera purement nominatif ; on n'y viendra pas ; ce sera un objet de luxe. La présence des chefs de service est d'ailleurs nécessaire pour faire comprendre la portée et le but de certaines améliorations de détail, qui souvent n'intéressent qu'un seul hôpital.

M. Trélat propose, pour répondre à la pensée de M. Giraldès, d'ajouter ces mots : Et pouvant éventuellement appeler dans son sein, avec voix délibérative, les chefs de service ne faisant pas partie de ce comité.

— La Société adopte.

M. Le Fort voudrait qu'on demandât au comité un compte rendu médical annuel, ce qui comblerait utilement une lacune du compte moral que publie l'Administration.

M. Giraldès dit que la présence aux séances du comité devrait être rendue obligatoire au moyen d'une amende.

M. Larrey demande qu'on spécifie que la commission ou le comité est attaché aux hôpitaux.

La conclusion XIII, modifiée, est relue en entier. — La Société l'adopte.

Conclusions.

L'ensemble des conclusions, mis aux voix et adopté, est ainsi conçu :

La Société de chirurgie de Paris voulant contribuer, dans la mesure de ses efforts, à soustraire la pratique de l'art à la funeste influence des complications nosocomiales et à dégager pour l'avenir la responsabilité de la science, a jugé opportun, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, de rappeler ou d'établir les principes suivants :

I. Un hôpital doit être situé dans un lieu découvert, sur un sol sec et sur un terrain déclive. Ce terrain doit être vaste. Un espace superficiel de 50 mètres carrés par malade représente un minimum qui devra, autant que possible, être dépassé, et qui, d'ailleurs, doit croître *progressivement* avec le nombre des malades.

II. L'atmosphère d'un hôpital sera d'autant plus pure qu'il sera plus éloigné des agglomérations populeuses. On ne devrait conserver au centre des villes que des hôpitaux d'urgence nécessairement restreints et des hôpitaux d'enseignement. Cette mesure de salubrité serait en même temps une mesure d'économie, et permettrait aux grandes villes comme Paris d'installer leurs hôpitaux sur de vastes terrains peu coûteux.

III. De bonnes dispositions hygiéniques sont faciles à obtenir dans des hôpitaux de 200 à 250 malades. Elles deviennent à peu près impossibles à réaliser dans les grandes villes, si on dépasse le double de ce chiffre. Dans ces limites de nombre, les dépenses de toute nature ne sont pas plus élevées que pour des hôpitaux plus populeux.

IV. Les éléments de l'atmosphère se mélangeant surtout dans le sens horizontal, il faut combattre par l'espacement les effets de contact et de proximité qui constituent l'encombrement et qui se produisent de malade à malade, de salle à salle, de bâtiment à bâtiment.

V. Ce n'est pas seulement en augmentant l'espace cubique alloué à chaque malade, mais encore et surtout en augmentant l'espace superficiel, aujourd'hui insuffisant dans nos hôpitaux civils, qu'on luttera efficacement contre les influences contagieuses. Pour des motifs de même ordre, il est indiqué de ne pas multiplier les étages, chacun de ceux-ci engendrant une couche atmosphérique plus ou moins viciée. Au point de vue rigoureux de l'hygiène, on ne devrait jamais superposer plus de deux rangées de malades.

VI. Ce serait une illusion de croire qu'un large cube d'air à l'intérieur des salles remplace le manque d'espace et d'aération extérieure, de croire qu'une abondante ventilation artificielle supplée à l'une ou à l'autre des conditions précédentes. Rien ne supplée à l'insuffisance ou au défaut de l'aération naturelle.

VII. Les bâtiments complétement isolés, ayant tous la même orientation, exposés sans aucun obstacle aux rayons du soleil, à l'action de la pluie et des vents, seront disposés sur une seule ligne ou en lignes parallèles, à larges intervalles de 80 à 100 mètres, de manière à obtenir une séparation efficace et une libre et facile aération extérieure.

VIII. De petites salles de 15 à 20 lits sont faciles à surveiller au point de vue des soins ; la gêne réciproque des malades y est moins grande ; les chances de contagion directe moindres aussi ; l'enlèvement de toutes les impuretés plus rapide. Elles doivent être préférées pour les services ordinaires, sans préjudice de dispositions spéciales à adopter pour certaines catégories de malades qui réclament un plus large espacement et l'*isolement* dans des chambres séparées.

IX. Le mobilier des salles ne doit apporter aucun obstacle à la circulation de l'air. Il est nécessaire que les chefs de service aient le droit de faire supprimer les rideaux des lits lorsqu'ils le jugent convenable.

X. Les salles seront séparées par les paliers et les pièces de service commun. Il serait avantageux que l'une d'elles pût recevoir, pendant le jour et pour les repas, tous les malades qui se lèvent ; ce serait une évacuation incomplète, mais quotidienne de la salle.

XI. L'évacuation périodique et régulière des salles et leur repos pendant un temps de plusieurs mois, donnent, dans les hôpitaux militaires français et dans les hôpitaux étrangers, des résultats qui indiquent l'adoption générale de cette mesure particulièrement impérieuse en temps d'épidémie.

XII. Tout sera disposé pour que les matières odorantes et infectantes, déjections, objets de pansement, eaux de lavage, etc., puissent être rapidement détruites ou enlevées, qu'elles ne séjournent jamais à l'intérieur ou à proximité des pièces occupées par les malades, et ne donnent lieu à aucune émanation appréciable.

XIII. L'installation, près l'Administration centrale des hôpitaux, d'un comité consultatif d'hygiène et de salubrité permanent et ayant

des séances périodiques, comité composé de médecins, de chirurgiens, d'administrateurs, d'ingénieurs et d'architectes, et pouvant éventuellement appeler dans son sein, avec voix délibérative, tous les chefs de service ne faisant pas partie de ce comité; l'institution d'asenmblées périodiques des médecins, chirurgiens et administrateurs de chaque hôpital, fourniraient à l'Administration des lumières et un contrôle qui lui permettraient de marcher plus sûrement dans la voie des progrès qu'elle poursuit.

Cette dernière mesure, conforme aux vœux exprimés à l'Académie de médecine, ne serait d'ailleurs qu'un retour à d'anciennes prescriptions et à d'utiles usages.....

— Sur la proposition de M. Legouest, la Société décide que la *Discussion sur l'hygiène hospitalière* sera tirée à part et formera une publication spéciale.

ÉLECTION.

La Société vote sur la demande de M. A. Richard, relative à l'échange de son titre de membre titulaire contre celui d'honoraire.

Le dépouillement du vote donne 4 voix pour, 15 voix contre, 3 bulletins blancs.

M. Richard n'est pas nommé membre honoraire.

LECTURES.

M. COURTY (de Montpellier) lit : 1° Une note sur la *suppression de la sonde à demeure à la suite de l'opération de la fistule vésico-vaginale.*

2° Le récit de l'*ablation d'un utérus introversé.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Broca, Follin et Verneuil.

— M. LEROY (d'Etiolles) lit une observation intitulée *Extraction d'un bâton de cire à cacheter tombé dans la vessie* (1).

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner les autres travaux de M. Leroy.

PRÉSENTATIONS.

M. LEMAUX présente un *appareil à fracture* de son invention. Cet appareil, destiné surtout au membre inférieur, permet de faire l'extension et la contre-extension.

Renvoyé à l'examen de M. Marjolin.

Balle de plomb enclavée dans le tibia. — M. PERRIN met sous les yeux de la Société un tibia dans l'épaisseur duquel un projectile a séjourné impunément pendant cinquante ans.

Cette pièce appartenait à un ancien officier de l'Empire, qui reçut un coup de feu en 1814, à la partie supérieure de la jambe droite. La balle pénétra à la face interne de la tubérosité du tibia. Sa présence fut constatée immédiatement. On fit de vains efforts pour l'extraire, et en désespoir de cause la plaie fut abandonnée à elle-même.

Malgré ces conditions défavorables, la blessure guérit complétement en quelques mois, en laissant sur le trajet de la plaie une cicatrice solide adhérente à l'os.

La guérison se maintint durant trente ans sans que l'officier fût gêné dans son service par son ancienne blessure.

Après ce long intervalle de temps, deux petits abcès se formèrent successivement, l'un au niveau de la cicatrice, l'autre à 2 centimètres en avant. A ces abcès, qui n'eurent aucun retentissement sur la santé générale ni sur l'intégrité de l'articulation du genou, succédèrent deux trajets fistuleux fournissant une petite quantité de pus séreux. Ces trajets fistuleux, au fond desquels le stylet ne percevait l'os à nu dans aucun point, persistèrent jusqu'au moment de la mort, survenue dans un âge très-avancé, il y a quelques semaines, et à la suite d'une affection étrangère.

A l'autopsie du membre, on découvrit, à l'aide d'un trait de scie, une excavation profonde creusée dans l'épaisseur de la tubérosité tibiale.

(1) Voyez *Gazette hebdomadaire*, 1864, page 841.

Cette excavation, sinueuse, profonde de 4 centimètres environ, est tapissée partout d'une membrane fibreuse épaisse, derrière laquelle on remarque les altérations habituelles de l'ostéite suppurée, dans certains points du tissu osseux raréfié, et réduite à quelques aiguilles friables comme dans la carie, dans d'autres, des plaques de tissu éburné.

L'excavation est partagée en deux loges par un étranglement trop étroit pour livrer passage à un projectile, fût-il de petit calibre.

La loge superficielle située en arrière communique avec l'extérieur à l'aide de deux ouvertures larges, oblongues, fermées par des tissus fibreux et disposées à la façon de deux canons de fusil. Le projectile se trouve enclavé dans cette loge assez solidement pour qu'il résiste à toute tentative d'extraction pratiquée directement et la pièce sous les yeux. Il est littéralement incrusté dans du tissu osseux compacte de nouvelle formation, au moins en grande partie.

La loge profonde, située plus en avant et sur un plan un peu déclive, a été manifestement creusée par le pus provenant de la loge superficielle. Elle représente, si l'on veut me passer cette expression, l'égout de la plaie osseuse dans lequel sont venus s'accumuler les produits de sécrétion, après que la cicatrisation des parties molles á fait obstacle à leur issue au dehors.

A son point le plus déclive, le pus s'est fait un petit débouché jusqu'à la surface de l'os. C'est précisément au niveau de cette ouverture spontanée que siégeait l'un des abcès, survenus trente ans après la blessure.

Il résulte évidemment de l'examen de cette pièce que la plaie osseuse, quoique peu gênée par la présence du projectile, n'était pas guérie au moment de la cicatrisation des parties molles. Elle subit de lentes transformations dont les résultats furent la formation de tissu compacte et l'infiltration de ces produits de sécrétion dans le tissu aréolaire du voisinage.

Enfermés de toutes parts dans l'épaisseur de l'os, ce ne fut qu'au bout de trente ans qu'ils se frayèrent passage au dehors, sans dommage pour la santé générale ni pour les fonctions du membre.

Résection du maxillaire inférieur, déformatisn consécutive de la face. — M. FOUCHER. La pièce pathologique que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société provient d'un nommé M..., opéré par Dupuytren en 1832, et dont l'observation, recueillie par M. Hipp. Larrey, se trouve relatée dans la *Clinique* de Dupuytren (t. VI, p. 263).

Chez cet homme, tout le corps du maxillaire inférieur avait été détruit, soit par un coup de feu, soit par le chirurgien appelé à restaurer l'affreuse difformité qui résultait de la blessure. Il est curieux de constater la disposition des diverses parties de la face trente-trois ans après l'opération.

L'ouverture buccale a la forme d'un ovale à grand diamètre vertical et dont le bord inférieur, reporté en arrière, est uniquement formé par la peau et un tissu cicatriciel.

La mâchoire supérieure est rétrécie transversalement, les sinus maxillaires sont étroits, la voûte palatine offre la forme ogivale signalée en pareil cas par Larrey père, les dents et l'arcade dentaire sont inclinées en dedans et presque horizontales. Tout le corps de la mâchoire inférieure manque et n'est remplacé par aucun tissu cartilagineux ; les deux branches de l'os sont attirées vers la ligne médiane et appliquées sur les parties latérales de la mâchoire supérieure.

La langue n'étant plus soutenue en avant, était devenue verticale, et sa base reposant sur l'épiglotte abaisse celle-ci sur l'ouverture supérieure du larynx et a exercé même une pression assez forte et assez longtemps continuée sur les cartilages arythénoïdes pour en avoir émoussé la pointe. La respiration n'était pas gênée, la phonation était imparfaite, et la salive coulait continuellement de la bouche.

Ces renseignements pourront compléter ceux qui ont déjà été fournis sur ce blessé par M. Hipp. Larrey.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1866.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose pour question de prix : « De l'érysipèle épidémique. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — L'Académie met au concours cette question : « Faire l'anatomie pathologique des nerfs dans les principales affections viscérales. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Civrieux. — L'Académie propose la question suivante : « De la migraine. — Étudier les causes de cette affection, ses phénomènes essentiels, ses rapports avec d'autres maladies et ses conséquences finales ; — s'efforcer d'en déterminer le siége et la nature, soit par des investigations propres, soit par les autopsies consignées dans la science ; — insister particulièrement sur un traitement rationnel. »

Ce prix sera de la valeur de 800 francs.

Prix Capuron. — L'Académie propose pour sujet de prix : « Du frisson dans l'état puerpéral. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Barbier (voir, pour les conditions du concours, le numéro du 15 décembre dernier).

Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix Orfila. — L'Académie propose la question suivante : « De la digitaline et de la digitale.

» Isoler la digitaline ; — rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitaline et celle de la digitale.

» Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement.

» Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu.

» *Jusqu'à quel point* et *dans quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation sur les animaux des matières vomies, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement? »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Lefèvre. — La question posée par le testateur est celle-ci « De la mélancolie. »

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie interne.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Les Mémoires pour les prix à décerner en 1865 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier, Amussat et Godard sont exceptés de ces dispositions.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 10 novembre, ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

De Saint-Bonaventure (n° 96), à Marseille, M. Coste, pharmacien ;

De la commune de Montpont-sur-Lisle (Dordogne), M. Léonardon, médecin, maire ;

De la commune de Montignac (Dordogne), M. Ducluzeau, médecin

De la commune de Habas (Landes), M. Massie, docteur en médecine, maire ;

De la commune de Craon (Mayenne), M. Jamet, docteur en médecine, membre du Conseil général.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 DÉCEMBRE 1864.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question de l'origine des races humaines, soulevée récemment par MM. Trémaux et d'Omalius d'Halloy, a été le sujet d'observations intéressantes communiquées dans cette séance par M. de Khanikof. Comme M. d'Omalius d'Halloy, M. de Khanikof combat l'idée de M. Trémaux sur l'influence des milieux, et attribue à l'action des croisements les variations qui surviennent dans les formes humaines et modifient les caractères primitifs de certaines races. On trouvera la lettre de M. de Khanikof dans le compte rendu de la séance. On y verra aussi un exposé succinct d'un mémoire de M. Netter sur l'élément buccal dans la fièvre typhoïde, fait qui n'est pas sans quelque analogie avec ceux que nous avons exposés récemment à l'occasion d'une thèse de M. le docteur Guichard.

Parmi les présentations d'ouvrages qui ont été faites dans cette séance, nous signalerons celle de la seconde édition des *Eléments d'électrochimie* de M. Becquerel, ouvrage nouveau sous le rapport du plan et des nombreuses additions que l'auteur y a faites. On y trouve en particulier, à la suite de toutes les découvertes dues à l'électricité agissant comme force chimique qui ont enrichi dans ces dernières années les sciences physico-chimiques, un résumé de nos connaissances touchant l'action chimique de l'électricité sur les corps organisés et l'indication du rôle que peut jouer cet agent dans les phénomènes de la vie. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. MAISONNEUVE.

Rétrécissement infranchissable de l'urèthre. Cathétérisme forcé sur conducteur. — Guérison.

(Observation recueillie par M. MONOD, interne du service.)

Le 1er octobre 1864 est entré, au n° 16 de la salle Saint-Jean, le nommé R..., âgé de trente-neuf ans, laboureur, atteint d'un rétrécissement de l'urèthre avec fistule urinaire.

Cet homme nie toute blennorrhagie antérieure; il attribue son mal à une rupture de l'urèthre produite en septembre 1863 par le passage d'une roue de charrette.

L'exploration extérieure fait reconnaître d'abord au périnée, à gauche du raphé médian et près du scrotum, un orifice fistuleux très-étroit par lequel, au dire du malade, l'urine s'écoule entièrement et sans la moindre difficulté.

C'est à peine si au moment de la miction il passe de temps à autre une ou deux gouttes d'urine par le canal.

En explorant l'urèthre à l'intérieur, on reconnaît au niveau du bulbe, à 15 centimètres de profondeur, un rétrécissement dur et calleux, au niveau duquel existe une fausse route due à des cathétérismes antérieurs, et qui se dirige profondément vers la fesse droite. Quant au rétrécissement lui-même, il reste infranchissable aux bougies les plus fines, tant en gomme élastique qu'en baleine. Pendant plusieurs jours, on réitère infructueusement ces tentatives, que l'on est même forcé de suspendre à cause du gonflement inflammatoire qu'elles ont provoqué dans la verge.

Le 10 octobre, lorsque ces légers accidents furent calmés, M. Maisonneuve introduisit par la fistule périnéale une bougie fine, qu'il parvint non sans peine à faire pénétrer jusque dans la vessie; puis à cette première, il en substitue une autre plus volumineuse chaque matin pendant cinq jours.

Le 15, la fistule dilatée permettant désormais l'introduction facile d'une sonde jusque dans la vessie, M. Maisonneuve procéda de la manière suivante à l'opération qu'il avait résolue, et à laquelle il donne le nom de cathétérisme forcé sur conducteur.

Premier temps. — Une curette de Récamier est introduite par la fistule jusqu'au col de la vessie; la partie concave, creusée d'une large gouttière, est dirigée vers la symphyse pubienne et maintenue solidement par un aide.

Deuxième temps. — L'opérateur introduit ensuite dans le canal une bougie métallique volumineuse, dont l'extrémité se termine en cône allongé, à la surface duquel est creusée une cannelure large en forme de spire.

La pointe du cathéter étant parvenue doucement jusqu'au rétrécissement, M. Maisonneuve détermine avec soin la direction qu'il doit suivre pour arriver à la cannelure de la curette; puis, par un mouvement énergique de pression et de vrille, il perfore les tissus qui séparent les deux instruments, et parvient à établir ainsi une communication libre entre la partie antérieure du canal occupée par le cathéter et la partie postérieure occupée par la curette.

Troisième temps. — Cela fait, une bougie fine est aisément introduite par le canal et poussée jusque dans la vessie, ce qui permet plus tard, le 17 octobre, d'exécuter l'uréthrotomie interne, que M. Maisonneuve jugea nécessaire pour achever la division du tissu inodulaire.

Ce dernier temps, qui constitue à lui seul une opération, s'effectue sans difficultés.

D'après le procédé ordinaire de M. Maisonneuve, une sonde en caoutchouc fut laissée à demeure, et la fistule périnéale marcha dès lors rapidement vers la cicatrisation.

Le 16 novembre, on supprima complétement la sonde; le malade put dès lors uriner avec la plus entière liberté, et le 25 novembre, jour de sa sortie, il ne restait plus aucune trace de cette grave affection.

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE A FORME ATAXIQUE

(c'est-à-dire avec ataxie locomotrice).

Par M. le Dr Paul TOPINARD, ancien interne des hôpitaux (1).

Il suffit d'avoir vu un seul paralytique général avancé pour se rappeler combien son équilibre est instable, ses mouvements indécis et sa démarche vacillante. Les expressions qu'on emploie sont celles qui, dans la maladie de Duchenne, servent à peindre l'ataxie. Mais le moindre examen montre que cette incertitude et cette titubation ne sont pas de l'ataxie et tiennent purement et simplement, sinon à la paralysie (MM. Falret et Lasègue rejettent ici ce mot), du moins à l'affaiblissement musculaire général.

Nous avons été étonné de voir M. Bouillaud soutenir une autre opinion. « Il n'y a aucune paralysie, écrit ce professeur, ni du mouvement ni du sentiment, et malgré cela ils ne peuvent mettre à profit leurs contractions musculaires; il y a désordre, déséquilibration des mouvements, absolument comme chez les animaux privés de cervelet. Et l'on a appelé cette affection paralysie générale des aliénés! Singulière paralysie, en effet, que cette affection où les mouvements et la sensibilité sont conservés, mais où la coordination des mouvements est abolie! »

En présence de cette assertion précise, le doute nous semblait interdit. Mais ayant examiné attentivement, et à leur insu, bon nombre de paralytiques généraux ordinaires, nous n'eûmes pas la chance sans doute de tomber sur un cas de ce genre. Toujours l'incertitude des mouvements s'expliquait par la faiblesse musculaire ou la faiblesse intellectuelle; et jamais nous n'avons vu de ces mouvements brusques et saccadés, analogues à l'ataxie commune médullaire, ou ataxie locomotrice proprement dite, qui nous servait de terme de comparaison.

Nous avons notamment passé en revue dans le service de M. Baillarger, à la Salpêtrière, onze paralytiques aliénées. Mes notes indiquent assez communément une sorte de balancement ou d'oscillation du tronc à droite et à gauche, mais pas d'ataxie locomotrice réelle. L'occlusion des yeux ne donnait lieu à aucune hésitation digne d'être notée, dans les jambes ou les mains. La seule malade chez laquelle un doute fût permis se trouve ainsi indiquée sur mes notes: « Un peu d'indécision dans la marche, les yeux fermés. La malade écarte un peu trop les pieds, s'appuie sur ses talons plus que sur ses orteils, et semble vouloir tomber en avant. « Et ces résultats ont d'autant plus de valeur que, ce jour-là, j'arrivais avec la presque certitude de trouver le contraire, et que j'en fus d'abord désappointé. L'ataxie locomotrice proprement dite n'est donc pas un symptôme habituel de cette maladie.

Mais ne pourrait-il, dans la masse, se rencontrer une forme particulière que M. Bouillaud aurait eue en vue le jour où, à sa clinique, en 1855, il s'exprimait comme nous venons de le voir? C'est notre avis. En voici la preuve.

Paralysie générale des aliénés à forme ataxique.

Hôtel-Dieu, service de M. Barth, salle Sainte-Madeleine, n° 22 D... (Arsène), âgé de trente-sept ans, entré le 18 mai 1863.

L'état actuel de ce malade s'opposant à ce que nous accordions confiance à ses renseignements, je transcris d'abord les notes qu'a bien voulu me communiquer l'interne du service.

« Chancre il y a sept ans, excès alcooliques habituels. Pas de spermatorrhée. Début, croit-il, du jour au lendemain, après un excès de table, par des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, de l'engourdissement de la main gauche et une impossibilité de se tenir

(1) Ce travail est extrait d'un mémoire étendu que M. le docteur Paul Topinard publiera très-prochainement sous le titre suivant: *De l'ataxie locomotrice, et en particulier de la maladie appelée ataxie locomotrice progressive.* Nos lecteurs n'ont pas oublié qu'il y a quelques jours ce travail recevait un prix de l'Académie.

LES LIVRES D'ÉTRENNES.

Au moment où chacun pense déjà à faire un heureux autour de soi, pourquoi le médecin resterait-il étranger aux splendides expressions de la littérature scientifique mondaine? Depuis quelques années, nous assistons au développement d'un nouveau genre de littérature qui n'avait pas encore de représentant bien sérieux. Aujourd'hui l'éducation n'est plus simplement littéraire; les sciences tiennent une grande part dans les préoccupations du monde, et avant peu les soirées scientifiques auront encore singulièrement développé ce goût parmi les classes restées jusqu'ici étrangères aux séductions de la science.

Il faut avouer que les éditeurs font de bien louables efforts pour donner un intérêt plus grand aux livres, — trop sérieux jadis — et si pleins d'attraits de nos jours. Nous n'en voulons pour preuves que cette belle œuvre que vient de publier M. Guillemin. Ce savant nous introduit dans les mondes stellaires; dans son livre, l'astronomie se dépouille de tout ce qui la rend inabordable aux gens du monde, et se revêt de tout ce qui doit développer le goût de cette science parmi ses lecteurs. Près de ce livre, nous pourrions citer encore l'*Histoire des plantes*. L'auteur est bien connu et bien apprécié de tous, c'est — comme nous disons — le plus heureux *vulgarisateur* actuel; c'est M. Figuier.

Sous sa plume élégante, la botanique se montre sans apprêt scientifique. Il y a là tout ce qu'il faut pour faire aimer les fleurs: les faits abondent, et le jeune homme qui aura eu la bonne fortune de lire ces pages aura déjà le pied dans la science. L'*Histoire des plantes* est une charmante et en même temps très-exacte introduction à des études classiques. Nous ne pourrions pas laisser sans un éloge très-mérité les planches hors ligne dont M. Faget a illustré l'œuvre de M. Figuier. M. Faget est préparateur à la Sorbonne; il a su profiter de sa position pour éviter les reproductions banales et ordinaires; ses dessins sont pleins d'originalité, et impriment un cachet tout particulier à l'*Histoire des plantes*.

Mais nous avions hâte d'arriver à un livre qui, pour nous médecins, est tout un événement. Nous voulons parler du *Monde de la mer*.

Ce livre est signé Alfred Frédol. Ne cherchez pas trop, cher lecteur, le savant qui se cache sous ce pseudonyme. Ce savant, vous l'avez connu, vous l'avez aimé, vous suiviez avec intérêt son enseignement vif et spirituel; c'était un littérateur des plus distingués: la littérature du Midi le compte avec orgueil parmi ses plus charmants auteurs. Il était membre de l'Institut — et son habit à palmes vertes semblaient lui défendre les travaux du vulgarisateur — des gens soutiennent que mettre la science au niveau de toutes les intelligences, ce n'est plus faire de la science! — étant donc de l'Institut, il demandait à un pseudonyme de cacher les merveilles qu'il ciselait avec amour. Le *Monde de la mer* est une de ces pierres précieuses. La piété filiale a voulu respecter le vœu du père qui n'est plus, et le nom que tous entouraient de respect et de sympathie ne se trouve pas sur le titre de ce livre. Nous ne le prononcerons pas, chacun l'a dit tout bas, et chacun de vous voudra lire ces pages délicieuses.

Nous disposons de si peu de place que nous ne pouvons donner une idée bien exacte de ce livre, qui renferme des trésors de science. Sous la forme spirituelle et un peu mondaine, les faits scientifiques vrais s'accumulent, et il fallait toute la science de l'auteur pour les prodiguer avec tant de simplicité.

La vie dans la mer; les plantes de la mer, les infusoires, les foraminifères, les polypes, le corail, et les étoiles de mer, et les mollusques (huîtres, moules), et les crustacés, et les cétacés, et les oiseaux, et jusqu'à l'ours blanc; quelle variété et que de choses curieuses on voit se dérouler!

Ce livre méritait de rester comme un souvenir vivant de celui que nous pleurons. Aussi rien n'a été ménagé pour lui donner la forme la plus originale. Aux *bois* ordinaires ont été jointes vingt et une planches coloriées, et quelles couleurs! quel soin artistique!

Nous n'aurions pas voulu vous parler aujourd'hui de ce livre, qui se recommande à toutes vos sympathies; mais encore quelques jours, et le premier *jour* de l'année commandera quelques cadeaux, permettra quelques fantaisies. Le *Monde de la mer* est digne d'occuper le premier rang. Et si d'un mot nous pouvions peindre l'intérêt qui s'attache à sa lecture, nous avouerions que, l'ayant ouvert un de ces soirs à neuf heures, minuit nous a encore trouvé le dévorant. Cette lecture avait un charme inexprimable, et peut-être pourrons-nous en détacher une page pour nos lecteurs qui n'auraient pu admirer — *e visu* — cette œuvre si remarquable.

sur ses jambes. Voici les symptômes constatés le jour de son entrée : embarras de la parole, hésitation à propos de certaines syllabes, tremblement de la lèvre comme chez les paralytiques généraux. Anesthésie très-incomplète des membres inférieurs ; sensibilité thermoscopique conservée. Pupille droite dilatée. Langue déviée à droite. Dysurie. Au lit, le malade conserve l'intégrité de ses mouvements, mais il y a défaut d'harmonie des antagonistes : il ne peut se tenir sur ses jambes.

Le 23 juin, deux pilules de nitrate d'argent d'un centigramme chacune, à partir de ce jour.

Le 13 juillet, sensibilité profonde intacte. Le matin, la vue est un peu troublée et il y a des tremblements des mains.

Le 26, M. Duchenne diagnostique « une ataxie locomotrice progressive à marche aiguë, à laquelle est surajoutée une paralysie générale à son début. » Pour cette dernière, il s'appuie sur le trouble de parole.

Le 15 octobre, voici ce que je constate moi-même. Il a bon appétit et dort bien. Sa physionomie est épanouie ; il paraît heureux et se livre très-volontiers à l'hilarité ; il est très-loquace sans qu'il y ait de suite dans ses idées ni dans ses mots. Nous ne parvenons à découvrir aucune pensée prédominante. Ses voisins cependant affirment qu'il parle souvent d'argent. Il se dit riche et avoir 20 francs à dépenser par jour. Il affirmait récemment qu'un des malades sortants devait lui donner 200 francs.

Outre l'incohérence de langage, nous constatons un embarras de la prononciation et un tremblement de la langue. Celle-ci, tirée hors de la bouche, se dévie à droite. Sans que l'on puisse prononcer le mot hémiplégie, il est certain que la puissance musculaire est inégale des deux côtés de la face. Lorsqu'il rit, la bouche se dévie à gauche, la commissure gauche s'élève, et de ce côté, le sillon nasobuccal est plus profond. Les deux paupières, les deux pupilles, sont semblables. Il affirme y voir bien clair.

La force musculaire est affaiblie partout, mais plus aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Les fléchisseurs de la main serrent peu. Lorsqu'on ordonne au malade d'étendre la jambe, il le fait avec toutes les apparences de la vigueur et parvient à la maintenir quelques instants en faisant un grand effort et prenant une attitude forcée et bizarre ; mais la pression avec un seul doigt suffit pour vaincre instantanément sa faible résistance. De plus, quand on le prie de mouvoir son membre, il s'empresse de le saisir entre ses mains pour le déplacer. Il est donc évident qu'il y a semi-paralysie des membres inférieurs plus prononcée à gauche, et simple affaiblissement des supérieurs.

Quant à l'ataxie locomotrice, voici le résultat : couché, il exécute tous les mouvements qu'on lui indique, mais avec brusquerie et en les portant d'un bond à leur maximum, comme s'il lâchait une détente siégeant auprès des articulations. Un mouvement exagéré d'abduction du membre tend toujours à s'opérer. Nous ne pouvons venir à bout d'obtenir de la stupidité de ce malade un seul mouvement, les yeux étant fermés. Cependant la notion des attitudes et la conscience des mouvements spontanés sont conservées. Les désordres de la locomotion sont plus manifestes lorsqu'il se lève. Il ne peut rester un seul instant debout, et, pour se rendre jusqu'au poêle, il se traîne à l'aide de ses bras, accroupi sur le plancher. Aucune incertitude accusée dans les membres supérieurs. Le signe de la croix, l'acte de porter une cuiller à sa bouche, sont exécutés avec précision.

La sensibilité cutanée au tact, à la douleur et au froid est conservée partout. Nous ne constatons qu'un retard de quelques secondes dans la transmission des impressions aux jambes, notamment à la face externe de la droite. Jamais d'étourdissements, de perte de connaissance, de céphalalgie ni de rachialgie. Aucun trouble fonctionnel des organes pelviens.

(Le 9 janvier, nous avions emporté, il y a six mois, la conviction que D... était atteint de paralysie générale progressive. Aujourd'hui, sa physionomie est si caractéristique, que personne n'élèverait plus la moindre objection sur notre diagnostic. C'est cette figure étonnée et inerte qu'on n'oublie jamais une fois qu'on l'a remarquée et que l'on rencontre dans les salles de M. Baillarger et de M. Falret consacrées à ce genre de malades. D... n'est plus loquace ; il se tait et mange. Le membre supérieur droit est atteint de tremblement. Les mouvements des deux membres supérieurs sont incertains. Je parviens à lui faire élever péniblement la jambe droite, qui n'arrive qu'à 30 centimètres de hauteur environ, s'y maintient quelques instants et retombe épuisée. La jambe gauche se meut un peu mieux. Quant à l'ataxie locomotrice, on ne s'en apercevrait plus si on ne l'avait constatée précédemment. Presque inappréciable du côté où la paralysie a fait des progrès, elle l'est encore à gauche.)

Ce qui a rapport au début de la maladie me paraît devoir être négligé dans cette observation à cause de la nullité intellectuelle du sujet.

Le présent peut ainsi se résumer : jamais de céphalalgie ni d'étourdissements, troubles oculaires douteux, embarras de la prononciation, tremblement de la langue, incohérence de langage, délire ambitieux, affaiblissement musculaire général, plus accusé aux membres inférieurs et à la langue, sensibilité cutanée à peine altérée, sens musculaire conservé, tremblement des membres supérieurs le matin, ataxie irrécusable, et douleurs probables des membres inférieurs, aucun trouble pelvien.

Dans ce tableau complet de la paralysie générale des aliénés, il ne manque rien. Une seule objection m'a été faite, l'âge du sujet. Mais c'est précisément à la période moyenne de l'existence qu'elle est plus commune, et notre sujet a trente-sept ans. D'ailleurs, qu'y a-t-il en faveur de la maladie décrite par M. Duchenne? L'ataxie, voilà tout. Les troubles oculaires et les douleurs y sont bien suspects. La dilatation de la pupille au début appartient également à la paralysie et n'existait plus le jour de mon examen. Le malade m'a affirmé qu'il ne souffrait nulle part. L'anesthésie musculaire fait défaut. La sensibilité cutanée est à peu près intacte. Quant aux troubles pelviens, ils manquent, ce qui est assez rare dans l'ataxie progressive. En présence de la description ci-dessus, on ne peut soutenir l'intégrité de la puissance musculaire dont M. Duchenne fait l'un des caractères essentiels de sa maladie. Notre diagnostic est donc celui que j'ai entendu soutenir à ce dernier par M. E. Vidal, c'est-à-dire ; paralysie générale progressive des aliénés.

Cette observation nous montre les inconvénients de confondre la maladie ataxie locomotrice avec le symptôme ataxie locomotrice. Elle montre aussi qu'il est des paralysies générales qui dans leur cours s'accompagnent de ce symptôme. Nous proposons donc, sans en donner ici l'explication théorique et sans insister sur la présence de la paralysie dans le cas précédent, d'admettre au point de vue clinique une forme ou variété ataxique de la paralysie progressive ; nous en possédons d'autres exemples. Mais qu'on n'oublie pas que cette forme est rare et que les troubles de locomotion propres aux paralytiques généraux ordinaires ne sont pas de l'ataxie locomotrice.

Est-ce à dire que cette maladie et l'ataxie progressive ne puissent s'associer? Non certes, si comme nous on leur refuse l'épithète d'entités. La forme cérébrale de la dernière, que nous décrirons, est un acheminement dans cette voie. Mais cette association ne s'est pas encore rencontrée à notre connaissance. Les trois observations que M. Baillarger a publiées sur les cinq dont parle son mémoire (1) se répartissent ainsi ; l'une est une paralysie générale, sans ataxie locomotrice ; l'autre, une paralysie générale à forme ataxique ; la troisième est une manie sans ataxie locomotrice.

Pour plus de développement, nous renvoyons à notre mémoire, pages 36, 290 et 378.

(1) Baillarger, *De la paralysie générale dans ses rapports avec l'ataxie locomotrice, etc. ; Annales médico-psychologique*, 1862.

TUMEURS LARYNGÉES.

Étude sur les divers procédés d'extirpation en général, et sur la cautérisation en particulier (2).

Par M. le Dr Édouard Fournié.

Ligature extemporanée. — L'idée de ce procédé appartient à M. le docteur Walker (de Peterboroug), mais l'idée seulement, car il ne lui fut pas donné de la réaliser. Nous empruntons à M. Verneuil les détails qu'il a recueillis lui-même sur cette observation dans *The Lancet*, 1861, tome II, p. 444 :

« Il s'agissait d'un polype muriforme, gros comme l'extrémité du petit doigt et implanté au-dessus de l'attache de la corde vocale droite. Dans une première séance, une canule est introduite dans la trachée à travers la glotte, dans le but d'assurer la respiration fortement compromise. Cette introduction eut pour résultat de provoquer l'expulsion de quelques fragments de la tumeur après que l'on eut retiré la canule. Dans une seconde séance, le docteur Walker essaya de passer une anse métallique autour de la tumeur dans le but évident de l'extirper par la ligature ; il ne réussit pas, mais ses manœuvres eurent pour effet de faire rejeter la tumeur à peu près tout entière. Malgré quelques cautérisations, la guérison parfaite ne fut point obtenue, et le malade, âgé de quatorze ans, dut reprendre ses travaux avec une voix enrouée et une certaine gêne de la respiration. »

(2) Voir le numéro précédent.

Ce que le docteur Walker n'avait pas pu faire, M. le docteur Trélat l'a exécuté avec tout le succès désirable. Il est vrai que les circonstances n'étaient plus les mêmes, et que le point d'implantation de la tumeur, dans ce dernier cas, rendait l'opération plus facile ; en effet, le polype prenait son origine sur les replis ary-épiglottiques, et parfois il devenait visible au fond de la gorge.

Il s'agissait ici d'aller jeter une anse non plus dans l'intérieur de la cavité laryngienne, mais à son orifice, ce qui est bien différent. Tandis que la contraction spasmodique du larynx est l'obstacle le plus difficile à surmonter quand on veut opérer dans la cavité laryngienne, cette même contraction devenait pour M. Trélat un auxiliaire puissant en repoussant la tumeur en dehors du larynx. Quoi qu'il en soit, M. Trélat a vu son œuvre couronnée du succès, et c'est là le point important.

Nous trouvons dans les Comptes rendus du Congrès de Rouen une seconde observation de polype enlevé au moyen de la ligature par M. le docteur Moura-Bourrouillou. Il s'agissait d'un polype gros comme un grain de groseille, et implanté sur le bord libre de la corde vocale droite. La tumeur fut enlacée dans une anse et excisée avec un serre-nœud ; mais, semblable en cela au pêcheur malheureux qui laisse choir dans l'eau le poisson qu'il vient de prendre, M. Moura-Bourrouillou laissa tomber le polype dans les bronches. La petite tumeur ne reparut pas ; les cordes vocales en étaient délivrées, cela nous suffit.

M. le docteur Gibb, de Londres (*the Lancet*, mai 1863), a, lui aussi, employé la ligature pour enlever une tumeur polypeuse des cordes vocales. Il s'est servi d'un instrument qu'il appelle écraseur, nous ignorons pourquoi, vu qu'il ressemble de tout point au constricteur de M. Maisonneuve. L'anse métallique de tous ces instruments, voire même la chaîne de l'écraseur de M. Chassaignac, divise les tissus par constriction, mais ne les écrase pas. Le mot *écraseur* est impropre.

L'emploi de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac ne nous paraît pas possible ici pour deux motifs : le premier, c'est que la mobilité trop grande de la chaîne dans un sens s'oppose à la formation d'une anse permanente et rigide capable d'enlacer la tumeur ; la seconde tient à l'impossibilité où l'on se trouve de plier cette chaîne dans tous les sens pour répondre aux exigences qui proviennent du siége d'implantation de la tumeur. Si jamais nous nous trouvions dans la nécessité d'employer le procédé de la ligature, nous accorderions la préférence au constricteur de M. Maisonneuve en lui faisant subir la légère modification déjà effectuée par M. Gibb. Cette modification consisterait à recourber la tige pour l'adapter à la courbure bucco-laryngienne.

Le procédé que nous venons de décrire trouve l'indication de son emploi toutes les fois que la tumeur s'insère à l'orifice du larynx, comme dans l'observation de M. Trélat. Là, en effet, il est d'une application facile et prompte ; il n'entraîne à sa suite aucun danger, et les résultats de l'opération peuvent ne rien laisser à désirer. Mais lorsqu'il s'agit d'une tumeur intra-laryngienne, d'une tumeur insérée, par exemple, dans les cordes vocales, la conduite à tenir nous semble devoir être singulièrement modifiée. Il faut avoir opéré soi-même très-souvent dans l'intérieur de la cavité laryngienne pour se faire une idée juste des difficultés que ces opérations présentent, difficultés qui tiennent, non pas à l'impéritie ou à l'inexpérience du chirurgien, mais à l'indocilité du malade, quelquefois à son inintelligence et toujours à l'excessive sensibilité des parties.

Ce serait une erreur de croire que du premier coup l'on va porter une anse tout autour d'une tumeur ; non certes, il faut tenter souvent l'aventure et se trouver très-heureux si ces ten-

---

Après le *Monde de la mer*, il nous serait impossible de vous parler d'une œuvre plus digne d'attirer votre attention parmi les livres d'étrennes de cette année, si nous n'avions devant nous les premiers volumes d'un des plus beaux ouvrages en cours de publication.

Cet ouvrage n'est autre que le *Règne végétal*.

Il faut remonter haut pour trouver une œuvre qui rappelle celle dont nous parlons en ce moment. La Flore médicale de Turpin a eu son succès contesté, mais cependant certain, à l'époque où elle parut. Mais depuis ce temps une Iconographie du règne végétal était devenue chose rare. Nul n'osait aborder une telle entreprise, et cependant les arts par leurs progrès semblaient inviter les amis des sciences. Sous l'habile direction d'un homme dont le nom est cher aux lettres et aux sciences, M. L. Guérin, voici que nous assistons à la publication d'un ouvrage qui sera le monument botanique français du siècle.

Le *Règne végétal*, sur lequel nous aurons souvent à revenir, est toute une encyclopédie. Plusieurs branches de la science botanique y sont représentées, nous devrions dire toutes, pour être plus exact. Parcourons-les rapidement aujourd'hui, il nous sera donné de les revoir avec plus de détail à mesure de leur publication.

Le *Règne végétal* s'ouvre par un Traité de botanique générale, par MM. le docteur Réveil, Hérincq et Gérard. M. Réveil a traité la chimie végétale. Nous ne serons certes pas au-dessus de la vérité, en certifiant que cette partie est traitée avec la plus grande distinction. Le travail de M. Réveil restera comme l'expression la plus nette et la plus complète de l'état actuel de nos connaissances sur ce point.

MM. Hérincq et Gérard s'étaient réservé l'étude organographique et organogénique : cette étude est traitée magistralement, et nous ne pouvons pas insister sur les planches remarquables et toutes nouvelles d'anatomie végétale qui complètent cette première partie. Deux volumes de texte et deux atlas iconographiques complètent la *Botanique générale*.

Mais voici qui nous touche de plus près. La *Flore médicale, usuelle et industrielle*, a trouvé dans M. Dupuis, pour la description et la culture des plantes, et dans M. le docteur Réveil, pour leur emploi médicinal, leurs usages économiques et leur analyse chimique, des interprètes à la hauteur de leur œuvre. Cette Flore mérite d'être étudiée avec soin; nous nous bornerons aujourd'hui à faire remarquer que trois volumes de texte et trois volumes d'atlas ont permis de lui donner tout le développement qu'elle comporte.

Après la *Flore médicale*, l'horticulture botanique et pratique, les plantes agricoles et forestières ; et pour couronner dignement cette œuvre, une Histoire biographique et bibliographique de la botanique; n'y a-t-il pas là tout ce qu'il faut pour justifier le succès qui accueille la publication du *Règne végétal*?

Nous avons pensé que le moment était arrivé de signaler à nos lecteurs un livre qui à l'intérêt puissant de la science joint un luxe digne des plus vifs encouragements. L'éditeur a voulu le mettre à la portée de tous, il a ouvert une souscription, et nous serions heureux de voir nos lecteurs appuyer une œuvre digne de toutes leurs sympathies.

Nous ne voulons pas terminer cette revue rapide sans mentionner un livre écrit avec le plus grand charme. *La Plante*, par M. Grimard, est le pendant de l'*Histoire d'une bouchée de pain* de M. Macé. Ces deux ouvrages appartiennent à la même école, et semblent vouloir instruire sans effort et sans appareil scientifique.

Ce problème est plus difficile qu'on ne pense à résoudre, et nous tenons qu'il est peu d'écrivains, fort savants du reste, capables de produire une œuvre de ce genre. La poésie appartient certainement à l'étude des fleurs. M. Grimard la jette à pleines mains. Mais il sait aussi aborder les problèmes les plus graves, et c'est là que son talent se montre sous son aspect véritable.

On lit le résumé des travaux les plus *allemands*, sans se douter de la peine que l'auteur a dû avoir à les présenter. *La Plante* est destinée à un succès véritable, et c'est le premier livre à mettre aux mains de ceux à qui on veut ouvrir les belles et charmantes voies de la science botanique. — Dr E. Le Sourd.

M. le docteur Verrier a commencé un cours public d'opérations obstétricales le lundi 26 décembre, à sept heures du soir, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

MM. les élèves seront exercés aux manœuvres.

La Plante, botanique simplifiée, par Ed. Grimard, avec préface de Jean Macé. Deux vol. in-12, avec planches. Prix : 10 fr. — Paris, 1865, J. Hetzel, éditeur, rue Jacob, 18.

tatives répétées n'irritent pas les parties de manière à rendre l'opération encore un peu plus difficile. — Il est d'ailleurs un procédé beaucoup plus simple dont nous parlerons bientôt et qui, dans les conditions précédentes, remplacera toujours avantageusement la ligature.

Compression. — Toutes les fois qu'il se rencontre une indication thérapeutique difficile à remplir, l'on est certain de voir surgir une foule de moyens et d'inventions qui ne supportent pas toujours l'épreuve d'un examen judicieux.

Souvent nous nous sommes demandé ce que la compression pouvait avoir de commun avec le traitement des polypes du larynx, et nous attendons encore une réponse. — Est-il jamais venu à l'idée d'un chirurgien de traiter un polype du nez, de la bouche ou du vagin par la compression? Nous ne le pensons pas, et cependant la compression serait facile dans ces parties.

Appliquée d'une manière permanente, la compression peut être utile, sans doute, mais que peut-il résulter de l'application momentanée d'une sonde en étain dans la cavité laryngienne (1)? En admettant, ce qui n'est rien moins qu'éventuel, que la susdite sonde comprime exactement le polype, la tumeur supposée molle, gonflée par un liquide quelconque, pourra céder un instant à la pression, mais pour reprendre son volume primitif dès que la pression disparaîtra; de sorte que le malade aura subi une opération toujours douloureuse sans aucun bénéfice pour lui-même.

Evidemment, la compression n'a rien à faire dans le traitement des tumeurs laryngées.

Il est un mode de compression compliqué d'un peu de frottement qui trouve sa place à côté de la compression pure. Ce procédé est de l'invention de M. le docteur Fauvel, qui, pour l'exécuter, a fait construire par M. Galante un instrument spécial (2).

Cet instrument est une sorte de scie recourbée à dents mousses. Cette scie, introduite dans la cavité laryngienne, est destinée par un mouvement de va et vient à faire tomber la tumeur en la comprimant.

Nous n'avons jamais employé de semblables manœuvres, et nous ne pouvons pas dire exactement le résultat qu'elles donnent; mais l'analogie, toujours précieuse quand on l'invoque à propos, peut nous prêter son utile concours.

Supposons que le polype à opérer soit implanté non pas dans la cavité laryngienne, endroit obscur et peu facile à atteindre, mais dans les fosses nasales, sur la muqueuse de la bouche, si on le veut bien.

Ce lieu d'insertion étant donné, prenez l'instrument décrit plus haut et promenez-le rudement sur la tumeur. Sans doute le frottement dégagera du calorique; mais en résultera-t-il autre chose?

Excision. — Généralement l'excision se pratique avec des instruments dénommés.

Polypotome. — L'ampleur et la rotondité de cette locution, qui remplit si euphoniquement la bouche, nous arrache, en passant, un point d'admiration! Le mot est bien trouvé, mais renferme-t-il la chose?

Ces instruments, dont le mécanisme est analogue à celui des amygdalotomes, ne nous inspirent pas une grande confiance; nous dirons plus, nous voyons des dangers sérieux dans leur emploi. En effet, l'opérateur n'est jamais assez maître des mouvements du malade, pour avoir la certitude qu'il ne prendra pas dans la guillotine tout autre chose que la tumeur à enlever.

Ces instruments sont très-jolis, très-ingénieux; il semble, quand on les tient à la main, qu'avec eux le succès de l'opération est assuré, mais qu'on essaie de les introduire dans la cavité laryngienne et tout le prestige tombe. Un instrument ne doit pas être seulement ingénieux, joli, bien fait, il doit avoir une utilité pratique et présenter le moins possible de dangers.

Or 1° Les tumeurs laryngées présentant un volume et des formes excessivement variables, il est rare que les dimensions de l'anneau-guillotine conviennent à la plupart de ces tumeurs, et, dans le cas où elles conviendraient, il peut se faire que la forme et le siége d'implantation soient un nouvel embarras pour l'opérateur.

2° La guillotine fonctionne au moyen d'un ressort, fonctionnement détestable dans une cavité difficile à atteindre et mobile, car il peut donner lieu à des méprises sinon dangereuses, du moins regrettables.

Malgré tous ces inconvénients, il est possible quelquefois de se servir de ces instruments avec succès, et nous nous empressons de citer à l'appui l'observation de M. le docteur Ozanam. Il s'agissait d'une dame âgée de trente-neuf ans, qui portait deux petits polypes implantés dans la cavité laryngienne. Notre confrère les enleva tous deux avec le polypotome (3).

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 décembre 1864. — Présidence de M. MORIN.

L'Académie apprend avec peine que les tristes circonstances qui empêchent depuis plusieurs mois M. Andral de prendre part à ses travaux n'ont pas cessé d'exister. Prévoyant le cas où son absence se prolongerait au delà d'une année, M. Andral croit devoir dès à présent demander l'autorisation mentionnée à l'article XI du règlement.

(1) Ce procédé a été proposé par M. le docteur Moura-Bourouillou. (Voyez séance de l'Académie de médecine, 1862).
(2) *Gazette des Hôpitaux* du 3 mars 1864.
(3) Académie des sciences, séance du 22 juin 1863.

M. LE PRÉSIDENT est invité à transmettre à M. Andral le témoignage de la profonde sympathie de tous ses confrères.

De l'élément buccal dans la fièvre typhoïde et de l'heureuse influence de gargarismes acidulés abondants. — M. A. NETTER communique sous ce titre un mémoire dont le contenu est résumé dans la lettre suivante :

« Dans la fièvre typhoïde, l'intérieur de la bouche est le siége d'altérations dont le rôle me paraît avoir été jusqu'ici méconnu : matière saburrale abondante, se corrompant au passage incessant de l'air, devenant brune, fuligineuse, noire, attirant des parasites, et laissant dégager des émanations fétides. Or, ce foyer de putréfaction siégeant ainsi dans la bouche, c'est-à-dire immédiatement au-devant des conduits aériens, il se trouve que chaque inspiration introduit violemment de la matière putride dans les poumons, et dès lors la question est de savoir si les phénomènes généraux dits *putrides* dont s'accompagne la maladie ne proviennent pas en plus ou moins grande partie de cette source d'infection.

» Dans la note que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, je relate des faits qui me paraissent démontrer que cette source d'infection joue un rôle considérable, et mettent en évidence l'influence heureuse de gargarismes acidulés fréquemment répétés. » (Commissaires : MM. Rayer, Bernard, Cloquet.)

Influence des croisements sur le perfectionnement des formes des races humaines. — M. N. DE KHANIKOF adresse la lettre suivante, à l'occasion d'une communication récente de M. d'Omalius d'Halloy :

« Je prends la liberté de vous signaler quelques faits ethnographiques venant à l'appui des intéressantes observations présentées à l'Académie des sciences par M. d'Omalius d'Halloy, dans la séance du 5 décembre. Ces faits sont relatifs à l'influence des croisements sur le perfectionnement des formes des races humaines.

» Plusieurs voyageurs ont été frappés de la différence que présente le type tatare à l'occident et à l'orient de l'habitation des peuples de cette race. A l'est, ils ont la face large et ronde, le nez épaté, les yeux petits et bridés, les pommettes saillantes, et peu de poils au menton. A l'ouest, l'ovale de leur visage est allongé, leurs yeux sont larges et fendus en amande, le nez proéminent et souvent aquilin; les pommettes ne dépassent pas les dimensions moyennes communes aux races caucasiennes, et leur barbe enfin est épaisse et bien fournie.

» Ces différences paraissaient d'autant plus inexplicables qu'elles se manifestent déjà parmi des populations voisines et soumises aux influences du même milieu. Prichard a cru pouvoir trancher cette difficulté en cherchant l'origine de cette dissemblance dans la nourriture spéciale et le genre de vie différent des Tatares orientaux et occidentaux, dont les premiers sont nomades et les seconds agriculteurs. Dernièrement encore, M. de Baer a soutenu cette explication de tout le poids de son autorité scientifique. Néanmoins il est facile de faire voir que cette solution n'est pas exacte, car partout où cette transformation commence à se manifester, elle s'exerce indifféremment tant sur les populations nomades que sur celles des agriculteurs. Ainsi les Bachkirs nomades et fixes ressemblent beaucoup aux Hongrois et n'ont presque rien de monghol dans leur extérieur. Les tribus turques nomades de la Transcaucasie et de l'Aderbeidjan ne diffèrent en rien de leurs compatriotes établis dans les villes et les villages, tout en se nourrissant principalement de laitage et de viandes. Il est donc impossible de chercher la cause de cette transformation dans les différents modes d'alimentation des races qui la subissent. Néanmoins je crois que cette cause n'a rien de problématique, et qu'on la trouvera en ayant égard aux faits ethnographiques qui l'accompagnent toujours.

» Nous rencontrons ces variations du type primitif des peuples de race turque : au nord de la steppe des Kirghuises, dans la vallée du Volga, sur la côte occidentale de la mer Caspienne, en Asie Mineure, au nord de la Perse et dans les plaines de Boukhara et de Samarcande. C'est uniquement dans l'intérieur de cette vaste région, limitée par les localités que je viens de nommer, que les peuplades d'origine touranienne conservent le type primitif de leur race; encore devons-nous en exclure les Khiviens modernes, les Kharesmiens des anciens et des géographes arabes. J'ai constaté par une longue série d'observations personnelles la constance immuable de ce fait ethnographique dans tous les endroits mentionnés ci-dessus. Mais s'il en est ainsi, il doit exister une différence essentielle entre l'influence exercée par les confins et par les parties centrales de cette portion du continent asiatique sur les peuples qui l'habitent. Cette différence existe en effet, mais elle ne dépend ni de la conformation du sol ni des variations du climat; elle est purement ethnographique. Au nord de leur habitation, les peuples de race turque se mélangèrent avec des Finois; au nord-ouest, avec des Slaves; à l'ouest, avec des Géorgiens, des Arméniens et des Persans; en Asie Mineure, avec des Grecs et des Sémites; en Perse et dans la Transoxiane, avec des Iraniens, plus ou moins modifiés eux-mêmes par leur contact avec des nations étrangères. Quant aux Khiviens, l'influence persane sur eux est évidente et s'explique par l'immense quantité d'esclaves de cette nation amenés chaque année par les brigands turcomans. Nous voyons ainsi que les Turcs n'ont gardé les qualités caractéristiques de leur race que dans les pays où ils étaient isolés de toute influence étrangère, et nous sommes forcés d'admettre que le croisement explique mieux que toute autre cause les variations de leurs formes extérieures.

» Les populations de la Perse nous fournissent un fait analogue......

» Il ne faut pas croire que l'influence du milieu et du croisement ait besoin, pour se manifester, d'une longue période d'années. Il y a des races où cette action se dessine nettement après deux ou trois générations. Ainsi, en 1816, quelques centaines de familles du Wurtemberg vinrent s'établir au Caucase, en Géorgie. Les premiers colons étaient des hommes d'une laideur peu commune. Lourdement charpentés, ils avaient des faces larges et carrées, des cheveux blonds ou roux, et des yeux d'un bleu très-pâle. Ces défauts commencèrent à disparaître déjà chez les individus de la seconde génération; quant à la troisième, presque tous les jeunes gens ont des yeux et des cheveux noirs, des tailles sveltes et une stature qui, n'ayant rien perdu de sa hauteur, ne rappelle nullement les formes massives et disgracieuses de leurs grands-pères. Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes ces transformations des peuples de races turque, iranienne et germanique, sont parfaitement indépendantes de l'âge géologique des terrains sur lesquels elles se sont accomplies. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 juillet 1864. — Présidence de M. GUERSANT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance comprend :

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, t. V, n° 5. (M. Terrier.)

Actes de la Société de médecine des hôpitaux de Paris. (M. Terrier.)

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Le *Bulletin médical du nord de la France.*

L'*Association médicale.*

— M. Corlieu fait hommage à la Société d'une brochure *sur les causes de la mélancolie*, et une note sur la médecine au dix-neuvième siècle. (Remercîments.)

— *De l'acide carbonique et de ses propriétés physiques, chimiques et physiologiques; de ses applications thérapeutiques*, par M. le docteur Herpin (de Metz).

Nouvelle observation de diphthérie conjonctivale. — M. MAGNE. Le 23 mai 1864, M. le docteur Rigaudin me fait demander en consultation, 29, rue Godot de Mauroy, pour M. le baron C..., atteint d'une double conjonctivite oculo-palpébrale.

Les quatre paupières sont singulièrement tuméfiées, il existe un chémosis double et un quadruple ectropion. Les conjonctives palpébrales sont couvertes de plaques diphthériques, surtout du côté droit, où les mêmes plaques ont envahi la conjonctive cornéenne.

Après plusieurs tentatives infructueuses, nous parvenons avec peine à détacher quelques lambeaux très-adhérents de couenne.

Eu égard à la violence de l'inflammation, nous prescrivons une application de vingt sangsues derrière les oreilles; eau de Sedlitz.

L'observation relative à cette ophthalmie a été rédigée avec beaucoup de soin et d'intelligence par M. le docteur Rigaudin; mais elle serait trop longue pour être publiée dans nos *Comptes rendus*, j'indiquerai sommairement les points les plus saillants.

La diphthérie persista pendant plus de six semaines : les couennes succédaient aux couennes; très-épaisses au début, elles devinrent beaucoup plus minces au bout d'un mois, sans cesser d'être adhérentes.

Durant ces six semaines, des émissions sanguines répétées, des purgatifs, l'usage du calomel à dose fractionnée, et plus tard les cautérisations avec le nitrate d'argent et la pierre divine, l'emploi du chlorate de potasse localement et à l'intérieur, constituèrent le traitement; en outre, les conjonctives furent saupoudrées d'alun et de calomel, et de nombreuses et profondes scarifications furent pratiquées sur ces mêmes membranes.

Six semaines écoulées, toute trace de diphthérie avait disparu, mais le quadruple ectropion persistait; les conjonctives présentaient des granulations énormes, et les paupières conservaient une épaisseur considérable; en outre, un albugo occupait le centre de la cornée gauche.

Renonçant aux scarifications, dont l'insuffisance m'était démontrée, j'excisai à plusieurs reprises les conjonctives à l'aide de ciseaux; mais, malgré l'énergie du traitement et la patience du malade, l'ectropion ne céda qu'au bout de trois mois.

Quand les paupières eurent repris leur place, je constatai non pas une chute des paupières supérieures, mais une pesanteur telle de ces voiles palpébraux que le malade ne les soulevait qu'avec peine, et se trouvait dans l'obligation de rejeter la tête en arrière pour obtenir un peu de vision. L'épaisseur des conjonctives, toujours considérablement granuleuses, paralysait les efforts des releveurs des paupières.

Il a fallu plus de *cinquante* cautérisations avec le nitrate d'argent pour triompher de l'état granuleux, et en même temps que les paupières diminuaient d'épaisseur, l'action musculaire reprenait son empire; aujourd'hui l'œil gauche ne laisse rien à désirer; l'albugo de l'œil droit a fait place à un simple néphélion, et il reste à peine un peu d'ectropion de la paupière inférieure droite vers l'angle externe. Quelques granulations qui persistaient de ce côté ont été touchées il n'y a pas plus d'un mois, c'est-à-dire plus de trois ans après l'apparition de la diphthérie.

Le 11 juin 1861, je suis appelé par M. le docteur Boulu, médecin par quartier de l'Empereur, auprès de la fille de M. le duc de P.... Depuis quarante-huit heures, une ophthalmie violente s'est déclarée à l'œil droit; les paupières sont tuméfiées, et laissent échapper un liquide presque transparent dont le contact donne lieu à un érythème de la joue.

Les voiles palpébraux étant renversés, nous trouvons les conjonctives palpébrales recouvertes en partie d'une couenne peu épaisse, mais résistante, et beaucoup plus développée à la paupière supérieure qu'à l'inférieure; nous détachons à l'aide de pinces à griffes quelques lambeaux de ces pseudo-membranes dont l'adhérence ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie. A l'endroit où nous parvenons à enlever quelques plaques diphthériques, la muqueuse apparaît granuleuse et saignante. Les conjonctives sont touchées avec une solution concentrée d'azotate d'argent, puis lavées avec de l'eau salée.

Le lendemain, reproduction des fausses membranes, que nous détachons en partie, et nouvelle cautérisation.

Les mêmes manœuvres furent répétées pendant une dizaine de jours, et le 6 juillet Mlle de P... était entièrement guérie.

Outre l'extraction des lambeaux diphthériques et les cautérisations, nous fîmes usage du calomel et de lotions avec une solution de chlorate de potasse, et nous associâmes quelques purgatifs au traitement local.

Je ne dois pas oublier d'ajouter que l'état légèrement granuleux que présentaient les conjonctives après la cessation de la diphthérie fut réprimé par la cautérisation à l'aide de la pierre divine.

M. GUERSANT. Je demanderai à M. Magne s'il trouve une analogie ou une grande différence entre l'ophthalmie pseudo-membraneuse qu'il a observée sur la conjonctive oculaire et les affections diphthériques de la gorge. Parmi celles-ci, il y en a de bénignes que nous réussissons à guérir avec nos divers modes de traitement presque sans distinction, ou par la trachéotomie, et il y en a d'autres où les mêmes moyens échouent d'une façon désespérante. N'en serait-il pas de même de ces ophthalmies, et ne pourrait-on pas, à propos des succès de traitement, établir par ce rapprochement la différence des résultats?

M. MAGNE. Les ophthalmies diphthériques s'accompagnent to-

jours d'un état général particulier, et elles diffèrent complétement de toutes les autres maladies de l'appareil de la vision, quelles qu'elles soient. Leur action s'est montrée assez intense pour produire la paralysie des paupières, comme la diphthérie de la gorge produit celle du voile du palais. Quant au traitement, il est général et local. Les moyens généraux consistent dans les antiphlogistiques et les dérivatifs et les moyens locaux plus tard, dans la cautérisation.

M. COURSSERANT. M. Magne est en désaccord avec moi et avec tous les ophthalmologistes les plus distingués, en employant à la fois les deux modes de traitement local et général.

J'ai consulté Mackensie sans pouvoir y comprendre ce que cet auteur voulait dire dans sa description de cette maladie. Warton James m'a renseigné, et j'ai été étonné d'apprendre, en le lisant, que j'avais, sans le savoir, traité des ophthalmies diphthériques.

Ces maladies sont très-fréquentes en Allemagne. Les Allemands les voient sans doute avec beaucoup de bonne volonté, comme ils trouvent à chaque instant des cysticerques, si rares partout ailleurs.

L'ophthalmie diphthérique qui se traduit par une fausse membrane simple phlegmasique n'a rien de particulier et est toujours bénigne, facile à guérir.

On observe et l'on décrit sous le nom d'ophthalmie diphthérique, une ophthalmie qui se traduit par le développement d'une multitude de petits points d'exsudat, et qui se complique de chémosis, etc. Cette ophthalmie proscrit toute médication astringente, surtout le nitrate d'argent. Elle se comporte et marche comme certaines phlegmasies purulentes de la conjonctive qui produisent le chémosis, le gonflement des paupières, la suffusion dans la cornée; chémosis, gonflement, suffusion effectués par l'infiltration de sérosité de la lymphe plastique dans ces divers tissus, phénomène caractéristique de la tendance de cette maladie. C'est pour cela que les paupières s'ouvrent difficilement.

Ce qui constitue la diphthérie dans cette ophthalmie, ce n'est autre chose que cette suffusion qui détruit l'élasticité, obstrue la circulation, produit la destruction. C'est la circulation oculaire arrêtée qui compromet l'œil.

Le traitement se résume en deux mots : proscrire les astringents, recourir aux antiphlogistiques, calomels, etc.

M. MAGNE fait remarquer à M. Coursserant qu'il ne saurait être en désaccord avec les ophthalmologistes, quelle que soit leur célébrité, puisque aucun d'eux, avant lui, n'avait décrit l'ophthalmie diphthérique, et que leurs travaux sur ce sujet sont postérieurs au mémoire qu'il publia en 1854. Il cite un passage d'une lettre de M. Sichel, qui établit que ce praticien ne se rappelle que de deux cas de diphthérie conjonctivale à l'époque de l'observation et de la description de M. Magne. Jamais M. Sichel ne l'avait observée en Allemagne. Il faut donc, dit M. Magne, que cette ophthalmie y soit devenue fréquente depuis dix ans seulement.

Quant à la difficulté d'écarter les paupières, elle est tellement peu caractéristique, qu'ici il y a eu quadruple ectropion, c'est-à-dire un renversement en dehors des quatre paupières.

Le traitement a consisté dans un large emploi des antiphlogistiques : alcalins, purgatifs, etc. La cautérisation a été pratiquée plus tard pour parer à d'autres accidents.

M. GUERSANT. D'après ce débat, la diphthérie oculaire, comme l'angine diphthérique, s'accompagne d'un état général; seulement, la différence qui me frappe, c'est que nos angines couenneuses traitées par les antiphlogistiques, les sangsues, etc., vont *crescendo*, empirent toujours, et que l'ophthalmie diphthérique s'en trouve parfaitement et guérit. Donc, ces deux maladies ne se ressemblent pas.

M. COURSSERANT. L'important ici, c'est le danger que court la cornée. Les auteurs l'expliquent d'une manière toute mécanique. Ils prétendent que les fausses membranes, qui ne sont pour moi que de l'infiltration, existent à la fois dans l'intérieur et à la surface des tissus, produisant mécaniquement leur destruction par l'arrêt de la circulation. M. Furnari, au Congrès scientifique de Paris, nous a donné un moyen d'empêcher ces accidents. Ce moyen consiste dans la suture conjonctivale.

Si, comme cela arrive par cet arrêt de la circulation, la cornée est sur le point de tomber en putréfaction, faites une ponction sans crainte, le corps vitré ne sortira pas, car il est infiltré d'une matière séreuse emplastique, comme toutes les autres portions de l'organe, et maintenu dans la chambre postérieure. Cette ponction soulagera toujours le malade et ne présente aucun danger.

M. MAGNE. Dans les cas que j'ai présentés, j'ai reconnu la diphthérie, je l'ai traitée ainsi que je l'ai dit, le succès a justifié le traitement. En réponse à M. Guersant sur l'inopportunité des antiphlogistiques, je dirai qu'ils sont indiqués dans la diphthérie conjonctivale comme dans la pneumonie et dans certaines formes de pleurésie.

De l'anesthésie en obstétrique. — M. VERRIER lit sous ce titre la communication suivante : (Voir le numéro du 20 décembre.)

M. MATTEI. M. Verrier, sans se déclarer partisan absolu de l'inhalation dans l'accouchement le plus naturel, comme le font la plupart des Anglais, s'en est montré assez rapproché pour que je ne puisse pas le suivre jusqu'au bout de sa course.

L'inhalation a pour moi des indications généralement acceptées et des indications facultatives. Ainsi, en obstétrique comme en chirurgie, on est d'accord d'employer l'inhalation toutes les fois qu'on doit pratiquer une opération bien douloureuse, comme la version podalique, le forceps sur le détroit supérieur, ou autre chose de ce genre. Pour mon compte, je ne le fais guère lorsque j'applique le forceps sur le détroit inférieur, ni pour d'autres opérations, encore moins douloureuses.

Je l'applique encore moins dans les accouchements dits vraiment naturels, et ceci pourrait surprendre, sachant que j'ai défini l'accouchement le plus physiologique celui qui se faisait de la manière la plus prompte, la plus facile et la moins douloureuse.

Je crois, en effet, que l'on doit éviter la douleur et non l'étouffer; car si le cerveau n'en a pas conscience, les organes n'en souffrent pas moins, et nous pourrons nous dire bien avancés alors seulement que l'on pourra éviter réellement la souffrance.

Quant aux cas où elle est encore inévitable pendant le travail, l'expérience m'a prouvé que la femme pouvait dépenser une certaine somme de forces; en un mot, qu'elle pouvait endurer une douleur donnée sans en être nullement incommodée pendant comme après le travail.

Certainement, si on pouvait lui épargner sans inconvénient même ce peu de souffrance, on le devrait; mais l'inhalation n'est pas toujours aussi innocente que voudrait le faire croire M. Verrier.

Ainsi, pour mon compte, je connais en France deux cas de mort par suite de l'inhalation opérée pendant l'accouchement : l'un a eu lieu à Aix, et l'autre à Paris. Ce dernier m'a été raconté par M. Carlier, qui le tenait de témoins oculaires. Il a eu lieu sur une femme anglaise qui a imposé aux deux médecins qui l'assistaient l'obligation de l'endormir pendant le travail, et elle ne s'est plus réveillée.

En Angleterre, où l'inhalation est employée bien plus souvent pendant l'accouchement, des cas de mort ont été signalés par Ramsbotam, Murphy, Smith, Gream; Siebold en a signalé deux en Allemagne; enfin Lee a cité 17 cas où l'inhalation aurait été évidemment funeste.

Ces accidents, sans doute, peuvent être évités par des précautions; ainsi, pour mon compte, je me contente d'émousser la sensibilité des femmes sans les plonger dans l'assoupissement et la prostration. De cette manière je leur laisse la libre action des efforts volontaires ou instinctifs.

Autant je mets de réserve pour les cas ordinaires, autant je suis partisan du chloroforme dans des cas particuliers que je vais énumérer; ainsi je suis avec M. Verrier pour dire que chez les primipares l'inhalation peut être utilisée pendant les douleurs agaçantes qui accompagnent souvent la dilatation du col utérin. J'ajouterai dans tous les cas, qu'il s'agisse de primipares ou de multipares, où les contractions sont trop rapprochées dès le début, à deux ou trois minutes, par exemple, pendant la dilatation du col.

Mais les cas où l'inhalation m'a le plus servi sont ceux où la femme a montré une sensibilité, une exaltation de douleur qui n'était pas en rapport avec le travail, et qui quelquefois va jusqu'au délire, si on n'y remédie pas. Dans ces cas, le chloroforme a calmé l'exaltation de la sensibilité, sans même que j'aie dû endormir les malades. J'appelle cette dose, *dose sédative.*

M. EMILE DUBOIS. Je redoute l'usage trop généralisé du chloroforme pendant le travail de l'accouchement. Je partage donc l'avis de M. Mattei, et je serais même porté à restreindre, encore plus qu'il ne le fait, les cas où l'on doit avoir recours aux anesthésiques. Je ne reconnais que deux circonstances dans lesquelles cette indication soit évidente :

1° Quand l'accoucheur est obligé d'intervenir par une opération longue et difficile;

2° Quand l'éclampsie se manifeste.

Je crains toujours, malgré les allégations contraires, que cet état artificiel dans lequel on entretient la femme en travail n'ait une influence fâcheuse sur les fonctions de l'utérus, et ne dispose aux hémorrhagies ou à la fièvre puerpérale, par suite de l'inertie de l'organe. Je crois que l'on s'est beaucoup trop exagéré les souffrances de l'enfantement. Il faut établir une différence complète entre la douleur physiologique de l'accouchement et celle qui est produite par une opération. Il me semble ici plus rationnel de seconder les efforts de la nature, que de se mettre pour ainsi dire en opposition avec elle.

Pour ma part, à moins de vices de conformation de la mère ou de l'enfant, je n'ai jamais vu les douleurs, quelquefois si fatigantes du premier temps du travail, ne pas céder promptement à quelques moyens simples, tels que : bains, frictions sur le ventre, lavements laudanisés, etc.

Lorsque la dilatation est commencée, on arrive constamment par le toucher à faciliter cette dilatation et à faire éprouver à la patiente un soulagement réel et qui ne présente aucun danger.

M. VERRIER demande à M. Mattei de vouloir bien donner communication des cas de mort qu'il attribue à l'inhalation du chloroforme pendant le travail, et invoque les réserves faites dans son travail relativement aux dangers de cette pratique. Pour son compte, il en réserve l'usage pour les primipares seulement. Quand le forceps doit être appliqué, il n'a recours au chloroforme qu'après que l'instrument est articulé.

M. MATTEI proclame l'utilité du chloroforme en cas de douleurs irrégulières, intenses, subintrantes et fréquentes, et reconnaît qu'il éloigne en général les contractions. Il n'y a jamais recours dès que la tête est au détroit inférieur, sur le plancher, derrière la vulve.

M. CORLIEU cite un auteur, M. Ouselot, qui a publié cinquante-neuf observations où il établit qu'il ne se produit pas de diminution ni en fréquence ni en énergie des contractions utérines sous l'influence des inhalations du chloroforme pendant le travail.

Le vice-secrétaire annuel, Dr DUPUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous lisons dans le dernier numéro du *Bulletin de la Société d'anthropologie*, que M. Duruy, ministre de l'instruction publique, a été récemment élu, à l'unanimité des suffrages, membre honoraire de cette savante Compagnie.

— La séance de la distribution des prix des élèves internes et externes des hôpitaux a eu lieu hier. M. Husson présidait. Au début de la séance, il a annoncé que par suite d'une nouvelle mesure le traitement des internes était augmenté, que les élèves de 3e et de 4e année recevraient une indemnité de 100 fr. ajoutée à leur traitement de l'année qui précède.

MM. A. Després, Guibaut, Laillier, ont ensuite prononcé les discours d'usage au nom du jury de l'internat et de l'externat.

Les prix ont été distribués et les nouveaux internes et externes ont été proclamés.

— Deux erreurs typographiques nous sont signalées dans la liste des internes provisoires.

Il faut lire : — 9 Sentex et non Senteu. — 25 Vielle et non Vieille

— La Faculté de médecine et l'Ecole pratique seront fermées le samedi 31 décembre et le lundi 2 janvier.

— Une épidémie de variole sévit en ce moment dans plusieurs quartiers de la ville de Rouen. L'asile des aliénés de Saint-Yon en compte déjà plus de cinquante cas.

— Le bureau de la Société médicale du 1er arrondissement de Paris pour 1865 se compose ainsi :

Président, M. Compérat; *vice-président*, M. Bailly; *secrétaire*, M. Lechat; *vice-secrétaire*, M. Piccard; *trésorier*, M. Vautier; *membres du conseil de famille*, MM. Dop, Léger-Fleurus, Bonvallet et Rohertet.

— M. le docteur Desplans a été élu membre du Conseil général du département de Vaucluse, pour le canton de Baumes, en remplacement de M. le docteur Bourbousson, décédé.

Le Directeur, Dr E. LE SOUEF.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 152. — JEUDI 29 DÉCEMBRE 1864. (37e ANNEE.) N° 152. — JEUDI 29 DÉCEMBRE 1864.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 ». POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 DÉCEMBRE 1864.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Devergie a terminé hier la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Bergeron relatif à la prophylaxie des teignes. Après l'exposé purement analytique du travail est venu le tour de la critique. Le mémoire de M. Bergeron peut être considéré comme constitué par deux parties distinctes, bien que ces parties se lient et s'enchaînent logiquement entre elles. Dans la première partie il étudie la pathogénie des teignes et leur répartition géographique dans les diverses régions de la France; et des faits que lui ont fait connaître cette double enquête étiologique et statistique, il déduit l'ensemble des mesures qu'il serait utile d'adopter pour préparer et amener ultérieurement l'extinction de cette affection; c'est là l'objet de la seconde partie. Bien que, nous le répétons, les mesures proposées par M. Bergeron découlent naturellement des opinions qu'il a adoptées sur la pathogénie des teignes, comme des conséquences de leurs prémisses, elles ne leur sont cependant pas si indissolublement unies qu'il ne soit possible de les envisager abstractivement les unes des autres. C'est ce qu'a pu faire M. le rapporteur, sans que cela ait paru pourtant par trop illogique. M. Devergie, tout en n'acceptant pas les idées de M. Bergeron sur la pathogénie des teignes, n'en a pas moins accueilli comme excellentes les mesures qu'il propose, et les a recommandées comme telles à l'Académie, en l'invitant à renvoyer le mémoire au conseil d'administration pour qu'il ait à prendre telle mesure qu'il jugera convenable pour donner suite aux vœux exprimés par son auteur.

La question de science réservée, on ne peut d'ailleurs qu'approuver ces conclusions et exprimer le désir que le conseil académique leur donne la suite utile.

Nous ferons les mêmes vœux à l'égard du mémoire sur la vaccine animale, dont M. Lanoix a donné lecture à l'Académie, qui l'a écouté avec une attention et un intérêt visibles. Il y a là pour la commission de vaccine l'objet d'une étude sérieuse. M. Depaul n'est pas homme à laisser tomber une proposition de cette importance.

Nous signalerons parmi les pièces de correspondance et les présentations la notice de M. Regnault sur l'éther pur, qui a fourni à M. Gosselin l'occasion de faire connaître les avantages que peut donner cet agent comme anesthésique, et une communication intéressante de M. Foucher sur un nouveau mode de traitement du catarrhe vésical.

L'Académie, pendant ces deux lectures, a procédé au renouvellement partiel des commissions permanentes, et à quatre heures un quart elle s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de la section de médecine vétérinaire sur les candidats à la place vacante dans cette section. Ce rapport a été suivi, dit-on, d'une discussion très orageuse qui fait présumer pour la première séance de l'année une petite bataille électorale. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Natalis GUILLOT.

Ramollissement du lobe droit du cervelet. — Hémiplégie alterne.

Observation recueillie par M. le Dr MARTINEAU, interne du service (1).

Catherine X....., âgée de quarante-cinq ans, domestique, entre le 25 janvier 1864 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Vincent.

Cette femme, d'une forte constitution, toujours bien réglée, raconte qu'il y a un mois elle est tombée la face contre terre. Elle s'est relevée immédiatement et n'a éprouvé rien d'extraordinaire, pas de paralysie, pas même de faiblesse.

Quelques jours après son admission, elle a été prise de céphalalgie et de vomissements. Ces phénomènes continuant, elle est entrée à l'hôpital, où ces symptômes ont été de nouveau constatés. Mais l'intelligence était nette, il n'y avait pas de paralysie, et la sensibilité était conservée.

Le 2 février, en même temps que les vomissements et la céphalalgie persistent avec la même acuité, on constate une paralysie faciale droite. La commissure labiale est abaissée de ce côté, et la salive tend à s'écouler par cette commissure, les paupières ne participent pas à cette paralysie; la sensibilité de la moitié de la face paralysée du mouvement est conservée.

Il n'y a pas d'autre paralysie, mais lorsque la malade est levée, elle marche péniblement, elle se sent faiblir; mais elle ne présente pas toutefois de défaut de coordination des mouvements.

Les fonctions digestives ne présentent rien d'anormal, si ce n'est une grande exagération de l'appétit; les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Les jours suivants, la paralysie faciale se confirme; l'intelligence est toujours conservée, la céphalalgie est intense et la malade pousse continuellement des cris.

Le 16 février, il se déclare un strabisme convergent de l'œil droit; les paupières jouissent de tous leurs mouvements; la pupille droite est dilatée et semble insensible à toutes les excitations; les vomissements continuent toujours.

Le 20 février, en même temps que tous les phénomènes précédents, on constate une paralysie portant sur le bras et le membre inférieur gauche. Cette paralysie d'abord est incomplète, puis complète le 9 mars. On constate, à ce moment, de la contracture dans le membre supérieur gauche; l'avant-bras est à demi fléchi sur le bras; le pouce est fléchi sur la face palmaire de la main. Cette contracture est assez difficile à vaincre, et, une fois vaincue, les parties reprennent aussitôt leur position fléchie; et les mouvements réflexes sont conservés. L'intelligence reste intacte; l'appétit est toujours dévorant, et les vomissements sont pour ainsi dire continus. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Par suite des vomissements continuels, les matières tombant toujours à droite, un érythème se développe [...] la joue droite et sur la partie supérieure droite du thorax. Les mati[...] vomies sont tellement acides, que M. Natalis Guillot n'hésite pas [...]eur attribuer cet érythème.

Le 16 mars, la malade meurt sans avoir présenté [...]res phénomènes que ceux relatés plus haut. Le traitement avai[...] [...]sisté en préparations calmantes, toniques et anti-vomitives, telles que [...]um, le bicarbonate de soude, etc.

A l'autopsie, les méninges et le cerveau ne présentent aucune [al]tération apparente, malgré les recherches les plus attentives; il en est de même de la moelle allongée, du bulbe et de la protubérance annulaire.

Le lobe droit du cervelet présente un ramollissement portant sur presque toute l'épaisseur de la substance blanche contenue dans ce lobe. Le corps rhomboïdal paraît intact. La teinte du ramollissement est un peu rosée; cette coloration s'en va, du reste, facilement sous l'influence d'un filet d'eau. La substance ramollie se dissocie sous cette influence. La substance grise ne paraît pas altérée; le ramollissement paraît borné à la substance blanche.

La moelle n'a pas été examinée.

Dans le thorax, on trouve la plèvre pariétale du côté droit recouverte par des membranes fibrineuses jaunâtres, contenant de nombreuses hémorrhagies capillaires. A la surface correspondante de la plèvre pulmonaire il y a de petites ecchymoses brunes superficielles. La base des deux poumons est fortement congestionnée, friable; mais il n'y a point d'hépatisation.

Le cœur est très-flasque. Les artères n'offrent point de dégénérescence athéromateuse. La muqueuse de l'estomac est seulement ramollie. La muqueuse de l'œsophage et ses glandules sont légèrement hypertrophiées et ramollies.

Le foie est pâle et graisseux.

Dans cette observation nous rencontrons quelques-uns des caractères donnés comme caractéristiques des affections du cervelet, tels que céphalalgie opiniâtre persistante, vomissements, conservation de l'intelligence et de la sensibilité, paralysie croisée, paralysie faciale à droite, paralysie des membres supérieurs et inférieurs du côté gauche. Mais à côté de ces phénomènes, nous en trouvons deux qu'on n'est pas dans l'habitude de rencontrer dans les affections du cervelet, je veux parler des contractures observées dans les membres paralysés et de la paralysie faciale droite directe. Ces altérations au contraire semblent, d'après un travail de M. Gubler, appartenir à une lésion de la protubérance annulaire. Mais la loi posée par M. Gubler a déjà subi plus d'une atteinte; les recueils du *Bulletin de la Société anatomique* contiennent plusieurs faits de paralysie alterne, sans altération de la protubérance; de même, on trouve des paralysies alternes sans lésion de la protubérance.

Le fait que nous signalons vient montrer une fois de plus ce que cette loi a de trop absolu; en effet, il n'y avait aucune altération de la protubérance annulaire. Examinons si dans les faits de paralysie alterne il en est qui correspondent à des lésions cérébelleuses.

Mon maître, M. le Dr Hillairet, signale dans son travail sur ce sujet la paralysie croisée comme étant en rapport avec des lésions cérébelleuses. Quand la paralysie est directe, dit M. Andral, il y a en même temps qu'une altération cérébelleuse une altération cérébrale siégeant dans l'hémisphère opposé. Notre fait corrobore ces affirmations : il y avait une lésion cérébelleuse à droite et une paralysie à gauche. La paralysie faciale du côté droit ne

(1) L'observation et la pièce ont été présentées à la Société anatomique.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

COURS PROFESSÉ AU COLLÉGE DE FRANCE PAR M. LE Dr DAREMBERG.

PREMIÈRE LEÇON (1).

Quelques exemples suffiront à démontrer cette proposition fondamentale : si les nombreux écrits qui portent le nom d'Hippocrate restent confondus, et si le texte en est mal constitué, comment les comprendre et comment se reconnaître au milieu de tant de doctrines opposées; comment indiquer l'origine et la succession des théories; comment déterminer le progrès et apprécier les influences? — Si pour les médecins qui se succèdent depuis Hippocrate jusqu'à Celse, on n'a pas établi une chronologie aussi rigoureuse que possible, et si l'on n'a pas rassemblé les fragments épars de leurs ouvrages, plus de trois siècles sont fermés à l'historien; — si on laisse dans les bibliothèques, où ils sont ensevelis depuis plusieurs centaines d'années, les écrits des médecins de la première moitié du moyen âge, avant le règne exclusif des Arabes, on sera forcé d'admettre avec Sprengel et beaucoup d'autres historiens un phénomène étrange et inouï, la disparition presque complète de la médecine, au milieu des ténèbres de la barbarie ou des entraves de la superstition, et sa résurrection subite aux environs du treizième siècle. — On ne comprendra rien à l'importance traditionnelle de l'école de Salerne si on ne la connaît que par le recueil de vers qui porte le nom de *Fleur de médecine*, et si l'on n'en a pas retrouvé les nombreux monuments cachés dans plus de vingt bibliothèques. — Enfin, comment conduira-t-on l'histoire des sciences médicales depuis la renaissance jusqu'à l'époque moderne, si l'on ne fouille pas les gros ouvrages ou les minces opuscules que l'imprimerie nous a livrés ou qui restent encore manuscrits, aussi bien à l'étranger qu'en France?

Sous tous ces rapports, Messieurs, les choses ont bien changé depuis 1794 et même depuis 1837 : les sources de l'histoire se sont épurées et élargies par de bonnes éditions et par la découverte d'une foule de textes anciens et modernes. Mais ne vous effrayez pas trop de ce vaste appareil; je le couvrirai prudemment d'un voile. Je ne veux pas donner raison aux détracteurs intéressés de l'érudition; je ne veux pas non plus me laisser détourner de la bonne voie par leurs anathèmes. On vous a dit et vous avez peut-être lu quelque part que l'érudition est un bagage embarrassant pour enseigner l'histoire de la médecine; n'en croyez rien, Messieurs : l'érudition est plus embarrassante pour celui qui n'en a point que pour celui qui sait en user avec discrétion et discernement. Des leçons ne sont pas des notes; l'érudition est un instrument, l'histoire est un produit; c'est ce produit que vous désirez connaître; je tâcherai de ne jamais l'oublier.

Mais pour rapprocher et animer ces membres épars, il manque encore une méthode qui place la médecine dans son rang hiérarchique et qui en rattache les progrès à ceux des autres sciences et à la marche générale de la civilisation. Le vice radical des histoires de la médecine et qui les frappe presque toutes de stérilité, c'est qu'on y considère notre science, dans son ensemble ou dans ses détails, comme une création isolée, sans relations ni parenté avec les autres créations de l'esprit humain : *Proles sine matre creata*, comme on disait autrefois; de sorte qu'on ne comprend ni pourquoi la médecine avance ni pourquoi elle recule, et qu'on ne sait où trouver la formule générale de son développement. Faire rentrer la science médicale dans le cercle des autres sciences naturelles; découvrir un lien commun qui les rassemble et une loi commune qui explique leurs progrès ou leurs défaillances : voilà le nœud de l'histoire; voilà sa vie.

C'est d'après ces principes exposés et appliqués pour la première fois par M. Littré dans son édition d'Hippocrate et dans d'autres travaux moins étendus mais non moins précieux, qu'il faut reformer l'histoire de la médecine, et ce sont ces principes que je veux suivre d'un bout à l'autre de cet enseignement.

Maintenant que j'ai fait valoir de mon mieux les arguments qu'on peut produire en faveur de l'enseignement de l'histoire, et que je vous ai soumis quelques réflexions sur les heureuses circonstances qui doivent ou peuvent donner quelque attrait et quelque nouveauté à cet enseignement, en même temps qu'elles allégent le fardeau et diminuent la responsabilité du professeur, j'ai besoin d'ajouter des renseignements plus précis sur l'objet des leçons qui vont suivre, et sur la constitution des périodes de l'histoire de la médecine.

Je me propose de vous présenter, en soixante-dix leçons environ,

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 et 22 décembre.

saurait sans doute être explicable que par une lésion de la portion dure du nerf facial, mais elle reste toujours en rapport avec une lésion cérébelleuse du même côté.

Les docteurs A. Ollivier et Leven rapportent dans leur travail sur la physiologie du cervelet deux observations où l'hém plégie a été directe. Ils signalent en outre deux faits, l'un à Plancus, l'autre à M. Rostan, où la paralysie a été dir Mais aucun des auteurs ne signale la paralysie alterne. Dans la seconde partie du travail des premiers auteurs, nous voyons un enfant de quinze ans à l'autopsie duquel on a trouvé une lésion cérébelleuse droite avec ramollissement la moitié droite du plancher du quatrième ventricule. Pendant la vie, il existait un strabisme de l'œil gauche (fait nor al dans les altérations du cervelet, par conséquent paralys croisée par rapport à la lésion cérébelleuse). Mais en même temps il existait une légère hémiplégie faciale droite, paralysie directe comme dans notre observation. Ce fait peut, jusqu'à un certain point, être rapproché du nôtre. En effet, il y a une paralysie croisée et une paralysie faciale directe, ement dit il y a une paralysie alterne. Seulement dans le fait rapporté par MM. Leven et Ollivier, nous trouvons une sion du plancher du quatrième ventricule, qui explique la paralysie faciale directe, et dans notre fait rien de semblable ne peut être invoqué. Aussi nous contentons-nous pour aujourd'hui de livrer notre observation aux méditations des physiologistes.

La contracture que nous avons observée dans les parties paralysées, dans les membres supérieur et inférieur, est un fait très-anormal dans les lésions cérébelleuses et surtout dans l'hémorrhagie. Toutefois on l'a observé dans le ramollissement aigu, indépendamment de toute autre lésion cérébrale. M. Hillairet signale les convulsions, quand le sang épanché entraîne l'inflammation de la substance cérébelleuse environnante. MM. Leven et Ollivier signalent de même les convulsions et la contracture dans le cas de tumeur cérébelleuse ayant entraîné l'inflammation de la substance environnante. Ils rapportent enfin des faits où il n'y avait qu'un ramollissement. Du reste, les *Bulletins de la Société anatomique* contiennent quelques cas de ce genre, et cela prouve que la contracture et les convulsions ne sont pas très-rares dans les lésions cérébelleuses ou dépendantes d'autres lésions cérébrales.

EXSTROPHIE DU RECTUM. — ABLATION, GUÉRISON.

Par M. le docteur GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

Justine R...., âgée de cinq mois, est née à Voulême (Vienne). Au moment de sa naissance, cette petite fille présentait les difformités suivantes : anus très-rétréci, n'admettant qu'une plume d'oie; à droite de cet orifice, une tumeur du volume d'une noisette, humide, muqueuse, d'un rouge vif, que les parents prenaient pour une chute du rectum. Cette tumeur s'est graduellement augmentée.

Examen le 13 mai 1864. — Sur le lieu ordinairement occupé par l'anus existe une tumeur saignante, boudinée, du volume d'un œuf, attachée par un gros pédicule. Sa surface est rouge, muqueuse, veloutée, humide; elle présente des rides valvulaires, circulaires comme celles de l'intestin; sa consistance est élastique, sans fluctuation; la saillie de cette tumeur est de 0,04; sa longueur, de 0,06; son épaisseur est de 0,03. Elle se continue avec la peau dans tout son pourtour par un cercle brunâtre ridé qui semble le bord normal de l'anus entourant une tumeur partout adhérente. La tumeur est séparée du vagin par un raphé médian. Au côté gauche de la tumeur, au point où elle touche le cercle cutané, on trouve une fissure étroite cachée par la saillie de la tumeur. Cet orifice admet à peine une sonde de femme, mais donne tous les jours une issue suffisante aux gaz et aux matières stercorales. L'urèthre et le vagin ont leur conformation normale.

Le petit orifice de l'anus est situé sur la ligne médiane, la tumeur siége à son côté droit, séparée par un liséré étroit qui indique une ligne de démarcation et complète le petit cercle de l'anus par un bourrelet; sans cela, la muqueuse qui couvre la tumeur se continuerait avec celle qui tapisse la cavité du rectum à travers la petite fente qui représente l'anus.

Dans cette séance nous agrandissons la petite fente dans le sens de ses angles et en longeant les contours de la tumeur jusqu'à ce que l'orifice nous permette de placer l'index. Introduit dans le rectum jusqu'à sa base, l'index reconnaît la bonne conformation de cet intestin et constate qu'il n'y a aucune communication entre l'intestin et les bosselures qui sont à la surface de la tumeur.

Le 11 juin, après avoir éthérisé l'enfant et constaté de nouveau que le pédicule ne contient aucun organe important, que cette tumeur n'est pas formée par un rectocèle, et constaté encore au moyen d'une incision que l'intérieur de cette masse boudinée est rempli de tissu cellulaire sans aucune cavité, nous procédons à l'ablation.

1° Une sonde cannelée est passée au travers de la tumeur par le milieu de sa base et au-dessus du petit repli cutané indice de l'anus. Le bec aigu de la sonde transperce la tumeur sans difficulté, le fil de fer du petit constricteur Maisonneuve est conduit par la cannelure de la sonde, et nous embrassons ainsi dans l'anse métallique une moitié de la tumeur; puis par une action lente nous la séparons de sa base. Alors le constricteur à chaînette est placé autour de l'autre moitié de la tumeur, toujours à sa base, toujours en dehors de la peau, et sans entamer ni le cercle cutané dont nous avons parlé ni le bourrelet qui limite l'orifice de l'anus. Il n'y a point d'hémorrhagie. Le fond de la plaie est constitué par du tissu cellulaire graisseux, filamenteux; son diamètre est d'environ 0,03 cent. On le couvre d'un linge imbibé d'eau alcoolisée.

Examen de la pièce. — Conservée dans une solution d'alun, elle offre $0^m,065$ de longueur sur 0^m03 de diamètre; sa surface est recouverte par la membrane muqueuse, ridée et valvulée comme au moment de l'opération; sa forme est boudinée et irrégulière; à l'endroit de l'incision exploratrice, on voit les paquets cellulo-graisseux dont nous avons parlé. La surface de section nous offre aussi un mélange de tissus graisseux et de quelques grains glanduleux placés au-dessous de la muqueuse. Nous remarquons encore que la tumeur est traversée depuis son sommet jusqu'au milieu de sa base de section par un petit canal muqueux, ayant un orifice étroit à l'extrémité la plus saillante de la tumeur, et un autre orifice tranché par le constricteur du côté de la section. Le petit canal a 0,04 de longueur, il admet un gros stylet; il est tapissé par une membrane muqueuse épaisse, bien conditionnée; il contient une matière pultacée jaunâtre; son orifice extérieur étant caché dans un pli, il n'a jamais donné issue à aucune matière; on ne l'avait pas trouvé en examinant la tumeur.

15 juillet. — *Examen.* — L'anus est sur la ligne médiane, la partie inférieure du rectum est libre; la cicatrice résultant de l'excision paraît ferme et de bonne nature; elle ne présente aucun orifice ni pertuis quelconque; le vagin est normal, sans communication avec le rectum; l'anus consiste en une fente allongée, qui a de la tendance à se resserrer; à l'extérieur de cette fente se trouve la peau; à gauche et à droite, la cicatrice séparée de la muqueuse du rectum par le liséré dont nous avons parlé; les selles sont très-faciles, et la petite malade jouit d'une parfaite santé.

Somme toute, nous voyons dans cette difformité congénitale un rectum muni de deux orifices, dont l'un, communiquant directement avec l'intestin, suffit, quoique très-étroit, pour donner issue aux matières stercorales; l'autre, long, étroit, sinueux, imperforé à son extrémité profonde, se prolonge dans une tumeur muqueuse, saillante, qu'il traverse pour venir s'ouvrir à l'extérieur. Nous voyons ici une sorte d'exstrophie congénitale du rectum, dont le canal tout entier est descendu et devenu saillant à l'extérieur avant la naissance de l'enfant.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. TRIQUET.

Maladies des oreilles.

NOUVELLE DÉMONSTRATION DU CATHÉTÉRISME DES TROMPES D'EUSTACHI.

Quelques confrères de province venus à Paris à l'occasion du quatrième anniversaire de l'*Association générale*, m'ont fait l'honneur de visiter ma Clinique des maladies de l'oreille : je les en remercie.

Après avoir examiné ensemble plusieurs malades, on me pria de répéter sur le tableau la démonstration du cathétérisme des trompes que je venais d'exécuter sous les yeux des assistants et pour des cas d'obstruction des trompes qui en réclamaient l'emploi.

Je pris aussi l'engagement de reproduire dans un ou plusieurs des journaux de médecine les plus répandus cette nouvelle démonstration exclusivement pratique. Cette promesse, je viens la remplir aujourd'hui.

Soit une coupe verticale des fosses nasales (côté droit).

Il est facile de constater, au premier abord, que le méat inférieur E et l'orifice pharyngien de la trompe LM sont sur le même plan, ou mieux sur la même ligne prolongée; par conséquent, qu'il suffit de faire glisser le bec de la sonde dans la rainure ou cannelure du méat inférieur E, L, pour arriver facilement à faire pénétrer l'instrument dans la trompe L.

C'est sur cette simple remarque anatomique qu'est entièrement fondé ce procédé opératoire, ainsi que je l'ai déjà démontré plusieurs fois: en 1852 (*Gazette des Hôpitaux* du 21 septembre); en 1855 (dans un mémoire couronné par l'Académie des sciences (1); en 1857 (dans mon *Traité pratique des maladies de l'oreille*); en 1863 (*Leçons cliniques*).

Je répéterai donc aujourd'hui que rien n'est plus facile que de sonder la trompe d'Eustachi, si le praticien veut bien suivre les règles ci-après :

1° Prenez la sonde A entre le pouce et l'index de la main droite, quel que soit le côté sur lequel on opère; chacun de ces deux doigts méthodiquement appliqué sur les parties latérales de l'anneau soudé près du pavillon, sur le bord convexe de l'instrument.

2° Trempez-le dans l'eau tiède, en hiver surtout; puis présentez le bec de la sonde à l'orifice de la narine correspondant à la trompe que vous désirez cathétériser : la concavité tournée en haut et en dehors, la convexité s'appuyant sur la cloison, et le bec G profondément engagé sous le cornet inférieur E.

3° Maintenant, il ne s'agit plus que de faire glisser doucement, lentement, sans effort ni violence, la sonde A dans le méat inférieur EN, qui offre une véritable cannelure naturellement formée par le cornet E; on arrive ainsi peu à peu jusqu'à l'extrémité postérieure du méat inférieur L, où, rencontrant le pavillon élargi de la trompe L, l'instrument s'y engage sans aucune hésitation.

Tel est le procédé opératoire exposé dans sa plus grande simplicité; et dans un certain nombre de cas l'opération est aussi facile que la description qu'on vient de lire semblerait l'indiquer.

Mais souvent aussi, nous devons l'avouer, on rencontre des difficultés, et parfois des accidents graves peuvent survenir.

Ces difficultés et ces accidents, que rien ne peut faire prévoir, que la main la plus exercée ne saurait toujours éviter, le praticien doit les connaître, afin de ne pas rester dans l'embarras et l'incertitude sur la conduite à tenir.

J'ai longuement exposé les principales de ces difficultés dans mes *Leçons cliniques* (2); je veux seulement appeler l'attention sur cinq des accidents les plus graves qui peuvent survenir pendant le cathétérisme des trompes d'Eustachi; ces cinq accidents sont :

(1) *Etudes d'anatomie pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille.*

(2) *Leçons cliniques*, p. 134 et suiv.; et *Traité pratique*, p. 9.

c'est-à-dire en trois semestres, le tableau complet, quoique en raccourci, des progrès et des révolutions de la médecine depuis les temps les plus anciens jusqu'à nos jours; puis, si Dieu me prête vie et santé, je reprendrai avec plus de détail chacune des branches en lesquelles se divisent les sciences médicales.

Je serai par conséquent très-bref sur la biographie des médecins, plus bref encore sur la bibliographie, dont je ne parlerai que d'une manière incidente; j'insisterai particulièrement sur les origines, le développement, la succession et la filiation des systèmes, sur les découvertes ou acquisitions positives de toute nature qui dans chacune des branches de la médecine ont, aux diverses époques, changé la face de la science et agrandi ses domaines; je prendrai soin de bien expliquer dans quelles circonstances, dans quels milieux et en vertu de quelles lois ces découvertes se sont accomplies, enfin quelles influences durables ou passagères elles ont exercées. Mais ce n'est là que le fond et le cadre du tableau; les personnages y manquent; et dans l'histoire de la médecine, les véritables personnages, ce sont les maladies; l'histoire des maladies et des moyens de traitement qu'on leur a opposés tiendra donc une très-grande place dans ce programme; je ne négligerai non plus ni les institutions médicales ni toutes ces particularités curieuses d'archéologie qu'on ne peut pas classer méthodiquement, mais qu'on ne doit pas ignorer.

Pour se retrouver, à travers plus de vingt-cinq siècles, au milieu de toutes les idées qui se sont fait jour et de tous les faits qui se sont produits, il faut une classification historique et une méthode d'exposition; la méthode varie suivant les sujets qu'on étudie, mais la classification générale, qui est elle-même un enchaînement, doit être stable et présider à tout l'ensemble du cours.

Dans un mémoire imprimé en 1850, discutant les principes d'après lesquels les auteurs ont établi les périodes de l'histoire, j'ai ramené à sept catégories les diverses espèces de classification, et j'ai montré que ni les unes ni les autres de ces classifications ne représentaient le mouvement réel de la science, et cela par la raison très-simple que les historiens n'ont jamais tenu compte ni des éléments constitutifs de la médecine ni du degré de subordination de ces éléments. En conséquence, j'ai essayé une nouvelle classification des périodes fondée sur la nature même de la médecine et sur les influences réciproques des parties qui la composent, de sorte que la classification des périodes est déjà une esquisse du développement général de la science et un aperçu des conditions qui président à ce développement. C'est donc ici le lieu de faire une première application des principes que j'invoquais tout à l'heure et qui doivent servir de guide à l'historien.

Il est bien évident que la médecine n'est pas une science à part et qu'elle fait des emprunts à une foule d'autres sciences plus nettement définies; il est, par exemple, hors de contestation que par l'anatomie, par la physiologie et par la matière de l'hygiène ou de la thérapeutique, la médecine est en grande partie tributaire des connaissances fournies par les sciences naturelles, chimiques et physiques; conséquemment les progrès de ces sciences et les progrès de la médecine se tiennent par les liens les plus étroits; les mêmes circonstances et les mêmes conditions leur sont propices ou défavorables; d'un autre côté l'histoire démontre, et le raisonnement seul le prouverait au besoin, que la pathologie et la thérapeutique sont sous la dépendance immédiate de la physiologie.

En partant de ce double principe, que les sciences naturelles ou leurs diverses parties ont un développement hiérarchique et que la pathologie est une section de la physiologie, on peut arriver à déterminer et à caractériser les périodes de l'histoire de la médecine.

Examinons d'abord le premier principe.

Le développement hiérarchique des sciences, et par conséquent leurs mutuelles relations, leur subordination réciproque est un fait historique; c'est surtout un fait logique, nécessaire, qui tient à la nature même et aux limites des ressources de l'esprit humain. Dans ce fait, la volonté n'intervient qu'à titre très-secondaire; aussi peut-on dire qu'il n'y a dans les sciences ni découverte ni progrès imprévus : tout s'y tient, tout s'y enchaîne comme dans les produits mêmes de la nature; et c'est bien le cas de répéter avec Lucrèce :

> Huc accedit ut in summa res nulla sit una
> Unica quæ gignatur, et unica solaque crescat.

Dans chaque science, les degrés par lesquels on s'élève successivement aux plus hautes spéculations, aux plus brillantes découvertes, sont franchis à certaines conditions qu'on ne peut pas toujours calculer d'avance, mais qu'on reconnaît par l'étude attentive de l'histoire; presque toujours l'ascension est longue et pénible; il y a des oscillations effrayantes et des chutes terribles.

1° L'épistaxis ;

2° La rupture de la membrane du tympan ;

3° L'emphysème pharyngo-laryngien ;

4° Les vomissements ;

5° L'otite traumatique et l'aggravation de la surdité, que l'opération avait pour but d'améliorer ou de guérir.

Un mot seulement :

1° Quand l'épistaxis se borne à quelques gouttelettes de sang, l'accident n'a pas d'importance; même chez les enfants, qui avalent le sang avec leur salive, il passe le plus souvent inaperçu.

Mais chez les adultes, quelques précautions que l'on prenne, il arrive parfois qu'une véritable hémorrhagie se produit aussitôt que la sonde a touché la muqueuse.

Il faut alors suspendre la manœuvre et arrêter l'écoulement du sang (eau froide seule ou additionnée de quelques gouttes de perchlorure de fer).

Mais l'opération doit être ajournée, et il est bien douteux que le malade revienne vous demander de nouveaux soins.

2° La rupture de la membrane du tympan était fréquente autrefois quand on se servait, pour insuffler la trompe, de la pompe pneumatique de Kramer ou de l'appareil à air comprimé de Richter; aujourd'hui, ces divers appareils sont abandonnés et ne figurent plus que dans nos musées. Nous employons généralement le petit soufflet en caoutchouc, soit pour insuffler de l'air, soit pour injecter des vapeurs chaudes, si utiles dans le traitement des phlegmasies catarrhales aiguës et surtout chroniques de l'oreille moyenne.

C'est donc un accident rare, à notre époque, si l'on opère avec des instruments convenables.

3° Il n'en est pas de même de l'emphysème pharyngo-laryngien; cet accident peut se produire à la moindre insufflation, au premier effort de déglutition, quand par malheur la sonde a déchiré un des cryptes muqueux qui avoisinent l'orifice pharyngien de la trompe.

A l'instant le malade est renversé sur son siége, comme s'il était touché par la foudre; la face violette, la bouche béante, la voix éteinte, indiquent bien positivement que l'air en s'infiltrant dans le tissu sous-muqueux a déterminé un emphysème des replis sus-glottiques : le malade, en effet, succomberait en peu d'instants à l'asphyxie qui le menace, si l'on ne se pressait d'intervenir.

Pour cela, il suffit de lui faire ouvrir la bouche, et avec l'ongle du doigt qui tient la langue abaissée, déchirer une des bosselures emphysémateuses que l'on aperçoit au fond du gosier.

4° Les vomissements, toujours fort pénibles et désagréables, ne surviennent que si l'on a le malheur d'opérer les malades après le repas, et surtout si l'on a la malencontreuse pensée d'introduire l'indicateur gauche au fond du pharynx pour reconnaître la trompe et guider l'instrument. Un chirurgien prudent ne commettra pas cette faute; il abandonnera ce procédé aux démonstrations théoriques de l'amphithéâtre.

5° L'otite traumatique, l'aggravation de la surdité, sont des accidents communs quand on abuse du cathétérisme.

Le contact trop souvent répété de la sonde détermine des contusions de la membrane muqueuse de la trompe (qui est supportée par un tube osseux dans les deux tiers de son parcours), et finalement des phlegmasies nouvelles venant s'ajouter à celles souvent mal éteintes qui existaient déjà.

Il n'y a donc rien d'étonnant que l'aggravation de la surdité soit la conséquence de ces manœuvres trop répétées et intempestives.

Je dois encore ajouter que j'ai vu ces accidents se montrer au plus haut degré chez les malades qui avaient été sondés trop souvent, et principalement chez ceux qui avaient été soumis à l'application aveugle et banale de l'électricité (galvanisme, etc.).

C'est là une vérité grave, confirmée par l'expérience de chaque jour.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 décembre 1864. — Présidence de M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Privat, sur le service médical de La Malou-les-Bains (Hérault). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

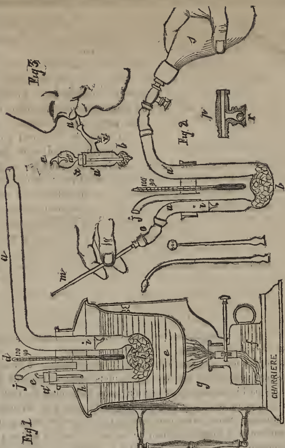
1° Une lettre de M. Quetelet, secrétaire de l'Académie royale des sciences de Belgique, accompagnant l'envoi des bulletins et mémoires de cette Compagnie, pour l'année 1863-1864;

2° M. Charrière soumet à l'examen de l'Académie un nouvel appareil (fig. 1) destiné à l'emploi des médicaments que l'on peut faire prendre à l'état de vapeurs, et particulièrement pour l'iode, employé si souvent pour les maladies de poitrine.

L'avantage de cet appareil est de faire passer l'air saturé d'iode à l'état de vapeur seulement, et de pouvoir régler à volonté la production de cette vapeur à l'aide d'un thermomètre.

Un nouveau moyen de diriger la vapeur d'iode sur une partie quelconque du corps, en se servant d'une bouteille en gomme munie d'une soupape. (Voir fig. 2.)

Enfin, un diminutif du premier appareil, ayant les mêmes avantages, et que le malade peut tenir constamment à la bouche. (Fig. 3.)



M. LARREY, au nom de M. Giraldès, fait hommage à l'Académie de deux brochures, l'une relative aux anesthésiques, l'autre aux malformations de l'anus et à l'anus artificiel.

M. REGNAULT présente une brochure sur le dosage de l'éther sulfurique et sur les moyens de l'obtenir chimiquement pur. M. Regnault ajoute qu'il a prié M. Gosselin de faire quelques expériences d'anesthésie avec cet agent, et il ne doute pas que l'Académie n'entende avec plaisir ce que M. Gosselin aura à lui communiquer à ce sujet.

M. GOSSELIN dit avoir essayé l'éther pur, d'abord sur des animaux, puis sur des malades (hommes et femmes). Il a constaté que les effets anesthésiques de cette préparation sont plus rapides et plus sûrs que ceux de l'éther ordinaire. La période d'agitation manque, il ne faut que quatre à huit minutes pour obtenir une insensibilité complète. L'éther pur lui paraît en conséquence devoir être préféré pour les usages anesthésiques à l'éther ordinaire et peut-être même au chloroforme; tout au moins doit-il être mis sur la même ligne.

M. DEPAUL présente, au nom de M. Tarnier, un Mémoire sur l'hygiène des hôpitaux des femmes en couches.

M. Depaul présente ensuite, au nom de M. Foucher, la note manuscrite suivante, *sur le traitement de la rétention d'urine par inertie de la vessie et du catarrhe vésical.*

L'inertie ou l'atonie de la vessie est une cause fréquente de rétention d'urine chez les vieillards, et le défaut de contractilité est quelquefois la seule cause qui s'oppose à l'émission de l'urine. Cependant il existe quelquefois au col de la vessie un obstacle dû soit à la présence d'une valvule prostatique, soit à une déviation de l'urètre causée par un développement anormal de la prostate. Dans bon nombre de cas, cet obstacle serait insuffisant pour empêcher le libre cours des urines si celles-ci étaient chassées par une puissance assez énergique; quand on parviendra à donner à la vessie sa contractilité habituelle, l'émission des urines pourra redevenir normale. On reconnaît facilement que la rétention d'urine est causée, soit en totalité, soit en partie, par l'inertie de la vessie, en pratiquant le cathétérisme, car alors l'urine s'écoule par la sonde sans former de jet.

Le cathétérisme peut encore être facile même quand il existe un obstacle au col de la vessie; mais si la rétention d'urine est due à ce seul obstacle, l'urine forme un jet en s'écoulant par la sonde.

Chez les vieillards dont la vessie se vide mal par suite de son inertie, on rencontre presque toujours du catarrhe vésical produit par le séjour prolongé de l'urine et son évacuation incomplète. Ce catarrhe augmente insensiblement, la muqueuse s'altère de plus en plus; l'urine offre des dépôts muqueux et muco-purulents de plus en plus abondants et prend une odeur fétide.

Cet état inflammatoire chronique des parois vésicales entretient et accroît leur inertie, si tant est qu'il n'en soit pas souvent le point de départ.

En tout cas, le catarrhe en s'aggravant amène des accidents souvent redoutables.

On peut donc dire que l'inertie et le catarrhe de la vessie sont deux états morbides qui sont souvent liés l'un à l'autre, et qui s'influencent réciproquement en jouant alternativement le rôle de cause ou d'effet.

Rendre aux parois vésicales leur contractilité et modifier la muqueuse enflammée chroniquement, telle est la double indication que je parviens à remplir au moyen des douches capillaires intra-vésicales et des injections de liquide pulvérisé.

» La douche capillaire intra-vésicale se pratique au moyen d'une sonde dont l'extrémité présente un orifice capillaire, et sur lequel se visse l'appareil à pulvérisation de M. Luër.

» On obtient ainsi un jet très-fin, mais très-énergique, qui vient frapper avec force les parois de la vessie en produisant une sensation de froid assez intense, et de cette double façon il excite la contractilité de la vessie. Mais les douches capillaires intra-vésicales n'ont d'effet que sur l'inertie.

» Dans le but d'agir à la fois sur toute l'étendue de la muqueuse au moyen d'un liquide se pulvérisant dans la vessie, j'ai fait construire par MM. Robert et Collin une sonde spéciale qui remplit très-bien le double but que je me propose.

» Cette sonde est munie de deux conduits, dont l'un s'ouvre en avant du talon de la sonde et est pourvu d'un robinet; à ce conduit peut s'adapter une boule en caoutchouc qui sert à pousser de l'air dans la vessie.

» L'autre conduit se termine à son extrémité par deux petits tubes capillaires inclinés l'un vers l'autre et masqués dans l'extrémité de la sonde.

» En adaptant l'appareil à pulvérisation de M. Luër ou même une seringue ordinaire à cette sonde, on obtient deux jets capillaires qui se brisent l'un contre l'autre, et se pulvérisent d'autant plus facilement qu'on a au préalable rempli la vessie d'air.

» Le fonctionnement de cet appareil est rendu évident par l'expérience suivante : on fixe une vessie de porc à l'extrémité de la sonde, on la distend avec de l'air, puis on y pousse un liquide coloré en rouge.

» On voit aussitôt à travers les parois transparentes le liquide former dans la vessie une sorte de poussière rosée qui se dépose sur toute la face interne.

» Chez un vieillard de quatre-vingt-quatre ans atteint d'inertie vésicale, et qui depuis quinze jours n'avait pas uriné une seule fois sans sonde, quatre douches à l'eau froide ont suffi pour ramener la contractilité de la vessie et la miction spontanée. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un an, ce vieillard n'a plus eu d'accident.

» Un homme de quarante-cinq ans, chez lequel l'inertie était la conséquence d'une distension extrême de la vessie, et qui depuis vingt jours n'urinait que très-incomplétement, a été guéri par les douches intra-vésicales faites deux fois par jour pendant trois jours.

» Un paraplégique dont la rétention d'urine était complète, a pu uriner, quoique incomplétement, après l'usage des injections d'eau froide pulvérisée.

» L'eau de goudron pulvérisée a modifié rapidement l'état de la muqueuse vésicale dans six cas de catarrhe chronique. L'urine est devenue plus claire et a été expulsée plus facilement. Ces malades ont quitté l'infirmerie, et depuis n'y ont plus reparu.

» Toutes les fois qu'il sera utile de faire un lavage de la vessie sans fatiguer l'organe, les injections de liquide pulvérisé rempliront l'indication mieux que tout autre moyen.

» Ce mode de traitement n'entraîne aucune douleur; le malade accuse seulement une sensation de froid dans la région hypogastrique. Ainsi :

» 1° La rétention d'urine causée par l'inertie de la vessie peut être guérie rapidement par les douches intra-vésicales faites au moyen de la sonde à pulvérisation des liquides.

» 2° Les injections de liquide pulvérisé (eau, eau de goudron, eau de feuilles de noyer, eau de Baréges, eau de buchu) constituent un traitement immédiat et efficace du catarrhe chronique de la vessie. »

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le Dr Wieminckx (de Bruxelles), associé étranger de l'Académie, est présent à la séance.

RAPPORT.

Prophylaxie des teignes. — M. DEVERGIE continue et termine la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Bergeron, relatif à la prophylaxie des teignes.

M. Devergie commence par déclarer qu'il ne partage pas les convictions de M. Bergeron sur la possibilité d'éteindre la teigne en France, même dans un avenir éloigné. Selon M. le rapporteur, il faut réserver la question d'origine, qui, malgré toutes les recherches entreprises jusqu'à ce jour, reste obscure et controversable. « En admettant, dit-il, qu'on pût guérir tous les teigneux qui sont actuellement en France, la teigne ne sera pas éteinte pour cela, si elle peut se développer spontanément ou sous l'influence de causes générales ou spéciales, accidentelles ou permanentes; et dès lors, les efforts accomplis, tout en apportant dans l'état actuel des choses une amélioration considérable, n'auraient pas atteint le but que s'est proposé M. Bergeron. »

M. le rapporteur examinant ensuite, au point de vue de leur cause originelle, la plupart des maladies parasitaires, les dermatoses notamment, montre les incertitudes qui enveloppent encore le problème des générations spontanées, puis il apprécie de la manière suivante les mesures proposées par M. Bergeron :

« L'une de ces mesures consisterait à porter à la connaissance des ministres de l'intérieur et de l'instruction publique les renseignements topographiques de la teigne, qui résultent des recherches de M. Bergeron. Une autre consisterait à rappeler l'article VII du règlement pour les écoles communales, qui prescrit de n'admettre que les enfants vaccinés et qui ne sont pas atteints de maladies ou d'infirmités de nature à nuire à la santé des autres élèves. Une autre encore consisterait à appeler l'attention du ministre de l'intérieur sur la nécessité d'ouvrir les portes des hôpitaux des départements aux malades affectés de la teigne, et d'établir dans les hôpitaux des traitements externes. »

En résumé, dit en terminant M. Devergie, félicitons M. Bergeron d'être entré dans une voie que Villermé et Parent-Duchâtelet ont si utilement parcourue pour l'hygiène publique ou professionnelle, et dont M. Boudin a pris l'initiative pour les questions de géographie médicale. Faisons toutefois remarquer que l'œuvre de M. Bergeron a peut-être sur d'autres statistiques du même genre l'avantage immense de conduire à des inductions essentiellement pratiques et de réaliser un progrès en médecine.

La commission, par l'organe de son rapporteur, propose d'adresser une lettre de remercîments à M. Bergeron, et de renvoyer son mémoire au conseil d'administration, qui prendra telle mesure qu'il jugera convenable pour donner suite aux vœux exprimés par l'auteur.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Vaccination animale. — M. LANOIS lit un travail dans lequel il expose les faits qu'il a recueillis à Naples durant un voyage entrepris dans le but d'y étudier la méthode de la vaccination animale, et soumet au jugement de l'Académie cette méthode étrangère consacrée par cinquante ans de pratique.

Après avoir rendu compte des circonstances qui ont déterminé son voyage à Naples et des faits dont il a été témoin pendant son séjour dans cette ville, l'auteur étudie successivement les questions suivantes :

1° Du vaccin animal;

2° De l'organisation d'un établissement fondé dans le but de propager ce vaccin;

3° Du manuel opératoire et des inoculations reproductrices;

4° Des vaccinations;

5° De la prophylaxie.

Voici en quels termes il résume les faits exposés dans ces cinq divisions :

Transmission toujours possible du vaccin de la vache à la vache

à toutes les époques de l'année, en aussi grande quantité que pourront l'exiger les besoins d'un grand service.

Régénération et non pas affaiblissement de ce vaccin par son passage à travers l'organisme de l'animal.

Pratique facile des vaccinations.

Innocuité de la marche de l'éruption vaccinale.

Prophylaxie certaine. (Commission de vaccine).

— L'Académie, pendant les lectures qui précèdent, a procédé au renouvellement, par le scrutin, des commissions permanentes pour l'année 1865.

Ont été élus :

Pour la commission des épidémies : MM. Blache et Delpech.

Commission des eaux minérales : MM. Gobley et Pidoux.

Commission des remèdes secrets : MM. Devergie et Chevallier.

Commission de vaccine : MM. Depaul et Jacquemier.

Comité de publication : MM. Tardieu, Sappey, Danyau, Lélut et Boutron.

— A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section de médecine vétérinaire pour l'élection qui doit avoir lieu dans la séance prochaine.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 décembre 1864, à propos de l'analyse bienveillante que vous avez faite dans un des numéros précédents, de mon travail sur la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, quelques réflexions que je ne saurais laisser passer sans y répondre.

Il y est dit : « Le fait auquel se rapportent ces altérations est le même qui a été l'objet des recherches de M. Laborde, communiquées à la Société anatomique le 15 avril 1864, et reproduites *in extenso* dans son travail *sur la paralysie dite essentielle de l'enfance*, et desquelles il résulte que les muscles frappés de paralysie n'avaient subi aucune espèce d'altération graisseuse. »

Cette phrase semble signifier que le fait de M. Cornil et celui cité par M. Laborde sont le même. Il suffit de rétablir les dates pour reconnaître le contraire; le premier a été communiqué à la Société de biologie en octobre 1863, le second à la Société anatomique en avril 1864.

L'observation XXII de mon travail est bien la même que celle qui a été recueillie par M. Laborde. Permettez-moi, mon cher confrère, de vous démontrer en quelques lignes que j'avais par devers moi les matériaux suffisants à la rédaction de ce cas, sans faire d'emprunt déguisé à personne.

Au mois de mars 1864, M. Bouvier pria mon père de venir faire dans son service l'examen électro-musculaire du petit malade dont il s'agit ici. Je l'accompagnai dans cette visite, et pris, au vu et au su de M. Bouvier, quelques notes sur ce fait intéressant. Mon père annonça que les muscles ou portions de muscles qui ne répondaient pas à l'excitant électrique, étaient altérés dans leur texture et probablement graisseux (1).

L'autopsie confirma huit jours après l'hypothèse d'une altération de texture. J'y assistai, et c'est avec les portions des muscles et de la moelle que M. Bouvier fit remettre à mon père, que je fis l'examen histologique consigné dans mon travail. Cet examen ne me fit pas non plus reconnaître d'altération graisseuse des muscles.

Voici textuellement ce que j'ai écrit à ce sujet :

« Il semble qu'il ne reste plus que les gaînes des muscles; le tissu qui y est contenu n'a pas l'apparence jaunâtre du tissu graisseux. Examiné au microscope, il présente l'aspect de granulations amorphes contenues dans le sclérème; on n'y rencontre pas de globules graisseux. »

Cet examen était des plus faciles; mais ce qu'il importait surtout, c'était d'interpréter ce fait, qui se trouvait en contradiction avec ceux observés antérieurement. Je me suis efforcé de le faire dans les courtes considérations que vous permettrez de reproduire ici : « Ces granulations amorphes, qui ont été rencontrées aussi par M. Henri Ro[illegible] dans un autre cas de paralysie de l'enfance datant de deux ans, seraient-elles ici la transformation finale du tissu musculaire? Je ne le crois pas, car dans toutes les autopsies faites à une époque éloignée du début, quatre à douze années et plus, on a constamment rencontré la transformation graisseuse.

» Tel est du reste l'opinion de Virchow, qui considère ces granulations fines comme une substance de la nature de la protéine, qui n'est pas susceptible de s'organiser à l'état de substance musculaire, mais qui se métamorphose en graisse. » (*Électrisation localisée*, 2e édition; note communiquée par M. Virchow, p. 515.)

M'appuyant sur les faits recueillis jusqu'alors et fort de l'opinion d'un homme dont on ne récusera pas ici la compétence, M. Virchow, j'étais donc autorisé à diviser l'altération musculaire dans la paralysie infantile en quatre périodes que j'ai énumérées plus haut. On voit que tout cela qu'il n'y a pas désaccord entre moi et M. Laborde quant au résultat de l'examen histologique des muscles; nous différons seulement par l'interprétation d'un même fait : pour lui, la transformation granuleuse est un état définitif; pour moi, c'est un état transitoire auquel eût succédé plus tard une transformation graisseuse si l'enfant avait vécu.

Tout cela, observation et déductions, est écrit dans ma thèse soutenue au mois de mai 1864, et reproduite avec quelques corrections dans les *Archives générales de médecine* des mois de juillet, août, septembre de la même année.

Quant à l'examen histologique de la moelle chez le même sujet, M. Laborde et moi sommes d'accord sur le siége de la lésion dans les cordons antérieurs et latéraux, sur sa nature, prolifération abondante du tissu conjonctif aux dépens des tubes nerveux altérés et diminués de nombre. Nous différons seulement sur la quantité de corpuscules amyloïdes rencontrés dans les points malades. N'ayant pas examiné au microscope exactement les mêmes points, je ne puis dire que ceux où j'ai décrit les altérations que j'ai rencontrées.

En résumé, mon cher confrère, j'ai l'espoir qu'il vous est maintenant parfaitement démontré qu'il n'existe entre M. Laborde et moi aucune divergence regrettable sur tous ces faits si importants, comme vous avez eu raison de le dire, et destinés à éclairer un point des plus obscurs et des plus ignorés de la science. M. Laborde en a tiré quelques déductions différentes des miennes, il est dans son droit. C'est aussi le mien de maintenir les propositions que j'ai formulées, et que je crois être la véritable expression de l'ensemble des faits exposés dans mon travail.

Recevez, etc.

Dr DUCHENNE (de Boulogne) fils.

Paris, le 25 décembre 1864.

(1) On a écrit inexactement que mon père avait annoncé une transformation graisseuse; il a dit seulement que cette transformation était probable, s'appuyant en cela sur des nécropsies faites antérieurement de concert avec MM. Bouvier et Blache.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 21 décembre 1864, M. le docteur Biniot, médecin-major de 2e classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 26 décembre, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Songy, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Pa[illegible], vétérinaire en 1er, et Humbert, vétérinaire en 2e.

— Nous venons de recevoir le compte rendu de la séance de rentrée de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges.

Après un discours très-remarqué de M. le docteur Boulland, le directeur de l'Ecole, l'honorable M. Bardinet, a retracé rapidement l'histoire de l'année scolaire qui vient de s'écouler : « C'est le meilleur temps qu'ait eu cette Ecole depuis sa fondation. » Le nombre des élèves s'était élevé à 54; cette année, il y a déjà 48 inscriptions.

La parole est ensuite accordée à M. [illegible]zard, pour la lecture des noms des lauréats.

Médecine. — 2e année. 1er prix, M. [illegible]grange; 2e prix, M. Quinquaud; mention honorable, M. Martin.

1re année. Mention honorable, M. Girodolle.

Chimie et histoire naturelle. — 2e année. Prix, M. Lagrange; mention honorable, M. Martin.

1re année. Prix, M. Hillairet; mention, M. Papon.

Concours pour l'internat. — Internes titulaires :

1° *Ex æquo*, MM. Girodolle et Lagrange;

2° *Ex æquo*, MM. Gillet et Nicol.

Interne provisoire, M. Queyssa[illegible].

— M. le docteur Giraldès commencera jeudi prochain 5 janvier, à l'hôpital des Enfants malades, des conférences cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants. Il traitera des maladies des yeux et de l'orthopédie. Ces conférences seront continuées tous les jeudis à neuf heures.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finira le 31 décembre sont priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. DECQ, *libraire, rue de la Madeleine*, 9; *ou à* M. MAYOLEZ, *libraire, rue de l'Impératrice*, 35;

Ceux de l'Angleterre, à MM. H. BAILLIÈRE, *libraire, à Londres*, 219, *Regent street*;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN *frères, libraires à Genève*;

Ceux des autres Etats, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Le Règne végétal, divisé en Traité de botanique générale, Flore médicale et usuelle, Horticulture botanique et pratique, Plantes agricoles et forestières, Histoire biographique et bibliographique de la botanique; par MM. DUPUIS, O. REVEIL, GÉRARD, HERINCQ. Ce splendide ouvrage formera 17 beaux volumes, dont 9 volumes grand in-8° jésus de texte et 8 atlas petit in-4° de planches gravées sur acier. Les atlas renfermant, avec des textes descriptifs en regard, plus de 5,000 dessins de plantes ou de détails botaniques très-exactement et très-finement coloriés. L'ouvrage paraîtra à la fois en volumes et en atlas et par livraisons chacune de 16 pages au moins, grand in-8° jésus, et deux belles planches coloriées. Il formera de 200 à 210 livraisons au plus. Prix de la livraison : 4 fr. Les livraisons paraissent très-exactement, de dix en dix jours, à partir du 1er mai 1864, jour où deux livraisons à la fois ont été mises en vente. Les 40 premières livraisons sont en vente. — Paris, 1864, Th. Morgand, libraire-éditeur, rue Bonaparte, 5.

Le Directeur, Dr E. Le Soued.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

